Année 1851
vingt-unième année

GAZETTE MÉDICALE DE PARIS

ANNÉE ~~1863~~. 1851



IMPRIMÉ PAR E. THUNOT ET Ce,
rue Racine, 26.

ANNÉE ~~1863.~~ 1851

GAZETTE MÉDICALE

DE PARIS,

DIRIGÉE PAR LE DOCTEUR JULES GUÉRIN.

Vingtième.
~~TRENTE-TROISIÈME~~ ANNÉE. — TROISIÈME SÉRIE.

TOME DIX-HUITIÈME.

PARIS

AU BUREAU DE LA GAZETTE MÉDICALE, RUE CHANOINESSE, 12.

REVUE GÉNÉRALE.

DEUXIÈME LETTRE SUR L'UNICITÉ DE LA SYPHILIS CONSTITUTIONNELLE; par M. DIDAY, ex-chirurgien en chef de l'Antiquaille (hôpital des vénériens de Lyon).

A M. PH. RICORD.

Mon cher maître,

C'est encore d'un de vos favoris que je viens vons demander la permission de vons entretenir quelques instants. A pareille époque, l'an dernier (V. GAZ. MÉD., 1849, p. 977), vous eûtes la bonté d'accueillir ma première communicatinn sur l'*unicité* de la sypbilis constitutionnelle. Le moment ne saurait être mieux choisi pour trouver votre hienveillance accessible à nne seconde importunité. N'est-ce pas au renouvellement de l'année qu'un père aime à recevoir des nnnvelles de sa famille? Ne puis-je, par conséquent, espérer que vons apprendrez avec quelque intérêt quel est le sort actuel de celui de vos enfants dont la jeunesse, la plus tourmentée sans doute, a dû le plus souvent éveiller votre sollicitude?

Ces nouvelles, cher maître, auront, je m'en flatte, de quoi vous rassurer. Si je m'en rapporte à ce qui se passe autonr de moi, certes le progrès est sensible, et le triomphe prochain. Jusqu'ici nos adversaires se bornaient prudemment à de vagues dénégations, Qnand je disais, d'après vous: « La syphilis constitutionnelle n'attaqne le même homme qu'une seule fois, » on me répondait que c'était à moi de le prouver par la statistique. Je dus donc, — et ce fut l'objet de ma première lettre, — rétablir d'abord, entre nos antagonistes et nous, la position telle que je la comprends, telle qne la logique la fixe. Nous nions la possibilité d'une double vérole successive; eux l'admettent. Que feraient pour notre cause, je vous le demande, mille observations authentiques de vérole unique? « En eussiez-vous entassé dix mille, sont-ils en droit de nous dire, l'exception n'en existe pas moins; seulement elle vous a échappé! » — Cette exception, c'est donc à eux, puisqu'ils y croient, puisqu'elle leur donnerait raison, de la chercher et de la faire connaître, s'ils parvieonent à la découvrir. Pour eux seuls la statistique est donc et facile et probante. C'est ce que je cherchai à démontrer, et aiguisant jusqu'à l'hyperbole le défi pour les contraindre à abandonner la défensive, je leur dis, sous ma responsabilité personnelle: Puisque, selon vous, la syphilis peut infecter l'organisme à deux reprises successives, veuillez en recueillir des exemples, et si vous m'en citez *dix*, je fléchis le genou et suis prêt à changer de drapeau!

Le gant a été relevé, mon cher maître, je suis henreux de vous l'annoncer. Ce qui vaut mieux encore, c'est que le champion qui se présente est un homme de mérite, chirurgien d'hôpital, spécialiste jouissant d'une considération aussi bonorable que légitime. De telles oppositions ont tonjours été une fortune pour vos doctrines, car quelque haut placé que soit le nom qui s'inscrit en face du vôtre, vos amis, — je le sais par expérience, — n'ont jamais eu à se préoccuper de mesurer, d'après ce présage, que leurs félicitations sur les suites de la victoire.

Donc M. Gamberini, membre résidant de la Société de médecine de Bologne, chirurgien de l'hôpital Sainte-Ursule de la même ville, auteur d'un manuel sur les maladies vénériennes, se déclara, dès la publication de ma première lettre, prêt à entrer en lice. — M. Diday ne demande, écrivait-il en mars 1850, qne *dix* faits contraires à sa doctrine pour changer d'opinion! Ils ne seront pas difficiles à lui fournir. — Réflexion faite cependant, il n'en apporte aujourd'hui que *quatre*. Mais, qu'importe: pesons, ne comptons pas. Voyons donc ensemble ces quatre observations de vérole géminée, sanf à en discnter ensuite la valenr. — Il n'est pas inutile de vous prévenir que ce qui va snivre en est la traduction littérale; je n'ose dire *in extenso*, car la prolixité n'est point un défaut qu'on leur puisse reprocher. Mais, enfin, les voici telles que les porte le texte d'IL BULLETTINO DELLE SCIENZE MEDICHE, octobre 1850:

« OBS. I. — A. B., 31 ans, lit 103, entra, le 6 mars 1850, à l'hôpital, racontant qu'il a eu, depuis 1835, diverses attaques d'ulcères et de blennorrhagie. En 1848, il se déclara spontanément au pénis des nlcères indurés qui ne guérirent qu'au moyen du mercure. En juin 1849, il fut infecté d'un nouvel ulcère, suivi de bubon, qui suppura. Pendant qu'il traitait cette maladie locale, il fut pris, après trois jours de fièvre, de douleurs ostéocopes et d'une périostose au cubitus gauche. En août 1849, on le soumit au mercure, qui dissipa tous les symptômes. En décembre 1849, réapparition des douleurs ostéocopes, et, en février 1850, la gomme récidiva, et simultanément il se manifesta une syphilide cutanée. Traités par l'iodure de potassium, les phénomènes dits tertiaires guérirent. Mais, pour combattre la dermatose, il fallut recourir au mercure et aux bains de vapeurs. Le 4 mai, il sortit parfaitement guéri. »

Voici comment M. Gamberini interprète le fait en sa faveur: « Nous avons ici, dit-il, des ulcères primitifs qui précèdent l'ulcère induré, apparu spontanément en 1848 (phénomène secondaire); en 1849, nous avons des douleurs ostéocopes (phénomène tertiaire, comme loi de succession); puis nous avons néanmoins une nouvelle infection ulcéreuse primitive qui, en 1850, nous présente nne syphilide cutanée, et qui cède à l'hydrargyrose. »

A notre tour maintenant, mon cher maître, de porter la lumière dans ces antécédents moins compliqués peut-être qu'on ne le pense. Je ne vous parlerai pas du chancre *induré spontané*. L'association de ces deux adjectifs est vraisemblablement tolérée en italien; mais, en français, ils burleraient de se voir accouplés. — Que voyons-nous dans cette histoire? Un chancre induré traité par le mercure, lequel, comme il arrive souvent, supprime la phase secondaire. Bientôt apparaissent des phénomènes tertiaires. Attaqués seulement par le mercure, ils devaient récidiver et récidivent effectivement vers la fin de 1849. A cette époque, et *simultanément*, paraissent des gommes et une syphilide cutanée. Si au lieu de spécifier que la *syphilide* siégeait à la *peau*, M. Gamberini avait bien voulu préciser sa nature, nous saurions si elle était une roséole ou un echtyma, une éruption papuleuse ou un rupia, partant nous verrions à la classer parmi les phénomènes tertiaires ou parmi les secondaires. M. Gamberini se fonde, pour l'appeler secondaire, sur ce que le mercure fut indispensable pour la guérir. Il n'est pas étonnant, en effet, que la lésion osseuse ait ressenti plus rapidement qu'elle l'influence des iodurés; c'est là un fait d'observation vulgaire. Mais, avant de décider que l'éruption leur a résisté, il eût fallu nous dire à quelle dose et durant combien de temps ils furent administrés. Avant de prononcer que le mercure a eu seul les honneurs de la cure, il eût été rationnel de

---

Feuilleton.

UN COMMENCEMENT D'ANNÉE.

Le bon et digne Reveillé-Parise vous a dit, chers confrères, ce que c'est qu'*une fin d'année* (1). Somme toute et dépouillée du manteau de style dont a su la revêtir notre si ingénieux collaborateur, une fin d'année est une assez laide chose, comme toutes les choses qui périssent de décrépitude. Le carillon de la dernière heure est une sorte de glas qui nous avertit que quelque chose en nous vient de s'abîmer, et qui nous invite à compter — fâcheux compte pour beaucoup de gens — ce qui approximativement nous reste encore à perdre. Ajoutez les sottes réflexions de vos amis et connaissances. Vous allez, le cœur plein des souhaits les plus tendres, heurter matinalement à la porte d'un compagnon d'enfance, et il ne sait vous jeter au nez que des compliments comme ceux-ci: Eh! eh! encore une de passée! — Savez-vous bien qu'il y a plus de trente ans que nous nous connaissons? et à cette époque-là, mon pauvre garçon, nous avions déjà toutes nos dents! — Comme on vieillit! etc., etc. — Agréable camarade, comparable, dans ce moment-là, à un croquemort qui, se trompant de porte, entrerait chez vous une bière sur l'épaule, ou à ces trappistes qui vont psalmodiant sans cesse: « Frere, il faut mourir! » Eh parbleu! on le sait bien; et c'est justement pour cela qu'on ne vous le demande pas. Parlez-nous au contraire d'une année qui commence! La raison, l'expérience ont beau dire que cette année ressemblera fort aux précédentes; que ce torrent de jours dont parle Massillon n'est jamais bien limpide et roule incessamment, avec un peu de joie, beaucoup de mécomptes et de chagrins; qu'une nouvelle année, après tout, nous rapproche de vingt-quatre heures par jour, ni plus ni moins, du terme fatal; nous ne savons quel invincible sentiment nous porte à sourire au Belier et à faire la grimace au Sagittaire. L'année écoulée a-t-elle mené avec elle le bonheur, on la regrette; n'a-t-elle rapporté que des peines, on s'en souvient, et on arrive ainsi, par les deux chemins, à la tristesse. Un sage l'a dit en termes plus généraux: « Si la vie est misérable, elle est pénible à supporter; si elle est heureuse, il est horrible de la perdre. » Mais une année qui commence est une toile blanche sur laquelle l'imagination est libre de dessiner telles perspectives qu'il lui plaira, et elle ne choisit pas d'ordinaire les plus désagréables. L'âme enfin perçoit involontairement entre le temps qui n'est plus et celui qui va naître quelque chose de la différence qu'il y a entre la mort et la vie, entre le regret et l'espérance. Illusion, à la bonne heure; mais l'illusion, c'est la vie!

(1) Voir le nº 52, année 1850.

l'employer seul, sans l'aide d'un moyen aussi actif que les bains de vapeur le sont pour dissiper les éruptions spécifiques ou autres. Or ces renseignements font complétement défaut.

« Obs. II. — T. A., 25 ans, lit 99 : entré le 30 mars 1850. Ce malade a contracté en 1846 une blennorrhagie. En 1848, des ulcères et une blennorrhagie. En juin 1849, de nouveaux ulcères suivis de bubon. A la fin d'août 1849, encore un ulcère, puis un bubon qui suppura. L'ulcère se cicatrisa ; mais toutes les fois qu'il voyait une femme, la plaie reparaissait pour se fermer d'elle-même en très-peu de jours (*in pochissimi giorni*). En janvier 1850 se déclarèrent des douleurs ostéocopes ; en février 1850, il se développa une syphilide pustuleuse. Le mercure guérit ces deux formes morbides, et le malade était guéri le 8 mai 1850. »

« Il résulte de cette seconde observation, ajoute M. Gamberini, que les ulcères contractés jusqu'en août 1849 eurent leur loi de succession dans les ulcères spontanés (phénomène secondaire) et dans les douleurs ostéocopes de janvier 1850 (phénomène tertiaire). La syphilide pustuleuse de février 1850 (phénomène secondaire) sera la conséquence de l'ulcère d'août 1849. »

Il y avait, comme on le voit, largement à choisir dans la vie antérieure de ce brave sujet. Aussi M. Gamberini s'en donne-t-il à l'aise. C'est plaisir de le voir promener à travers chancres et gonorrhée, les incriminant ou innocentant à son gré, selon que, par l'époque de leur invasion, ils peuvent servir ou compromettre la version qu'il préfère. Malheureusement, cet ulcère, qui reparaissait toutes les fois que le malade voyait une femme, et *se fermait ensuite de lui-même en très-peu de jours*, ne saurait passer pour un phénomène secondaire, pas plus qu'une syphilide pustuleuse, c'est-à-dire une lésion profonde de la peau survenue en même temps que des douleurs ostéocopes ne peut être acceptée à elle seule comme preuve suffisante de l'existence de la période secondaire.

Je ferai encore une réflexion. Dans la première observation, l'auteur disait : l'éruption fut guérie par le mercure ; donc elle était secondaire. Ne serait-on pas en droit de retourner ici l'argument, et de lui dire : votre second malade a vu ses douleurs ostéocopes céder au mercure ; donc ce n'était point un phénomène tertiaire. — Mais suivre un mauvais exemple ne donne raison que contre celui de qui il vient ; et il vaut bien mieux confesser franchement que l'influence de tel ou tel remède, éclaire, il est vrai, mais ne peut, à elle seule, trancher la question de savoir à quelle période de la syphilis la lésion appartenait.

« Obs. III. — T. B., 30 ans, lit 149, entra à l'hôpital le 2 février 1850. En 1846, il contracta une blennorrhagie. En décembre 1847, il prit des ulcérés et une nouvelle urétrite virulente. En 1848, il eut des douleurs ostéocopes. En mai 1849, nouveaux ulcères au gland, suivis d'un bubon traité et guéri par la méthode de Malapert. En août 1849, il ressentit des douleurs ostéocopes qui cessèrent lors de l'apparition d'une syphilide pustuleuse, laquelle guérit en quarante jours par le traitement approprié. En avril 1850 les douleurs ostéocopes firent de nouveau invasion pour céder à l'iodure de potassium, ce qui eut lieu le 21 mai 1850. »

« De ce fait, dit M. Gamberini, il ressort manifestement que les douleurs ostéocopes parues en 1848 sont la conséquence des ulcères de 1847, et que la syphilide pustuleuse qui se développa en août 1849 fut fille de l'infection ulcéreuse survenue en mai 1849. »

Je n'ai vraiment qu'à répéter ici les mêmes remarques. Dans une observation où manque l'indication du traitement des accidents primitifs, la détermination de l'éruption syphilitique, les doses et jusqu'au nom des remèdes employés contre les symptômes constitutionnels, peut-on, la main sur la conscience, voir une preuve valable pour ou contre quelque opinion que ce soit ? Si, invariablement, vous appelez *secondaire* toute lésion du tégument, je comprends à merveille l'avantage de votre position ; mais la science ne s'accommode ni de ces formules abréviatives, ni de ces diagnostics tranchés d'après un seul élément.

« Obs. IV. — E. T., 30 ans, lit 27, entré à l'hôpital le 16 mai 1850. Il avait eu, jusqu'à 1846, plusieurs blennorrhagies, lorsqu'il contracta cette année des chancres d'où résulta une adénite qui suppura. Ces chancres s'indurèrent et ne purent être guéris que par le mercure, tous les autres moyens ayant été employés sans succès. — De 1847 à 1850, il eut trois blennorrhagies, et il y a peu de mois, un chancre. En mars 1850, il prit un autre chancre au gland, qui était guéri à la fin d'avril. Peu de temps après se manifestèrent les symptômes que M. Diday appelle prodromiques, puis apparut une céphalée vénérienne et une syphilide pustuleuse. »

« Dans ce cas, dit M. Gamberini, les ulcères indurés sont la syphilis secondaire des ulcères de 1846, et la syphilide papuleuse de mai 1850 est la nouveau obligé de succession de l'ulcère contracté en mars 1850. »

Dans ces trois lignes je ne vois pas moins de deux grosses hérésies. D'abord un chancre induré est, à la vérité, déjà la vérole constitutionnelle. Mais (pour parler le langage de M. Gamberini) il n'est que *sa propre* syphilis secondaire, et ne se montre jamais comme symptôme de l'infection syphilitique due à un chancre contracté antérieurement. — D'autre part, vous l'avez formellement proclamé, mon cher maître (et sur ce point mon expérience vous donne pleinement raison), l'adénite qui est le produit du vrai chancre induré ne suppure point. Le chancre de 1846 n'était donc pas véritablement induré, puisqu'il a produit un bubon suppurant. Il ne fut par conséquent secondaire ni pour son compte ni pour celui de ses aînés, et l'histoire de ce malade se réduit à une seule vérole dont l'évolution, extrêmement simple, a eu son accident primitif, son point de départ dans le chancre de mars 1850.

Vous avez maintenant toutes les pièces du procès sous les yeux, mon cher maître. Prononcez — nul ne voudra contester votre compétence — si mon interprétation vous paraît acceptable. Mais quelle que doive être l'issue du débat, j'ai peine à croire que M. Gamberini trouve beaucoup de personnes disposées à conclure avec lui que ces quatre observations suffisent pour ruiner le dogme de l'*unicité*, pour l'autoriser surtout à le traiter de « système *mystificateur*, journellement démenti par les faits ! (1) »

Laissons là, si vous le voulez, cette polémique, que le médecin de Sainte-Ursule me trouvera d'ailleurs toujours prêt à reprendre s'il veut y rentrer avec de nouveaux faits, et envisageons un côté différent de la question. Plusieurs confrères ont paru étonnés de l'insistance que je mets à la démon-

(1) M. Gamberini adresse encore à la théorie de l'unicité d'autres objections. J'ai déjà tâché, dans un précédent article (Gaz. Méd., 1850, p. 816), d'en donner une idée, et de montrer en même temps ce qu'elles ont d'inexact ou d'exagéré.

Nous sentons bien que l'exigeant lecteur ne se contentera pas de ces remarques éminemment philosophiques, et que, si nous voulons le gagner à notre thèse sur les avantages d'une année naissante, il nous faut la poursuivre et en démontrer la justesse dans le réel de l'existence médicale. Or, à ce point de vue, nous n'avons que l'embarras des bonnes raisons. Le dernier feuilleton vous a dit : Voici le mois de décembre, alignez vos comptes ! ce qui voulait dire aussi : Envoyez vos petites notes ! Certes, nous sommes loin de nier le chatouillement intérieur qui s'empare du parfait praticien, quand, ouvrant le bienheureux registre, il se met à coter jour par jour la sueur répandue ou la croue amassée pendant douze mois, et qu'il entasse près de lui les petits carrés de papier destinés à réveiller la reconnaissance généralement somnolente des clients.

. . . . . *Le fisc* sera bien habile
S'il ne m'en laisse assez. . . . . .

pour vivre à l'aise. Ainsi, il parle ; et, précisément parce qu'il parle ainsi, l'histoire de Perrette vient troubler sa satisfaction. Le pot au lait est plein, il n'y a plus qu'à en tirer le prix ; mais il peut se renverser. Qu'est-ce qui dissipera l'inquiétude de cet excellent confrère ? Le mois de janvier, le mois où l'on paye. Ah ! voilà le véritable instant de bonheur. Ce n'est plus le sentiment vague et indécis de l'espoir, c'est la félicité actuelle, réelle, palpable, que tout le monde comprend et apprécie. A cette époque de l'année, le praticien s'installe dans son cabinet avant l'heure habituelle de la consultation pour ne le quitter que le plus tard possible, et fait souvent des apparitions imprévues à son domicile, attrapant ainsi certains clients qui viennent solder leur compte aux moments où ils croient ne trouver personne. Le salon est coquettement paré, les rideaux sont d'une blancheur éclatante. Ou sonne ; la bonne, plus accorte et plus leste que de coutume, vient vous annoncer par la porte dérobée M. un tel ; c'est comme si elle vous disait : Voilà des écus qui entrent. — Le comte **; bon, 20 louis ; — l'avoué de la rue *** ; très-bien, 100 fr. ; — votre fruitière ; allons, 25 fr. Et ainsi de suite. On éprouvera bien parfois de petits déboires. Un coup de sonnette vous aura caressé l'ouïe, et l'on viendra vous remettre un papier bleu ou même rouge de la part du percepteur ; ou bien, un mendiant d'étrennes se recommandera à votre générosité. Mais ces légères amertumes n'altèrent pas sérieusement la douceur de pareilles occupations, dont la durée paraît toujours trop courte.

Il est bon, il est salutaire, vous disait encore notre révéré maître et excellent ami, de jeter à la fin de l'année un regard rétrospectif sur sa pratique. L'auteur de ce conseil est bien capable de ne trouver dans la sienne que des motifs de satisfaction ; mais on ne peut nous contester le droit personnel de déclarer qu'une revue de ce genre n'est pas toujours des plus réjouissantes. L'inspection d'un champ de bataille froisse notre sensibilité. Eu ceci encore, nous préférons une année qui commence à une année qui finit. Il semble que la première comporte une idée de rénovation, de baptême, effaçant les péchés qu'on a pu commettre pendant la seconde. A-t-on apporté dans le traitement des maladies tout le soin, toute la vigilance, toute la science désirables ? N'a-t-on pas méconnu des indications essentielles, laissé échapper l'*occasio præceps* ? N'y aurait-il pas eu moyen, avec plus d'aptitude pratique, de conjurer de graves accidents ? ques-

stration de l'*unicité*. « Qu'importe, me disent-ils souvent, que l'infection syphilitique puisse envahir la constitution plusieurs fois ou une seule ? Le point capital n'est-il pas de distinguer quand elle existe, d'apprendre à la bien reconnaître, de savoir la guérir radicalement ? Par conséquent, à part les académiciens et les flâneurs de la science, qui peut intéresser un tel problème, dont la solution ne doit pas changer un *iota* aux règles usuelles de diagnostic et de thérapeutique ? »

Je ne sais si de pareilles objections se sont aussi produites autour de vous, mon cher maître. Quant à moi, quelque récente que soit mon expérience comparativement à la vôtre, je ne suis point embarrassé pour y répondre, pour montrer par des exemples toute la fécondité, toute la portée clinique du dogme de l'*unicité*.

Est-il, par exemple, indifférent à un malade qui, après des accidents secondaires traités et guéris, contracte un nouveau chancre, d'apprendre qu'il n'a pas à redouter les mêmes conséquences que du premier ? Or, notre école n'hésite pas à lui donner cette garantie positive.

Obs. — Un marinier, âgé de 29 ans, avait eu, il y a six ans, un chancre induré, puis une roséole accompagnée de tubercules muqueux, dont, après plusieurs réapparitions, j'avais fini par avoir raison au bout de dix-huit mois, au moyen d'un traitement mercuriel opiniâtrément continué. Depuis lors sa santé *spéciale* était restée entièrement intacte. — Il y a six mois, il entre chez moi, désespéré. Sur le point de se marier dans son pays, il était venu passer seul quelques jours à Lyon pour les apprêts de la noce, s'était laissé entraîner à faire, en lieu suspect, l'apprentissage de son futur état, et avait payé par un chancre les frais de son éducation. Mais, ce qui le chagrinait surtout, c'est qu'un médecin consulté avait déjà mis *l'embargo* sur ses projets d'alliance, en lui demandant trois mois d'expectation pour *voir venir*, et lui ordonnant dès à présent un traitement mercuriel. Le chancre avait été pris huit jours auparavant. — Le cas bien examiné et les antécédents soigneusement rappelés, j'engageai mon client à ne pas interrompre ses préparatifs. Quant à l'état local, je pratiquai le procédé de cautérisation abortive qui m'est propre, et qui réussit infailliblement à cette période du mal. Pour les chances d'infection constitutionnelle, je lui délivrai une patente nette, nette surtout de mercure. — J'ai reçu depuis de ses nouvelles, avec une boîte de dragées ; et je doute fort que pareille politesse soit arrivée à l'adresse de mon pessimiste confrère.

Ceux des syphilographes qui conseillent le mercure dès le début du chancre trouveraient dans l'adoption du dogme de l'*unicité* un précieux guide. En effet, s'ils administrent alors ce métal, ce n'est que parce qu'ils lui croient la propriété de préserver le malade des accidents constitutionnels à venir. Or, supposez un homme qui a déjà payé son tribut à l'empoisonnement syphilitique. Si l'*unicité* est une vérité, évidemment aucun des nouveaux chancres qu'il gagnera dorénavant ne l'exposera à reprendre la vérole ; conséquemment, il sera à tout jamais dispensé du mercure, quel que soit le nombre des nouvelles infections qu'il puisse contracter.

Quant au diagnostic, il reçoit de notre principe la plus fructueuse lumière. Si, par exemple, quelques symptômes douteux, vagues, mal caractérisés, se développent chez un homme qui vient d'avoir un chancre, s'il est pris d'angine, de céphalée, de douleurs rhumatoïdes, de quelque éruption aiguë, d'aphtes un peu enflammés, de cuisson au fondement, etc., souvent le médecin hésitera, s'il n'a pas fait de la spécialité une étude approfondie ; et dans l'incertitude sur la nature simple ou vénérienne de l'affection, il s'exposera à faire beaucoup de mal soit en prescrivant le mercure, soit en le rejetant. Dans cette conjoncture, plus fréquente loin des grandes villes qu'on ne le pense, quel secours plus précieux pourrait-il désirer que celui d'un *criterium*, lui disant formellement : « Chez votre malade la syphilis secondaire est impossible ? » Or ce critérium n'est point une chimère. Bien souvent l'*unicité* est en mesure de le lui fournir ; car dans le diagnostic dont il s'agit la vérole doit et peut effectivement être mise hors de cause chez tout malade qui avait déjà antérieurement fait son temps de service syphilitique. Il n'est donc plus question chez lui que de symptômes purement inflammatoires.

J'ai eu dernièrement l'occasion de faire du principe de l'*unicité* une autre application qui ne me semble pas moins intéressante. Un négociant se marie après une jeunesse passablement orageuse. Son premier enfant meurt en très-bas âge. Les deux suivants survivent ; mais leur nutrition reste imparfaite : ils ont des engorgements glanduleux au cou, des croûtes de lait, des catarrhes répétés, le teint pâle, les chairs flasques, etc. En un mot, malgré l'absence de signes bien caractérisés, le médecin de la famille conçoit le soupçon d'une syphilis transmise par génération. La mère étant de mœurs irréprochables, il s'adresse au mari et le presse de questions. Celui-ci, qui ne se rappelle que vaguement les accidents d'une jeunesse déjà éloignée, ne peut en préciser la nature. Ses hésitations, peut-être interprétées en mauvaise part, augmentèrent les soupçons du médecin, qui est sur le point de soumettre, par forme d'épreuve, les enfants à un traitement mercuriel.

Sur ces entrefaites, le père contracte un chancre hors du lit conjugal. Ce chancre s'indure ; puis au bout de deux mois survient une roséole des mieux accentuées.

En me consultant pour cet accident, ce monsieur me fait part des craintes de son médecin. La réflexion suivante se présenta alors immédiatement à mon esprit : s'il est vrai qu'un individu qui a eu la vérole constitutionnelle ne peut l'avoir une seconde fois, *réciproquement* aussi celui qui l'a actuellement depuis peu ne doit pas l'avoir eue déjà. — D'après ce principe, je déclarai au père que ses enfants n'avaient point été contaminés par son fait, que le mercure, en conséquence, leur serait inutile et nuisible ; et je le congédiai se félicitant du service que, involontairement, il venait de rendre à sa famille.

Mais je devine d'ici votre impatience, mon cher Ricord. Ce n'est pas par ces applications, quelque intéressantes qu'on les puisse trouver, que l'importance de l'unicité doit être appréciée. En montrant l'analogie qui rapproche, sous ce rapport, la syphilis de la variole, vous pensâtes surtout que la conformité de nature pourrait établir tôt ou tard entre les deux affections un lien plus désirable. Votre sagacité pressentit que le zèle des travailleurs, éveillé par la connaissance de cette loi, enfanterait quelque jour la découverte d'un *vaccin antisyphilitique*. Personne plus que moi, vous le savez, n'a applaudi à l'encourageante perspective ouverte par votre génie ; et si j'ai pu, dans cette carrière, poser les premiers jalons, pierres d'attente que la main du maître saura bien utiliser, c'est grâce à l'impulsion vivifiante de votre doctrine sur l'*unicité* syphilitique que mes efforts ont été couronnés de quelques résultats. Persévérons dans cette voie. Encourageons, répétons tous les essais licites : frappons à toutes les portes ; et bientôt, j'en ai la confiance, le Jenner de la syphilis sera sorti de votre école !

Agréez, etc.

Lyon, 30 décembre 1850.

---

tions très-désagréables. En ne songeant qu'à la jeune année, on garde sa conscience en paix. Les sujets de regret qu'on pourrait avoir en tant que praticiens, les insuccès, les infidélités de clients, les malheurs plus sérieux, on met tout cela avec les empires détruits, les trônes écroulés, les générations disparues, et l'on dit avec le poëte :

. . . . . Ce qui n'est plus a-t-il jamais été ?

maxime qui vous console immédiatement.

Nous n'avons cité jusqu'ici que des exemples tirés des intérêts individuels du médecin. Que serait-ce si nous en empruntions aux intérêts collectifs du corps médical ? C'est là surtout qu'on comprendrait l'avantage de tourner les yeux uniquement du côté de l'avenir. Écoutez la foule des praticiens ; ils vont répétant : la médecine se perd ! le prestige du diplôme s'efface ! le client soigne lui-même la plupart de ses indispositions ! la profession est perdue ! et autres lamentations. Les érudits rappellent que les médecins furent un jour obligés de quitter Rome d'une façon peu héroïque, chassés qu'ils étaient par les habitants, et les plaisants ne manquent pas de conter l'histoire de cette petite république dont parle Montaigne, qui fut accablée d'une légion de maladies inaccoutumées du moment où un médecin vint s'y marier et s'y installer. Le fait est que le produit proportionnel de la pratique médicale diminue de jour en jour, et qu'une maladie d'un caractère et d'une durée donnés rapporte moins qu'autrefois. Des personnes de notre connaissance prétendent y voir un progrès de la raison humaine ; nous n'y voyons, nous, qu'un témoignage des progrès de la médecine elle-même. On criera en vain au paradoxe. Nous soutenons que, en se débarrassant des vieilles théories et en simplifiant ses procédés thérapeutiques, la médecine a notablement diminué ses chances de profit. Du temps où, pour combattre une fièvre avec quelque succès, il fallait découvrir les fuligines crasses et glutineuses engendrées par le foie et la rate, les voir monter à travers la veine-porte jusque dans le cerveau, et redescendre par des conduits secrets jusqu'au bout des mains et des orteils, le malade n'y connaissait goutte et était forcé de s'en rapporter à l'homme de l'art, qui n'y voyait pas toujours très-clair lui-même. De plus, la formule latine, la complication des remèdes n'étaient pas à la portée du premier venu. Aujourd'hui, des maladies les plus fréquentes, de celles qui, entre les mains de la Faculté, seraient susceptibles du meilleur rendement, tout le monde connaît le nom et les symptômes, ce qui est déjà la moitié de la besogne ; et quant aux remèdes, la détermination des propriétés spécifiques de chaque médicament, la découverte des principes actifs, la simplicité des formules, l'usage de la langue vulgaire, les rend très-faciles à imaginer et à administrer. Tout le monde peut donc être, à quelque degré, médecin de soi-même et d'autrui, en France plus qu'en Angleterre où la formule n'a pas perdu beaucoup de ses mystères. Voilà la cause de notre disette, et pourquoi, à ne compter comme malades que ceux qui en appellent à Esculape, on peut reprendre le philosophe Acesilas sur son apophthegme : « Où il y a beaucoup de médecins, il y a beaucoup de malades. » Il y a vraiment, dans notre pays, peu de malades pour beaucoup de médecins.

On va dire que, si notre explication est vraie, l'avenir se présente moins brillant que le passé et le présent. Nous ne savons ; mais le présent et le passé sont irrévocables ; l'avenir est inconnu. Un naufragé préférerait à la tempête pré-

PHYSIOLOGIE PATHOLOGIQUE.

ÉTUDES SUR QUELQUES SIGNES AVANT-COUREURS OU PRODROMES DES AFFECTIONS GRAVES DU CERVEAU, CONSIDÉRÉS SOUS LE RAPPORT CLINIQUE, PHYSIOLOGIQUE ET MÉDICO-LÉGAL; par le docteur FRANCIS DEVAY, médecin de l'Hôtel-Dieu de Lyon.

Les affections cérébrales graves, celles qui ravissent brusquement l'homme à l'existence, ou bien celles qui, avant cette issue fatale, ont pour effet de lui enlever peu à peu, et l'intelligence et la faculté de sentir et de se mouvoir, ont été l'objet de bien des travaux. Les expériences physiologiques, les vivisections, les ouvertures de cadavres, l'étude minutieuse des divers degrés de consistance, de coloration de la substance cérébrale, etc., ont beaucoup grossi nos bibliothèques, mais ont peu enrichi le savoir du médecin. Ce dernier confesse à peu près l'impuissance de ses ressources devant une affection cérébrale *confirmée*. On dirait que l'homme de l'art est déconragé par l'inflexible résistance qu'offre la boîte crânienne à son exploration. Ces mécomptes doivent nous faire sentir la nécessité d'imprimer à l'étude des affections cérébrales une direction moins anatomique. Au lieu d'étudier le cerveau seulement lorsqu'il est mort ou déjà mourant, il faut fixer notre attention sur ses manifestations insolites, recueillir précieusement les diverses aberrations, soit de la sensibilité, soit du mouvement. Si nous ne pouvons palper le cerveau comme nous le faisons pour certains viscères, si nous ne pouvons l'écouter comme nous le faisons pour le cœur et pour les poumons, et saisir ainsi, au moyen d'un ou de plusieurs sens, ses dégradations successives, il nous est possible du moins d'épier ses premières souffrances, en observant les fonctions sur lesquelles cet organe-roi exerce son empire : l'intelligence, la sensibilité et le mouvement. Avec les données que lui fournira presque toujours l'interprétation raisonnée de certains modes sensitifs vicieux, avec des vues d'ensemble sur les phénomènes de l'action cérébrale, le praticien sera sur la voie du début du mal, *du fait initial*, sur lequel ses moyens auront le plus de prise. Outre qu'une semblable étude se lie à la partie la plus utile de la médecine, à celle qui heureusement est la plus susceptible d'être perfectionnée, la médecine préventive, elle offre d'autres avantages. Elle prend la nature sur le fait en entrevoyant certains points de physiologie pathologique qui échappent aux investigations ordinaires dans l'état de santé, et qui projettent quelques clartés sur les mystères de l'innervation. En faisant assister à quelques scènes de perversions morales et instinctives, elle éclaire également ce point si obscur et si délicat de la responsabilité morale. Cette clinique, que nous pourrions appeler transcendante, a donc pour but de perfectionner doublement cet art dont la santé doute quelquefois, mais auquel la maladie s'adresse toujours, ainsi que l'a dit récemment un élégant écrivain (M. Mignet, ÉLOGE DE CABANIS).

Ces recherches, comme le titre l'indique, embrassent les signes avant-coureurs d'affections diverses sous le rapport anatomique ; elles envisagent toutes les souffrances qui proviennent d'une altération du cerveau proprement dit, depuis l'apoplexie jusqu'à l'aliénation mentale. La clinique des affections cérébrales exige toujours quelques réserves, lors même que dans un cas déterminé, les éléments se présentent le mieux pour établir un diagnostic rationnel. C'est ainsi que l'on pense rencontrer un ramollissement, et l'on trouve une induration de la substance encéphalique ; on pense trouver des tubercules et l'on trouve des hydatides ou des tumeurs osseuses, etc. Il n'existe donc pas toujours dans les phénomènes présentés par les malades une conformité qui permette précisément de rapporter des symptômes particuliers à des formes déterminées d'affections pathologiques. Cette difficulté clinique qui se présente dans l'appréciation des symptômes, lorsque la maladie est confirmée, existe également pour l'interprétation des signes prodromiques. Ceux-ci peuvent traduire une lésion fonctionnelle de l'encéphale sans lésion anatomique ; et lorsque cette dernière existe, elle peut varier dans sa forme. La variété infinie des formes symptomatiques d'une maladie ne peut pas plus s'expliquer, dans bien des cas du moins d'affections cérébrales, par les conditions diverses dans lesquelles on trouve l'organe qui en est le siége, qu'on ne peut se rendre compte des divers modes suivant lesquels, chez chaque individu, s'accomplit une même fonction, par des différences anatomiques dans la partie qui en est l'instrument. Néanmoins, comme nous le verrons quelquefois, l'étude des signes précurseurs peut être utile, même pour le diagnostic anatomique de l'affection.

Depuis un assez grand nombre d'années que nous nous livrons à l'observation attentive des affections graves de l'organe de la pensée, nous avons acquis la conviction qu'il existe *le plus souvent*, pour celles surtout qui ont une marche chronique, une période prodromique où les signes sont alors des diminutifs des symptômes qui constitueront plus tard le degré plus avancé de la maladie. Ainsi l'impotence légère des extrémités inférieures, le défaut de précision de certains mouvements représenteront la paraplégie ou la paralysie complète ; il en sera de même d'une légère altération de l'intelligence par rapport au délire qui devra survenir. Nous ne méconnaîtrons point sans doute que, dans certains cas, un coup de sang broyant la pulpe cérébrale, frappe à l'improviste l'individu qui se trouvait, il y a peu d'instants, dans les meilleures conditions de la santé : dans ce fait, nous ne le nions pas, il n'y a point eu d'état intermédiaire, l'indice de l'explosion n'a point existé. Mais il n'en est point de même pour un très-grand nombre d'autres formes d'apoplexie, où, comme il est facile d'en trouver des exemples, des signes avant-coureurs persistant souvent fort longtemps dénotent une lésion cérébrale antécédente. Ces formes de l'hémorrhagie cérébrale rentrent alors dans le groupe des affections graves du cerveau, telles que le ramollissement, l'induration cérébrale, l'aliénation mentale, etc., où s'est opéré, avant leur confirmation, un travail moléculaire occulte. M. Andral, en traitant, au sujet de l'hémorrhagie cérébrale, de certains symptômes précurseurs, s'exprime ainsi : « Leur existence prouve incontestablement qu'avant que le sang ne s'épanche, il y a déjà dans le cerveau un travail morbide dont la nature serait bien importante à déterminer. »

I. — SIGNES AVANT-COUREURS TIRÉS DES FACULTÉS INTELLECTUELLES ET MORALES.

Presque tous les auteurs sérieux ont mentionné, sans y attacher toutefois une grande importance, les troubles intellectuels qui précèdent l'explosion des affections graves du cerveau. « Les attaques d'apoplexie, dit M. Gendrin, sont souvent précédées d'une difficulté de se livrer aux travaux intellectuels, d'une incapacité d'attention insolite, d'une irascibilité extraordinaire,

---

sente les chances de dix tempêtes possibles. Rien n'empêche de supposer que la pratique médicale traverse une période de transition ; d'espérer que la science, enchaînant un jour toutes les convictions par la force de ses principes, placera son niveau hors de l'atteinte des profanes, et, en outre, que le mouvement social amènera de lui-même un équilibre raisonnable entre le nombre des malades et celui des médecins, soit que ceux-ci diminuent, soit que ceux-là augmentent. *In utroque, amen.*

Et il existe bien d'autres motifs encore de notre répugnance à regarder derrière nous. A la fin de 1848, si on se le rappelle, nous nous sommes passés cette fantaisie de dresser le bilan de l'année expirante, une année féconde en promesses pourtant, et Dieu sait combien de mécomptes il nous a fallu enregistrer. Le rôle d'historiographe ne serait pas beaucoup plus amusant à la fin de 1850. Cette année a vu s'engloutir certains avantages légués par la révolution de février, et même quelques-uns de ceux que nous devions à la monarchie. Février nous avait dispensé d'infliger au papier enrichi de nos élucubrations, la marque des actes de commerce et d'industrie ; vous receviez, chers confrères, des numéros libres et immaculés, comme la croupe d'une cavale sauvage. Vous y voyez maintenant une désagréable figure rouge, une rapière sur l'épaule droite et la tête ceinte de rayons fort semblables à ces pointes de fer qu'on dresse à l'extrémité des balcons pour garantir des malfaiteurs. La monarchie nous avait fait grâce de la patente, cette autre enseigne commerciale ; on nous l'impose de nouveau, sous un autre nom. Et l'obligation de la signature ? Elle peut avoir, elle a, en effet, des avantages ; mais croit-on qu'elle ait été imaginée pour notre bien ? Elle l'a été dans une vue de destruction, non de protection ; elle l'a été contre la presse politique, sans qu'on songeât seulement aux journaux de science, sans qu'on soupçonnât même leur existence — le fait a été avoué ; — ce qui n'empêche pas de nous appliquer la loi dans toute sa rigueur, sans vouloir puiser le moindre motif de tempérament dans le caractère purement scientifique et spéculatif de la plupart de nos discussions.

Nous pourrions allonger beaucoup la série de nos griefs contre le passé ; nous n'en voulons plus signaler qu'un, mais le plus sérieux de tous ; c'est le ravage que la mort a fait, depuis quelque temps, parmi les hautes têtes du corps médical. Quatre professeurs de faculté, Blaudin, Marjolin, Fouquier, Royer-Collard, quel lourd tribut ! Ne semble-t-il pas que la mort aussi veuille narguer la médecine en lui montrant ce qu'elle peut contre ses plus renommés représentants ?

Ah ! oui, regardons devant nous, du côté où nous pousse la main du temps. Si l'horizon se voile, le soleil du moins peut s'y lever et ramener la sérénité. Dans l'empire des maux, soyons heureux de la seule possibilité du bien. Espérons en l'avenir de la médecine, espérons en l'intelligence et la bonne volonté des gouvernants, espérons en la clémence du grand pourvoyeur des nécropoles, espérons tout ce qui peut servir les intérêts moraux et professionnels du corps médical !

Chers abonnés, il est pourtant un point de vue sous lequel la GAZETTE considère avec le même charme et le passé et le futur, parce qu'elle a confiance qu'ils se ressembleront. Elle veut parler des très-agréables relations qu'elle a contractées avec vous. Elle compte vous presser de longues années encore sur son cœur, récompense bien faible de votre inaltérable fidélité.

A. DECHAMBRE.

d'une faiblesse morose qui exagère les impressions et produit des terreurs non motivées, des inquiétudes déraisonnables sur nous-mêmes ou sur ceux qui nous touchent (1). » Pour la folie la même chose a lieu; elle a son temps d'incubation, ses prodromes, et souvent dans le compte que rendent les parents, on découvre que le premier acte de folie qui les a effrayés avait été précédé de plusieurs symptômes qui avaient échappé à toute observation, et quelquefois on prend pour la cause de la maladie ce qui en était le premier phénomène. Souvent les aliénés combattent leurs idées fausses, leurs déterminations insolites, avant que personne s'aperçoive du désordre de leur raison et de la lutte intérieure qui précède l'explosion de la folie (2). Le fait le plus général comme prodrome de toute affection grave du cerveau est un état de *lassitude cérébrale*, offrant beaucoup d'analogie avec cette torpeur intellectuelle qui succède aux fièvres graves ou pestilentielles. On observe dans les gestes habituels, dans l'attitude des malades, leurs mouvements, une absence totale de ce que l'on pourrait nommer la conscience de l'acte; ils sont hésitants. Le cerveau chez eux semble avoir perdu son pouvoir *pondérateur* sur l'ensemble des fonctions de la vie de relation. Il existe souvent chez eux un état constant de vertige léger et habituel qu'ils désignent ordinairement sous le nom de *faiblesse de tête*, lequel s'accompagne souvent lui-même d'une débilité dans les membres (3).

La mémoire, dont l'altération est si prononcée dans toute lésion profonde du cerveau, est fréquemment compromise dans la période prodromique des affections cérébrales. Ainsi des malades ont oublié les noms de leurs amis, les mots qui désignent les choses les plus usuelles. Ils rappellent les faits et gestes de cet empereur romain dont Tacite nous a tracé d'une manière si véridique la faiblesse d'esprit : « Il était comme abruti; quelquefois il oublie qui il est, où il est, en quel lieu, en quel moment, à qui il parle; il invite à souper des citoyens qu'il a fait mourir la veille (4). » Dans la conversation, les malades ayant de la peine à trouver le mot propre de la chose qu'ils veulent exprimer, sont obligés de faire des circonlocutions pour se faire entendre. D'autres fois, mais cela est rare, la mémoire devient plus puissante : cette faculté semble prendre un nouvel essor, elle reproduit, au grand étonnement du malade et des assistants, des souvenirs qui semblaient à jamais enfouis dans les profondeurs de la pensée. Le fait curieux et inexplicable de la *réminiscence* correspond à l'exaltation de la sensibilité spéciale de certains sens, phénomène que nous verrons plus loin. Il se remarque du reste quelquefois à la suite d'une légère attaque d'apoplexie; on voit alors des patients exhumer des souvenirs qui paraissaient totalement effacés; notre savant collègue le professeur Brachet nous a fait part du fait suivant : Un homme de 50 ans est frappé d'une attaque d'apoplexie, il conserve la parole et ne s'exprime sensément que dans le patois de son pays, dont il ne se ressouvenait plus étant en santé.

Après la mémoire et l'attention qui se fixe avec peine, on ne se fixe pas du tout sur les objets mis en présence de l'individu, l'altération la plus saillante est celle de la volonté : celle-ci s'amoindrit. L'homme auparavant le plus ferme, qui montrait le plus de ténacité dans sa manière de voir, qui poursuivait le plan de sa vie avec une grande détermination, devient en quelque sorte le jouet d'un enfant; ceux qui l'entourent, les inférieurs même, parviennent à le dominer. La perversité humaine s'est servie souvent de cette déchéance morale dans des vues coupables, et l'homme qu'on avait vu jusqu'alors administrer sa fortune avec le plus de rigueur et de soin, se laisse tout à coup dépouiller de ses biens, soit par des donations extorquées, soit par des marchés onéreux. Les personnes du monde voient dans ces exemples des *bizarreries* de caractère, le physiologiste et le médecin y voient la première expression d'un état pathologique. Cet affaiblissement de la volonté qui, d'après nos observations, se lie surtout aux lésions cérébrales qui conduisent à la folie ou à la paralysie des aliénés, et coïncide avec le ramollissement partiel ou général de la masse encéphalique, suppose une altération du jugement. Ce fait, pour le dire en passant, démontre avec évidence que la volonté n'est ni une faculté affective ni une faculté intellectuelle, et qu'elle doit figurer à part dans les manifestations du moi. Aussi est-ce à tort que les phrénologistes l'ont confondue avec les facultés intellectuelles et les sentiments supérieurs. La volonté est la résultante des autres facultés; elle ne manque ni chez l'idiot ni chez l'aliéné, seulement elle n'est pas éclairée. Ce n'est point parce qu'ils manquent de volonté qu'ils sont irresponsables, mais bien parce qu'ils manquent de la connaissance des règles qui doivent la diriger.

De là il n'existe qu'une légère transition à l'examen d'un des signes les plus étonnants et les plus tristes en même temps, celui qui se tire de la perversion des facultés morales : c'est un des points les plus mystérieux de la psychologie. On dirait que cette puissance pondératrice du cerveau, qui régit les mouvements locomoteurs, fait également défaut à la partie morale de l'homme, à cette faculté particulière de notre esprit qui est chargée de nous donner le modèle de notre conduite, de sorte que, sous ce rapport, il tombe sous l'empire de l'instinct. De là l'abjection des idées, les conversations lascives, les propos les plus dégoûtants d'obscénité qu'on voit tenir à des personnes qui, auparavant, étaient pleines de décence et de pudeur. Enfin il peut arriver, et nous citerons plus loin des exemples, que cette viciation de la faculté morale franchisse la sphère de l'idée et se réalise dans l'action. On aura alors le douloureux spectacle d'individus restés jusqu'à ce jour intègres et pudiques qui, *sans transition*, commettent un délit ou un attentat.

Il est facile de voir de quelle importance est ce fait, au point de vue médico-légal. Les jurisconsultes, les magistrats et les gens du monde trouvent, en général, les médecins trop disposés à rencontrer dans quelques formes légères de pathologie cérébrale, des circonstances qui atténuent la criminalité, lorsque toutefois elles ne l'excusent pas complétement. Cette opinion, respectable en ce sens qu'elle tend à désarmer le moins possible la sévérité de la justice, mise en présence de prévarications contre la morale et les lois, n'est point toujours justifiée par les faits. L'homme du monde, le magistrat, ne peuvent point, par la nature de leurs études, leur habitude de juger les choses humaines, se rendre toujours compte d'une éclipse partielle du sentiment de moralité, chez un individu jouissant d'ailleurs de la plénitude de ses facultés. L'horreur, chez eux, prédomine sur tout autre sentiment en face d'un individu qui vient de violer ouvertement les lois de la morale et de la pudeur. Les réflexions suivantes d'un médecin compétent sur la matière nous paraissent très-judicieuses :

Presque tous les livres de morale, dit Foderé, ont été conçus de manière à n'offrir la vertu que comme un être absolu dans toute sa beauté, et comme vice tout ce qui ne lui ressemble pas ou ce qui lui est opposé par quelques points, sans égard à nos imperfections, à nos besoins, aux passions inhérentes à nos facultés physiques; et les lois pénales ont, en général, été conçues en ce sens. De là les doctrines de plusieurs criminalistes, « qu'il est inutile d'aller sonder les profondeurs du cœur humain, lorsque le fait est attesté, qu'il est évident. » Gens peu rationnels, pour lesquels a été fait l'axiome, *summum jus, summa injuria*, et à qui appartenaient ces juges du moyen âge qui condamnaient à la mort ou à la mutilation les animaux par qui un mal quelconque avait été commis (1).

La question déjà si grave et si difficile de la *responsabilité* morale dans les cas ordinaires où elle est soulevée, devient encore bien plus délicate dans la supposition d'une affection commençante de l'organe de la pensée, quand celle-ci n'a point encore subi d'atteinte grave. Lorsqu'on voit une personne, jusqu'alors irréprochable, commettre une action répréhensible, je pense qu'on doit être porté à une extrême réserve. Comme médecin, j'incline à plaider les circonstances atténuantes, non pour le besoin de la cause, mais pour l'honneur de la nature humaine, sachant toutes les aberrations dont celle-ci est susceptible. L'expérience, d'ailleurs, dans un cas si délicat, doit être invoquée concurremment avec la raison.

Je donne actuellement des soins à une femme âgée de 42 ans, qui, depuis une année et demie est tombée progressivement dans cet état que je crois être un ramollissement général du cerveau : cécité presque entière, impossibilité de marcher; intelligence à demi-stupide, etc. Il y a deux ans, elle éprouvait seulement de vives douleurs de tête, qui étaient presque continues; sa santé générale était d'ailleurs parfaitement bonne, son intelligence nette. Il y a trois ans cette femme, douée d'une honnête aisance, *commit dans une foire un vol insignifiant*. Il y ent poursuite et condamnation judiciaires; une forte amende l'exempta cependant de la prison. Ce fait parut inexplicable aux personnes qui connaissaient la malade, et entre autres au mari; celui-ci, en voyant sa femme tomber peu à peu dans une sorte de collapsus cérébral, fut le premier à rattacher ce délit aux débuts de l'affection présente, et m'en fit l'aveu dans ce sens.

Un observateur de mérite, le docteur Brierre de Boismont, a consigné dans ce journal, il y a quelques années, des observations analogues, qui ont trait à la paralysie générale des aliénés. Il existe, selon ce médecin, pour cette maladie, une période prodromique du plus grand intérêt sous le rapport de la morale et de la médecine légale. Cette période, qui remonte quelquefois à six, sept ans et plus, avant l'explosion apparente de la folie, est caractérisée par les *perversions des facultés morales et affectives*, sans que les individus qui présentent ces changements en soient moins aptes à remplir les devoirs de la vie sociale ou à s'acquitter de leurs fonctions. Les familles, surprises, désolées, murmurent tout bas des actes d'indélica-

(1) TRAITÉ PHILOS. DE MÉD. PRAT., t. I, p. 487.
(2) Esquirol, DES MAL. MENT., t. I, p. 77 et suiv.
(3) Voir une bonne dissertation de Fréd. Hoffmann : DE MORBIS EX ATONIA CEREBRI NERVORUMQUE NASCENTIBUS, suppl. t. I, p. 300.
(4) TAC. ANN., lib. VI, 31.

(1) ESSAI MÉDICO-LÉGAL SUR DIVERSES ESPÈCES DE FOLIES, etc., p. 145.

tesse, d'improbité, de débanche auxquels nul antécédent ne les avait préparées. On répare les torts, on paye les dommages, on étouffe les plaintes; puis ce martyre long et secret se termine par l'apparition des premiers symptômes de la paralysie générale. Un employé d'une grande administration, dit le docteur Brierre de Boismont, avait rempli les devoirs de sa place presque jusqu'au moment de son admission chez moi, et cependant les détails qui me furent communiqués par sa femme ne laissaient aucun doute sur l'altération déjà ancienne de ses facultés morales et affectives. Autrefois généreux, de mœurs honnêtes, il était devenu, depuis plus de six ans, d'une avarice sordide et d'un libertinage effréné. Sa femme avait renoncé à lui demander l'argent nécessaire pour son entretien, parce qu'il entrait alors dans des accès de fureur si violents qu'il était même dangereux. Avec les progrès du mal, son avarice l'engagea dans des actes humiliants: il refusait l'argent dû en soutenant qu'il avait payé; il avait même fini par dérober des objets chez les personnes de sa connaissance. Jusqu'à ces derniers actes, que l'on prenait encore pour des excentricités, personne n'avait soupçonné le désordre de son esprit; il fallut des sévices qui mirent les jours de sa femme en péril, pour qu'elle pût se résoudre à le placer dans une maison de santé, où il a vécu plus de cinq ans (1).

Quelque temps après, je fus appelé en consultation pour un ancien officier public dont les soustractions dans une vente avaient fait, plusieurs années auparavant, beaucoup de bruit. Les observations que j'avais déjà recueillies sur ce point fort intéressant me firent penser alors que cet homme était sous l'influence de la période prodromique de la paralysie générale. J'avoue que cette entrevue piquait au plus haut degré ma curiosité; j'avais la presque certitude que j'allais voir un aliéné paralytique. Aucun renseignement ne m'avait été donné; les premières paroles qu'il prononça à mon entrée dans son cabinet me montrèrent, en effet, que l'affection était fort avancée. Il y avait plus de huit ans qu'on s'était aperçu des soustractions, et ce n'était que depuis quelques mois qu'on avait reconnu l'aliénation mentale (2).

Voici un autre fait observé récemment par notre honorable confrère le docteur Passot. Ici, c'est une affection aiguë et passagère de l'encéphale, le *delirium tremens*, qui semble avoir été la cause prochaine des perturbations morales qui sont survenues plus tard. Quoique différent par quelques circonstances, quoique la preuve *à posteriori*, c'est-à-dire par la terminaison, ne soit pas faite encore, ce fait curieux nous parait, quant à sa nature, se rapprocher des précédentes observations. Un homme âgé de 34 ans, d'une conduite irréprochable jusqu'alors, connu favorablement dans son quartier pour sa probité, est saisi du *delirium tremens*, maladie qu'il contracte dans l'exercice de sa profession qui est celle de tonnelier. Il guérit de cette maladie par les soins de notre confrère. Mais à dater de ce moment sa conduite se dérange; cet homme, jusqu'alors honnête, emprunte à droite et à gauche des sommes qu'il nie ensuite avoir reçues. Enfin, après avoir fait de nombreuses dupes, il prend la fuite pour éviter d'être poursuivi. Ses facultés intellectuelles paraissaient saines; seulement le docteur Passot avait remarqué que cet homme, en s'adressant pour faire de nouveaux emprunts à des personnes à qui il devait déjà, faisait preuve en cela d'une grande altération dans le jugement.

On peut voir à l'aide de pareils exemples combien ce nouveau point de vue de la doctrine de la responsabilité morale offre de difficultés, combien cette question a besoin d'être élucidée par l'étude attentive des prodromes des affections encéphaliques. Il peut se faire, et cela n'a rien d'opposé à l'ordre physiologique, qu'un acte immoral ou obscène, un délit, soit un fait aussi brusque, aussi insolite qu'une aberration sensitive, une de ces paralysies irrégulières qui traduisent presque infailliblement une désorganisation prochaine des centres nerveux. S'il y a concomitance entre ces deux ordres de faits, la question peut être simplifiée pour le médecin légiste; il peut alors puiser dans la totalité des signes pathologiques des éléments de présomption en faveur de la non-culpabilité du sujet. Mais malheureusement les preuves n'arrivent souvent qu'*à posteriori*, c'est-à-dire lorsque la maladie est confirmée, que les symptômes cérébraux sont bien francs, bien déterminés. Il sera bien facile alors pour le médecin de rattacher l'acte antérieur commis par le malade aux symptômes actuels, d'y voir une connexité. Cette prévarication contre la morale ou la prudence sera logiquement pour l'homme de l'art le début, la première lueur d'une modification désorganisatrice de la pulpe cérébrale. Mais sera-ce temps pour le malade? n'aura-t-il pu être déjà la victime de la rigoureuse application des lois pénales? C'est là un redoutable et délicat problème pour la solution duquel la conscience et le savoir du médecin ne sauraient être trop tendus. S'il est appelé à donner son avis, à éclairer la justice touchant une infraction morale *commise sans précédents*, dans un moment où l'individu est en pleine jouissance de ses facultés de relation, il devra, comme nous l'avons déjà remarqué, se tenir dans une grande réserve. Il lui restera à porter une exacte et sévère attention sur l'état antérieur du sujet, sur ses attitudes, sur son sommeil, sur sa volonté, sur sa mémoire, sur sa sensibilité, etc.; peut-être alors trouvera-t-il dans cet ensemble d'observations sur la vie morale et physique du sujet quelque signe révélateur à l'aide duquel il pourra induire de l'irresponsabilité.

Indépendamment des actes de moralité, il est une circonstance digne d'attention et qui se tire des changements *brusques* qui peuvent survenir chez l'homme, dans ses goûts, ses penchants, sa manière d'être, en un mot son attitude sociale. De pareilles modifications, lorsqu'elles n'apparaissent point d'une manière lente et progressive, n'ont point leur raison d'être dans l'action des agents moraux et ne peuvent provenir que d'un changement dans l'assiette du système nerveux. Ainsi on a remarqué depuis longtemps qu'une gaieté insolite chez un individu habituellement grave pouvait dénoter l'imminence d'une attaque d'apoplexie. Il en est de même de ceux qui, pendant une grande partie de leur vie, ayant aimé la retraite et la vie tranquille, recherchent tout à coup le bruit et l'agitation. Nous avons connu un homme de 57 ans qui, après avoir mené jusqu'à cet âge une vie grave et même austère, se livra à des distractions futiles, rechercha des amusements qui n'étaient plus de son âge et fut frappé peu de mois après d'une attaque d'apoplexie foudroyante. Nous savons bien que l'on pourra objecter à ce fait l'influence qu'a pu exercer sur l'organisme d'un vieillard un régime plus stimulant que celui auquel il s'était astreint précédemment. Mais la modification cérébrale qui lui a fait rechercher ce changement restera toujours comme l'indice d'une perturbation de la vie cérébrale. Et puis très-souvent les changements dans le moral n'en impliquent aucun dans les habitudes alimentaires, dans l'usage des plaisirs. Ils roulent sur des nuances dans le caractère, dans la tournure des idées et du maintien. Voici un homme dans l'âge consistant qui était préoccupé de choses graves, distrait, qui tombe dans les minuties comme le vieillard. Voici une circonstance, futile en apparence, qui nous mit sur la voie de porter, il y a peu d'années, un pronostic qui s'est malheureusement confirmé (1).

Un des hommes les plus recommandables, tant sous le rapport des facultés de l'esprit que des qualités du cœur, vint un jour nous entretenir d'affaires étrangères à sa santé. Sa conversation était lucide; rien n'était indicateur dans sa démarche; il accusait depuis quelque temps un peu d'inaptitude pour le travail. Pendant que nous étions occupé à écrire une lettre que nous devions lui remettre, nous le vîmes se lever, fureter dans un arrière-cabinet et ouvrir un placard. Ce fait de la part d'une personne ayant les habitudes les plus polies et les plus discrètes nous frappa vivement. Nous le rapprochâmes de deux circonstances qui nous étaient connues. A l'époque de la révolution de février, cet homme honorable, occupant un poste administratif important, s'était mêlé, dans les vues les plus désintéressées et les plus louables, à des agitations de la place publique, son esprit avait été fortement impressionné; nous savions de plus que sa mère était atteinte de démence sénile. Nous eûmes l'occasion de faire part de nos appréhensions à quelques membres de sa famille. Trois mois après, le malade perdait la vue à la suite de violentes céphalalgies, et il succombait plus tard au milieu de tous les symptômes du ramollissement cérébral.

A la vue de semblables preuves de la fragilité de notre nature, cette pensée si énergiquement exprimée de notre Montaigne peut-elle manquer de s'offrir à nous: « La plus réglée âme du monde et la plus parfaite n'a que trop à faire à se tenir en pieds, et à se garder de s'emporter par terre de sa propre foiblesse. Penseot-ils qu'une apoplexie n'estourdisse aussi bien Socrate qu'un portefaix? Les uns ont oublié leur nom mesme par la force d'une maladie, et une légère blessure a renversé le jugement à d'autres. Tant sage qu'il voudra, mais enfin c'est un homme: qu'est-il plus caduque, plus misérable et plus néant (2)? »

Un changement complet dans la tournure des idées, lorsqu'il n'est pas le résultat des progrès de l'âge, qu'il se manifeste dans un court laps de temps, et qu'on a d'autre part la certitude qu'il ne peut dépendre de l'action de certains modificateurs moraux, est très-suspect. Nous avons connu un jeune médecin de nos condisciples qui nous offrit ce phénomène d'une manière bien marquée, et peu de temps après il mourut atteint de la paralysie des aliénés. Nous l'avions connu trois années auparavant, fort libre dans ses propos, enclin à l'exagération, et nous le retrouvâmes discret et mesuré. Ses précédents, le milieu dans lequel il avait vécu, nous indiquaient assez que ce changement ne pouvait être le fruit d'un *amendement progressif*. Nous jugeâmes qu'il y avait là quelque chose de morbide; la suite nous donna

(1) Gazette Médicale de Paris, 1847, p. 393.
(2) *Loc. cit.*, p. 393.

(1) On comprendra la réserve que nous impose, pour les détails de nos observations, la nature d'un travail semblable.
(2) Essais, liv. II, ch. 5.

raison, malheureusement pour ce jeune confrère, qui avait d'ailleurs des qualités estimables.

On conçoit que la même perturbation psychologique qui altère les sentiments moraux puisse également porter atteinte au sentiment de la conservation; de là la *mélancolie suicide* qui peut marquer le début d'une affection grave du cerveau; cette maladie est très-souvent liée, du reste, à une lésion intellectuelle et affective.

(*La suite au prochain numéro.*)

THÉRAPEUTIQUE MÉDICALE.

SUR L'EMPLOI DE L'ARSENIC POUR LE TRAITEMENT DES FIÈVRES PALUDÉENNES; par M. FÉLIX JACQUOT, médecin en chef de l'hôpital militaire de Civita-Vecchia.

(Troisième lettre.)

Le nombre des médicaments qui ont tour à tour passé pour fébrifuges est presque égal à celui des drogues qui figurent dans la matière médicale. Chacun d'eux a eu son règne et, il faut bien le dire, sa cour enthousiaste; chacun a appuyé ses prétentions sur les travaux d'hommes fort recommandables, et sur des faits nombreux qui se présentaient comme le résultat d'une saine observation à l'abri de toute critique. Et cependant tous sont successivement tombés; le quinquina seul est resté.

Nous sommes dans une phase caractérisée par les efforts d'un groupe peu nombreux, mais fort actif de médecins célébrant l'excellence de l'arsenic; leur hymne s'évanouira-t-il comme un vain son, ou bien leurs travaux laisseront-ils quelques résultats acceptés par la science et utilisés par le praticien? L'esprit positif du siècle et la méthode quelquefois logique qu'ont employée les expérimentateurs permettent de s'arrêter à la dernière conclusion, et autorise à croire que l'expérience consacrera l'emploi de l'arsenic dans des cas restreints de fièvre paludéenne. Mais jusqu'à présent, devant des travaux complétement contradictoires, il est prudent de ne point se former de conviction sur l'efficacité de l'arsenic dans les fièvres de nos pays. A l'égard des fièvres endémo-épidémiques de l'Agro-Romano et des pays analogues, le procès nous semble plus avancé, et il est difficile de ne pas le juger contre l'arsenic.

Un travail du plus haut et du plus grave intérêt va bientôt nous éclairer sur la valeur réelle de l'arsenic: nous voulons parler du travail d'ensemble qu'élabore le conseil de santé des armées, d'après les documents fournis par les médecins militaires observant dans les conditions et dans les contrées les plus diverses. La multiplicité des sources, la différence des climats, l'indépendance complète des juges, feront de ce travail, nous n'en doutons pas, un véritable arrêt scientifique. Notre mémoire, adressé il y a plusieurs mois au conseil de santé, ne sera qu'une simple pierre du monument. Il n'est point destiné jusqu'à présent à une publication spéciale. Nous regrettons même que quelques mots échappés à notre plume aient provoqué une discussion de nature à préoccuper le public à une époque où il ne peut pas encore être définitivement éclairé. Acceptons cependant la position que nous nous sommes faite, et, pour cette fois seulement, répondons aux objections qui nous sont adressées, en laissant, toutefois, dans l'ombre les résultats de notre mémoire, que nous n'avons pas encore fait connaître.

M. Bailly, si nous avons bonne mémoire, était sous-aide dans le service de M. Boudin en 1848; sa tâche consistait à recueillir les observations des malades traités par l'arsenic. M. Bailly réunit conséquemment une partie des conditions voulues pour prendre la parole dans cette affaire.

M. Bailly doit se souvenir, à son tour, que, pendant une grande partie de notre séjour au Roule à Paris, au lieu d'être chargé en chef d'un service, comme l'exigeait notre grade, nous avons suppléé M. Boudin, position secondaire que nous ne regrettons pas, car nous avons beaucoup appris de notre honorable chef. Nous faisions la visite des premières salles; puis, arrivé aux salles affectées aux fièvres intermittentes, nous cédions le plus souvent le cahier à M. Boudin qui arrivait; où bien nous formulions, ordinairement sous ses yeux le traitement arsenical qui nous a semblé très-aisé à concevoir. Il demeure donc bien établi que le traitement de M. Boudin nous est parfaitement connu, ou du moins la formule que ce savant médecin employait alors, car, comme nous l'avons établi, cette formule a singulièrement varié selon les temps.

Ces préliminaires posés, passons à la discussion.

M. Bailly s'exprime ainsi: « Quant à la différence des résultats obtenus par quelques expérimentateurs, elle ne saurait être attribuée qu'à cette circonstance, qu'on ne s'est pas toujours conformé aux règles dont M. Boudin a recommandé la rigoureuse observation avec tant d'insistance. »

M. Bailly veut probablement parler des dernières règles. Les premières étaient fort bonnes, puisqu'elles réussissaient, et que la rigoureuse observation en était également recommandée; mais les dernières, quoique bien différentes, puisque la dose d'arsenic est de dix à vingt fois plus considérable, les dernières sont probablement aujourd'hui les seules bonnes, et les premières qui guérissaient autrefois seraient détestables à l'heure présente. Ceci, me direz-vous, est de l'argutie; peu importe; avouez qu'elle a peut-être bien sa petite portée.

M. Bailly, qui n'est ici que le miroir d'une autre opinion, ne saurait nous persuader que c'est moins l'arsenic qui guérit que la formule de notre honorable chef.

Et d'abord cette formule est bien loin d'être toujours applicable. Dans les cachexies paludéennes que nous avons sous les yeux à Rome, et surtout sur celles que nous avons observées l'an passé, l'impressionnabilité gastro-intestinale, l'imminence incessante de la diarrhée, le dégoût du malade pour les aliments, s'opposent à l'entraînement, à l'alimentation forcée. D'ailleurs quel est le rôle de cette alimentation? Certainement elle aide à merveille la nutrition, la réparation; mais un auteur grave ne serait pas éloigné de penser qu'elle a un tout autre rôle, qu'elle empêche l'absorption d'une partie de l'arsenic administré, de sorte que, sans son secours, les doses énormes de M. Boudin pourraient bien empoisonner.

M. Bailly a eu, du reste, l'extrême obligeance de nous démontrer que la formule de M. Boudin n'est pas du tout indispensable, sous peine de n'avoir point de succès, car la plupart des auteurs qu'il cite comme ayant réussi ne l'ont pas suivie. Et d'abord nommons tous ceux qui ont précédé M. Boudin, puis bonne partie de ceux qui lui sont postérieurs. Parmi ceux-ci, pour ne pas trop allonger cette lettre, rapportons un seul exemple bien caractéristique. M. Vérignon d'Hyères guérit *merveilleusement* (ce sont ses propres expressions) les fièvres invétérées par quelques doses d'arsenic à 1/16 de grain (le 16ᵉ de ce que donne M. Boudin) continué pendant quelques jours; il ne dépasse pas un quart de grain dans le traitement (un même individu, à Versailles, a pris jusqu'à un gramme, c'est-à-dire pas très-loin de cent fois plus). M. Boudin fait toujours vomir une ou plusieurs fois; M. Vérignon ne fait pas vomir, il purge seulement dans les cas où l'indication précise en est fournie par l'état du tube intestinal. M. Vérignon coupe net la fièvre vingt et une fois sur trente; jamais sa médication n'a échoué. Sa méthode est pourtant prodigieusement différente de celle qu'on nous représente comme la seule bonne. M. Vérignon se serait-il trompé? n'aurait-il pas évité toutes les chances d'erreur? N'allons pas si vite; l'écueil est pour tout le monde.

Si nous n'allons pas vite, nous n'en irons pas moins loin, car nous osons poser la question suivante: Si, avec des fractions minimes de grain et peu de jours de traitement, on guérit tout aussi bel et bien qu'avec des doses énormes et prolongées, la méthode du savant médecin en chef du Roule, loin d'être la bonne, est la pire.

Quittons la critique; un peu de pratique. Nous croyons, pour notre part, à l'utilité du vomitif. Voici nos résultats:

L'arsenic sans vomitifs a coupé net la fièvre huit fois, 33 p. 100; avec vomitifs, 16,66.

Ce n'est point ici le lieu de rechercher si la vertu fébrifuge intrinsèque de la quinine ne serait pas telle qu'elle absorbât et effaçât la petite part du vomitif; nos statistiques nous donnent:

Fièvres coupées net par le sulfate de quinine, sans vomitifs, 49,51 p. 100; avec vomitifs, 50,46.

Ces résultats nous ont surpris nous-même, et ne nous empêchent pas de poursuivre une expérimentation qui ne nous semble pas bien complète sur l'efficacité des vomitifs.

Je passe à un autre point. Laissons parler notre jeune camarade, M. Bailly: « Si l'on n'eût point négligé d'examiner la plupart des expériences nombreuses et récentes que l'arsenic vient de subir avec bonheur, on serait arrivé à des conclusions toutes différentes. » Nous ferons observer à notre jeune camarade, qu'à Civita-Vecchia, où nous étions alors, on consulte ce qu'on peut et non pas ce qu'on veut. En France, surtout à Paris où est M. Boudin et peut-être aussi M. Bailly, eu France c'est autre chose. M. Bailly, qui aime qu'on soit complet aurait bien pu, en regard de la liste des partisans de l'arsenic, mettre celle des praticiens qui n'ont point eu à s'en louer; il est vrai qu'elle est longue. Mais n'eût-il pas pu, au moins, après avoir parlé du mémoire de M. Maillot, médecin et professeur au Val-de-Grâce, dire un mot du travail de M. Champouillon, médecin et professeur dans la même école?

M. Bailly est loin d'être exempt du péché de négligence; il prend dans les auteurs des citations favorables à l'arsenic; mais il oublie les correctifs qui modifient le sens, les restrictions qui le changent quelquefois entièrement. Il est bon et opportun de faire voir jusqu'à quel point tous ces prétendus partisans déclarés de l'arsenic en prennent réellement la défense. Nous ne possédons pas malheureusement tous les articles cités par M. Bail-

ly; mais si, dans tous ceux que le hasard nous met sous la main, nous trouvons des déclarations hostiles à l'arsenic, il est assez présumable qu'il en existe également ailleurs.

Commençons la revue.

« M. Gibert, dit M. Bailly, dans un travail récent, constate la propriété fébrifuge puissante des préparations arsenicales, ainsi que leur *constante innocuité*, quand la prudence et la méthode président à leur administration. » Laissons M. Gibert protester lui-même contre cette *constante innocuité*.

« Lorsque de faibles doses d'arsenic sont successivement données pendant plusieurs jours, l'estomac et le canal intestinal paraissent presqu'exclusivement atteints, et *la mort peut survenir par suite d'une altération profonde de ces organes*. » (Bulletin de Thérap., 1850, p. 194.) Ailleurs : « Depuis 1819, on a administré journellement l'arsenic, à Saint-Louis, à doses croissantes d'un seizième à un huitième de grain, et on a été très-fréquemment obligé de suspendre, à cause des accidents d'irritation gastro-intestinale qu'il provoquait, tels que nausées, vomissements, coliques, diarrhée, etc.... » Est-ce là une constante innocuité?

M. Maillot parle aussi d'innocuité. Dans notre dernière lettre, nous avons donné la liste des accidents relatés par notre honorable maître lui-même.

M. Fuster a trouvé l'arsenic, dit M. Bailly, non-seulement inoffensif, *absolument inoffensif*, mais d'une vertu curative véritablement héroïque. » Ici, c'est à l'honorable et savant professeur que je suis obligé de faire un peu d'opposition. Je ne connais de ses travaux que le compte-rendu détaillé, inséré au n° 33 de la Gazette Médicale, dont il est, certes, et à juste titre, le bien bon ami. Six malades traités; au premier on administre l'arsenic à doses croissantes, qu'on porte successivement, de proportions très-minimes à 0g,1 (le cinquième de la dose de M. Boudin); on suspend le trente-troisième jour, à cause de vertiges, d'épigastralgie, de vomissements. Au troisième malade, 4 millig. sont administrés pendant douze jours; les accidents gastro-intestinaux forcent alors de suspendre. Le cinquième malade est à peu près dans le même cas. L'arsenic n'est donc pas *inoffensif, absolument inoffensif*.

M. Néret, dit M. Bailly, déclare que l'efficacité de l'arsenic est aussi grande que celle du sulfate de quinine. Nous contestons à M. Néret la légitimité de sa conclusion; en effet, d'après lui, l'arsenic fait cesser la fièvre du troisième au quatrième jour. Le sulfate de quinine, même à doses modérées, agit plus rapidement; à Rome, nous avons pu conjurer, cinquante fois sur cent, le premier accès. M. Bailly aurait pu nous dire, en citant M. Néret, que, d'après l'expérience du médecin de Nancy, l'arsenic ne prévient pas plus les rechutes que le sulfate de quinine.

M. Teissier, de Lyon, continue M. Bailly, a vu guérir, *avec une rapidité qui l'étonna*, des malades atteints de vieilles fièvres d'Afrique. M. Bailly eût pu compléter la citation. M. Dufour, de Lyon, « pense, ainsi que M. Teissier (1), que l'arsenic juge moins rapidement la fièvre que le sulfate de quinine, et que cette infériorité s'accuse non-seulement par la durée du traitement, qui est plus long, mais plus encore peut-être par la guérison, qui est moins franche, moins radicale. » M. Chappet, de Lyon, reconnaît également l'infériorité de l'arsenic.

M. Mazière ne constate la supériorité de l'arsenic sur la quinine que dans le rapport de son vil prix; il ressort de son travail que la quinine est supérieure comme agent thérapeutique.

Nous avons, dans notre deuxième lettre, donné le résultat de nos propres observations sur l'arsenic considéré comme toxique. Il ne faut pas que les accidents consécutifs à l'ingestion d'une première dose à 1 centigr. paraissent uniques à M. Bailly : Mouro, Fodéré, Lachèze (d'Angers), en ont constaté des cas.

Il est nécessaire de bien établir ici que ce n'est pas une prudence propre à la formule de M. Boudin, qui met à l'abri des accidents. M. Boudin, et nous-même, sous ses yeux, nous avons prescrit d'emblée 0,06 d'arsenic, au Roule, à prendre en deux fois, devant nous, le matin et à trois heures. Les plus grandes imprudences des praticiens qui ont observé des accidents, n'ont jamais atteint la hardiesse de la prudence commune que nous avons montrée, M. Boudin et moi, son second, dans ces circonstances.

Si M. Bailly veut bien recueillir ses souvenirs, il ne se rappellera pas mal d'accidents gastro-intestinaux. Nous ne nous souvenons pas en avoir observé qui fussent généraux. M. Wahu, cependant, au Roule, a essayé l'arsenic dans un certain cas, et n'a pas été tenté de recommencer. Nous connaissons fort bien le sujet, car, quelque temps après, M. Wahu, atteint du choléra, a dû nous céder son service.

(1) Revue médico-chir. de Paris, t. VIII, 1850, des indications, etc., par M. Dufour, p. 80. Nous ne possédons pas le travail original de M. Teissier.

La discrétion nous empêche de prêter l'oreille à d'autres bruits sortis d'autres hôpitaux.

Après avoir reproché à ceux qui n'ont pas réussi de ne pas avoir suivi la formule de M. Bondin, M. Bailly nous reproche, à nous, de l'avoir suivie à Rome, où le génie particulier des fièvres commande des modifications. Mille pardons, nous avons tout essayé, à Rome, depuis 0,1 jusqu'au delà de 0,1, avec et sans évacuants; nous avons employé comme adjuvants, les toniques, les amers, la centaurée, etc., etc. Aucune de nos nombreuses combinaisons n'a réussi de manière à nous satisfaire. Quant à augmenter encore les doses, Dieu nous en garde : les accidents nous ont arrêté. On ne peut proportionner la dose à la gravité du mal comme avec la quinine; on ne joue pas avec l'arsenic comme avec la quinine.

Nous lisons dans presque tous les auteurs qui se sont déclarés plus ou moins partisans de l'arsenic, qu'on ne doit pas songer à l'employer dans les fièvres pernicieuses. Malheureusement un accès pernicieux éclate quelquefois, souvent même, après quelques jours de prodromes vagues, ou après un ou deux accès simples; le médecin est surpris par un mal qu'il est extrêmement difficile de deviner, la plupart du temps. Donnerez-vous donc l'arsenic sous cette menace? Votre restriction rétrécit votre traitement.

J'arrive aux rechutes.

M. Bailly prend la peine de rapporter un passage de nos écrits, dans lequel nous déplorons la fréquence des rechutes après la médication quinique. Or, nous avons précisément rappelé le même passage dans le mémoire qui est entre les mains du Conseil de santé; nous l'avons rapporté pour faire voir l'étendue du mal et de la lacune thérapeutique. Mais l'arsenic ne vient certes pas la combler, d'après nos observations. M. Bailly regrette que notre opinion ne s'appuie pas sur des résultats numériques. Nous avons mieux fait que cela : notre mémoire est accompagné de 280 observations que nous avons eu la patience de recueillir *nous-même*, jour par jour. Nous nous contenterons, pour le moment, de rappeler à M. Bailly que nous avons eu des rechutes pendant la période même d'administration journalière de l'arsenic.

D'après quelques données vagues par nous publiées, M. Bailly établit que nous avons compté plus de quatre-vingt-onze rechutes pour cent. Il est impossible d'établir cette proportion; nous insistons sur ce point. Nous avons d'ailleurs déclaré autre part que les rechutes et les récidives sont fort difficiles à distinguer, et que nous les confondions dans nos appréciations. A Frascati, où il n'y a guère eu que des rechutes, puisque cette localité est hors de l'aria cattiva, elles ont atteint vingt-six pour cent.

CORRESPONDANCE MÉDICALE.

LETTRE SUR UN APPAREIL POUR LE TAMPONNEMENT DES FOSSES NASALES (RHYNOBION); par M. Martin-Saint-Ange.

Monsieur et honoré confrère,

La Gazette Médicale du 14 décembre courant fait connaître un procédé *nouveau* pour arrêter les hémorrhagies nasales. Ce procédé, mis en pratique par notre savant confrère M. Diday, consiste à prendre une petite vessie en caoutchouc vulcanisé que l'on roule d'abord sur elle-même, selon sa longueur, de manière à lui donner la forme d'un cylindre fort ténu; on la saisit ensuite entre *les deux mors d'une pince à pansement*, et on la porte ainsi, après l'avoir huilée, par la fosse nasale saignante, jusque dans le pharynx. Une fois arrivé là, on la distend en soufflant avec la bouche dans le long tube qui la termine. On fait ensuite un nœud au bout du tube afin de retenir l'air, et un second nœud plus loin, pour retenir le bourdon net de charpie que l'on place dans la narine. De cette manière les ouvertures nasales antérieures et postérieures du même côté se trouvent bouchées.

Pour enlever cet appareil, M. Diday défait successivement les deux nœuds, *retire* la charpie, *injecte* de l'huile dans la fosse nasale, *aspire* fortement avec la bouche l'air contenu dans la vessie en caoutchouc et dégage son appareil.

La *simplicité* de ce procédé, est-il dit à la fin de la notice, ressort assez claire de la description précédente pour qu'il soit *superflu* de chercher à prouver sa *supériorité* sur les autres appareils qui ont été imaginés dans le même but.

Sans vouloir ici chercher à établir une comparaison entre ce procédé et celui que j'ai fait connaître en 1834 (Gaz. de santé et Bull. ch. de M. Langier, av. pl.), permettez-moi, dans l'intérêt de la pratique chirurgicale, les observations suivantes :

1° L'introduction de la vessie en caoutchouc à l'aide de la pince à panse-

ments, si elle est possible et praticable chez un adulte à narines bien ouvertes et à cornets inférieurs non bombés, est *impossible* chez un enfant à cause du volume des susdites pinces.

2° Trop de particularités accompagnent et compliquent l'introduction et l'extraction de l'appareil.

3° Pour établir la non-supériorité de ce procédé opératoire sur les autres, je me contente de reproduire ici le petit instrument (RHYNOBION) que j'ai fait faire pour pratiquer le tamponnement des fosses nasales. Les praticiens jugeront de quel côté sont les avantages.

Ce petit instrument, qui déjà à plusieurs reprises a fonctionné, se compose d'une tige creuse (*a*, grandeur naturelle), garnie d'un robinet (*c*); de ce même côté est un pavillon garni d'œillets; de l'autre une vessie en baudruche fortement assujettie; d'un curseur à vis de pression garni d'une languette (*e*, *f*).

Lorsqu'on veut pratiquer le tamponnement, on mouille la vessie qui, par ce moyen, se réduit à un très-petit volume, on la roule ensuite entre les doigts et on la pousse directement dans la narine en lui faisant parcourir tout le plancher de la cavité nasale.

On insuffle de l'air par le pavillon de la sonde, ou bien on injecte de l'eau à l'aide d'une petite seringue, et l'on ferme le robinet (*c*). La baudruche distendue forme tampon; on place ensuite un bourdonnet de charpie dans la narine et on le maintient à l'aide du curseur (*e*, *f*). Pour lever l'appareil, il suffit d'ouvrir le robinet; l'air ou l'eau s'échappe et la baudruche toujours souple et humide sort avec la plus grande facilité de la cavité nasale. C'est là, je pense, un procédé de tamponnement fort simple que notre confrère préférera sans doute au sien lorsqu'il le connaîtra.

Agréez, etc.

REVUE DES JOURNAUX DE MÉDECINE.

JOURNAUX ALLEMANDS.

II. MEDICINISCHES CORRESPONDENZ-BLATT BAYERISCHER AERZTE.

ABSENCE TOTALE DE L'UTÉRUS; par le docteur ZIEHL, à Nuremberg.

OBS. — J., âgée de 57 ans, mariée à l'âge de 32 ans, a joui jusque dans ces dernières années d'une excellente santé; elle n'a jamais été réglée; par contre, il existait quelquefois un fort écoulement de mucosités par le vagin. Tout le corps était d'une conformation naturelle, les seins et les membres bien développés; sa voix, ses habitudes étaient celles de son sexe. Le coït n'a jamais été complétement accompli et lui était indifférent.

Pendant les dernières années de sa vie, elle était d'une grande sensibilité nerveuse et devenait très-faible.

Elle mourut le 8 juin 1849, de phthisie tuberculeuse.

Ses trois sœurs, dont deux sont encore en vie, étaient bien menstruées.

AUTOPSIE. — Poumons farcis de tubercules, en partie crus et ramollis; cavernes; cœur, foie, rate, reins, uretères, vessie à l'état normal, grandes lèvres et clitoris complétement développés; le vagin était si rétréci qu'il permettait à peine l'introduction de l'index; ce conduit avait un pouce de long et se terminait en cul-de-sac; derrière on ne trouvait aucune trace d'utérus. Les trompes se trouvaient dans les ligaments larges placés derrière la vessie; les franges étaient à l'état normal; l'ouverture abdominale des trompes était ouverte; il n'existait pas d'ouverture utérine; derrière et sous les trompes étaient placés les ovaires, un peu raccornis, d'une structure sèche et ferme, froncés à la superficie, contenant dans l'intérieur des petites bosselures compactes. L'utérus manquait complétement; il n'existait pas même le moindre rudiment de cet organe.

PRATIQUE ET ÉTUDES; par le docteur F. PAULI.

Sous ce titre, le médecin de Landau, une des plumes les plus fécondes de l'Allemagne, nous fait connaître, dans une série de petits articles, le fruit de sa pratique et de ses études. Nous allons suivre M. le docteur Pauli, nous arrêtant seulement aux parties qui nous ont paru les plus intéressantes, dans cette longue et pénible pérégrination; pénible, car la réputation de l'auteur est faite dans le monde médical; on y sait que s'il brille, ce n'est n'est pas par la politesse, et qu'il appartient au genre d'individus connus en Allemagne sous le nom de gallophages (*franzosenfresser*); aussi les grossières injures que sa plume se plaît à jeter contre des noms qui nous sont chers ne nous touchent guère; nous renvoyons à leur auteur ces méchancetés de bas étage qui ne méritent que le dédain. Nous respectons trop nos lecteurs pour dégrader notre journal par un langage indigne de la science. Mais entrons en matière.

SUR LE TRAITEMENT DE LA TÉLÉANGIECTASIE.

Pour obvier à la difformité des cicatrices, à l'entropion, à la distorsion de la bouche, etc., qui sont ordinairement les suites de l'emploi des caustiques et même du histouri, surtout quand la téléangiectasie est très-étendue et a son siége dans la figure, l'auteur a employé une nouvelle méthode qui consiste à faire des *ligatures partielles à des époques différentes*. Partant du principe que la peau possède une extensibilité extraordinaire, comme nous le voyons dans les grands lipômes, on comprend que, dans les téléangiectasies très-étendues du visage, cette extensibilité ne peut être obtenue, sans défigurer les parties voisines, que par une méthode qui laisse assez de temps à la peau pour se distendre sans préjudice des parties circonvoisines. A cet effet, l'auteur enlève de temps en temps des parties du centre de la téléangiectasie. La périphérie se rapprochant peu à peu au centre, le cercle devient toujours plus petit. Une téléangiectasie de la grandeur d'un petit écu sur la joue d'un petit enfant ne pourra être liée en une fois ou excisée sans produire par la cicatrisation une des difformités indiquées ci-dessus; car on ne laissera pas à la peau assez de temps pour se distendre. Tandis qu'en faisant trois ou quatre ligatures partielles dans un espace de 6 à 9 mois, on n'aura pas de difficultés, et la cicatrice sera à peine visible. Il est indispensable, avant de faire la ligature partielle, d'introduire en croix deux aiguilles dans les parties qui doivent être enlevées, car c'est seulement alors qu'on peut retrancher avec sécurité une portion déterminée des tissus affectés.

Cette méthode est ingénieuse, mais elle ne nous paraît applicable qu'à certaines tumeurs érectiles superficielles, cutanées, qui ne donnent pas des hémorrhagies à la première piqûre, soit par leur volume ou par la nature des parties où elles sont situées; encore faut-il que la marche de la tumeur soit assez lente pour permettre de recourir à un procédé opératoire qui demande plusieurs mois.

DE LA LIGATURE SOUS-CUTANÉE DE L'ARTÈRE INTERCOSTALE.

Par le procédé de l'auteur, la plèvre ne doit pas être intéressée et la peau ne doit être entamée que dans un point qui n'est pas traversé par l'artère liée. A cet effet, on introduit un instrument analogue à l'aiguille de Deschamps, seulement avec cette différence que l'œillet ne doit pas former un demi-cercle comme l'aiguille de Deschamps, mais presque les trois quarts d'un cercle à bords tranchants. On introduit immédiatement l'instrument sur la côte intéressée, à un pouce en arrière, c'est-à-dire vers l'origine de l'artère à partir du point où on la suppose lésée. On conduit l'instrument le long du bord interne de la côte en s'éloignant d'abord du bord inférieur, afin de ne pas produire une nouvelle lésion de l'artère, puis on fait ressortir l'instrument par le bord externe en le ramenant sur le bord extérieur de la côte en piquant sur le point même où l'on est entré. Lorsqu'on voit l'œillet, qui doit se trouver tout près de la pointe, on y passe un double fil de soie fortement ciré; au moyen d'une aiguille courbe à suture, on ramène de nouveau l'instrument par le même chemin, et on termine la ligature en roulant sur un petit cylindre de sparadrap les deux extrémités des fils à ligature. De cette manière, la peau n'est entamée qu'en un seul point.

Imitera qui voudra ou qui pourra ce procédé!

POLYPE DANS LE LARYNX.

Un tailleur, âgé de 36 ans, affecté depuis deux ans d'une toux sèche accompagnée d'un amaigrissement très-notable et se plaignant continuellement d'un corps étranger dans le cou fut regardé comme phthisique. M. Pauli diagnostiqua une laryngite chronique et ordonna l'huile de foie de morne. Un beau jour, le malade rendit, dans un violent accès de toux, un polype vasculaire long d'un demi-doigt, et à partir de ce moment, il se rétablit lentement.

Chez un autre sujet, âgé de 40 ans, regardé comme phthisique, M. Pauli enleva avec des ciseaux une partie de la luette hypertrophiée qui irritait l'épiglotte, et les symptômes alarmants disparurent.

Ces observations prouvent combien il est indispensable d'examiner toujours les cavités de la bouche et de l'arrière-gorge dans toutes les affections du larynx.

BLENNORRHAGIE.

Le sulfate de zinc en injections suffit, d'après l'auteur, dans le plus grand nombre de cas de blennorrhagie, et il n'est pas nécessaire, pour y recourir, d'attendre la disparition complète des symptômes inflammatoires. Nous n'avons pas été aussi heureux que M. Pauli; aussi aurions-nous désiré connaître la manière dont il l'emploie. Quant à l'opinion qui attribue aux injections les rétrécissements du canal de l'urètre, il la place dans le chapitre des vieux bavardages médicaux. Cette manière de traiter nos grands maîtres est un peu leste.

SUR LA SÉPARATION DES DOIGTS PALMÉS.

Le procédé de l'auteur consiste à diviser avec des ciseaux ou avec le bistouri la membrane intermédiaire tout près, et le long d'un doigt jusqu'à un peu au delà de la réunion anormale, les doigts étant fortement écartés par un aide. Il reste ainsi assez de peau pour couvrir un des doigts, et la plaie, fermée avec des bandelettes agglutinatives, guérira par première intention, tandis que la plaie de l'autre doigt sera couverte de charpie et guérira par granulations. Toute nouvelle réunion entre le doigt fermé par la peau et la surface granuleuse est ainsi impossible.

L'auteur compte déjà plusieurs faits où ce procédé, très-simple et d'une exécution facile et sûre a été employé avec succès.

CE QUE NOUS VOULONS!

Ce que vous voulez, que Dieu nous préserve de le vouloir; car il faut avoir l'esprit mal fait ou le jugement faux pour dire que les services rendus par la chimie et le microscope sont égaux à zéro et par conséquent doivent être rejetés d'un chapitre qui traite des progrès de la médecine pratique.

Cette idée lumineuse, M. Pauli y tient, car il la répète dans un autre article intitulé : JOURNALISME, dans lequel il émet des vœux pour la fondation d'un nouveau journal dont une des conditions serait de bannir *toutes les recherches chimiques qui jusqu'aujourd'hui n'ont produit aucun profit et qui n'en produiront jamais.*

ATRÉSIE DE L'URÈTRE.

Chez un nouveau-né affecté d'atrésie de l'urètre, un médecin pratiqua une incision verticale dans le gland d'après la direction de la fente urétrale sur la ligne médiane sans arriver à l'urètre, et pensant que l'atrésie s'étendait très-loin en arrière, il conseilla de faire une ouverture derrière la partie bulbeuse. M. Pauli, appelé en consultation, pratiqua une incision horizontale, et immédiatement l'urine s'écoula. Guérison parfaite.

SUR LA RETENTION D'URINE.

La piteuse méthode des injections forcées dans les cas de rétrécissements permanents, déjà depuis longtemps oubliée, doit être remplacée, d'après l'auteur, par le procédé suivant, qui lui aurait réussi dans deux cas tres-graves où l'on songeait déjà à la ponction de la vessie. On tient le membre viril allongé et on introduit par le méat un tube de verre de la longueur d'un pied et demi environ, du calibre d'un baromètre ordinaire. On l'introduit à un pouce et demi, et on le maintient en place; dans ce tube, on verse lentement du mercure métallique, substance moins irritante pour les parties malades du canal que les injections foncées, sous l'influence de la chaleur naturelle du corps, le mercure, qui pénètre aussi dans les ouvertures les plus fines, se dilate; par là le rétrécissement s'élargit peu à peu, de sorte qu'au bout de quelques minutes, après qu'on a fait ressortir le mercure, en même temps qu'une forte envie d'uriner se fait sentir, l'écoulement de l'urine a lieu.

Nous nous permettons, pour employer le langage de M. Pauli, d'appeler ce procédé une niaiserie chirurgicale.

CONTRACTION DE LA BOUCHE GUÉRIE PAR L'INCISION DU MASSETER.

Un homme âgé de 32 ans, d'une constitution faible, eut, à la suite d'un violent érysipèle de la face, une nécrose du maxillaire supérieur et de l'os zygomatique. M. Pauli fit quelques incisions pour retirer les parties cariées; la plaie guérit parfaitement bien, mais une contraction de la bouche, suite de l'inflammation du masseter, persista : le malade pouvait à peine écarter les dents de 2 lignes et avaler des liquides; te masseter droit était dur au toucher, contracté; cette dureté était surtout très-sensible lorsque le malade voulait ouvrir la bouche. Pour obvier complétement à cette infirmité, M. Pauli se vit obligé de diviser successivement l'insertion du masseter au bord inférieur et à l'angle de la mâchoire inférieure, à son bord inférieur de l'apophyse et de l'arcade zygomatique, et enfin le ligament capsulaire de la cavité glénoïde de la mâchoire. Ces différentes sections sous-cutanées furent faites avec un bistouri de Dieffenbach.

Résultat complétement satisfaisant; le malade put facilement ouvrir la bouche et mâcher comme auparavant.

Dans un autre cas de la contracture de la bouche, bien moins forte, suite d'un coup, chez une malade qui ne voulut pas se laisser opérer, M. Pauli introduisit des petits morceaux de bois en forme de coin, trois ou quatre fois par jour pendant une demi-heure plus ou moins, et recommanda à la malade des mouvements de mastication.

Ce n'est qu'au bout de quatre mois qu'on arriva au résultat qui, dans le cas précédent, avait été obtenu en quatre minutes.

AMPUTATION.

Les ulcères chroniques des jambes ne réclament pas impérieusement l'amputation comme l'a pratiquée M. Stromeyer à la clinique de Fribourg (Roser et Wanderlich, ARCHIVES III, cah. 2, p. 267), car les ulcères n'empêchent pas les malades de vaquer à leurs occupations, et s'ils ne cèdent pas aux traitements ordinaires et surtout à la méthode de Baynton, ils sont dus à une gale négligée et guérissent le plus souvent par l'onguent de Zelleire.

Nous n'avons pas sous les yeux le fait imputé à M. Stromeyer; il nous surprend et nous l'avons rapporté sous la responsabilité de M. Pauli. Quant à l'étiologie des ulcères atones réfractaires aux traitements ordinaires, c'est peut-être aussi une de ces hypothèses scolastiques admises sur parole, et qui nous étonne de la part de M. Pauli.

ICHTHYOSE.

OBS. — Un garçon de 9 ans, affecté depuis quinze mois de cette maladie, contre laquelle on avait déjà employé l'huile de foie de morue et d'autres moyens, fut soumis pendant cinq semaines par M. Pauli à l'iodure de potassium, aux bains d'iode et de sel et aux lotions d'iode. Guérison.

AMPUTATION TIBIO-TARSIENNE D'APRÈS LA MÉTHODE DE SYME.

L'auteur a fait trois fois cette opération. Dans les deux premiers cas, la réunion du lambeau a eu lieu; mais elle était lente, et les malades mirent beaucoup de temps avant d'oser marcher sur le moignon. Dans le troisième cas, chez un homme âgé de 54 ans, très-faible, le lambeau devint gangreneux dans les trois premiers jours après l'opération; pourtant la guérison fut complète. Dans les cas analogues à ce dernier, l'auteur recommande le procédé du savant chirurgien de Strasbourg, M. Sédillot.

TRÉPANATION.

OBS. — Un homme de 30 ans se fractura, dans une chute, le pariétal gauche tout près de la suture coronale. Entre autres symptômes qui dénotèrent une lésion du cerveau, le malade avait perdu l'usage de la parole. On trépana le malade, et on éloigna les esquilles implantées dans la dure-mère, qui fut elle-même incisée. L'opération fut suivie d'un succès complet. Les symptômes cérébraux disparurent et le malade prononça encore dans la soirée quelques mots. Le cinquième jour la parole était complétement revenue.

L'auteur regarde cette observation comme militant en faveur de l'opinion de MM. Bonnafont et Bouillaud (Académie de médecine, 11 janv. et 7 mars 1848), qui, comme on sait, placent le siége de la faculté de la parole dans les lobes antérieurs du cerveau.

Cet exemple, pas plus que tous ceux qui ont été rapportés antérieurement, et dans lesquels l'intelligence était engourdie, ne saurait résoudre la question en litige.

SÉCRÉTION ANORMALE DU LAIT.

OBS. — Chez une jeune fille de 11 ans non encore menstruée, d'une bonne santé et d'un embonpoint médiocre, on constata une sécrétion lactiforme par

les seins assez développés. M. Pauli prescrivit le seigle ergoté qui arrêta cette sécrétion anormale.

Nous regrettons que l'auteur n'ait pas examiné au microscope le liquide pour s'assurer de sa nature, ce qui d'ailleurs n'ôte rien au mérite de son heureuse inspiration.

SUR LA LUXATION DU POUCE HORS DE L'OS MÉTACARPIEN.

Dans trois cas de luxation du pouce sur la face dorsale de l'os métacarpien où toutes les tentatives d'extension étaient restées infructueuses, l'auteur a eu recours une fois à l'incision sous-cutanée des ligaments latéraux et à la section du long fléchisseur; après cela la réduction fut possible, mais le pouce ne reprit pas ses mouvements en totalité. Dans un autre cas, il lui suffit, pour obtenir la réduction, d'une incision sous-cutanée du ligament externe. Dans le troisième cas, il a dû diviser les deux ligaments latéraux.

Ces observations où les ligaments ont été divisés sans aucun effet fâcheux auraient mérité plus de détails, surtout si on les compare aux insuccès que cette manière de faire a donnés à d'autres chirurgiens.

DE L'EXTRACTION DE CORPS ÉTRANGERS DU NEZ.

Dans des cas où les pinces, les sondes, les aiguilles, etc., ont échoué pour retirer des corps étrangers profondément fixés dans l'intérieur du nez, M. Pauli se sert avec avantage d'un petit forceps en miniature qu'il applique autour du corps étranger, comme cela se pratique dans les accouchements.

DES GANGLIONS.

De tous les moyens employés par l'auteur contre les ganglions situés sur le dos du poignet, il préfère la méthode de Dieffenbach qui consiste à les crever par un coup de marteau.

II. ZEITSCHRIFT FUR RATIONELLE MEDIZIN.

Par les docteurs HENLE et PFEUFER.

Les deux premiers cahiers du huitième volume contiennent les articles originaux suivants : 1° *Sur les équivalents endosmotiques et sur la théorie de l'endosmose;* par C. Ludwig. (Expériences nombreuses et explications théoriques sur l'influence de la membrane endosmotique et sur celle du degré de concentration des solutions employées.) 2° *Structure de l'utérus chez les animaux;* par le docteur François Kilian. 3 *Sur le développement des kystes;* par le docteur Ch. Bruch. 4° *Fragments sur le diagnostic des affections valvulaires du cœur, avec des réflexions sur l'opinion du professeur Canstatt relative aux vices organiques de la valvule mitrale et sur la théorie de Skoda concernant la production des bruits du cœur;* par le docteur Georges Rapp. (Dissertation intéressante sur le diagnostic des bruits du cœur, particulièrement sur les moyens de distinguer les bruits qui ont lieu pendant la systole de ceux qui se produisent pendant la diastole.) 5° *Anatomie pathologique de l'oreille interne dans le typhus;* par le docteur Passavant. 6° *Deux observations;* par le docteur H. Walter. (La première est une observation de sarcine sur un enfant de dix mois; la maladie avait consisté dans des vomissements opiniâtres et s'était terminée par la mort. L'estomac renfermait une très-grande quantité de cristaux offrant tous les caractères de la sarcine. La deuxième observation concerne une prosopalgie soulagée par l'inhalation de chloroforme et guérie ensuite par l'usage interne du carbonate de fer.) 7° *Sur les contractions des cœurs lymphatiques des grenouilles comme dépendantes de la moelle épinière;* par C. Eckhard. (Les contractions des cœurs antérieurs dépendent de la deuxième paire spinale et celles des cœurs postérieurs de la dixième.) 8° *Épidémie de furoncles produite par l'usage d'une eau contenant de l'acide sulfhydrique;* par le docteur Th. Clémens. 9° *De la guérison des fièvres intermittentes par une seule dose de quinine;* par le docteur C. Pfeufer.

STRUCTURE DE L'UTÉRUS CHEZ LES ANIMAUX; par le docteur FRANÇOIS KILIAN.

Le docteur Kilian s'est servi pour ses recherches d'animaux pris à leur naissance ou âgés seulement d'un jour. Son travail contient des faits intéressants relatifs à l'histogénèse. Il a vu la séreuse formée de corps nucléaires effilés à leurs extrémités et dont l'aspect pourrait faire croire à une transformation de la cellule. Cependant rien n'a pu le conduire à expliquer la formation des fibrilles de la séreuse par la théorie de Schwann; ces fibrilles proviennent d'abord d'un morcellement du blastème dont les fragments se précipitent autour d'un noyau, puis de l'allongement de ce noyau en deux sens opposés.

La muqueuse présente un épithélium en pavé épais et des utricules droits ou contournés en spirale; la plupart de ces utricules sont simples, quelques-uns sont divisés dichotomiquement et terminés par un canal unique rétréci en col.

Les glandes consistent en une masse transparente renfermant des noyaux ovales en travers dont les longs diamètres sont disposés autour de l'utricule. Celui-ci est lui-même entouré d'une couche de blastème contenant des noyaux fusiformes disposés longitudinalement suivant l'axe de l'utricule.

La substance utérine, dans ces très-jeunes sujets, ne se compose encore que d'un blastème gélatineux qui contient une multitude de noyaux de formes diverses, depuis la forme primitive, celle d'un noyau sphérique, vésiculeux et granuleux, jusqu'à des formes plus ou moins allongées. Ces dernières sont au nombre de deux principales, les unes cylindriques, les autres en alène. Les noyaux cylindriques se transforment plus tard en fibres lisses; les noyaux en alene deviennent des fibrilles celluleuses. Ici encore l'auteur n'a pas vu primitivement de véritables cellules, c'est-à-dire un noyau entouré d'une membrane et remplie d'un liquide; il n'a vu qu'un blastème homogène adhérer au noyau. M. Kilian croit, en général, que les différentes formes des tissus dépendent plus de la forme et du développement du noyau que du mode de développement de la cellule elle-même.

SUR LE DÉVELOPPEMENT DES KYSTES PATHOLOGIQUES; par le docteur CHARLES BRUCH (de Heidelberg).

L'auteur de ce travail a pour but de montrer que les kystes n'ont jamais pour point de départ une cellule mère, que ceux mêmes qui ne répondent pas à des espaces vides préexistants ne sont pas des formations existant par elles-mêmes, mais que tous les kystes sans exception proviennent d'un dépôt dans le parenchyme des organes et des tissus.

Voici, d'après l'auteur, quelle est la marche du développement des kystes :

Un liquide (sérum, sang, matière exsudée) se répand dans un tissu; le parenchyme environnant s'épaissit par compression ou sous l'influence des parties coagulables de la matière épanchée (kystes simples). Dans les parois de ce premier kyste qui deviennent lisses et reçoivent un épithélium, se développent de la même manière de nouveaux kystes (kystes composés). Des excroissances solides peuvent prendre naissance et se développer sur les parois des kystes (kyste ovarique, cystosarcome). Quand il existe des cavités simples creusées dans un fibroïde, on a le cystosarcome simple (cystofibroïde). S'il se développe dans l'intérieur de ces cavités des feuillets solides ou des excroissances pectiniformes, il en résulte le kyste phyllode. Enfin, lorsque des kystes endogènes, pédiculés, viennent à se développer sur ces excroissances villeuses, on a le cystosarcome prolifère de Müller.

ANATOMIE PATHOLOGIQUE DE L'OREILLE INTERNE CHEZ LES SUJETS MORTS DE TYPHUS; par le docteur G. PASSAVANT (de Francfort).

On sait que les bruissements d'oreilles et un degré plus ou moins prononcé de surdité sont des symptômes pour ainsi dire constants chez les typhoïdes. Beaucoup de médecins regardent encore aujourd'hui ces phénomènes comme nerveux et ne se doutent pas qu'ils puissent s'accompagner de lésions matérielles. Le docteur Passavant a examiné avec soin un grand nombre de rochers provenant de personnes mortes du typhus, et il a toujours rencontré des altérations en rapport avec l'intensité des symptômes observés pendant la vie.

Déjà l'inspection du rocher lui-même annonce une congestion sanguine. Quand on a enlevé la dure-mère, on le trouve taché çà et là de plaques d'un rouge bleuâtre, et quand on le scie on voit que la substance de l'os est injectée dans toute son épaisseur, excepté dans ses parties les plus compactes.

La membrane du tympan a perdu son éclat et sa transparence ; elle est plus ou moins rouge, épaissie; l'épithélium s'en détache facilement et paraît comme macéré; l'injection occupe principalement la couche sous-jacente. Cette injection du tympan se prolonge vers le conduit auditif externe sur une étendue variable; quelquefois il existe entre les vaisseaux injectés de petites ecchymoses que l'on distingue mieux quand on a détaché la membrane.

La caisse contient un mucus épais, visqueux, assez semblable au mucus nasal. Ce mucus remplit quelquefois totalement la caisse, ou il est simplement appliqué contre ses parois. On trouve le même mucus dans les cellules

mastoïdiennes et dans la trompe d'Eustache. La muqueuse de la caisse est le siége d'une injection plus ou moins prononcée; la couleur varie du rosé au rouge bleu; elle est plus marquée dans les enfoncements, surtout autour du promontoire.

Le labyrinthe ne présente pas d'altérations constantes; quelquefois on observe çà et là quelques plaques injectées.

L'auteur n'a pas rencontré ces altérations sur les cadavres des sujets morts d'autres maladies, pas même dans l'otite interne; elles paraissent donc en quelque sorte particulières au typhus.

ÉPIDÉMIE DE FURONCLES PRODUITE PAR L'USAGE D'UNE EAU DE PUITS CONTENANT DE L'ACIDE SULFHYDRIQUE; par M. le docteur TH. CLÉMENS (de Francfort).

La nature des eaux potables devrait constamment fixer l'attention des personnes chargées de veiller à la santé publique. Non-seulement ces eaux peuvent contenir des principes nuisibles qui n'agissent que lentement et d'une manière pour ainsi dire latente; mais, par leur existence même au sein de villes populeuses et manufacturières, elles peuvent quelquefois se charger d'une manière accidentelle de substances très-délétères.

La surveillance doit être surtout très-active lorsque l'eau est située à une très-petite profondeur, à un mètre environ, par exemple, au-dessous de la surface du sol, comme cela se voit quelquefois.

L'auteur a eu l'occasion d'observer une maladie particulière qui s'était déclarée chez les ouvriers d'une fabrique de produits chimiques, à Francfort, maladie qui disparut dès que ces ouvriers cessèrent de faire usage de l'eau des puits de cette fabrique.

Voici quels étaient les symptômes de cette affection:

Faiblesse musculaire, absence d'appétit, puis sensation de pression sur l'estomac, accompagnée quelquefois de douleurs et de vomissements. Langue peu chargée, muqueuse de la bouche et du pharynx très-pâle; aucune odeur particulière de l'haleine. Pouls d'abord normal; plus tard, dans certains cas, très-lent et facile à déprimer; toutes les excrétions plus paresseuses qu'à l'ordinaire. Quelques malades se plaignaient d'une sensation particulière et fatigante de la peau; celle-ci paraissait alors sèche et fraîche au toucher. Les remèdes employés restèrent inefficaces.

Au bout de cinq ou dix jours, plus tard encore chez quelques sujets, se déclara une affection cutanée caractérisée par des nodosités qui apparaissaient subitement au visage, au cou, aux mains, rarement sur d'autres parties du corps. Ces petites tumeurs offraient des caractères variables; tantôt elles ressemblaient à des furoncles, quoique la suppuration se fît très-lentement et sans existence bien marquée de bourbillon; d'autres fois le bourbillon manquait tout à fait; les tumeurs se changeaient en pustules purulentes jaunes verdâtres, et disparaissaient dès que ces pustules s'étaient ouvertes. D'autres tumeurs ne présentaient aucune suppuration normale; elles s'immectaient à leur sommet et se recouvraient d'une petite croûte rugueuse; cet état restait stationnaire pendant dix ou quinze jours, puis les croûtes tombaient et étaient promptement remplacées par d'autres, sans douleur. Ces tumeurs, qui atteignaient et dépassaient même quelquefois le volume d'une grosse noisette, se manifestaient souvent à la figure, autour des yeux et causaient une tension très-fatiguante. Dès que l'affection cutanée s'était déclarée, les accidents du côté de l'estomac cessaient et les malades reprenaient de l'appétit, mais l'inappétence persistait encore pendant quelque temps. Quand l'affection cutanée était plus générale (plusieurs malades avaient six, huit ou dix furoncles) et lorsque les tumeurs se recouvraient d'une croûte blanchâtre, sans suppuration, les malades se plaignaient de maux de tête et de forts vertiges. La constipation était habituellement opiniâtre, elle cédait à l'emploi du tartre stibié donné à dose vomitive et suivi de soulagement.

L'urine était trouble, laiteuse, sans rien offrir de particulier à l'inspection microscopique. Les ouvriers qui se trouvaient habituellement exposés à une chaleur de 28 à 30° R., quoique éprouvant les mêmes douleurs d'estomac, n'étaient pas affectés de furoncles.

L'auteur crut d'abord devoir attribuer cette maladie à l'inhalation du gaz acide sulfhydrique, d'autant plus qu'il avait remarqué l'influence fâcheuse exercée par ce gaz sur la guérison de petites plaies accidentelles. Dès qu'il se fut assuré qu'elle provenait de l'eau que buvaient les ouvriers, et qu'il eut éloignée cette cause déterminante, la maladie cessa plus ou moins promptement. Chez un seul malade dont l'auteur relate particulièrement l'histoire, les symptômes atteignirent un certain degré de gravité par la chute complète des forces, par de violents vertiges, de l'oppression et par l'aspect livide des tumeurs.

L'analyse de l'eau des puits de l'établissement fit constater la présence d'une assez grande quantité d'acide sulfhydrique. On fit vider les puits à plusieurs reprises, mais la nouvelle eau conserva pendant tout l'été une dose assez notable de ce gaz délétère. Ce ne fut qu'en automne, lorsque les pluies devinrent moins abondantes, que l'eau commença à se purifier et revint peu à peu à son état à peu près naturel.

GUÉRISON DES FIÈVRES INTERMITTENTES PAR L'ADMINISTRATION D'UNE SEULE DOSE DE QUININE; par C. PFEFFER.

La plupart des médecins praticiens suivent encore, dans le traitement des fièvres intermittentes, l'ancienne méthode qui consiste à donner la quinine à la dose de 10 ou 20 centigr. répétée plusieurs fois dans l'intervalle de deux accès. Cependant plusieurs médecins ont fait depuis longtemps la remarque qu'il fallait une certaine quantité de sulfate de quinine pour amener la guérison, et qu'il était indifférent de donner cette quantité en une fois ou à doses réfractées. M. Pfeufer n'est pas de cet avis, et la dose qu'il regarde comme suffisante pour la guérison d'une fièvre intermittente ordinaire est loin d'égaler la quantité de quinine que l'on emploie ordinairement quand on la fait prendre en plusieurs fois. Cette dose, en effet, n'est que de 10 grains (53 centigr.). Elle est administrée quelque temps avant l'accès en une fois; cette unique dose a suffi dans les 34 cas récapitulés par l'auteur et jamais il n'a remarqué que cette dose donnée en une fois ait provoqué aucun symptôme pathologique, tels que des vertiges, des bruissements d'oreilles et un léger état fébrile. Une circonstance remarquable, c'est qu'il y ent le plus souvent (24 fois sur 34) encore un accès, ordinairement moins fort que les précédents; mais la fièvre cessa ensuite tout à fait sans qu'on eût jamais besoin de revenir au spécifique. Aujourd'hui que le sulfate de quinine est d'un prix très-élevé, on comprend l'importance d'un pareil résultat, surtout pour la médecine des pauvres.

III. MEDICINISCHES CORRESPONDENZ-BLATT.

RELATION D'UNE PLAIE DE TÊTE; par M. le docteur HORLACHER.

Nous rapportons l'observation suivante, non-seulement pour montrer une fois de plus que la perte d'une certaine quantité de matière cérébrale peut n'exercer aucune influence sur les fonctions intellectuelles, mais aussi comme un exemple assez rare de plaie de tête qui, malgré sa gravité apparente, n'a été suivie d'aucune réaction et n'a troublé en rien la santé du blessé.

OBS. — Un jeune garçon de 16 ans ayant tiré un coup de fusil probablement trop chargé, celui-ci éclata et une vis de l'arme à feu pénétra profondément dans le front du jeune homme. La vis fut bientôt retirée, et il s'en suivit une hémorrhagie abondante. La plaie située à un pouce au-dessus de la racine du nez était ronde et avait environ 2 centim. de diamètre. Il s'en écoulait du sang coagulé et de la substance cérébrale. On pourrait facilement introduire le petit doigt à 2 pouces de profondeur et pénétrer jusque dans la masse cérébrale. On retira sept esquilles de diverse grosseur avec des lambeaux de la dure-mère.

Pendant les quinze jours qui suivirent l'accident, il sortit encore sept petites esquilles avec une assez grande quantité de pus blanchâtre et comme crémeux. Plus tard une dernière esquille assez volumineuse se présenta entre les lèvres de la plaie, mais on ne put l'extraire qu'au bout d'un mois. Dès lors la plaie se ferma et se cicatrisa complétement. Le traitement consista simplement en fomentations froides continuées pendant trois semaines et en un pansement léger.

Ce qu'il y a de remarquable, c'est que le malade, depuis le premier jour de l'accident jusqu'à sa guérison, fut exempt de fièvre et n'éprouva pas la moindre altération dans ses fonctions animales et sensorielles.

LEREBOULLET et MORICE RUEF.

TRAVAUX ACADÉMIQUES.

ACADÉMIE DE MÉDECINE,

SÉANCE DU 31 DÉCEMBRE. — PRÉSIDENCE DE M. BRICHETEAU.

Le procès-verbal de la dernière séance est lu et adopté.

— M. le ministre de l'instruction publique informe l'Académie qu'à l'occasion de la nouvelle année M. le président de la République recevra les membres de l'Académie de médecine mercredi prochain, 1er janvier, à midi.

Le ministre recevra aussi à la même occasion, mercredi à neuf heures et demie.

— M. le ministre du commerce transmet un travail de M. le docteur Liégey (de Rambervillers) relatif à un cas de fièvre pernicieuse cholérique. (Comm. du choléra.)

— M. RÉCAMIER transmet une note sur l'emploi des topiques galvaniques.

Il s'agit d'un cataplasme galvanique, qui n'est autre chose qu'une onate de

coton contenant une couche de paillettes zinc et une couche de paillettes cuivre. Cette ouate, convenablement piquée et cousue, est renfermée dans un sachet, dont l'une des faces est une cotonnade piquée et dont l'autre face est un tissu imperméable. On applique le cataplasme sur la peau, du côté perméable; on l'applique hermétiquement, à l'aide de bandes ou de serviettes, et la chaleur se développe; la transpiration, retenue par le tissu imperméable s'accumule; cette transpiration humecte le sachet et cette humidité, acide comme chacun sait, produit sur le cuivre et le zinc que renferme le coton, ce que produit la *sauce* dans la pile à auge.

— M. Guyon, chirurgien en chef de l'armée d'Afrique, adresse le modèle d'un lit imaginé en 1832 par M. le docteur Beek, de Bade (Autriche), pour administrer des bains de vapeurs aux cholériques, et le modèle d'une armoire due au même docteur Beek, et destinée à fumiger les vêtements des médecins en temps d'épidémies contagieuses.

— M. Cazenave (de Bordeaux) communique une observation de lithotritie opérée par la plaie d'une ancienne ponction hypogastrique.

— MM. Depaul, Chailly Honoré et Cazeaux se portent candidats à la place vacante dans la section d'accouchement.

— M. le Président fait part à l'Académie de la nouvelle perte qu'elle vient de faire dans la personne d'un ses membres, M. Espiand.

— M. Patissier lit le discours qu'il a prononcé sur la tombe de M. Espiand.

KYSTES SYNOVIAUX DE LA MAIN ET DES POIGNETS.

M. Robert, lit en son nom et celui de M. Velpeau, un rapport sur un mémoire de M. Gosselin, intitulé : Recherches sur les kystes synoviaux de la main et des poignets.

Nous avons déjà résumé ce travail. (Voy. année 1850, p. 475.)

M. le rapporteur, après avoir analysé le mémoire de M. Gosselin, l'apprécie en ces termes :

« Les tumeurs de ce genre (kystes synoviaux) étaient regardées jusqu'à ce jour comme des hernies de la membrane synoviale. M. Gosselin nous paraît en avoir plus exactement déterminé l'origine, en les considérant comme des follicules synovipares dont l'orifice est rétréci. L'étude des maladies des follicules muqueux confirme cette théorie : il n'est pas rare, en effet, de rencontrer, à la vulve ou ailleurs, des follicules distendus par du mucus qu'un orifice trop étroit laisse incomplétement échapper au dehors. » — M. le rapporteur conclut en proposant d'adresser des remercîments à l'auteur, et d'envoyer son mémoire au comité de publication. (Adopté.)

GOITRE ET CRÉTINISME.

M. Ferrus termine la lecture de son mémoire sur le goître et le crétinisme.

Dans cette dernière partie de son travail, M. Ferrus s'occupe du crétinisme sporadique et du goitre, qu'il envisage spécialement au point de vue des eaux; il réfute sous ce point de vue l'opinion de M. Gange, qui attribue, comme on le sait, le goître à la magnésie contenue dans les aliments et dans les boissons et termine son mémoire par les conclusions suivantes, qu'il formule sous la forme de vœu ou de propositions.

1° Comme mesures prophylactiques générales et locales: travaux de ventilation, d'irrigation et d'assainissement, ainsi que le preservent les règles de l'hygiène publique.

Une précaution à laquelle j'accorde un très-haut degré d'importance, serait de recueillir à leur source les eaux jugées salutaires et de les conduire jusqu'au lieu où l'on doit en faire usage au moyen de tuyaux assez exactement clos pour empêcher toute communication avec le sol et toute filtration. Je pourrais appuyer sur de nombreux exemples l'utilité de cette mesure, indispensable dans l'opinion de M. Grange. Elle l'est aussi dans la mienne à un double titre, car elle s'opposerait non-seulement à ce que les eaux recueillissent dans leur parcours sur les terrains des débris végétaux et animaux, mais encore à ce qu'elles pussent se charger des sels magnésiens, auxquels ce chimiste attribue une action si considérable et si nuisible.

Pour les individus, application de toutes les prescriptions de l'hygiène privée, nourriture fortifiante, boisson tonique, eau iodée, ferrugineuse, etc.

Ces premières mesures, on le comprend, s'appliquent à la fois, mais dans une mesure différente, aux goitreux et aux crétins.

Pour ces derniers, formation d'ateliers, établissements de crèches placées sur des lieux élevés et destinés à recevoir les enfants crétins en bas âge. Emploi de nourrices étrangères aux localités, etc., etc.

Je n'ai pas fait mention jusqu'à présent des ressources curatives que les moyens thérapeutiques peuvent apporter au traitement du crétinisme; ces moyens ne sauraient y demeurer étrangers, et d'utiles résultats sont promis à leur concours. Les considérations auxquelles je me suis livré concernant la nature intime de la maladie, ses conditions pathologiques et anatomiques, prouvent suffisamment à quel point je serais disposé à employer, dans une limite rationnelle, contre le crétinisme, le traitement auquel on a en souvent recours avec succès contre la stupidité (œdémecérébral), soit contre l'hydrocéphalie commençante, et qui consiste en révulsifs puissants, employés tant à l'extérieur que sur les voies digestives. Les purgatifs résineux prudemment administrés et surtout les révulsifs cutanés appliqués même sur le cuir chevelu, devraient, suivant toute vraisemblance, produire de bons résultats.

2° Comme mesures administratives et judiciaires: Séquestration des crétins à titre d'idiots aliénés. Restrictions apportées à leurs droits civils, ou tout au moins application à cette classe de malheureux des articles du Code, touchant les oppositions au mariage, pour les individus dont la liberté morale n'est pas complète.

3° Comme mesures intellectuelles et morales: Création d'école. Enseignement approprié, et dont les éléments peuvent être empruntés dans certaines limites, tant à ce qui se pratique pour les enfants idiots à Bicêtre et à la Salpêtrière, qu'au traitement en usage dans l'asile spécial du docteur Guggenbüeh.

4° Enfin, comme mesure accessoire, mais préalable : Un recensement exact, soumis à la vérification des inspecteurs du service des aliénés, indiquerait, dans les localités où sévit le crétinisme, le nombre de malheureux qui en sont atteints, et déterminerait autant que possible le degré de la maladie.

Quelques membres ayant demandé la parole sur cette communication, la discussion sera ouverte à la prochaine séance.

Pendant les lectures, l'Académie a procédé au renouvellement partiel des commissions permanentes.

Ont été élus :

1° Dans la commission des épidémies, MM. Rostan et Michel Lévy;
2° Dans la commission de vaccine, MM. Girardin et Danyan ;
3° Dans la commission des eaux minérales, MM. Jolly et Reveillé-Parise;
4° Dans la commission des remèdes secrets, MM. Adelon et Bonchardat ;
5° Dans la commission de topographie médicale, MM. Villermé et Gerdy;
6° Pour le comité de publication, MM. Guibourt, Gnéneau de Mussy, Bousquet et Larrey.

Il est cinq heures la séance est levée.

BIBLIOGRAPHIE.

De la chorée. Rapport du rhumatisme et des maladies du cœur, avec les affections nerveuses et convulsives; par le docteur Sée. — In-4°, Paris, chez J.-B. Baillière, 1850.

Quelle que soit la nature du rhumatisme, de quelque manière qu'on essaye de le représenter, son mode d'action sur l'économie, sa liaison intime, profonde, avec un grand nombre d'affections nerveuses, ne sauraient échapper à un observateur attentif et qui regarde les choses d'un peu haut. Rien de plus facile, sans doute, pour le nosologiste, que de signaler, d'une manière générale, entre les rhumatismes et les névralgies, des différences notables d'expression phénoménale, de marche, de terminaison, etc. Ces différences reposent sur des faits réels, et ce que la science a de mieux à faire, dans l'état d'imperfection où elle est, c'est de les enregistrer. Mais si la distinction des rhumatismes et des névralgies en deux modes pathologiques séparés se justifie par certains traits dissemblables de leur physionomie, on ne peut méconnaître entre eux de nombreuses analogies qui accusent, par delà leurs phénomènes appréciables, une réciproque affinité. Si l'on n'est pas embarrassé de montrer en quoi diffèrent le rhumatisme articulaire aigu et la sciatique, par exemple, ou le serait beaucoup de préciser les caractères différentiels de la névralgie sciatique proprement dite et de la sciatique qu'on appelle rhumatismale. On peut voir, sans doute, dans le rhumatisme, un principe spécial, parcourant au hasard les voies de l'organisme, et qui, en se portant sur un nerf, donnerait lieu à une exagération de la sensibilité de ce nerf; on peut différencier ce cas de celui où l'hypéresthésie naîtrait pour ainsi dire sur place et sous une autre influence. Mais, alors même, les éléments d'une distinction des douleurs en rhumatismales et nerveuses ne sont pas bien clairs, ni bien positifs. Les unes auront une certaine tendance à se déplacer, à parcourir différentes parties du corps; les autres auront un siége fixe; mais tout concourt à faire naître la pensée que la cause directe et immédiate du mal n'est pas plus locale dans le second cas que dans le premier, et que la douleur fixe, aussi bien que la douleur errante, est souvent subordonnée à une modification générale de l'économie. La preuve en est dans l'efficacité si remarquable de certains moyens agissant tout autrement que par une action topique, en augmentant la tonicité de l'organisme tout entier; telles sont, par exemple, les pratiques externes de l'hydrothérapie. M. L. Fleury a publié récemment, sur ce sujet, dans la Gazette médicale, un travail qui mérite d'être médité.

La question que nous soulevons ici n'est pas précisément celle qu'agite M. Sée dans le livre que nous analysons, mais elle s'y rattache de très-près. M. Sée a étudié, avec beaucoup de soin, les corrélations du rhumatisme, sous quelque forme qu'il se présente, non plus seulement avec les névralgies proprement dites, mais encore et surtout avec les affections caractérisées par des désordres du mouvement, avec les affections spasmodiques et convulsives. Le nouveau rapport indiqué par l'auteur nous a paru ressortir

naturellement de l'ensemble des faits qu'il a rassemblés, et il a en cela notablement agrandi le champ de l'étiologie des maladies nerveuses. Ces faits, qui sont surtout relatifs à la chorée, et ne laissent qu'entrevoir les applications dont le principe serait susceptible à l'égard des antres formes de spasme, ces faits sont de deux ordres : les uns sont empruntés à l'anatomie pathologique ; les autres concernent les conditions au milieu desquelles on voit apparaitre d'ordinaire les troubles du système cérébro-spinal.

Sur 84 antopsies de choréiques, M. Sée a rencontré 34 fois des traces plus ou moins étendues de phlegmasies séreuses. Sur 34 cas relevés dans les antenrs, il en a trouvé 17 dans lesquels le rhumatisme avait été inscrit en termes formels, de façon à ne pas laisser de doute sur l'origine des altérations du péricarde, de l'endocarde, de l'arachnoïde, des plèvres, qu'on y trouve indiquées en termes non moins explicites. D'autres fois les observations ne font aucune mention des fluxions articulaires, mais elles signalent des inflammations d'une ou de plusieurs séreuses internes.

Au chapitre des rapports de causalité et de coïncidence de la chorée avec les autres maladies, M. Sée fournit des données non moins significatives. Sur 128 chorées, 61 coïncidaient avec des inflammations ou des douleurs articulaires, proportion, ajoute-t-il, d'autant plus remarquable que le rhumatisme est une maladie très-rare chez les enfants, tellement rare qu'on l'a crue incompatible avec le premier âge de la vie. Sur 11,500 malades qui ont été admis en quatre années à l'hôpital des Enfants, il n'y a eu en effet que 48 rhumatismes, contre 61 qui étaient liés à la chorée, de sorte que, sur deux enfants rhumatisants, il y a eu au moins un choréique (61 sur 109). En renversant la proposition, on arrive à établir que, sur deux chorées, il en est une qui dépend du principe rhumatismal, proportion vraiment considérable et inattendue.

Ainsi lié à la chorée comme la cause à l'effet, le rhumatisme se caractérise soit par la fluxion douloureuse des articulations, soit par des douleurs articulaires isolées ou combinées avec les phlegmasies des méninges, du péricarde, de la plèvre, du péritoine. Des observations nombreuses montrent que, quels que soient le nombre et la forme de ces phlegmasies, le rhumatisme, avant de porter son action sur le système nerveux, procède tantôt des synoviales vers les parties internes (5 fois sur 7), tantôt des parties profondes aux parties superficielles (1 fois seulement sur 7) ; quelquefois enfin, mais très-exceptionnellement, il reste limité aux parties internes et n'attaque que les séreuses viscérales, comme le péricarde et l'arachnoïde.

Si M. Sée n'avait voulu que mettre hors de doute l'influence du rhumatisme sur la production de la chorée, il aurait pu se borner à ces arguments de fait qui paraissent péremptoires. Mais, voulant tracer une histoire complète de cette maladie, et pensant sans doute, avec raison, que l'influence rhumatismale ressortirait mieux de sa comparaison avec celle des autres conditions présumées favorables au développement de la chorée, il a soumis à une analyse ingénieuse et rigoureuse tout à la fois, les faits au nom desquels on a cru pouvoir jusqu'ici prêter à ces conditions un caractère de causalité : fièvres, états cachectiques (albuminurie, chlorose, anémie, pléthore, tuberculisation générale), divers états nerveux (épilepsie, hystérie), lésions matérielles des centres nerveux, affections simples ou vermineuses du tube digestif, affections des organes génitaux, maladies cutanées ; conditions d'âge, de sexe, d'hérédité, de tempérament, de régime. Or il est arrivé à cette conclusion que les cas de chorée qui ne sont pas dus à la diathèse rhumatismale (la moitié tout au plus), se répartissent entre : 1° l'état anémique, qui, bien qu'ordinairement consécutif, tient un certain nombre de symptômes sous sa dépendance ; 2° les névroses ; 3° la diathèse tuberculeuse et enfin les altérations locales des centres nerveux. On trouve aussi, par ce travail d'analyse, que, dans la majorité des cas, la chorée constitue une affection secondaire, symptomatique d'une maladie locale et générale, et qu'on peut rarement (1 fois sur 4) la considérer comme une névrose essentielle. Nous recommandons spécialement au lecteur un paragraphe sur lequel l'espace ne nous permet pas de nous étendre et où se trouve une très-saine appréciation de la part très-restreinte qu'il convient d'attribuer aux lésions matérielles du système nerveux dans la production de la chorée (p. 17).

Signalons enfin les affections nerveuses autres que la chorée dont l'auteur a surtout observé la corrélation avec le rhumatisme. Ce sont : la méningite cérébrale ou spinale, des contractures, le tétanos, la paralysie, des attaques apoplectiformes ou convulsives. Le rhumatisme grave et compliqué de phlegmasies internes semble s'attacher plus spécialement à imiter les méningites et le tétanos. Moins intense, apyrétique ou subaigu, il produit plus particulièrement les contractures et la paralysie. Cette partie du travail n'a pas (et ce n'était aucunement d'ailleurs la prétention de l'auteur) le caractère de nouveauté qu'on ne saurait méconnaître à tout ce qui concerne l'étude étiologique de la chorée.

Nous avons reproduit avec soin la partie fondamentale et les développements principaux de l'ouvrage de M. Sée. Nous répétons qu'on trouvera en outre, sur tous les points de l'histoire de cette maladie, de précieux documents qu'il nous faut, bien à regret, négliger. Cet ouvrage a été couronné par l'Académie de médecine. Tous ceux qui le liront s'associeront à ce témoignage flatteur d'une haute approbation.

A. DECHAMBRE.

VARIÉTÉS.

— ÉCOLE PRÉPARATOIRE DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE DE NANCY. — La chaire d'histoire naturelle médicale et de matière médicale est vacante à Nancy.

Les candidats, pour être présentés à M. le ministre de l'instruction publique par l'École de médecine de Nancy et par la Faculté de médecine de Strasbourg, devront être docteurs en médecine ou pharmaciens reçus dans une école de pharmacie, être âgés de 30 ans et justifier du diplôme de bachelier ès sciences physiques.

Le traitement annuel est fixé à 1,500 fr.

La liste des candidats sera close le 1er février 1851.

— L'Académie de médecine de Belgique vient de décerner un premier prix (médaille d'or de 600 fr.) à M. le docteur Sancerotte (de Lunéville). Son travail a pour objet l'influence que les sciences physiques et chimiques ont exercée sur la connaissance de la nature et sur le traitement des maladies.

— Nous donnons ici, d'après le MEDICAL TIMES, la liste complète des principaux prix institués en Angleterre.

Prix triennal du collége royal (50 guinées). — « Des fonctions des différentes parties du gros intestin chez les mammifères. »

Prix Jacksonien. — « Des causes, du diagnostic et du traitement des obstructions de l'intestin. »

Les compétiteurs aux deux prix précédents devront adresser leurs mémoires au secrétaire du collége royal des chirurgiens avant le 25 décembre 1851.

Prix Astley Cooper (7,500 fr.). — « De la structure et des fonctions de la rate. »

Ce prix sera délivré en 1853.

Prix Sothergillien. — La médaille d'or de Sothergill sera décernée en mars 1851 à l'auteur de la meilleure composition sur la *phthisie*.

Pour 1852, le sujet de ce prix est : « Le mode d'action sur l'économie animale, des agents thérapeutiques introduits par l'estomac. »

Une médaille d'or additionnelle sera décernée en 1851 sur le sujet de « l'hémorrhagie utérine. »

Le *prix Actonien*, de 2,500 fr. sera décerné en 1851 à l'auteur du meilleur essai sur la *puissance*, la *sagesse* et la *bonté* de Dieu démontrés par l'étude de l'un des cinq sens : l'ouïe, la vue, le goût, le toucher, l'odorat.

Les mémoires devront être envoyés avant le 31 décembre de cette année, à l'Institution royale, à Londres.

Prix de la Société royale. — Cette Société propose deux médailles en 1852, l'une pour le travail le plus important sur la médecine, l'autre pour la géologie et la minéralogie.

Les mémoires devront être envoyés avant juin 1851.

La *médaille de Blanc*, fondée par feu sir Gilbert Blanc, est donnée par le collége royal des chirurgiens sur la recommandation du directeur général du service de santé de la flotte à l'auteur du meilleur recueil d'observations sur les maladies des gens de mer.

— SANTÉ DE LONDRES. — Le rapport hebdomadaire du Registrat général donnent les nouvelles suivantes :

Dans la semaine du 15 au 21 décembre, le nombre des morts enregistrés dans les districts de la métropole montait à 1,166.

Le nombre moyen des morts dans les semaines correspondantes de 1840 à 1849 est de 1,146. En 1841 il n'était que de 800, en 1846 de 1,262, et pendant la grippe de 1847 il était monté à 1,946.

Dans la semaine dont nous enregistrons les décès, il y en a eu 2 par empoisonnement, 11 par brûlures, 6 par pendaison et asphyxie, 2 par submersion, 27 par fractures et blessures accidentelles dans 14 cas.

Les morts par maladie des poumons et des autres organes de la respiration s'élèvent à 274 dont 102 bronchites et 117 pneumonies.

Dans la classe des maladies tuberculeuses, on trouve 8 morts de scrofules, 16 de phthisie mésentérique, 25 d'hydrocéphale et 112 de consomption.

Parmi les maladies épidémiques, 21 enfants et 4 adultes sont morts de petite vérole, 21 de rougeole, 30 scarlatine, 52 de coqueluche, 10 de croup, 16 de diarrhée, 43 de typhus, 11 d'érysipèle. Un seul cas de choléra a été enregistré le 16 décembre sur un enfant de 8 ans.

L'analyse de ces 1,166 cas de mort démontre que 97 fois sur 100 les causes de la mort ont été attestées soit par des certificats de médecins, soit par des enquêtes judiciaires.

Dans la même semaine, il est né 1,477 enfants, dont 729 garçons et 748 filles.

— M. AUZIAS exposera publiquement les principes de la syphilis expérimentale le lundi 6 janvier à midi dans l'amphithéâtre n° 3 de l'École pratique de la Faculté de médecine.

Le rédacteur en chef, JULES GUÉRIN.

REVUE HEBDOMADAIRE.

EMPLOI THÉRAPEUTIQUE DES EAUX MINÉRALES.

Toute cause de maladie agissant sur l'organisme y sollicite un mouvement de réaction, un *effort*, dont le résultat est souvent ou l'élimination du principe morbide ou la neutralisation de ses effets dynamiques. Un corps étranger introduit dans les chairs, un poison insinué dans les veines, sont les exemples les plus frappants qu'on puisse citer. C'est ce triomphe de la force organique sur la cause morbide qui constitue, dans les maladies aiguës, ce qu'on appelle, en termes d'école, le *jugement*, la *solution*. Dans cet effort de réaction, les uns voient l'œuvre d'une force, pour ainsi dire, intelligente, s'exerçant dans un but préétabli de conservation : c'est le système des *causes finales* appliqué à la pathologie ; les autres, plus sagement peut-être, n'y voient que le résultat d'une action organique aveugle et fatale ; résultat aussi physiologique, aussi naturel, aussi nécessaire quand il est funeste que quand il est favorable. Quoi qu'il en soit, sans réaction, la guérison ne saurait avoir lieu : c'est elle qui amènera ces mouvements organiques auxquels on a donné le nom de *crises*, et qui marquent ordinairement la terminaison des maladies. Un des plus beaux titres de gloire de Bordeu est d'avoir étendu des affections aiguës aux affections chroniques l'application de ces grands principes ; d'avoir montré que les secondes ont, comme les premières, des périodes déterminées ; que la curation des unes et des autres est astreinte à des conditions analogues, et qu'il faut enfin, dans beaucoup de cas, pour guérir les maladies chroniques, leur imprimer le caractère de maladies aiguës.

Ces remarques nous venaient à l'esprit pendant la dernière séance de l'Académie de médecine, en écoutant la communication de M. Durand-Fardel *sur les propriétés thérapeutiques des eaux de Vichy*. L'esprit de Bordeu s'y montre de la manière la plus manifeste. C'est un mérite qui vaut la peine qu'on le loue. Nous craignons seulement que ces vues générales n'aient exercé sur l'esprit de M. Durand une séduction un peu trop forte, et qu'il n'ait pas accordé une importance suffisante à chacun des éléments de cette grande question de la thérapeutique hydrologique. Il morigène assez sévèrement les médecins qui fondent à peu près uniquement sur la composition chimique l'explication du mode d'action des eaux minérales et les indications de leur emploi ; il réserve toutes ses sympathies pour la méthode physiologique, qui ne tient compte que des modifications imprimées par les eaux médicamenteuses aux fonctions et aux organes, sains ou malades. Quelque restriction qu'il y ait mise en certains endroits de son travail, la médecine chimique est évidemment condamnée dans son esprit, et nous n'estimons pas à grand'chose ce que, sincèrement, il lui accorde d'autorité. Or, en ceci, M. Durand nous paraît avoir été entraîné à une exagération qui, pour être l'opposé de celle qu'il reproche aux médecins chimistes, n'en est pas plus acceptable.

L'erreur de l'auteur nous semble venir de ce qu'il a pris de trop haut, quoique d'un point de vue réel, l'étiologie des maladies pour lesquelles on invoque le secours des eaux minérales. Il est très-vrai que nous ne possédons pas un grand nombre de notions précises sur les changements chimiques qui s'opèrent dans les humeurs de l'économie. Il est vrai encore que l'acidification ou l'alcalinisation, exagérées ou anormales, d'un liquide, sont elles-mêmes des *produits* de troubles organiques antérieurs, et les médecins qui n'apercevraient rien au delà seraient un peu les cousins de ceux qui croient trouver le dernier mot des maladies dans certaines variations des éléments du sang ou dans la constitution microscopique de certaines productions anormales. Mais nous appelons ici l'attention sur une considération capitale. Devant la thérapeutique, aussi bien que devant la philosophie médicale, la cause d'une maladie est celle dont la disparition amènerait la cessation de la maladie elle-même ; de plus, au point de vue thérapeutique spécialement, la maladie n'est pas ce que conçoit l'esprit scientifique, c'est-à-dire une série de mouvements pathologiques qui commence à un trouble dynamique et aboutit à une lésion matérielle appréciable. La maladie est tout simplement ce dont on vient se faire guérir aux eaux ; c'est souvent un symptôme, une douleur, une gravelle, etc. Si donc il est démontré que certaines altérations des liquides de l'économie entretiennent des gonflements douloureux des membres ou des cristallisations salines dans la vessie, pourquoi ne demanderait-on pas aux eaux minérales un moyen chimique de prévenir ces fâcheux effets ? Pourquoi n'irait-on pas puiser dans ces eaux naturelles les alcalis qu'on ne manque jamais, dans ces cas, d'administrer aux malades ? On arguera peut-être de l'incertitude de ces théories chimiques ; mais la défense du principe n'en serait aucunement affaiblie. D'ailleurs, à ces exemples empruntés à dessein à l'ordre des affections que M. Durand rencontre surtout à Vichy, on ne serait pas embarrassé d'en substituer qui seraient moins contestables et aussi concluants. On traite la chlorose par les pilules de fer : voilà certainement de la médecine chimique ; le traitement changera-t-il de caractère parce qu'on ira emprunter le principe ferrugineux aux eaux de Forges ou de Provins ?

Autre point de vue. Une eau minérale peut avoir une action *spécifique* tout à fait différente de cette action générale sur laquelle l'auteur a tant insisté, et qui ne soit pas néanmoins de nature chimique. L'expérience a consacré l'efficacité des eaux de Vichy dans quelques affections de l'estomac et du foie, des eaux de Spa ou de Saint-Alban dans d'autres formes d'affections gastriques, des eaux sulfureuses dans les engorgements strumeux ou les maladies chroniques des membranes muqueuses, etc. M. Durand reconnaît bien cette action spéciale des eaux minérales ; mais il la subordonne tellement à l'action générale, qu'il est bien près de l'annihiler complétement. L'*excitation des fonctions générales de l'organisme* est pour lui l'effet principal, essentiel, de toutes les eaux minérales sans exception ; c'est par là *toujours* qu'elles agissent sur les conditions morbides, générales ou locales, auxquelles on les oppose. En un mot, la propriété d'*exciter* l'organisme dans son ensemble est la vertu capitale de toutes les eaux, et leur moyen principal d'action sur l'économie ; leurs propriétés spécifiques n'ont qu'une valeur secondaire et accessoire. L'auteur, comme on voit, n'a pas plus flatté l'action spécifique des eaux minérales que leur action chimique. Nous croyons que, dans le premier cas comme dans le second, il n'a pas su se défendre de l'exagération.

La Gazette Médicale a plus d'une fois émis son opinion personnelle sur la méthode qui convient à l'étude de la thérapeutique hydrologique. Constamment elle a sauvegardé, avec une égale sollicitude, et les droits de la médecine expérimentale et ceux de la médecine chimique. L'expérience empirique a révélé la spécificité d'action de certaines eaux, leur appropriation à des maladies déterminées ; il faut s'attacher aux résultats de cette expérience, sans préoccupation des théories chimiques. Dans l'interpré-

---

Feuilleton.

LETTRES D'ITALIE.

N° XI.

COUP D'ŒIL SUR LES MUSÉES DE ROME ET DE NAPLES AU POINT DE VUE MÉDICO-ARTISTIQUE.

A M. Lacauchie, officier de santé en chef du corps d'occupation.

Civita-Vecchia, 1er octobre 1850.

Devant ces tableaux dus à des pinceaux fameux, au pied de ces statues que les temps modernes envient à l'antiquité, je me suis arrêté en extase, laissant libre cours à mes sentiments d'artiste. Plus que beaucoup même, j'ai d'abord été tout à l'admiration, car, d'une main timide, je saisis quelquefois le crayon et le pinceau, et le peu que je sais me montre la difficulté et m'apprend, par opposition, à estimer les œuvres du talent et du génie. Mais, de l'ensemble, je suis descendu peu à peu aux détails, et, dans l'analyse, un médecin peut-il oublier la spécialité de ses études anatomiques et physiologiques ? Nous ne voulons cependant pas ici, profane découpeur d'amphithéâtre, disséquer pièce à pièce tous les membres de ces chefs-d'œuvre ; quelques-unes de nos appréciations sont de larges reproches adressés à la manière de nos plus habiles maîtres, et même à la peinture en général.

Presque toutes les écoles font les cadavres beaucoup trop morts de *ton*, pas assez de *pose*. Développons cet énoncé.

Un cadavre est une matière inerte soumise à toutes les lois physiques et chimiques, et obéissant forcément à la pesanteur. Un cadavre ne peut conserver des poses qui impliquent le jeu des muscles, une activité, un effort quelconque ; la rigidité seule, momentanément, rend les muscles inflexibles et maintient les membres dans une position qui cesse dès que la détente succède à la roideur. Un cadavre gisse, s'affaisse, se courbe, tombe, s'écroule sur lui-même, pour ainsi dire, jusqu'à ce que toutes ses parties aient satisfait à la pesanteur. Donner à un corps abandonné par la vie une physionomie quelconque, le disposer de manière à faire lire une pensée dans les dispositions harmoniques des diverses parties de cette chair morte, c'est une œuvre d'art, une fiction, mais ce n'est pas la nature. Un cadavre précipité à terre peut tomber indistinctement sur le dos, sur le ventre ; ou bien encore en trois quarts, un bras reployé sous le corps le retenant en équilibre. La tête, heurtant le sol la première, subit quelquefois une torsion qui jure avec la pose du torse ; les bras, s'arc-boutant contre la terre, contre une partie du corps, affectent des positions anguleuses, imprévues, bizarres. Tout cela, avouez-le, est bien loin des dispositions étudiées, concordantes entre elles, que les peintres se plaisent à donner aux cadavres. Le corps d'un guerrier tué dans la bataille n'exprime pas plus la menace que le cadavre d'Adonis la grâce ; le gladiateur et la vierge martyre, le Sybarite et le Cimbre, tombent de la même façon, et leurs restes n'affectent pas de poses en rapport avec le caractère qu'ils avaient de leur vivant. La mort confond tout.

Dans nos séances d'amphithéâtre, il nous est arrivé à tous d'avoir besoin de

tation de ces résultats, nous sommes loin de nier l'importance d'une action générale sur l'organisme. Mais ceci admis, nous regardons comme très-utile de chercher un rapport thérapeutique entre la composition des eaux et les altérations chimiques des humeurs de l'économie. Excitation générale de l'organisme, action physiologique spécifique, action chimique, trois modes dont il vaut mieux chercher à établir la valeur thérapeutique que mesurer l'importance relative; dont il n'est pas exact de dire que le premier prime invariablement les deux autres, mais qui, soit isolés, soit diversement associés, ont chacun une part dans la guérison des maladies.

— L'Académie a reçu deux autres communications auxquelles nous comptions nous arrêter : l'une sur l'étiologie et la prophylaxie des fièvres puerpérales, de M. Arneth; l'autre, sur la ténotomie dans les fractures. Nous reviendrons sur ces deux communications dans le prochain numéro.

A. DECHAMBRE.

PHYSIOLOGIE PATHOLOGIQUE.

ÉTUDES SUR QUELQUES SIGNES AVANT-COUREURS OU PRODROMES DES AFFECTIONS GRAVES DU CERVEAU, CONSIDÉRÉS SOUS LE RAPPORT CLINIQUE, PHYSIOLOGIQUE ET MÉDICO-LÉGAL; par le docteur FRANCIS DEVAY, médecin de l'Hôtel-Dieu de Lyon.

(Suite et fin. — Voir le numéro précédent.)

II. — SIGNES TIRÉS DE CERTAINES PERTURBATIONS DES FONCTIONS SENSORIELLES.

La vue, ce sens supérieur qui, selon l'ingénieuse pensée de Goethe, est plus délicat que la matière et approche des facultés de l'esprit, est celui qui fournit le plus de signes indicateurs. Nous ne mentionnerons que pour mémoire les éblouissements, la vue d'objets colorés en rouge, la photophobie, etc., qui peuvent déceler aussi bien l'imminence d'une méningite que d'une hypérémie cérébrale; les symptômes se rapportent surtout aux maladies aiguës de l'encéphale. La plupart des auteurs qui ont traité des affections graves du cerveau ont noté l'affaiblissement de la vue, les éblouissements comme avant-coureurs d'une attaque. Ces signes, comme nous l'avons constaté, peuvent exister plusieurs années avant l'explosion de la maladie. Avant les attaques d'apoplexie, l'affaiblissement de la vision existe quelquefois à un haut degré sans que les malades s'en aperçoivent, surtout quand la faiblesse de la vue n'est pas portée, comme cela est le plus ordinaire, au point de les empêcher de voir ceux qui les entourent. L'erreur, pour eux, est d'autant plus facile, que ce symptôme peut être limité à un œil, l'autre organe suppléant à la faiblesse du premier (1); l'amblyopie est un symptôme fréquent, quelquefois il y a cécité complète, tel fut le cas du baron Horne-Stein cité par Wepser (ANATOM. APOPLECTICOR.), qui devint aveugle trois semaines avant d'éprouver une attaque d'apoplexie mortelle.

Il est un signe précieux qui appartient en quelque sorte à ce qu'on pourrait appeler l'expression oculaire, qui consiste dans un défaut de parallélisme des yeux, qui n'est point le strabisme, qui n'est point non plus le regard de l'halluciné. Ce regard inquiet nous semble assez bien défini par cette expression figurée : *Les yeux ne sont point dans l'axe de la raison*. Je ne me dissimule pas ce que peut avoir de défectueux, sous un certain rapport, ce rapprochement entre un objet matériel et un fait moral, mais les personnes qui ont l'habitude de scruter le regard humain, et d'y voir réfléchis comme dans un miroir les divers genres de passions me comprendront aisément.

Le phénomène de l'exaltation de la sensibilité spéciale, comme signe avant-coureur d'une grave lésion encéphalique, se rencontre quelquefois et sera toujours dans ce cas, comme dans les autres circonstances où il s'observe, un des plus mystérieux problèmes pour le physiologiste (1).

On sait que souvent, avant les attaques d'apoplexie, l'ouïe devient d'une finesse excessive; les malades, incommodés par le moindre bruit, deviennent irascibles; ils perçoivent des sons lointains auxquels les personnes qui vivent avec eux demeurent étrangères. Il faut distinguer cette finesse de l'ouïe de la perception des sons étrangers, imaginaires, qui n'est autre chose qu'une hallucination sensorielle.

Voici un exemple où la maladie du cerveau a débuté par un accroissement du champ de la vision :

OBS. — Un artiste peintre, âgé de 32 ans, entra en 1849 dans mon service à l'Hôtel-Dieu. Ce jeune homme, doué de quelques talents, se vit progressivement réduit à la détresse, soit à cause des bouleversements politiques, soit par d'autres circonstances. Un an avant son entrée à l'hôpital, il s'aperçut que sa vue, qui était primitivement bonne, acquerrait plus de développement; de sa fenêtre, qui s'ouvrait sur une rue très-longue, il distinguait des objets et des personnes qu'il n'aurait pu distinguer ni même voir précédemment. Cette circonstance l'attrista et étonna les personnes qui l'entouraient. L'exaltation de la vue persista jusqu'au mois d'août 1848, époque à laquelle il fut saisi de violentes douleurs continues à la région pariétale droite; il y eut à cette époque un peu de faiblesse du bras gauche. Ces symptômes allèrent en s'aggravant jusqu'en mars 1849 : paralysie et contracture du membre droit, cécité de l'œil gauche. Lors de son entrée à l'hôpital (salle Sainte-Anne) dans le mois de juillet, il présentait l'état suivant : stupidité à peu près complète; l'œil paralysé est recouvert presque en entier par la paupière supérieure; paralysie et contracture de tout le côté gauche du corps; émission involontaire des urines et des matières fécales. Cet état se prolongea jusqu'au commencement du mois de septembre, époque de la mort, qui fut précédée de symptômes de fièvre lente.

L'autopsie nous révéla un ramollissement partiel et circonscrit (2) de la partie moyenne et supérieure de l'hémisphère droit, dans l'étendue de 2 centimètres environ; les circonvolutions étaient pâles et boursouflées, la pulpe était diffluente et d'un gris sale. Sauf le corps calleux, qui nous a paru peu consistant, le reste de la substance cérébrale était sain.

Ce phénomène extraordinaire, si nous en jugeons par un passage de la

(1) Gendrin, ouv. cit., t. I, p. 424.

(1) Voir le feuilleton de la GAZETTE MÉDICALE (ann. 1848, t. III, p. 41), où l'auteur de ce mémoire rapporte d'autres exemples d'exaltation des sens.

(2) Cette forme de ramollissement a été parfaitement bien décrite par un savant rédacteur de ce journal, le docteur A. Dechambre. (Voy. COMPEND. DE MED. PRAT., t. II, p. 140 et suiv.)

---

hisser un cadavre sur la table à dissection. Je me souviens que cette masse inerte est fort lourde, à telle enseigne que, pour la monter du sol sur la table, nous prenions le cadavre à deux, l'un par les pieds, l'autre par les bras; puis nous calculions nos efforts de manière qu'un des balancements que nous lui communiquions le portât sur le marbre. Or, de même que les peintres semblent croire qu'un cadavre peut encore *poser*, de même ils paraissent convaincus qu'il peut s'aider, se soutenir, associer ses mouvements à ceux des personnes qui se mettent en devoir de le transporter.

Considérons, à ce point de vue critique, deux admirables marbres modernes : la *Mater dolorosa*, œuvre de Michel-Ange âgé de 25 ans (première chapelle, à droite en entrant, à Saint-Pierre), et la Vierge aux sept douleurs, de Montauti, groupe caché dans le demi-jour du caveau de la chapelle Corsini, à Saint-Jean-de-Latran.

Certes il m'est arrivé, quand je n'avais que peu d'instants à consacrer à Saint-Pierre, de m'arrêter devant le groupe de Michel-Ange, et d'être surpris par l'heure avant d'avoir dépassé la première chapelle. Mais, plus d'une fois, j'ai fini par me sentir fatigué de la fatigue de cette frêle femme, tenant un lourd cadavre dont le tronc, sans appui contre la terre, pèse de tout son poids sur les genoux de la Vierge.

Dans le beau marbre de Montauti, la Vierge, appuyée contre les pierres d'une muraille ruinée, pose sur une marche sa jambe fléchie; le cadavre du Christ est appuyé sur la cuisse de Marie et l'enfourche de l'aisselle. Il est clair, d'après l'inclinaison du corps, qu'il doit inévitablement glisser, à moins que le bras ne fasse effort pour le maintenir. Sur un cadavre, ce bras doit se relever et laisser le corps s'affaisser sous les pieds de la Vierge.

On admire beaucoup l'expression de la figure du Christ. A notre sens, cette remarque est tout autant un blâme qu'un éloge.

Sur la face d'un mort, reste évidemment l'expression qui résulte de la configuration même des traits; ainsi, par exemple, un front bas, envahi par les cheveux et plissé verticalement, des sourcils épais, incultes, rapprochés, ombrageant un orbite creux, une bouche méchante, etc., donnent, sur le cadavre comme sur le vivant, une expression de férocité. Mais supposons que cette physionomie répulsive s'illumine, dans les derniers moments d'une agonie chrétienne, d'une teinte de piété, de recueillement, de douceur; voilà l'expression fugitive qui ne subsistera pas ou qui s'effacera rapidement, parce qu'elle tient au mouvement musculaire que la mort relâche presque toujours, tandis que la première est liée à une configuration physique même, et persiste conséquemment jusqu'à la désagrégation des parties. Aussi trouvons-nous trop de physionomie *tenant au mouvement*, à cette tête de saint Jean, bien belle du reste, si pâle et si suavement douce, que la superbe Hérodiade, la femme aux terribles caprices, porte sur un plat d'argent, dans le tableau fameux du Guide, galerie Corsini. Ce défaut des peintres est bien plus marqué encore sur certaines têtes de Goliath, qui, vertes de putréfaction, conservent pourtant encore des menaces et des contractures impossibles.

Le guerrier blessé qui tombe sur l'arène arrosée de son sang, la femme que ses esprits abandonnent devant un spectacle qui l'épouvante, etc., ont quelque chose qui les rapproche du cadavre, et quelque chose qui les en éloigne. Très-

clinique du professeur Andral, aurait été observé d'autres fois. « On a observé, dit cet illustre médecin, des sujets chez lesquels, plus ou moins longtemps avant leur attaque, la vue acquérait une finesse inaccoutumée... L'existence de ces principaux phénomènes qui se montrent souvent du côté de la vision, plus ou moins longtemps avant le moment où survient l'hémorrhagie, prouve incontestablement qu'avant que le sang ne s'épanche, il y a déjà dans le cerveau un travail morbide, soit continuel, soit intermittent, dont la nature serait bien importante à déterminer d'une manière précise (1). »

Le sens de l'ouïe peut présenter comme fait initial les mêmes modifications que le sens de la vue. Il est des individus qui sont tourmentés de bourdonnements d'oreille, de tintements continuels ou intermittents. Plusieurs croient entendre les bruits les plus étranges. Ces hallucinations sont loin toutefois d'être le prélude constant d'une lésion encéphalique; elles peuvent se lier à de simples perversions de la sensibilité.

III. — SIGNES TIRÉS DES FONCTIONS DES ORGANES LOCOMOTEURS ET SENSITIFS.

Dans l'affection commençante qui fait l'objet de ce mémoire, la locomotion subit un échec presque constant. Mais l'altération des fonctions musculaires présente, comme les autres signes, une grande variété; depuis cette simple hésitation dans les mouvements que nous avons déjà remarquée jusqu'à une paralysie complète, mais qu'en raison de sa nature et de son siége, nous nommerons *paralysie irrégulière*. Il n'est pas rare d'observer un état de langueur général qui fait rechercher à ces malades le repos absolu, le *farniente*, ce que Van Swieten a remarqué au sujet de l'apoplexie: *Primo oritur languor et amor quietis ac otii* (2). D'autres fois, c'est le contraire qui apparaît: les malades qui vont être frappés d'une lésion encéphalique s'agitent beaucoup, dépensent en mouvements une grande somme d'activité. Notre collègue, le docteur Teissier, nous a fait part d'une observation remarquable sous ce rapport comme sous beaucoup d'autres. Il donne actuellement ses soins à une dame âgée d'une soixantaine d'années qui, depuis l'âge critique, est sujette chaque mois, à l'époque même où elle avait l'habitude d'être menstruée, à des attaques: elle perd connaissance, puis ayant recouvré ses sens, elle se trouve paralysée d'une moitié du corps, avec un grand embarras dans la prononciation. Ces accidents durent quelques jours et se dissipent graduellement pour revenir à époque fixe. Mais quelques jours avant sa nouvelle attaque, cette dame, d'un caractère lent et paisible, se livre à beaucoup d'agitation et de mouvement; elle ne peut demeurer en place, et les personnes qui l'entourent ne se trompent point sur la portée de ce signe. Nous n'insisterons point ici sur les autres particularités intéressantes de cette observation, nous nous bornerons à reconnaître, avec le médecin instruit qui nous a fourni ces détails, un exemple d'*apoplexie nerveuse périodique*.

L'affaiblissement de la myotilité offre plusieurs degrés. Il se remarque surtout dans les membres inférieurs qui semblent fléchir sous le poids du tronc et rendent la marche un peu incertaine. Cet affaiblissement frappe d'autant plus, que le malade est jeune et ne se plaint d'aucune cause de débilité. Portal tira un jour d'un signe semblable l'occasion d'un pronostic célèbre: consulté par M. de Montmorin, ministre des affaires étrangères, sur la santé d'un ambassadeur, il répondit qu'il croyait celui-ci au moment d'éprouver une forte attaque d'apoplexie, quoiqu'on le vît tous les jours à la cour et qu'on le crût en bonne santé. Portal avait remarqué chez le haut fonctionnaire un peu de fixité dans l'œil gauche et une faiblesse légère du membre inférieur du même côté. « Mon pronostic fut connu, dit Portal, et malheureusement pour M. d'Adh., il se réalisa bientôt, car il eut une attaque d'apoplexie formidable, des suites de laquelle il mourut (1).

Ce que le docteur Marshall Hall appelle *digitus semi-mortuus*, où un doigt devient semblable à celui d'un cadavre, pâle, insensible, froid, ridé, n'est autre chose qu'une de ces paralysies *irrégulières*, dont il est si important d'interpréter la véritable signification Depuis longtemps nous avons fait part à nos confrères du fait suivant: Un homme de 54 ans, livré à un travail assujettissant de bureau, se présenta un jour à nous. Dans la conversation, il nous fait part en plaisantant d'une sorte d'engourdissement qu'il éprouve depuis assez longtemps au petit doigt de la main gauche. Cette partie était, en effet, roide et insensible, et le reste de la main fonctionnait comme à l'ordinaire. Nous lui conseillâmes de ne point considérer cet indice comme tout à fait indifférent, de suspendre quelque temps ses fonctions et de se soumettre à un traitement légèrement dérivatif. Il ne se rendit pas à nos avis, et quelques jours après il était frappé d'une congestion cérébrale, à la suite de laquelle ses facultés se sont singulièrement affaiblies.

Ce signe du *digitus semi-mortuus* a été, il y a peu de temps, dans ce journal, l'objet d'une communication dans laquelle le docteur Gillet de Grandmont nous paraît avoir bien apprécié la valeur de cette aberration paralytique. Lorsque ce symptôme se rencontre dans l'âge mûr et dans la vieillesse, il est précédé d'un fourmillement très-léger, d'un refroidissement graduel; il est accompagné parfois d'une légère flexion du doigt sur la paume de la main. Quelquefois le doigt tremble et devient un peu douloureux à son extrémité. Ainsi que toute maladie grave, dit le docteur Grandmont, commence par des symptômes légers et en quelque sorte fugaces, cette affection est le début d'une maladie très-sérieuse qui marche lentement, mais sans s'arrêter; c'est la première indication d'une affection qui n'est déjà plus à son début, des centres nerveux et rachidiens. Le médecin ne peut apporter trop d'attention à l'étude de ces premiers symptômes qui semblent aux malades un enfantillage, parce qu'avec ces symptômes ils peuvent continuer les habitudes de leur vie. Les hommes de cabinet, les hommes publics livrés à des travaux excessifs, ne voient souvent pas que de terribles maladies leur arrivent avec le début de ces symptômes légers en apparence (2).

Ces paralysies que nous nommons *irrégulières*, et qui semblent provenir d'un épuisement des sources d'où émanent les facultés sensitives ou locomotrices, peuvent apparaître dans d'autres circonstances où elles ne constituent pas un symptôme d'une haute gravité. Telles sont celles qui succèdent quelquefois aux convulsions hystériques, à la colique saturnine, aux abus vénériens (3). Là ces phénomènes sont liés à des modes passagers

(1) CLINIQUE MÉD., t. V.
(2) Op., t. III, DE APOPLEXIA.

(1) OBSERVATIONS SUR L'APOPLEXIE, p. 316.
(2) GAZ. MÉD., 1850, p. 400.
(3) Voir dans le t. I, p. 104, des MÉM. DE LA SOC. D'ÉMUL. DE LYON, notre mémoire intitulé: DE L'IMPOTENCE DES MEMBRES INFÉRIEURS A LA SUITE DES ABUS VÉNÉRIENS, ETC.

---

souvent, dans la chute, tandis que tout le corps s'abandonne, un instinct de conservation produit un mouvement non raisonné, destiné à la protection. Le guerrier romain mourant, bronze antique, au Capitole, nous semble un modèle en ce genre. Tout le corps est dans un collapsus complet; mais le guerrier a instinctivement tendu la main pour amortir le choc sur le sol. A demi couché, il semble repousser cette terre à laquelle il va bientôt appartenir

On conçoit fort bien que l'instinct, auquel la raison ne participe pas, puisse encore se manifester quand les fonctions intellectuelles sont presque éteintes; mais la coquetterie, la vanité, ces fruits artificiels qui ne viennent point de l'arbre des déterminations instinctives, ne se comprennent guère dans ces moments extrêmes. Cesar se drapant, pour tomber majestueusement aux pieds de la statue de Pompée, nous paraît un bien grand charlatan, et Auguste, ajustant ses cheveux et se mirant quand la mort le refroidit déjà, est certes un insigne comédien.

Le dernier acte de la vie du vainqueur de Pharsale pourrait bien, du reste, n'être qu'une invention.

Le défaut d'étude du cadavre, et partant l'impossibilité de rendre la nature avec une vérité complète, a conduit les peintres à l'exagération de coloris des chairs mortes, dans le but de suppléer au caractère qui manque à leur œuvre.

La couleur a plus de fantaisie et d'imagination que le crayon. Le trait est par, les formes sont correctes, ou bien le dessin est mauvais; il n'y a guère deux façons de juger un carton ou un tableau. Mais dans le domaine du coloris, on manque bien souvent de type, d'étalon; la nature, ce grand miroir auquel l'œil du peintre doit toujours revenir, n'a point l'immobilité de la couleur comme la permanence de la forme. Dans nous et hors de nous, tout conspire à ce perpétuel changement des couleurs. La nature est comme un kaléidoscope n'offrant jamais deux fois de suite le même arrangement de morceaux mobiles.

Les divagations du pinceau sont surtout flagrantes à propos des tons de chairs mortes, et comme l'étude d'un cadavre, tôtôt par la putréfaction, à quelque chose de trop répulsif, le point de départ est loin d'être toujours la nature. C'est assez dire que les derniers termes de ces fantaisies doivent en être prodigieusement éloignés. On voit que certains esprits hardis et forts, comme Michel-Ange, Salvator Rosa, Ribera, n'ont pas craint de méditer de temps en temps sur un cadavre décomposé; mais ces études n'ont pas été assez longtemps suivies pour les garantir eux-mêmes de beaucoup de fautes.

Il n'est peut-être pas de couleur que la palette n'ait broyée pour les jeter ensuite sur un cadavre. Les verts, les jaunes, les bleuâtres, ont été généralement employés avec assez de bonheur. La pâleur est assez bien comprise, quoiqu'on l'ait quelquefois poussée à l'excès; mais la peinture regorge d'énormités, d'impossibilités, quand elle manie les bistres, les bitumes, le brun rouge, les violets, le noir. Nous entrons ici, à pleine voile, dans les mers fantastiques des MILLE ET UNE NUITS, et la nature n'est jamais du voyage.

Les peintres pèchent peut-être encore moins par la fausseté du coloris que par l'ignorance à peu près complète des régions dans lesquelles la putréfaction se manifeste successivement, et de l'aspect que prend le cadavre à mesure que le temps s'écoule et que la désagrégation s'opère. Une foule de corps que la vie a abandonnés depuis quelques instants revêtent, sous le pinceau de nos plus grands maîtres, l'aspect de cadavres retirés de l'eau depuis huit à dix jours,

de l'innervation, tandis que dans le premier cas elles traduisent une altération latente des centres nerveux. La soudaineté de ces paralysies, souvent leur isolement d'avec d'autres symptômes, leur siége qui a lieu sur des parties éloignées, tandis que celles qui sont intermédiaires conservent l'intégrité des mouvements, constituent leurs caractères insolites et leur assignent leur véritable signification pathologique. Nous ne devons point oublier, dans l'énumération des signes indicateurs qui se tirent de l'affaiblissement des fonctions musculaires, la difficulté dans la déglutition éprouvée par certains malades quelquefois longtemps avant d'être frappés (1). Comme cette demi-paralysie du pharynx, on observe celle des cordes vocales, de la langue; de là le bégayement ou l'aphonie. Il en est de même de la paralysie des paupières supérieures qui deviennent œdémateuses; ce signe a, d'après notre expérience, une très-grande valeur.

La sensibilité générale peut être abolie, simplement diminuée ou exagérée. Les deux premiers genres d'altération suivent presque toujours la paralysie musculaire; mais ils peuvent exister isolément. L'exagération de la sensibilité présente deux modes distincts que la physiologie pathologique parvient à mieux discerner que ne le fait la physiologie normale. On voit des individus qui présentent une sensibilité exquise de toute la surface de la peau (hyperesthésie); de sorte que le moindre attouchement leur devient incommode. Ces malades évitent les réunions et tout ce qui peut occasionner un contact. Ce fait n'est autre chose qu'un accroissement de la sensibilité normale, une exagération du sens du toucher qui correspond à l'exaltation des facultés sensorielles que nous avons étudiées précédemment. Enfin la sensibilité s'exalte sous la forme de la douleur.

La douleur mérite, dans le cas qui nous occupe, la plus scrupuleuse attention. On a pris souvent pour des névralgies des douleurs atroces qui étaient le prélude d'une grave altération cérébrale, *prœludium morbi comitialis, aut mania, aut apoplexia* (Van Swieten). Cette erreur a été quelquefois d'autant plus justifiable qu'il existe assez souvent ou tic douloureux et des rémissions. Il en est ainsi lorsqu'on suppose avoir à traiter une céphalalgie dépendante d'une dyspepsie. On s'arrête d'autant mieux à cette dernière idée, que l'estomac est souvent aussi alors troublé dans l'exercice de ses fonctions, et que les plus violentes attaques sont souvent accompagnées de vomissements. Le diagnostic dans ce cas est quelquefois difficile; mais avec de l'attention on reconnaît que la durée et la violence de la douleur doivent faire soupçonner que la maladie est plus qu'une céphalalgie ordinaire, et que, bien que les fonctions de l'estomac soient en même temps troublées, la céphalalgie est souvent plus intense que l'on ne pourrait s'en rendre raison par l'état de cet organe. Le malade ne peut en général supporter un appartement chaud, le bruit que font les personnes qui l'entourent, ou même la fatigue d'une conversation agréable sans être incommodé et sans que la céphalalgie n'en soit agravée. Les paroxysmes s'accompagnent quelquefois de vomissements et quelquefois de violents battements dans la tête. Si avec ces symptômes nous remarquons la pâleur de la face et la faiblesse du pouls, et si des moyens actifs ont été employés sans soulagement, nous sommes amenés à soupçonner la présence d'une lésion organique (2). Les crampes douloureuses ne sont point rares:

(1) M. Andral (Clinique médicale, t. V, p. 362) cite un fait où la dysphagie a été un des phénomènes précurseurs d'une attaque d'apoplexie; le malade voulant boire éprouvait à la gorge un serrement qui l'empêchait d'avaler.

(2) Abercrombie, Maladies de l'encéphale, p. 455.

Portal a vu des malades qui ont été longtemps avant d'éprouver une attaque d'apoplexie, forcés de se lever du lit pour faire cesser les vives douleurs des crampes qu'ils ressentaient dans les muscles de la jambe, fréquemment dans les extenseurs des orteils, dans les péronniers.

La sensibilité cutanée présente d'autres modes de perversion qui sont des plus singuliers. On a recueilli l'observation d'un homme qui, plusieurs mois avant d'être frappé d'apoplexie, éprouvait de temps en temps une perte absolue de sentiment dans quelques points isolés de la peau du thorax. Chacun de ces points qui étaient au nombre de cinq ou six aurait pu admettre une pièce de 5 fr. environ. Là on pouvait pincer fortement la peau, sans que le malade parût ressentir la moindre douleur; hors de ces points la sensibilité était intacte, et elle reparaissait brusquement dans toute son intégrité. Ces abolitions partielles de la sensibilité n'existaient pas d'ailleurs constamment; il y avait des jours où nulle part la sensibilité ne présentait la moindre diminution; puis tout à coup elle était anéantie dans les points que nous indiquons tout à l'heure (1). Nous n'avons pas besoin d'insister sur les circonstances d'un pareil fait recueilli par un observateur dont l'autorité est irrécusable; cette observation rentre dans la classe des cas rares qui établissent le pouvoir qu'a la nature de sortir des règles ordinaires. Ces modes insolites de fonctions, régies directement par le cerveau, doivent nous servir d'arguments pour comprendre la possibilité des perversions morales et instinctives; leur dépendance non de la corruption de la faculté morale elle-même, mais d'un état pathologique, latent, de l'instrument organique. De là découle l'irresponsabilité. Si le cerveau, centre commun de tous les nerfs, le lieu auquel aboutissent toutes les perceptions, l'instrument au moyen duquel notre esprit combine ces perceptions, les compose et en tire des résultats, laisse en quelque sorte aller à la dérive pour employer une expression figurée, les actes physiologiques qui se rapprocheut le plus des phénomènes intellectuels; qui oserait nier que ces derniers ne puissent, dans certaines circonstances, éprouver la même nature d'altération? Ceci d'ailleurs ne fait que confirmer ce que nous avons dit précédemment, et n'engage en rien dans la discussion fort oiseuse, selon nous, du spiritualisme ou du matérialisme. L'unité et l'identité du *moi*, propriétés qui ne peuvent se concilier avec la fluctuation et les changements de l'organisme demeureront éternellement la preuve de l'existence d'un principe inaltérable quant à son essence; et d'une autre part l'expérience journalière, la physiologie, la pathologie attesteront toujours que ce principe est altérable quant à ses manifestations. Voilà, ce nous semble, quel est le véritable état de la question, le véritable aspect de la nature humaine.

C'est dans la vie de relation qu'on doit surtout puiser, comme nous l'avons fait, des signes indicateurs. A cette période initiale des affections graves du cerveau, la vie organique décèle peu ou pas de souffrances. Les symptômes qui peuvent exister de ce côté n'acquièrent de la valeur qu'en raison de leur association avec ceux que nous venons d'étudier dans la vie de relation. Il faut que le cerveau soit bien malade pour amener des changements dans la nutrition, des symptômes pyrétiques. A part le sommeil, acte qui se trouve sur les limites de la vie animale et de la vie organique, il n'y a point, dans cette dernière, de fonction essentiellement troublée. La plupart des malades ont perdu, dans cette période initiale, l'usage du sommeil; ou si cette fonction s'exécute, elle n'est point franche: c'est un as-

(1) Andral, Clinique médicale, t. V, p. 363.

---

abandonnés à l'air depuis une semaine ou deux. A l'un, prend la fantaisie de faire commencer la putréfaction par la main, par le pied; à l'autre par la face, par le thorax; à celui-ci par l'abdomen; à celui-là par le dos. Si quelques-uns tombent juste, c'est aussi souvent par hasard que par connaissance de cause.

Les Écritures saintes nous apprennent que le Christ a été mis en croix vers trois heures après midi, que son dernier soupir s'est exhalé le soir, et qu'il a été descendu et enseveli dans la nuit même. Or examinez les calvaires, les piétés, les descentes de croix, et vous verrez que les trois quarts des tableaux représentent des cadavres vieux de plusieurs jours, voire même d'une semaine ou deux.

L'un des Christs morts qui nous ont paru le plus se rapprocher de la nature, pour la pose et la couleur, est celui de Michel-Ange de Carravage, au musée du Vatican. Ce tableau nous a fortement frappé. Nous avons un faible pour la peinture ferme, large, hardie, accentuée et fortement ombrée de ce maître; c'est bien dommage qu'il ait manqué d'invention. Parmi les descentes de croix qui nous ont semblé mériter des éloges, au même point de vue, citons encore un grand tableau de Benvenuto Garafalo, peint avec la naïveté du Perugin (Musée Borghèse) et la belle fresque de Daniel de Volterre, dans la première chapelle, à gauche de l'église de la Trinité des Monts.

Le défaut que nous reprochons aux peintres qui ont représenté le Christ mort se retrouve, bien entendu, dans toutes les conditions analogues. Ainsi Van Dyck ne les a pas évités dans son Martyre des Machabées, tableau de grand mérite qui décore les appartements du pape, au Vatican. Un des fils vient d'être décapité, et son cadavre gît aux pieds du bourreau qui s'apprête à décoller un autre des sept frères héroïques. Eh bien! ce cadavre tout frais semble vieux de quatre à cinq jours au moins. La teinte générale, pâle, mate, plombée, évite la critique; mais les extrémités sont d'un bleu verdâtre cru et foncé qui dénote clairement une putréfaction bien établie. Le corps, au reste, est tombé très-naturellement, comme une masse inerte. Au musée Borbonico, à Naples, on remarque une Piété, d'Annibal Carrache, dans laquelle les tons bleus feraient croire que le cadavre a séjourné dans l'eau six à huit jours. Dans la salle du Trésor (Chartreuse San Martino, à Naples), nous avons admiré un fort beau tableau de l'Espagnolet; mais le cadavre est également beaucoup trop bleu, surtout à la main gauche, sur le premier plan. Au musée Colonna, à Rome, un tableau de Mola représente Caïn et Abel. Le cadavre, encore chaud, puisque le fratricide n'a pas quitté la victime, paraît abandonné depuis plusieurs jours, grâce à ces malencontreuses teintes bistrées dont nous avons blâmé déjà l'usage abusif.

L'exagération des teintes bitumineuses a été poussée à l'excès par Salvator Rosa, dans son Christ au tombeau (appartement du pape, au Vatican). Les jambes sont couleur de bronze, et par la disposition des ombres et des lumières, on dirait un véritable cylindre de métal, avec cette arête vive de lumière qui court sur les objets compacts et brillants. A côté de ce Salvator Rosa, figure un autre Christ au tombeau, de N. Poussin. Le cadavre est d'un pâle blenâtre uniformément répandu sur toute la périphérie, qui n'est pas du tout naturel. Rien de plus rare que de trouver un cadavre vrai de tons; aussi conservons-nous une légitime admiration, même après avoir vu les chefs-d'œuvre de Rome, pour la

soupissement qui fatigue plutôt qu'un sommeil réparateur. Les fonctions digestives ne présentent d'autre trouble spécial qu'une constipation opiniâtre, et dont les drastiques les plus énergiques ont souvent peine à triompher. Nous avons déjà noté l'œdème des paupières, il faut y joindre les petits épanchements de sang qui se font chez quelques sujets, avant nne attaque, dans le tissu même de la conjonctive. Les sécrétions sont peu altérées. Il est cependant un signe présenté par les urines que nous avons observé quelquefois, et que nous signalons plutôt comme un sujet de recherches ultérieures que comme un indice exact : c'est une prédominance de l'albumine (1).

Il résulte de l'ensemble de ce tableau séméiolique que les affections graves du sensorium commune signalent le plus ordinairement leur début par des indices remplis d'anomalies et d'incohérence, et qui ont plus d'un rapport avec les symptômes ataxiques observés dans quelques affections fébriles. Comme ces phénomènes indicateurs de la *malignité*, de la *perniciosité*, les signes avant-coureurs des affections cérébrales, semblent produits en dehors des lois ordinaires de l'organisation (2). Ces signes décèlent plus qu'une prédisposition; c'est un acheminement vers une maladie qui, une fois développée, ne pardonne pas. Il est donc d'un puissant intérêt pour le médecin d'avoir l'œil ouvert sur ces prodromes, sortes d'avertissements que dédaignent les malades, si peu éclairés d'ordinaire sur leur santé. Il lui deviendra peut-être possible d'arracher quelques victimes à de graves dangers, et cela en dépit d'elles-mêmes. Les occasions d'observer ces signes sont assez fréquentes de nos jours, où tant de causes se réunissent pour troubler les actes de la vie cérébrale, où s'observent tant d'anomalies morales et intellectuelles. Une pareille étude conduit, en définitive, à celle plus importante encore de l'étiologie et du traitement des affections cérébrales commençantes. Ce sujet, à la fois hygiénique et médical, sera, de la part de l'auteur de cet article, le texte de prochains mémoires.

THÉRAPEUTIQUE MÉDICALE.

MÉMOIRE SUR L'EMPLOI COMPARATIF DE L'ACIDE ARSÉNIEUX ET DU SULFATE DE QUININE DANS LE TRAITEMENT DES FIÈVRES PALUDÉENNES DE L'ALGÉRIE; par M. EMILE CORDIER, médecin adjoint aux ambulances de l'Algérie.

Depuis longtemps déjà nous avions arrêté le projet d'expérimenter comparativement l'acide arsénieux et le sulfate de quinine dans le traitement des fièvres paludéennes de l'Algérie. Chargé d'un service médical souvent considérable et toujours important, notre position nous permettait d'entreprendre des essais sur une grande échelle ; mais cédant à des scrupules exagérés peut-être, nous hésitions. Aujourd'hui, grâce au zèle, aux soins et à l'empressement plein de complaisance et d'amitié d'un de nos collègues et camarades, M. Delezenne, aide-major pharmacien à l'hôpital de Mostaganem, toutes nos appréhensions se sont dissipées, et nous nous estimons heureux de venir apporter à notre tour de nouveaux matériaux pour résoudre une question encore en litige.

Beaucoup d'auteurs recommandables depuis la fin du dix-septième siècle ont vanté les propriétés fébrifuges de l'arsenic, et dans ces derniers temps les travaux de MM. Boudin, Maillot, Fuster ont consacré la réputation de ce moyen. Certes nous apprécions la haute portée de ces travaux, mais à notre avis ils ne suffisent pas pour entraîner les convictions, et dans leur ensemble ils manquent de ce caractère particulier qui enlève jusqu'au moindre doute.

Comme l'a fait observer la GAZETTE MÉDICALE avec juste raison, c'est en Algérie que la question doit se vider d'une manière péremptoire. Il est, en effet, indispensable, pour arriver à connaître et à posséder la véritable mesure d'action de l'acide arsénieux comme succédané du sulfate de quinine, que les malades soient traités sur place en quelque sorte et dans les localités qui ont produit la fièvre. De plus, il faut que les foyers marécageux présentent une certaine intensité.

L'Algérie réunit ces conditions.

Parmi les observations que relatent les praticiens distingués que nous avons cités, un très-grand nombre ne concernent que des malades ayant été soustraits à l'influence paludéenne. Or chacun sait, et nous l'affirmons de notre côté, parce que nous avons habité en France deux contrées marécageuses, que la soustraction seule des malades au foyer qui a donné naissance à la fièvre exerce déjà une grande action sur les effets du traitement, sur l'issue de la maladie.

Enfin l'acide arsénieux est un poison terrible, et en admettant qu'il puisse réellement remplacer le sulfate de quinine, pour déterminer la masse des praticiens à en faire usage, il est évident que les expériences doivent être entourées de toutes les garanties propres à en démontrer l'efficacité.

Ces réflexions ont pour but de justifier l'opinion que nous avons portée sur les travaux des hommes éminents qui se sont occupés du traitement arsenical.

Un seul fait d'ailleurs nous donne le droit de tenir un pareil langage. On a prétendu et on prétend encore que les fièvres anciennes, rebelles au traitement quinique, cèdent au traitement arsenical, nous verrons bientôt que ce résultat ne se présente pas en Algérie.

Mais n'anticipons pas.

Avant d'exposer le plan que nous avons adopté, avant d'indiquer la méthode que nous avons choisie, l'ordre que nous avons suivi, il nous a paru nécessaire, pour que la pensée de ce mémoire fût bien comprise, d'entrer dans quelques considérations pathologiques.

Nous serons court.

L'analyse attentive et l'examen raisonné des conditions particulières qui constituent un pays marécageux, rapprochés de l'étude des affections les plus ordinaires qu'il présente, ou de son règne pathologique, prouvent que l'influence continue de ces mêmes conditions détermine un milieu où les

(1) C'est d'ailleurs une chose fort remarquable que la fréquente coïncidence des altérations de la sécrétion urinaire avec celles de la vision. Depuis la publication de nos recherches sur le *diabète sucré* (GAZ. MÉD., 1849, t. III), nous avons eu l'occasion de constater l'influence que cette affection (beaucoup plus commune qu'on ne le pense) exerce sur les fonctions de l'appareil oculaire. Nous avons vu, chez une jeune fille, une cataracte double s'établir peu à peu dans le cours de la glucosurie; chez deux autres malades, nous avons observé une demi-cécité. Enfin, dans la maladie de Bright, il nous a été souvent possible de remarquer l'affaiblissement de la vue et de confirmer ainsi les judicieuses remarques du docteur Landouzy.

(2) V. nos RECHERCHES SUR LA MALIGNITÉ DANS LES MALADIES FÉBRILES, etc. *In* GAZ. MÉD., 1843, p. 624, et REV. MÉD., même année.

Leçon d'anatomie, par Muller, tableau qui figure à l'Académie nationale de médecine de Paris.

Le tableau d'Ismaël et Agar est l'un des morceaux les plus estimables de la galerie Doria. L'ange apparaît au milieu des teintes chaudes du ciel du désert ; il indique à la pauvre exilée la source qui doit rappeler à l'existence son enfant à l'agonie. Mais l'Espagnolet a fait Ismaël si bien mort, que l'eau ne pourrait plus ranimer ce corps abandonné par la vie. Le peintre a été trop loin. Vis-à-vis ce tableau, un artiste de l'école napolitaine a représenté le même sujet : Ismaël est à l'agonie, mais ce n'est pas encore un cadavre ; on comprend qu'il puisse être rappelé à la vie. Ce tableau, quoique plus vrai que le premier, lui est bien inférieur comme peinture.

L'Adonis mort, de Ribéra, au musée de Corsini, peut être considéré comme un modèle de cadavre; il est tombé avec un naturel irréprochable. On comprend tous les mouvements, toutes les positions ; on le voit tomber la tête contre terre, les bras heurtant le sol et se courbant là où la violence de la projection les sollicite. Le cadavre est d'une excellente étude.

Nous devons à Ét. Maderne une sainte Cécile morte, marbre qu'on admire dans l'église consacrée à cette sainte, au Transtévère, à Rome. C'est vraiment un chef-d'œuvre. L'effet produit est prodigieux, malgré l'extrême simplicité de la composition. C'est que

> Rien n'est beau que le vrai, le vrai seul est aimable.

Le Bernin, artiste facile, mais des plus maniérés, eût, sans doute, pour arriver à l'effet, posé le cadavre pour la douleur résignée, la grâce, la candeur ; Étienne Maderne s'est contenté de le représenter dans la position qu'il avait dans sa bière, roulé dans un linceul, lorsqu'on le retrouva je ne sais après combien de siècles. Il est étendu aux trois quarts sur la face antérieure, le visage contre terre, les bras jetés ou pliés au hasard ; un linceul épais, aux larges plis, dessine le mouvement des principales formes, et ondoie avec le fleuve de cheveux qui tombe de la tête de la sainte. Telle est la simplicité de l'œuvre.

Dans la petite église de San-Severino, à Naples, se voit un Christ au tombeau, dont le cadavre est caché par un voile plus transparent. Ce marbre ne vaut pas, à beaucoup près, celui de sainte Cécile. Dans la même église, le custode montre avec satisfaction la Pudicizia, femme aux contours voluptueux, si indiscrètement dessinés, dans tous leurs moindres détails, par une gaze fine comme une toile d'araignée, diaphane comme une vapeur, que je ne sais rien au monde de plus impudique que cette pudeur, si ce n'est une fresque trouvée à Pompéi, dans la maison de Cicéron : ici la toile d'araignée est à trame si claire, qu'on semble n'avoir eu l'idée de jeter un peu de mystère que pour piquer un instant la curiosité bientôt satisfaite. Quand on cherche, même légèrement, on trouve avec plus de charme.

Le triomphe de David est un sujet affectionné des peintres. Le jeune héros porte par les cheveux la tête du géant ; les femmes dansent autour de l'enfant et du trophée, et sourient devant la menace morte, encore empreinte sur la lèvre de Goliath ; le roi Saül se tient près du groupe, déguisant mal son dépit contre celui dont il semble déjà prévoir la grandeur future (grand tableau du Dominiquin, musée Bospiliosi). Mais cette tête devait être bien infecte et bien horrible, si on en juge par quelques tableaux, et nous doutons fort que l'allégresse de la

émigrants puisent peu à peu une diathèse spéciale ou une aptitude organique en vertu de laquelle ils ont une tendance plus ou moins prononcée à réagir par une pyrexie intermittente simple ou compliquée.

L'infection palustre ne produit pas la continuité fébrile. L'action plus ou moins puissante de ce milieu, les conséquences plus ou moins graves de cette diathèse dépendent, toutes circonstances étant égales, du degré d'énergie de l'agent miasmatique ; en un mot, l'intensité de l'intoxication et l'importance de l'empoisonnement paludéen, se mesurent à la latitude des pays où la fièvre est endémique et aux circonstances diverses que cette latitude entraîne.

Les fièvres paludéennes sans aucun doute peuvent être considérées comme de véritables empoisonnements ; mais un fait incontestable c'est que, presque toujours, avant même l'altération de la crase du sang, le système nerveux est atteint dans la normalité de sa fonction, il fléchit, enfin il est frappé d'asthénie directe.

Ce fait peut déjà servir à expliquer pourquoi le sulfate quinine, agent névrosthénique par excellence, réussit dans les fièvres paludéennes. Il donne au système nerveux de la stabilité d'énergie : voilà pourquoi il guérit.

Quel que soit le degré de force de la matière miasmatique, quels que soient la forme, le type, la variété et la gravité de la manifestation paludéenne, toutes les affections qui naissent au sein d'un foyer marécageux reconnaissent la même origine, accusent la même cause, sont de la même famille et réclament le même traitement.

Les fièvres de l'Algérie, fièvres rémittentes, gastriques, bilieuses, continues, se décomposent en deux éléments : 1° une lésion organique spéciale, une véritable inflammation attaquant la partie supérieure du tube digestif, ayant son siége dans l'appareil gastro-hépatique et dépendant avant tout d'une cause morbide fixe, permanente, l'élévation de la température ; 2° une pyrexie intermittente due à l'intoxication paludéenne cause morbide que l'homme peut atteindre et détruire.

Chacun de ces deux éléments exige une médication particulière.

En Algérie, comme dans tous les pays chauds à marais, l'agent capable de neutraliser le poison producteur de la fièvre ou de fortifier le système nerveux, doit être doué d'une énergie forte et durable. Sans cette condition, les accidents consécutifs et les lésions chroniques s'établissent rapidement.

Dans les maladies de l'Algérie, il faut nourrir les malades le plus tôt possible. L'alimentation sans aucun doute doit être modérée, sage et graduée, mais elle ne doit pas être retardée, sous prétexte de faire naître ou d'entretenir une inflammation.

En Algérie, comme dans tous les pays chauds à marais, on vit en quelque sorte avec la fièvre, ce qui nécessairement indique qu'on vit moins longtemps, ce qu'attestent les statistiques. Il est rare, en Algérie, de guérir, quel que soit le traitement, une fièvre rebelle ancienne. Tout ce que le médecin peut et doit espérer, c'est d'espacer le plus possible le retour des accès.

Voici l'ordre de progression ou de développement que présentent les fièvres de l'Algérie :

Un malade est d'abord atteint d'une fièvre rémittente, de ce qu'enfin les soldats appellent *fièvre chaude*, l'accès est le plus souvent quotidien, parfois tierce, mais très-rarement, l'été surtout. Puis les accès reparaissent de la manière suivante : le 7e, le 8e, 9e, 10e, 13e, 14e, 16e, 18e, 20e, 24e et 30e jour ; ensuite tous les trois mois, tous les six mois, enfin au renouvellement de chaque saison. Presque toujours pour obtenir une guérison radicale ou la disparition complete de la fièvre, le retour en France est indispensable.

Nous tenons à énoncer ces propositions. Pour notre part, nous leur accordons une puissance de vérité telle, que nous sommes persuadé qu'elles peuvent défier toute objection sérieuse.

Pour comparer l'action du sulfate de quinine à celle de l'acide arsénieux, nous nous appuyons sur les faits nombreux que nous avons vus et recueillis depuis plus de quatre ans. M. Bretonneau, s'aidant des travaux de Torti, de Morton, de Sydenham, etc., est parvenu, avec une précision presque mathématique, à déterminer les régles qui doivent présider à l'emploi du sulfate de quinine. Nous suivons ces règles, nous les appliquons avec une scrupuleuse exactitude, et nous sommes heureux de déclarer qu'elles nous ont été d'un secours inespéré. Nous avons le droit de croire que nos lecteurs connaissent les travaux de M. Bretonneau, nous ne rappellerons donc pas les règles dont nous venons de parler dans la crainte de donner à ce mémoire trop d'étendue.

Nous ne nous sommes que fort peu occupé de la rate. Au point de vue pratique surtout, nous trouvons qu'on a fait jouer à cet organe un rôle étrange pour ne pas dire plus. Peut-être sommes-nous blâmable, mais à son égard nous avons une conviction, et cela est rare par le temps qui court. Quoi qu'on puisse nous reprocher, nous ferons toujours des vœux pour qu'on laisse cette pauvre rate tranquille.

Voici maintenant la méthode que nous avons choisie et le mode d'administration que nous avons préféré.

Nous comptons 80 observations rédigées par nous-même avec le plus grand soin. Nous aurions pu en recueillir un plus grand nombre ; nous ne rapportons même pas toutes celles que nous possédons. Convaincu que le nombre ne fait pas la qualité, nous souvenant que Jenner établit sa découverte sur 23 observations, et que M. Chomel se contenta de 22 faits pour constater d'une manière définitive les propriétés fébrifuges du houx, nous nous sommes borné à ce chiffre de 80.

Des autorités aussi imposantes ont fait taire toute hésitation de notre part.

Nos observations ne regardent que les émigrants européens.

Partant de ce principe que, chez les émigrants, l'intoxication paludéenne, ainsi que les affections qui en dépendent, sont en raison directe de l'ancienneté du séjour et de l'intensité des foyers marécageux qu'ils habitent, nous avons partagé nos observations en quatre catégories.

La première comprend les malades n'ayant pas encore une année de séjour en Algérie : total, 24.

La deuxième ceux qui, ayant plus d'une année de séjour, n'ont jamais été atteints de fièvre paludéenne : total, 24.

La troisième ceux qui, ayant plus d'une année de séjour (deux, trois, quatre ans), ont déjà été atteints de fièvre : total, 16.

La quatrième ceux qui, comptant quatre, cinq années de séjour et davantage, ont eu de nombreuses récidives de fièvre, leurs accès revenant le septième, huitième, puis quinzième, vingtième jour, etc.; enfin ceux atteints de fièvre dite rebelle : total, 16.

Les fièvres rebelles seules s'offrent parfois sans complication exigeant une médication spéciale et préparatoire, en quelque sorte ; encore cela dépend-il surtout des conditions hygiéniques où se trouvent les malades et

---

victoire puisse effacer dans un cœur de femme l'instinctive répulsion qu'inspire une tête que la putréfaction ronge depuis dix à douze jours. Ce ne sont plus les douces filles de Sion que je crois voir danser ; je me rappelle ces affreuses matrones arabes hurlant en cadence autour des lambeaux de tête d'un malheureux soldat français. Comme on peut d'un coup de pinceau dénaturer le caractère d'une nation !

On compte, au seul musée de Rospigliosi, trois David et Goliath, du Guerchin, du Dominquin, de Michel-Ange de Caravage. La galerie Spada possède un autre David, de ce dernier peintre. C'est une fort belle composition, mais la tête que le vainqueur vient de trancher et qui gît par terre, semble avoir sept à huit jours de détroncation. Dans les mêmes salons, on montre un tableau du Guerchin, traitant le même sujet. Le jeune héros, frêle adolescent, tient à bras tendu une tête gigantesque à laquelle ferait prêter plusieurs jours de macération la nuance générale jaunâtre mêlée de bistre. Le Guide a été plus heureux dans sa Judith du palais Spada ; la tête d'Holopherne est bien une tête qui vient d'être coupée. Les peintres devraient se pénétrer de cette vérité si simple, si banale, et pourtant si souvent méconnue : une tête qui tombe, un cadavre que la vie vient de quitter, n'admettent pas les teintes de la putréfaction.

Les grands maîtres ont généralement su qu'une lésion peut amener la mort, sans avoir profondément dilacéré les téguments externes. C'est ainsi que bien peu, dans l'intention de montrer la pulpe cérébrale désorganisée, ont supposé la destruction du frontal par la pierre qui a frappé Goliath. Quelques fissures en étoile et une plaque de sang caractérisent la plaie, dans la plupart de leurs œuvres. Mais, ce qu'aucun d'eux n'a reproduit, soit sur la tête de Goliath, soit dans des circonstances analogues, c'est la décroissance des teintes de l'ecchymose, mourant en cercles excentriques bleuâtres et jaunâtres dont les dernières teintes se fondent avec les tons physiologiques de la peau. Ainsi, pour citer un seul exemple entre vingt, dans le tableau du Guerchin, galerie Spada, la lésion est représentée par une plaque d'un brun rouge foncé, couleur de sang caillé, uniforme dans toute son étendue et tranchant nettement, sans transition, sur la peau saine qui l'entoure.

Les peintres semblent avoir des notions assez précises sur les différences des hémorrhagies provenant soit d'une plaie par écrasement, par broiement, soit d'une ouverture par une section nette, par une piqûre vive. Dans le premier cas, peu d'hémorrhagie ; le sang bave et se concrète en grumeaux noirâtres ; dans le second, au contraire, il s'épanche en gouttes rutilantes. Ainsi, sous la couronne d'épines qui déchire le front du Christ, le pinceau doit représenter une seconde couronne, dont le sang trace les contours et les rayons. Parmi les trois *Ecce-Homo* du musée Corsini, têtes admirables dues au Guerchin, à Carlo Dolci, à Guido Reni (le Guide), et dont la plus estimée est, à juste titre, celle du Guerchin ; parmi ces trois chefs-d'œuvre, la production de Charles Dolci se distingue par la manière irréprochable avec laquelle il a su rendre ces traînées vermeilles s'échappant de chaque épine, descendant en légères ondulations, et renflées, à leur extrémité déclive, en grosses gouttes nourries, prêtes à crever pour continuer le sillon sanglant.

Félix Jacquot.

(*La suite au prochain numéro.*)

de la position qu'ils occupent. Dans la presque totalité des cas, il est nécessaire, avant l'administration d'aucun fébrifuge, d'appliquer à tous les fiévreux, quel que soit leur genre, le traitement des maladies régnantes. Les faits qui nous appartiennent confirment entièrement les expériences de M. Bretonneau.

Nous avons administré l'arsenic de la manière suivante :

Nous faisions préparer une solution de 3 kilos d'eau pure contenant exactement 1 gramme d'acide arsénieux, ce qui fait 1 centigramme d'acide pour 30 grammes d'eau.

Après quelques tâtonnements, quelques essais, nous nous sommes arrêté à 2 centigrammes par jour, en deux doses égales.

La première était donnée le matin, à la visite ; la seconde devant nous, à la contre-visite. Nous sommes allé, dans certains cas, jusqu'à 3 centigrammes par jour, ainsi dans les fièvres de Bel-Assel, fièvres d'une ténacité désespérante.

Jamais nous n'avons constaté le moindre accident toxique. Dans trois cas seulement, nous avons remarqué une légère intolérance gastrique, et, par prudence, nous avons suspendu l'emploi du médicament.

Nous dirons de suite que nous n'avons pas cru devoir dépasser la dose de 3 centigrammes. Nous rappelons que M. Boudin attribue à l'exagération de la dose la débilitation qui résulte de l'usage de l'arsenic et les insuccès qui en dépendent.

Cette remarque de M. Boudin est parfaitement juste, et la débilitation que produit l'arsenic est le premier fait qui nous ait saisi.

Or nous avons toujours fait précéder le traitement arsenical d'un vomitif et souvent même d'un purgatif. L'alimentation a toujours été aussi prompte et aussi sèche que possible.

Voulant opposer à une diathèse paludéenne une diathèse arsenicale, nous avons prescrit le médicament, aux doses citées, pendant huit jours aux malades de la première et de la deuxième catégorie, à tous enfin jusqu'à l'époque présumée et calculable du retour de la fièvre.

Nous cessions alors.

Nous allons exposer nos chiffres ; puis nous les analyserons, nous les décomposerons pour en connaître la valeur et la portée. Nous ferons ensuite quelques remarques ; nous comparerons les résultats fournis par l'arsenic à ceux que donne le sulfate de quinine. Enfin nous conclurons.

Nous avons éliminé avec intention les accès pernicieux, les cachexies paludéennes confirmées et les fièvres rémittentes ou continues compliquées d'accès pouvant faire craindre et soupçonner la perniciosité.

Sur 80 cas, nous comptons 31 succès et 49 insuccès : total, 80.

Au premier aspect, et en n'ayant égard qu'aux chiffres, ce résultat peut paraître assez favorable à l'emploi de l'acide arsénieux dans le traitement des fièvres paludéennes ; mais attendons encore pour conclure. En étudiant avec soin cette statistique, en séparant les éléments qui ont contribué à former ces fièvres, nous verrons bientôt quelle minime efficacité possède le traitement arsenical.

Nous rappellerons de nouveau que nous avons partagé nos observations en quatre catégories, fondées sur l'intensité de l'imprégnation marécageuse mesurée par l'ancienneté de séjour des émigrants. Nous insistons sur ce point.

Voici, dans deux tableaux, l'ordre suivant lequel se sont présentés les succès et les insuccès :

SUCCÈS PAR L'ACIDE ARSÉNIEUX.

Fièvres de la première catégorie.	11
— de la deuxième —	12
— de la troisième —	3
— de la quatrième —	2
Total.	31

INSUCCÈS PAR L'ACIDE ARSÉNIEUX.

Fièvres de la première catégorie.	10
— de la deuxième —	12
— de la troisième —	13
— de la quatrième —	14
Total.	49
	80

Ces deux tableaux sont instructifs, curieux, et prêtent, suivant nous, à un résultat décisif.

Dans le premier, selon que l'on commence l'examen par le commencement ou par la fin, le nombre des guérisons diminue ou augmente en raison directe de l'ancienneté de séjour ou du degré d'intensité de l'imprégnation marécageuse.

Le second tableau conduit aux mêmes conséquences : c'est en quelque sorte la contre-épreuve ou la vérification du premier.

Ainsi encore, selon qu'on commence par le commencement ou par la fin, le nombre des insuccès augmente ou diminue en raison directe de l'ancienneté de séjour des émigrants ou du degré d'intensité de l'empoisonnement miasmatique.

Nous désirons fixer sur ces deux tableaux toute l'attention de nos lecteurs ; ils ont une importance capitale, qui ne peut leur échapper.

Si nous comparons les catégories entre elles, les mêmes résultats se reproduisent et se dessinent à mesure que nous approchons de la quatrième catégorie. Seule, la deuxième catégorie présente des chiffres égaux. Dans la quatrième, sur 16 cas, nous comptons 2 succès seulement et 14 insuccès. On nous permettra de rappeler encore que le traitement arsenical a surtout été préconisé contre les fièvres anciennes.

Nous allons maintenant prendre chaque catégorie en particulier, analyser les circonstances diverses au milieu desquelles les fièvres ont pris naissance, examiner les localités qui les ont produites, signaler enfin les conditions pathologiques qui ont été favorables ou défavorables au traitement arsenical.

Nous rapprocherons ensuite le résultat général que nous aurons obtenu de celui que donne le traitement quinique.

Un fait très-important et appuyé sur de nombreuses observations établit que, dans les fièvres paludéennes, les accès sont d'autant plus mitigés, d'autant mieux conjurés, que leurs pertes humorales ont été plus abondantes. Nous admettons ou nous supposons, cela est sous-entendu, que le malade a pu les tolérer, sans inconvénient aucun pour son état général. Le sulfate de quinine lui-même ne possède une action sûre et durable qu'autant que ces pertes ont été obtenues.

Ce fait a déjà été signalé par plusieurs auteurs anciens, entre autres Pringle, Stoll, etc.

Pringle dit positivement que, dans la dyssenterie, les selles emportent l'accès ; Stoll, de son côté, appelle la dyssenterie *vis febricula*.

Nous pouvons donc regarder ce fait comme une vérité démontrée. Or nous pensons que sur les fièvres de la première catégorie ou fièvres d'acclimatement, l'arsenic n'a exercé qu'une très-faible influence. Ainsi il nous est souvent arrivé, il nous arrive encore à l'heure où nous écrivons, de ne pas donner même de sulfate de quinine dans des cas pareils, et beaucoup de nos malades guérissent. C'est qu'alors l'empoisonnement paludéen étant peu intense, les selles, comme dit Pringle, emportent l'accès. Nous devons ajouter que notre méthode générale de traitement, en Algérie, consiste dans l'emploi exclusif des éméto-cathartiques, des purgatifs, enfin dans l'emploi des évacuants. Jamais nous n'avons recours aux émissions sanguines générales ou locales.

Ce qui prouverait encore la justesse de notre assertion, c'est que les fièvres de la première catégorie, qui ont été contractées dans des foyers marécageux d'une grande intensité, n'ont pas été guéries par l'acide arsénieux ; elles ont été guéries, mais difficilement, par le sulfate de quinine.

Voici un tableau à l'appui de ce que nous avons avancé :

PREMIÈRE CATÉGORIE. — 24 CAS.

	Cas.	Succès.	Insuccès.
Mostaganem, foyer d'une faible intensité.	14	12	2
Kramis, camp situé à 30 lieues de cette ville.	3	»	3
Aïn Nouisy, colonie agricole.	1	1	»
Stidia, village à 5 lieues de Mostaganem.	2	1	1
Bled Tonaria, village en construction.	1	»	1
Bel-Assel, camp fort important, à 12 lieues de Mostaganem, cité par son extrême insalubrité.	3	»	3
	24	14	10

Des remarques analogues s'appliquent aux fièvres de la deuxième et de la troisième catégorie.

Voici des tableaux qui le prouvent :

DEUXIÈME CATÉGORIE. — TOTAL, 24 CAS.

	Cas.	Succès.	Insuccès.
Mostaganem, déjà cité.	17	11	6
Karouba, colonie agricole.	1	1	»
Ténès (insalubrité plus grande, à cause surtout de l'emplacement de son casernement)	2	»	2
Souk-el Metou, colonie agricole.	2	»	2
Kramis, déjà cité	1	»	1
Bel-Assel, déjà cité.	1	»	1
	24	12	12

TROISIÈME CATÉGORIE. — TOTAL, 16 CAS.

	Cas.	Succès.	Insuccès.
Mostaganem, déjà cité	5	1	4
Ténès, déjà cité	5	1	4
Aïn Nouisy, déjà cité	2	1	1
Port du Chélif	1	»	1
Souk-el-Mitou, déjà cité	2	»	2
Bel-Assel, déjà cité	1	»	1
	16	3	13

Dans ce dernier tableau, il faut nécessairement tenir compte de l'ancienneté de séjour des malades. Quant aux fièvres rebelles, ou de la quatrième catégorie, peu importe le lieu de leur provenance ; leur ténacité s'explique aisément par l'ancienneté de séjour des individus atteints.

La débilitation produite par l'acide arsénieux, fait incontestable, est nuisible à l'emploi de cet agent. Pour notre part, nous croyons que ce seul résultat suffit pour faire repousser l'arsenic à haute dose, ou son usage à doses petites, mais continues.

Nous croyons de plus que beaucoup de guérisons de fièvres rebelles doivent être plutôt attribuées à l'alimentation particulière prescrite aux malades et à leur soustraction aux foyers marécageux qu'au traitement arsenical.

Enfin, pour achever notre démonstration, nous dirons que, parmi les 5 cas de fièvres contractées à Bel-Assel, foyer, nous le répétons, d'une intensité très-grande et d'une insalubrité bien connue dans la province, nous ne comptons pas une guérison par l'arsenic. De plus, nous avons recueilli les observations d'autres malades que nous n'avons pas compris dans notre chiffre de 80. Sur le nombre, nous en avons 17 venant de Bel-Assel, trois seulement avaient plus d'une année de séjour en Algérie, les autres n'avaient que quatre, cinq et six mois de séjour. Nous avons déjà enregistré onze insuccès par l'arsenic, le reste est en traitement.

Maintenant comparons.

Quel que soit le degré d'intensité du foyer marécageux, quelle que soit la violence de l'accès, quels que soient son type et l'ancienneté de sa première invasion, dans tous les cas le sulfate de quinine réussit, en se conformant aux lois qui gouvernent son mode d'administration, lois qui ont été données par M. Bretonneau. En un mot, et pour parler plus médicalement, avec le sulfate de quinine la guérison est la règle et l'insuccès l'exception.

On a adressé au sulfate de quinine des reproches qui ne lui appartiennent pas et qui dépendent entièrement du praticien qui le manie.

L'arsenic agit lentement, le sulfate de quinine a une action prompte et énergique.

L'arsenic débilite ; le sulfate de quinine tonifie ;

Le premier est facilement supporté et n'amène aucun accident ; le second produit, parfois, de la diarrhée ; ce résultat fâcheux peut être, en partie du moins, conjuré quand on l'unit à l'opium.

L'arsenic est très-difficile à manier ; pour prescrire le sulfate de quinine avec sûreté, il suffit d'un peu d'attention.

Le premier est complétement insipide, le second possède une amertume repoussante. Cet inconvénient, toutefois, peut être corrigé jusqu'à un certain point, en le mêlant à une infusion de café, en le donnant en pilules, ou encore, et même mieux, en le prescrivant en solution, mais en ayant soin de faire sucer au malade un morceau d'extrait de réglisse.

Le seul inconvénient réel qu'on puisse reprocher au sulfate de quinine, mais il est grave, c'est son extrême cherté. L'arsenic est à vil prix.

Dans 34 cas où, ayant commencé par l'acide arsénieux, nous avons été obligé de recourir, pour cause d'insuccès, au sulfate de quinine, un avantage évident est revenu à ce dernier agent, c'est-à-dire que l'accès ne s'est reproduit qu'après un intervalle de temps plus long qu'avec l'acide arsénieux.

A Tiaret, en 1847, nous avons essayé de prescrire le sulfate de quinine sans le faire précéder d'aucun évacuant.

Nous avons dû renoncer à ce mode d'administration : le médicament ne supprimait que le frisson, et un nouvel accès ne tardait pas à se montrer.

Nous nous arrêterons un instant sur le fait dont nous venons de parler. Le sulfate de quinine, avons-nous dit et dirions-nous encore, supprime toujours le frisson, quelle que soit d'ailleurs la complication organique qui pourrait, pour le moment, en contr'indiquer l'emploi.

Nous croyons que ce fait, remarquable par sa constance, est la pierre de touche de l'action de tous les agents qui seront proposés comme succédanés du quinquina.

Nous avons entrepris quelques expériences pour juger cette question relativement à l'acide arsénieux. Nous l'avons donné trois jours de suite à la dose de 3 centigrammes par jour ; aucun traitement préliminaire n'avait été prescrit.

Dans tous les cas, l'accès est revenu au jour calculé par le malade et par nous-même, à la même heure le plus ordinairement, avec la même violence ; le frisson existait toujours, seulement il était moins long et moins fort.

Ces expériences, à notre avis, tendent à préciser, à fixer, d'une manière positive, la véritable portée d'action de l'arsenic.

Conclusions :

1° L'acide arsénieux n'exerce qu'une action très-faible sur les fièvres d'origine paludéenne et tout à fait insuffisante sur les fièvres de l'Algérie.

2° Le sulfate de quinine a une action prompte, puissante, énergique et durable ; le contraire a lieu par l'acide arsénieux.

3° L'arsenic débilite, le sulfate de quinine tonifie, donne au système nerveux de la stabilité d'énergie et lui permet de résister à la cause dépressive qui produit la fièvre.

4° Les accidents consécutifs et l'état chronique sont plus à craindre avec l'acide arsénieux qu'avec le sulfate de quinine. L'entraînement ou un régime particulier est indispensable avec l'acide arsénieux ; il n'est qu'accessoire, quoique très-important toutefois, avec le sulfate de quinine.

Enfin, d'après l'ensemble de nos observations, nous sommes en droit d'affirmer que l'acide arsénieux ne peut être regardé ni employé comme un succédané du sulfate de quinine, et que le traitement arsenical ne doit pas être appliqué aux fièvres des pays chauds marécageux comme l'Algérie.

Pour nous cette question est tout à fait jugée.

Nous avons pratiqué à plusieurs reprises, dans des contrées où la fièvre paludéenne est endémique ; en France, deux fois en Afrique, en Corse, à l'île Minorque, et nous croyons fermement que jamais un médicament de la classe des altérants ne pourra remplacer le quinquina.

On nous objectera peut-être les quelques succès que nous avons obtenus : nous répondrons que l'arsenic, suivant nous, n'y a contribué que pour très-peu de chose.

A Bordeaux, dans quelques cas, et entre autres chez une jeune enfant atteinte d'une fièvre rebelle, et qui ne voulait plus prendre de sulfate de quinine, nous avons réussi avec une infusion de camomille. Nous n'avons pas besoin de déclarer que nous n'avons jamais regardé la camomille comme capable de remplacer le sulfate de quinine.

Le quinquina est cher, cela n'est malheureusement que trop vrai. Toutefois, gardons-nous d'un fol engouement, à l'époque surtout où nous vivons, pour tout agent qui sera vanté comme un succédané du sulfate de quinine. Commençons, avant tout, par suivre exactement les règles qui président à l'emploi du sulfate de quinine. Ce sera déjà une première économie dont le malade et le trésor n'auront qu'à se louer.

L'arsenic peut-il servir, avec avantage, dans les pays marécageux tempérés ? Cela est possible : des témoignages imposants le disent, des praticiens éminents l'assurent. Toutefois, nous doutons fort que le temps ratifie la réputation qu'on lui a faite.

L'arsenic est l'un des poisons minéraux les plus énergiques ; nous avons donc le droit d'être absolu et d'une sévérité entière, avant de l'accepter comme le succédané d'un agent qui n'est réellement toxique que lorsqu'on l'administre à des doses exagérées, ce que rien ne justifierait.

De nouvelles expériences, que nous avons entreprises sur des malades appartenant au 68e régiment de ligne, qui a fait l'expédition de Rome, confirment celles qui ont servi de base à ce mémoire.

Nous avons écrit ce travail l'esprit dépouillé de toute idée préconçue, de toute intention partiale. Il soulèvera des réclamations, sans doute, des reproches, peut-être ; nous les attendrons avec calme. Nous sommes de bonne foi, nous avons la conviction d'avoir bien observé, d'être dans le vrai, il nous est donc permis d'imiter le sage et de n'éprouver aucune crainte.

CORRESPONDANCE MÉDICALE.

VESSIE ET RHINOBION ; par M. DIDAY.

Mon cher confrère,

Veuillez, avant que l'attention de vos lecteurs se soit détachée de ce sujet, me prêter une colonne pour répondre aux considérations que M. Martin-Saint-Ange a présentées dans votre dernier numéro en faveur de son instrument et contre le mien, pour le tamponnement des fosses nasales. Je commence par la défensive.

1° J'avais trouvé commode, chez le malade sur qui j'appliquai ce procédé, de porter la vessie en caoutchouc dans le pharynx, à l'aide d'une *pince à pansement*. M. Martin-Saint-Ange trouve que cet instrument trop volumineux ne serait pas admis par la cavité nasale d'un enfant. — Soit. Alors vous la pousserez avec un stylet, une aiguille de bas, une épingle à che-

veux, une allumette, etc. Je ne tiens point à faire de l'emploi de la pince un procédé particulier; et fort heureusement le premier objet qui tombe sous la main en peut tenir lieu sans désavantage.

2° « Trop de particularités, dit M. Martin-Saint-Ange, accompagnent et compliquent l'introduction et l'extraction de l'appareil de M. Diday. » Comparons, si vous le voulez bien, les deux instruments sous ce double rapport :

VESSIE EN CAOUTCHOUC.	RHINOBION.
Introduction A. Rouler la vessie entre les doigts.	*Introduction* A. Mouiller la vessie et la rouler entre les doigts.
B. Huiler et conduire dans le pharynx.	B. L'auteur se dispense d'huiler sa vessie. Ceci, on le comprend bien, est facultatif.
C. Souffler dans le tube.	C. Souffler dans le tube ou injecter de l'eau.
D. Faire un nœud au bout du tube pour retenir l'air.	D. Fermer le robinet.
E. Nouer le tube sur un bourdonnet de charpie.	E. Placer un bourdonnet de charpie dans la narine, et le maintenir en faisant jouer le curseur.
Extraction A. Défaire successivement les deux nœuds.	*Extraction* A. Ouvrir le robinet.
B. Retirer la charpie.	B. M. Martin-Saint-Ange omet cette circonstance. Il est cependant probable qu'il n'abandonne pas son bourdonnet aux agents de l'absorption.
C. Injecter de l'huile dans la fosse nasale.	C. Temps facultatif, que chaque méthode peut employer ou non, mais dont chacune a besoin au même degré.
D. Aspirer l'air contenu dans la vessie.	D. Même remarque que ci-dessus.
E. Extraire l'appareil.	E. Faire jouer le curseur. Temps également oublié par M. Martin-Saint-Ange dans sa lettre.
	F. Extraire l'appareil.

Ainsi, même à ce point de vue restreint et antirationnel du *nombre* des manœuvres, on voit que le *nouvel* appareil pourrait soutenir la comparaison sans trop d'infériorité. Mais depuis quand l'utilité d'un procédé s'apprécie-t-elle par les quelques minutes de plus ou de moins que son application réclame? D'autres considérations, heureusement pour M. Gariel et pour moi, plaident en faveur de notre instrument.

La vessie en caoutchouc, déjà connue sous le nom de *vessie à tamponnement*, se trouve dans le commerce. Dans toutes les villes un peu importantes un praticien pourra s'en procurer au prix de 1 fr. 50 c. à 2 fr. Dès qu'on l'a elle est et demeure toujours prête à fonctionner. — Où existe le *rhinobion*? Quel fabricant en possède? Comment et à quel prix peut-on se procurer cet instrument compliqué? Où trouver la vessie en baudruche? Comment, en cas de danger pressant, se la procurer et l'adapter instantanément.

Une fois introduits, la vessie et le tube en caoutchouc, corps mous et flexibles, ne gênent ni n'irritent, quelque temps qu'on les laisse en place. — Le *rhinobion*, avec son tube rigide, ne se prête à aucun mouvement et les entrave tous. Saillant hors des narines de 6 centim., l'instrument, tel qu'il est ici décrit, va recevoir, au grand péril du tamponnement, le choc ou l'ébranlement que mille accidents imprévus peuvent lui communiquer.

Quant à la régularité de l'action hémostatique, condition capitale, l'infériorité du *rhinobion* ressort de deux manières. D'abord l'espace qui sépare les deux tampons (vessie et bourdonnet) y est représenté par une tige *inflexible*. Ils sont donc trop solidaires l'un de l'autre. Si le bourdonnet se déplace, il entraîne avec lui la vessie : si un effort de déglutition, de toux, etc., dérange la vessie, elle tire sur la charpie; et ces mouvements, quelque légers qu'ils soient, peuvent, surtout dans les premières heures, ramener l'hémorrhagie. — Au contraire, si, comme cela existe avec le caoutchouc, c'est un tube *extensible* et *élastique* qui établit la continuité entre les deux tampons, ils demeurent, quant à leur fixation, aussi indépendants l'un de l'autre que cela est nécessaire pour la sûreté de l'oblitération.

En second lieu, une vessie quelconque doit, pour boucher hermétiquement une ouverture, s'adapter à son contour par une surface aussi lisse que possible. Sans cela, si cette surface offre des plis, l'occlusion sera imparfaite et le sang pourra couler entre le corps contenu et le contour contenant. Or, gonflé au tiers, au quart de son extensibilité naturelle, le petit ballon en caoutchouc a le même poli de surface et à peu près la même résistance qu'il prendrait étant entièrement distendu. La vessie animale, au contraire, reste molle, dépressible, plissée, tant qu'on ne l'a pas insufflée à l'excès. Il faudrait donc en avoir de différents pour chaque grandeur de fosse nasale et de pharynx; il faudrait en un mot pour y trouver un moyen sûr de tamponnement, que les organes eussent été d'avance moulés sur elle, tandis que le ballon de caoutchouc se moule dans tous les cas sur les organes, quelle que soit leur différence individuelle de capacité.

Je me crois donc tout à fait fondé à reproduire, en y ajoutant un seul mot, la conclusion de ma première communication. La simplicité et la *sûreté* de ce procédé ressort assez claire pour qu'il soit superflu de chercher à prouver sa supériorité sur les autres appareils qui ont été imaginés dans le même but.

Agréez, etc.

REVUE DES JOURNAUX DE MÉDECINE.

JOURNAUX AMÉRICAINS.

THE AMERICAN JOURNAL OF THE MEDICAL SCIENCES.

Les numéros de juillet, octobre 1849 et janvier 1850 contiennent les articles originaux suivants : 1° *De l'origine, des progrès, des symptômes, de la mortalité, et du traitement du choléra pestilentiel qui a régné dans la vallée de Mississippi, et spécialement dans la ville de Memphis*; par Lewis Shanks. 2° *Extraits des procès-verbaux de la Société des progrès médicaux de Boston*; par M. Parkman. 3° *Lithotritie et lithotomie, avec l'emploi de l'éther durant ces opérations*; par M. Warren. (L'auteur prouve par des faits que l'éthérisation, loin de rendre la manœuvre dangereuse, comme on l'avait cru à l'origine de la découverte, lui donne au contraire des conditions de sûreté sans lesquelles elle serait parfois impraticable.) 4° *Du nitrate d'argent dans la jaunisse*; par M. Peebles. 5° *Note sur des observations faites à l'hôpital*; par M. Hartsborne. 6° *Sur l'emploi de l'oxyde d'argent dans certaines formes de ménorrhagie, avec observations et remarques*; par M. Thweatt. 7° *Du phymosis congénital*; par M. Delaney. 8° *Tétanos traumatique traité par le chloroforme; guérison*; par M. Clarke. 9° *De l'influence exercée sur la santé par l'introduction du thé et du café en abondance dans l'alimentation des enfants des classes pauvres*; par M. Jackson. 10° *Cas de chirurgie*; par M. Trask. 11° *Sur l'action des poisons*; par M. Blake. 12° *Sur la contagion*; par M. S. H. Dickson. 13° *Tribut à l'anatomie pathologique*; par M. Neill. 14° *Cas d'opération césarienne*; par M. Shipman. (Une tumeur fibreuse occupant tout le côté droit du bassin empêchait le fœtus de sortir. L'opération, qui avait été retardée outre mesure, fut faite par une incision sur la ligne blanche, et montra le tissu de l'utérus déjà désorganisé. Elle n'amena qu'un enfant mort; et la femme, elle-même, succomba au bout d'environ une heure.) 15° *Inversion complète et sortie de l'utérus*; par M. Yardley. (Après avoir réduit l'utérus, qui s'était renversé à la suite de l'accouchement, l'auteur laissa sa main en place pendant une demi-heure avant d'obtenir que ce viscère se contractât. Enfin, il revint sur lui-même, et la guérison eut lieu sans autre accident.) 16° *Deux cas de luxation spontanée de la hanche*; par M. Ramsay. 17° *Statistique de la mortalité après la ligature de l'artère fémorale*; par M. W. Norris. 18° *Cas d'heureuse extirpation de tumeur fibreuse de l'ovaire droit par une large incision du péritoine*; par M. L. Atlee. 19° *Ligature de l'artère carotide primitive*; par M. Mettauer. 20° *Cas d'intoxication saturnine, suivi de guérison*; par M. Dalton. 21° *Histoire de deux cas d'anévrisme traités à l'hôpital de Pensylvanie*; par M. Fox. 22° *Cas d'irritation cérébrale.* 23° *Réflexions sur les poursuites pour cause de pratique vicieuse*; par M. Wood. 24° *Cas de vagin imperforé, et malformation de la partie supérieure; opération; guérison*; par M. Shipman. 25° *De l'influence que la vie sur mer exerce sur la santé*; par M. Th. Harris. 26° *Observation d'absence congénitale de la portion supérieure du crâne*; par M. Trugien. 27° *Cas de monstruosité, absence des parties postérieures du crâne et de la colonne épinière; difformité des organes génitaux*; par M. Breed. 28° *Considérations sur la prophylaxie de la phthisie, et sur son traitement à la première période, avec des observations éclairant l'histoire naturelle de cette maladie*; par M. Hallowell. 29° *Sur l'angine de poitrine*; par M. Kneeland. 30° *Sur l'hémorrhagie par l'ombilic chez les nouveau-nés, avec observations*; par M. Bowditch. 31° *Considérations sur les os occipital et maxillaire supérieur chez les Africains*; par M. Neill. 32° *Note sur les phénomènes anatomiques observés dans un cas de ligature de l'artère sous-clavière, quatre ans après l'opération*; par M. Ainsworth. (La circulation collatérale était assurée par les branches intercostales de la mammaire interne à travers les branches thoraciques de la thoraco-acromiale, ainsi que par une large anastomose entre la sus-scapulaire et une branche terminale de la sous-scapulaire. On trouva aussi une communication entre quelques petites branches musculaires de la cervicale transverse et la thoraco-acromiale.) 33° *Plusieurs abcès dans la substance du cerveau; ouverture des ventricules latéraux par une opération*; par M. Detmold. 34° *Notes sur la pratique de l'hôpital à Bel-*

lexue; par M. Reese. 35° *Cas remarquable de grossesse double;* par M. Craghead. (Un œuf était entré dans l'utérus, l'autre arrêté dans la trompe de Fallope.)

DU PHYMOSIS CONGÉNITAL; par M. DELANEY.

Ce n'est pas sous le rapport des procédés opératoires à lui appliquer que l'auteur considère cette infirmité. Prenant les choses de plus haut, il cherche à montrer l'influence qu'elle peut exercer sur les facultés viriles, et s'appuie, pour le prouver, sur une statistique assez intéressante. De 117 jeunes soldats qu'il a eu occasion d'examiner durant l'espace de deux mois, 12 étaient affectés de phymosis congénital. Or, sur ces 12, 10 étaient impuissants.

S'ils avaient tous essayé les rapports sexuels, c'était, du reste, plutôt par un sentiment de curiosité que par passion; car leurs organes génitaux, verge et testicules, offraient une atrophie prononcée, et d'autant plus remarquable que, à part cette région, leur stature et leur système musculaire présentaient un développement plus qu'ordinaire. Ils étaient âgés, un de 28 ans, un de 26, un de 24, un de 23, quatre de 22, trois de 21, et un de 18 ans.

L'absence de désir vénérien tient évidemment, dans ces cas, à ce que le gland, toujours couvert, ne peut ni prendre l'expansion, ni recevoir la stimulation nerveuse nécessaire à ses fonctions. — Ici l'auteur nous paraît non-seulement omettre, mais méconnaître une cause qui contribue puissamment alors à l'impuissance, je veux dire l'habitude de la masturbation, que le phymosis congénital produit souvent par suite de l'irritation que le séjour de l'humeur sébacée amène. Il la méconnaît; car il exprime catégoriquement cette pensée, que « la masturbation et le phymosis congénital n'existent jamais ensemble, qu'ils sont, jusqu'à un certain point, physiquement incompatibles. » — C'est aux médecins des enfants, particulièrement à ceux des établissements d'éducation publique, à juger la dissidence qui nous sépare sur ce point de M. Delaney, et que nous maintenons formellement.

La coutume juive de la circoncision dépose en faveur de l'opinion de M. Delaney sur la fâcheuse influence du phymosis; car il est certain que, outre la détérioration des facultés viriles qui en résultent, cet état expose à contracter plus aisément les maladies vénériennes, et à les conserver plus longtemps. Les insulaires de la mer Pacifique sont les seuls qui attachent à la longueur du prépuce une idée contraire. Ils ne se considèrent comme *en grand costume* que lorsque le prépuce est rabattu sur le gland, et tenu en cette situation avec une tresse ou à l'aide d'un anneau de verre coloré. Là un indigène aurait autant de honte de paraître en présence d'une femme le gland découvert, qu'un homme civilisé d'être aperçu d'elle sans chemise.

D'après ces considérations, l'auteur recommande de pratiquer toutes les fois qu'on le peut la circoncision, et il accorde la préférence au procédé de Ricord, dont il cite la description textuelle.

LIGATURE DE L'ARTÈRE CAROTIDE PRIMITIVE; par M. METTANER.

Les deux observations que contient ce travail relatives à des lésions cérébrales dues à la ligature de la carotide sont doublement intructives, et par le soin avec lequel les moindres détails ont été étudiés, et par la vive lumière qu'elles jettent sur la cause réelle de la mort dans cette circonstance.

OBS. I. — Un homme, âgé de 43 ans, avait un anévrisme par anastomose de l'antre d'Hygmore et des fosses nasales, qui, développé depuis plusieurs années, lui avait fait perdre beaucoup de sang, et l'avait rendu anémique. Pas d'appétit, constipation habituelle, pouls faible, émaciation considérable, délire léger, surtout la nuit.

M. Mettaner, s'étant décidé à l'opérer, lia la carotide primitive *gauche* au-dessous du muscle omo-hyoïdien. Le patient ne perdit pas plus d'une demi-once de sang. Une ligature animale fut placée autour de l'artère, puis serrée, sans avoir compris dans son anse aucun nerf.

Au moment où la ligature fut serrée, le malade ressentit comme un frissonnement général par tout le corps. Mais ce phénomène fut passager, et peu de moments après il se trouva parfaitement bien. Placé au lit, la tête élevée, il dormit quelques instants, mais fut bientôt réveillé par un tressaillement convulsif de presque tous les muscles du côté *droit*. Son pouls était agité et sa contenance anxieuse. On n'opposa à cet état que des lavements et des purgations.

Avant que vingt-quatre heures — un des assistants dit quatorze heures — ne fussent expirées depuis l'opération, on découvrit que le côté *droit* était presque paralysé, et que quand il se remuait c'était par des mouvements convulsifs. Le malade délirait tout à fait, et laissait incessamment échapper des gémissements; voix rauque et criarde comme le cri d'une chèvre; toux invincible, insomnie, rétention d'urine exigeant l'emploi du cathéter toutes les sept heures; grande chaleur à la peau et réaction du pouls.

Le troisième jour, la constipation persistant, on tira 14 onces de sang. La saignée fut bien supportée, mais elle ne parut produire aucun effet avantageux. Des vésicatoires et un émétocathartique administrés plus tard ne modérèrent pas non plus les symptômes.

Le huitième jour, le délire était devenu comateux, la pupille gauche dilatée irrégulièrement, la droite très-large; respiration laborieuse, stertoreuse, sanglots, extrémités froides, prostration, décubitus constamment dorsal. La plaie de l'opération, fréquemment examinée, ne présenta jamais rien d'anormal. Il languit et finit par succomber le douzième jour.

(Quoique l'auteur ne fasse pas mention de cette circonstance, nous devons remarquer qu'aucune hémorrhagie, résultant de l'anévrisme, ne se manifesta à partir du jour de l'opération.)

AUTOPSIE. — Pâleur remarquable de tout le corps. Le cœur contient des caillots couleur de colle forte ramollie et privés de globules rouges.

L'hémisphère *gauche*, celui du même côté que la carotide liée, ne présentait pas, non plus que les méninges, la moindre turgescence vasculaire. Les circonvolutions étaient aplaties, affaissées; leur surface donnait aux doigts la sensation de fluctuation. On plongea le scalpel dans l'intérieur, et il sortit un flot de matière demi-fluide, de la couleur et de la consistance du lait épaissi. L'hémisphère tout entier partageait son état de ramollissement.

Quant à l'hémisphère *droit*, après qu'on eut enlevé la dure-mère saine, on vit ses circonvolutions enflées, mais sans offrir aucune marque d'inflammation préalable. Il était aussi très-pâle, non-seulement à sa surface, mais dans son intérieur. Sa densité était à peu près normale.

Les deux moitiés du cervelet présentèrent entre elles la même différence que celles du cerveau. Il n'y avait nulle part de trace de phlegmasie, ni de sérosité plus abondante qu'à l'ordinaire.

OBS. II. — Un homme bien portant, robuste, âgé de près de 25 ans, était atteint d'anévrisme faux, résultant d'une piqûre de la carotide, justement au-dessus de sa bifurcation. Il avait perdu une grande quantité de sang par des hémorrhagies répétées; sa force musculaire était considérablement diminuée; anémique à un haut degré. Oppressé, sujet à de violentes palpitations, pâle, l'appétit languissant ainsi que la digestion, il avait ainsi passé six semaines depuis le moment de sa blessure.

La carotide fut liée, le 8 mars 1842, au-dessous du muscle omo-hyoïdien. Rien n'enraya la marche simple de l'opération. Après s'être assuré que le vaisseau était seul engagé dans l'anse du fil, on serra celui-ci. Tout fut terminé en dix ou quinze minutes presque sans douleur au dire du malade.

Au moment où l'on étreignit l'artère, l'homme éprouva un frisson, eut une faiblesse, dont il se releva néanmoins promptement. Il demanda à dormir.

Onze heures après l'opération, il fut pris d'un second frisson qui dura environ sept heures. Durant cet état, les facultés intellectuelles étaient altérées, et pendant qu'on cherchait à le réchauffer, on remarqua que la jambe et le bras *gauches* étaient paralysés, l'opération ayant été pratiquée sur la carotide *droite*.

Le deuxième jour, le pouls est excessivement rapide, convulsif, mais modéré quant à la force. Délire intense, toux très-fatigante, agitation, céphalée, chaleur forte à la peau. La chaleur et le pouls sont moins considérables du côté paralysé. (Saignée de 14 onces, purgatifs, glace à l'intérieur et à l'extérieur.)

Le troisième jour, état plus fâcheux; le malade n'a pas dormi deux heures depuis l'opération. Délire profond, même degré de paralysie, les extrémités se refroidissent. (Calomel à l'intérieur, vésicatoires.)

Le quatrième jour, état pire encore; il se déclare une rétention d'urine, toux sèche, respiration laborieuse. Le froid des membres augmente, tendance au coma.

Le cinquième jour, ces symptômes ne font qu'empirer. Le malade s'affaiblit ensuite par degrés, et mourut douze jours après l'opération.

AUTOPSIE. — Même état général anémique, exsangue, que dans le cas ci-dessus. En enlevant le crâne, on voit la dure-mère extrêmement pâle. L'hémisphère *droit* donne aux doigts qui le pressent la sensation de fluctuation. Les circonvolutions sont molles, cèdent, sont un peu affaissées. En les coupant, il en sort une matière demi-fluide d'un blanc jaunâtre, presque identique en couleur et en consistance à celle de l'obs. 1. L'hémisphère tout entier présente cette même désorganisation.

L'hémisphère *gauche*, à peine changé d'aspect, est seulement pâle et exsangue à un haut degré.

L'altération des deux hémisphères cérébelleux offraient entre elles des différences correspondantes à celles des deux hémisphères cérébraux.

Ces deux faits frapperont surtout nos lecteurs comme étant entièrement confirmatifs de ceux que nous mîmes déjà sous leurs yeux en 1846 (v. GAZ. MÉD., p. 588) d'après M. John Vincent (de Loodres). Dans les deux cas qu'il cita comme dans ceux que nous venons de rapporter, un trouva à l'autopsie, dans l'hémisphère cérébral du côté de la ligature, tous les signes d'une suspension de la circulation. Ce n'est donc décidément pas à une congestion sanguine, ni à une hémorrhagie cérébrale qu'il faut alors attribuer la paralysie et les autres accidents qui surviennent dans ces circonstances. Loin d'abonder en excès, le sang a fait défaut; c'est un point qui, comme à M. Mettaner, nous paraît désormais fixé et hors de toute contestation.

M. Mettaner exprime le regret de n'avoir pas cherché par l'injection s'il n'y avait pas quelque oblitération dans les anastomoses entre les vaisseaux cérébraux d'un côté et ceux de l'autre. Une anomalie semblable aurait, il est vrai, pu à la rigueur exister. Mais, selon nous, la cause des accidents est tout autre, elle est accidentelle et pouvait se prévoir.

On aura, en effet, sans doute remarqué, comme corroborant cette vue, que les individus chez qui la paralysie s'est déclarée étaient, avant l'opération, dans un état anémique. La brusque suppression de l'excitation san-

gaine a donc été d'autant plus sensible que cette excitation était déjà réduite justement à la limite au-dessous de laquelle elle ne pouvait descendre sans que le jeu des fonctions cérébrales fût enrayé. — Cette donnée serait on ne peut plus utile à consulter pour le chirurgien qui aurait, en pareille occurrence, à se décider à faire la ligature.

La rapidité, presque l'instantanéité avec laquelle les symptômes ont éclaté chez ces deux individus, ont inspiré à M. Mettauer une idée qui nous semble digne de toute l'attention des chirurgiens. Si l'on pouvait, dit-il, au lieu de supprimer tout à coup l'abord du sang au cerveau, le diminuer seulement peu à peu, de façon à l'augmenter, le suspendre, l'activer, selon la manière dont le cerveau témoignerait qu'il supporte ces différentes variations, il n'est pas douteux qu'on ne parvînt beaucoup mieux à l'habituer à la nouvelle circulation que l'opération lui crée.

Pour remplir ce but, l'auteur propose une canule à parois très-lénues. On couperait l'artère en travers, puis on introduirait tour à tour chaque extrémité de la canule dans chacun des bouts du vaisseau, et on les y fixerait avec un fil. Avec un système d'obturation qui permettrait à plus ou moins de sang — au gré du chirurgien — de traverser la canule, on arriverait aisément à conjurer les accidents. Dès qu'un vertige, un engourdissement, un délire passager se manifesteraient, on laisserait passer plus de sang. Les anastomoses s'établiraient graduellement; et ce ne serait qu'après plusieurs tentatives qu'on finirait, tout danger paraissant éloigné, par oblitérer entièrement l'artère.

— Sauf les difficultés d'exécution par lesquelles il faut nécessairement avoir passé pour pouvoir les apprécier, le plan dont il s'agit nous paraît assez rationnel. On pourrait d'autant mieux l'adopter qu'il ne serait applicable ni à tous les cas, ni pendant un grand nombre de jours. Nous ne le croirions sérieusement indiqué — c'est-à-dire compensant par la considération de son utilité ses inconvénients possibles — que dans les cas où un état anémique préexistant à l'opération donnerait des motifs fondés de craindre qu'elle ne fût suivie de paralysie. Mais il est évident que cette modification opératoire apporterait ici un secours des plus précieux; car les chances d'inflammation locale, de suppuration dans la gaîne du vaisseau, d'hémorrhagie consécutive même qui peuvent en être la suite, ne sont rien en comparaison des lésions si graves de l'encéphale qu'on est alors en droit de redouter.

P. DIDAY.

(La fin au numéro prochain.)

TRAVAUX ACADÉMIQUES.

ACADÉMIE DES SCIENCES.

SÉANCE DU 6 JANVIER.

L'Académie a procédé dans cette séance au renouvellement de son bureau pour l'année 1851. M. Rayer, vice-président, passe de droit président en remplacement de M. Duperrey. M. Piobert est nommé vice-président.

M. le président, avant de quitter le fauteuil, déclare quatre vacances dans le sein de l'Académie : une dans la section d'anatomie et de zoologie en remplacement de M. de Blainville, la seconde dans la section de physique générale en remplacement de M. Gay-Lussac, la troisième dans la section de minéralogie en remplacement de M. Beudant, et la quatrième dans la section de géométrie en remplacement de M. Libri.

MODIFICATIONS QU'ÉPROUVENT LES SELS AMMONIACAUX EN TRAVERSANT L'ÉCONOMIE ANIMALE.

M. BENCE JONES, médecin de l'hôpital Saint-Georges à Londres, communique sur ce sujet la note suivante :

Dans les PHILOSOPHICAL TRANSACTIONS pour l'année 1850, j'ai annoncé que le tartrate ammonique avait sur l'acidité de l'urine une action tout à fait différente de celle du tartrate potassique et que de fortes doses de carbonate ammonique ne diminuaient pas l'acidité de l'urine.

Je trouve que le tartrate ammonique, l'hydrochlorate ammonique, le carbonate ammonique et l'urée, en passant à travers le corps, sont en partie convertis en acide nitrique qui peut être démontré dans l'urine après la distillation.

Le meilleur mode d'expérience est de prendre 20 à 30 grains d'hydrochlorate ammonique; l'urine, passée trois heures après, contiendra de l'acide nitrique.

NOUVEAU MOYEN D'OPÉRER LA MORTIFICATION DES KYSTES.

M. le docteur FAURE (de Roanne) envoie un instrument destiné à la mortification des kystes, avec un mémoire intitulé : MÉMOIRE SUR LA MORTIFICATION DES KYSTES ET AUTRES PRODUCTIONS ACCIDENTELLES OU DÉGÉNÉRESCENCES LIMITÉES PAR DES ENVELOPPES CELLULEUSES.

Il ne s'agit dans ce mémoire que des tumeurs enkystées ou bien exactement isolées par des membranes celluleuses, mais l'auteur pense que la sphère d'action de son procédé pourra s'agrandir.

L'auteur pense qu'on peut obtenir la guérison d'un kyste, sa fonte purulente ou sa mortification, en donnant à ses *éléments individis* le stimulant particulier qui leur manque; et que la marche à suivre en pareil cas est d'autant plus rationnelle qu'on s'approche davantage des conditions observées dans les cures spontanées on par cause intérieure.

Le stimulant nécessaire à la fonte purulente ou à la mortification d'un kyste doit, d'après l'auteur, être porté dans sa capsule, et autant que possible au centre de ses éléments, le ramollissement et la suppuration des ganglions strumeux, des glandes indurées, du bubon indolent et de la plupart des tumeurs longtemps stationnaires, commençant par le centre.

Il convient qu'il pénètre dans le kyste sous forme liquide, pour mieux se prêter à une introduction facile, en quelque sorte furtive, comme aussi pour impressionner un plus grand nombre de molécules à la fois. Il ne devra pas agir chimiquement comme les caustiques ou plutôt les escarrotiques. Il faut en outre qu'il ne soit susceptible ni d'absorption ni d'assimilation. Enfin, il devra agir sous un très-petit volume, et son action devra être assez puissante pour enflammer le kyste tout entier, pour troubler les liquides, dissocier, transformer les molécules, rompre les cellules, mortifier les hydatides, désorganiser les granulations, gangrener les capsules, etc. Il devra surtout limiter ses ravages aux éléments intérieurs du kyste et à sa capsule, sans compromettre les organes importants du voisinage.

L'agent qui lui a paru réunir le mieux toutes ces conditions est l'huile de croton tiglium injectée à l'aide de l'instrument qu'il appelle une pompe-aiguille, et qui est tout simplement une petite seringue traversée dans toute sa longueur par un stylet très-aigu. Comme dans la seringue d'Anel, la canule est très-fine. La pointe du stylet qui la traverse et la dépasse d'un ou deux millimètres seulement, complète l'aiguille.

Dans le premier temps de l'opération, lorsque d'un coup sec, la pompe-aiguille pénètre dans le kyste, une vis de pression fixe le stylet dans la tige du piston.

Dans le second temps, lorsqu'il s'agit de pousser l'injection, une petite clef ferme le canal du piston et prévient le reflux du liquide.

L'injection faite, la canule doit être retirée vivement, dès qu'elle est sortie, les doigts d'abord, puis une mouche de taffetas d'Angleterre, au besoin recouverte de quelques couches de collodion, doivent fermer complétement la piqûre.

Il suffit de dix minutes, on même de quarante secondes pour exécuter l'opération.

— M. HATTIER, interne des hôpitaux de Paris, interne des eaux minérales, adresse, pour le concours Montyon, un mémoire sur les eaux minérales de Bourbon-l'Archambault, avec les analyses faites avec le concours de M. Chatin, professeur à l'École de pharmacie de Paris.

— M. GOSSELIN adresse une note sur une nouvelle variété d'oblitération, dans laquelle les vaisseaux efférents étaient effacés par le développement d'un kyste entre l'épididyme et le testicule.

Nous avons publié ce travail. (V. GAZ. MÉD. du 19 octobre, p. 756.)

ACADÉMIE DE MÉDECINE.

SÉANCE DU 7 JANVIER. — PRÉSIDENCE DE M. ORFILA.

Le procès-verbal de la dernière séance est lu et adopté.

M. ORFILA, en prenant possession du fauteuil, remercie l'Académie de l'honneur qu'elle lui a fait de l'appeler à la présidence, et rend compte de la visite de la députation de l'Académie au président de la République.

M. le secrétaire perpétuel donne lecture d'une lettre que lui écrivait M. Espiaud le 5 octobre dernier, contenant un rapport verbal sur une relation des actes administratifs auxquels a donné lieu l'épidémie pestilentielle qui a régné à Nola, royaume de Naples depuis la fin de 1816 jusqu'aux mois de juin et de juillet de la même année, par M. Morea.

M. LAFONT GONZY adresse une observation sur les propriétés médicales des eaux d'Aulus (Ariége).

M. BAYARD (de Cirey-sur-Blaise) adresse une nouvelle lettre sur la variole. (Renvoyée à la commiss. de vaccine.)

M. HATTIER, interne des hôpitaux, adresse un mémoire sur les eaux de Bourbon-l'Archambault. (Comm. des eaux minérales.)

M. ARNETH lit une note sur le moyen hygiénique et préservatif de M. Semelweis mis en usage avec succès pour empêcher le développement des épidémies puerpérales dans la Maternité de Vienne.

(Nous publierons ce travail dans le prochain numéro.)

PROPRIÉTÉS THÉRAPEUTIQUES DES EAUX DE VICHY.

M. DURAND-FARDEL lit un travail intitulé : ESSAI SUR LES PROPRIÉTÉS THÉRAPEUTIQUES DES EAUX DE VICHY.

Deux méthodes, dit l'auteur, peuvent guider dans l'étude des propriétés thérapeutiques des eaux minérales, l'une prenant pour point de départ la nature du médicament et sa composition chimique, en déduit et son mode d'action et les applications qu'il réclame; l'autre qui consiste à étudier les modifications que ce même agent médicamenteux fait éprouver aux fonctions et aux organes, sains ou malades, des sujets qui en font usage, et à tirer de cette étude les inductions relatives et à la nature de la médication elle-même, et aux indications qui s'y rattachent. La première de ces deux méthodes qui se présente avec une apparence d'exactitude et d'explication propre à séduire des esprits peu sévères, ne s'appuie en réalité que sur une science qui n'est point encore faite, et n'évite que difficilement ce travers de procéder en présence de l'organisme comme vis-à-vis de corps inertes, et de n'apercevoir dans les phénomènes qui s'y accomplissent, que de simples réactions chimiques. L'auteur donne la préférence à la

méthode clinique ou physiologique. C'est sur l'appréciation comparative de ces deux méthodes appliquées à l'étude de l'action thérapeutique qu'est consacré ce travail.

Voici en quels termes l'auteur résume, dans un passage de ce mémoire qui se refuse à toute analyse, son opinion sur l'action des eaux minérales en général et sur celles de Vichy en particulier.

« Toutes les eaux minérales agissent d'une manière identique: sulfureuses, acidules, salines, ferrugineuses, c'est toujours par l'*excitation* des fonctions générales de l'économie qu'elles agissent sur les conditions morbides générales ou locales auxquelles on les oppose. Cette excitation, que signalent tous les observateurs; ce mot dont tous se servent; cette excitation sur laquelle tous ceux qui réfléchissent ont basé les indications et les contre-indications de leur emploi, cette faculté qui fait que, heurtant à toutes les portes, dégageant tous les sécrétoires, et agissant aussi sur l'économie tout entière, elles gagnent en étendue d'action ce qu'elles ne possèdent pas en énergie spéciale, de sorte que, sans être en général précisément, purgatives ou diaphorétiques, ou diurétiques, elles augmentent à chacun de ces agents de la thérapeutique ordinaire quelque chose de son action, sans en garder les dangers... Ce n'est pas à dire pour cela que le choix d'une eau minérale soit indifférent. A cette action commune des eaux minérales, que nous l'envisagions sous la forme identique de bicarbonate de soude à Vichy, ou sous la forme variée de dissolutions salines dans toutes les eaux minérales, avec une certaine température avec une certaine *organisation*, viendra s'ajouter, par exemple, tantôt celle du fer, tantôt celle du soufre, l'un modificateur du sang, l'autre de certaines muqueuses. Puis, dans ces groupes divers, mais se rapprochant par leur action commune, laquelle n'est autre que celle des grands modificateurs connus de l'économie, des agents hygiéniques puissants, qui est celle des bains de mer, de l'hydrothérapie, de la gymnastique, de la vie active succédant à la vie sédentaire, de l'air des montagnes remplaçant l'air enfumé des villes, dans ces groupes divers, vous choisirez selon ce que l'expérience vous aura appris. »

SECTION DU TENDON D'ACHILLE DANS UN CAS DE FRACTURE DE L'ASTRAGALE.

M. LONDE lit, pour M. LESAUVAGE (de Caen), une note sur la section du tendon d'Achille, dans quelques cas de fracture (note qui a été rédigée à l'occasion d'un fait analogue publié récemment dans les journaux anglais, et pour réclamer la priorité de l'idée d'appliquer la section du tendon d'Achille au traitement de certaines fractures).

Jusqu'ici, dit M. Lesauvage, la fracture de l'astragale n'a point été admise, excepté dans les cas où elle est comminutive et produite dans un écrasement du pied. On supposait que la forme de cet os et ses rapports si solidement établis avec les autres os du tarse, devaient le soustraire à ce genre de lésion.

Le fait suivant vient démontrer la possibilité de la fracture isolée de l'astragale.

Au mois d'octobre 1842, le nommé F., lancier, courant par la ville dans un état complet d'ivresse, fit une chute. Après s'être relevé et avoir marché l'espace de quelques pas, il ne put plus continuer et fut porté à l'hôpital.

Le pied droit était légèrement incliné en dedans; sa pointe était portée en bas par l'effet d'une forte rétraction du tendon d'Achille. On pouvait facilement reconnaître que la jambe se portait sur le pied comme par une luxation en avant. Il existait déjà beaucoup de gonflement autour de l'articulation. Le malade avait de la fièvre. Il fut saigné deux fois dans le jour; mis au bouillon maigre; le pied fut entouré d'un large cataplasme et posé sur un coussin.

Au troisième jour, le gonflement avait beaucoup diminué. La jambe était toujours inclinée sur le pied et portée en avant. Les ligaments latéraux avaient dû être fortement tiraillés.

A l'aide d'efforts multipliés et en fléchissant la jambe sur la cuisse, on parvint à reporter la jambe en arrière et à assurer ses rapports avec le pied, mais dès qu'on cessait l'extension, la jambe glissait en avant, et en même temps le pied se rétractait en arrière et en haut.

On ne pouvait compter sur un bandage contentif qu'il aurait fallu serrer trop fortement pour maintenir la jambe et le pied dans la situation convenable.

Le lendemain, quelques nouvelles tentatives n'amenèrent aucun résultat. Alors il fut démontré qu'il ne pouvait y avoir de ressource que dans la section du tendon d'Achille. L'opération ayant été pratiquée, la jambe et le pied furent facilement ramenés et maintenus en position par un simple bandage de fracture de la jambe. Après la réduction et à l'aide de mouvements imprimés au pied et plus particulièrement à l'astragale, il fut facile d'entendre la crépitation, ce qui mit hors de doute la fracture de cet os.

Après cinquante-trois jours, le malade put commencer à marcher.

M. BÉGIN rapporte à cette occasion un fait de sa pratique qui tend à prouver que la section du tendon d'Achille n'est pas indispensable dans cette circonstance. Il a pu réduire une fracture de cette nature à l'aide des appareils ordinaires et d'une attitude convenable.

INSTRUMENT DESTINÉ A L'EXTRACTION DES CORPS ÉTRANGERS DE LA VESSIE.

M. SÉGALAS lit un rapport sur un instrument de M. le docteur Courty (de Montpellier) destiné à extraire certains corps étrangers de la vessie de l'homme.

L'instrument dont il s'agit a été imaginé pour extraire une épinglette en fil de fer séjournant depuis cinq mois dans la vessie d'un soldat, et son emploi a été suivi d'un plein succès.

A l'époque où M. Courty entreprit le traitement, l'épinglette se faisait sentir dans les divers déplacements de la vessie, surtout pendant la marche et à la suite de l'émission des urines. Elle déterminait des douleurs aiguës au col de la vessie et le besoin fréquent de rendre les urines. Celles-ci présentaient un épais dépôt mucoso-purulent. Du reste, à part une profonde tristesse, la santé générale était assez bonne.

Une sonde introduite dans la vessie y fit rencontrer le corps étranger. On remarqua avec plaisir de bonnes conditions locales: le canal était large, dilatable, sans aucun obstacle, le cathétérisme était bien supporté. M. Courty n'en mesura pas moins de prime abord toutes les difficultés que présentait l'entreprise d'extraire ce corps par le canal. Les instruments employés en pareille circonstance lui paraissant tous insuffisants pour ce cas particulier, M. Courty se mit en devoir d'en imaginer un.

Voici d'abord les indications qu'il se propose de remplir:

Devant supposer que le corps ne pourrait être saisi par une de ses extrémités, mais qu'on le toucherait presque toujours par quelques-uns des points compris entre les deux bouts, il fallait pouvoir le fixer dans ce point et le plier en deux; il fallait le plier en le tordre de manière que son angle saillant fût dirigé en avant pour éviter que les deux bouts ne vinssent arc-bouter contre la paroi antérieure de la vessie et la déchirer. Il fallait même arriver à le doubler tout à fait pour pouvoir le sortir; enfin il importait de protéger le canal contre les déchirures auxquelles l'extraction devait l'exposer.

M. Courty parvint avec le concours de M. Duverger à imaginer l'instrument que voici:

Il se composait d'un barreau d'acier aimanté portant une vis à une de ses extrémités et creusé sur l'une de ses faces d'une gouttière rectangulaire dans laquelle se ment une tige en maillechort portant à son extrémité un *crochet* qui rentre dans le plan de l'extrémité du barreau aimanté, ou s'en éloigne d'une certaine distance, suivant le mouvement qu'on imprime à la tige dans la cannelure du mandrin. La tige et le mandrin adaptés ensemble sont reçus à la fois dans une grosse et longue canule en maillechort qui les reçoit à frottement, de manière que l'instrument complet, en y comprenant l'écrou destiné à agir sur le mandrin et le crochet, par l'intermédiaire de la vis, se présente tel qu'il doit être introduit dans la vessie. La canule, au lieu d'être cylindrique, a un de ses diamètres plus considérable que l'autre, c'est le diamètre perpendiculaire à la direction du crochet.

L'aimant pouvait aider à la recherche de l'épinglette; le crochet devait la saisir; l'action combinée de l'écrou sur la vis, qui attire le crochet, et des deux points extrêmes du grand diamètre de l'extrémité de la canule servant de point d'appui, devait déterminer la torsion du corps étranger. Le reste de la canule protégerait le canal pendant la fin de l'extraction.

Pendant trois tentatives successives à plusieurs jours d'intervalle, l'épinglette ne put pas être saisie; mais dans une quatrième et dernière séance l'opération eut le succès qu'en attendait M. Courty. Seulement l'épinglette ayant subi un commencement d'oxydation avait perdu une partie de sa flexibilité, et au lieu de se plier elle s'était cassée. Il fallut recourir à un instrument de lithotritie pour extraire l'un des fragments resté dans la vessie, c'était précisément l'extrémité qui portait l'anneau. Après cette dernière manœuvre le malade fut complétement guéri.

M. le rapporteur, en constatant l'heureuse issue de cette opération et en en félicitant l'opérateur, fait remarquer que le barreau aimanté ne paraît pas avoir répondu à l'attente de l'auteur. Il se demande si l'insuccès des premières tentatives ne tiendrait pas à la forme de l'instrument qui est droit dans toutes ses parties, et à la petitesse ainsi qu'à l'isolement du crochet destiné à saisir l'épinglette. M. le rapporteur pense aussi qu'on eût pu trouver parmi les nombreux instruments imaginés pour des circonstances analogues, par les lithotriteurs, un instrument qui eût rempli les mêmes indications et amené le même résultat. M. Ségalas cite notamment un instrument dont il est lui-même l'inventeur, et qui agit de la même manière que celui de M. Courty, c'est-à-dire en forçant le corps étranger, à l'aide d'une vis de rappel, à se plier sur lui-même et à s'engager en double dans la gaîne conductrice.

M. le rapporteur propose de remercier l'auteur de cette intéressante communication, et de porter son nom sur la liste des candidats à la prochaine place de correspondant dont l'Académie aura à disposer dans Montpellier. (Adopté.)

Il est cinq heures, la séance est levée.

BIBLIOGRAPHIE.

TRAITÉ PRATIQUE DE L'INFLAMMATION DE L'UTÉRUS, DE SON COL ET DE SES ANNEXES; par JAMES HENRY BENNET. — Traduit de l'anglais sur la seconde édition, par M. ARAN. — Un volume in-8°, 1850. — Paris, chez Lahé, place de l'École-de-Médecine, 4.

Ce que présentent en général les traductions, ce qu'on y cherche avant tout, ce qui en forme, à nos yeux, le grand mérite, ce sont des opinions différentes de celles que nous entendons journellement exprimer, c'est un langage qui tranche avec les lieux communs de nos classiques, c'est une expérience formée sous d'autres influences avec des éléments diversement colligés, dont le résultat nous ouvre de nouveaux aperçus, nous dépouille de quelques préjugés, nous apprenne, en un mot, si la science marche dans la même voie chez nous et chez nos voisins. Sous ce rapport, il faut le dire, l'attente de ceux qui demanderaient au livre de M. Bennet de tels enseignements serait complétement trompée. Doctrine et pratique, preuves et autorités, style et argumentation, tout chez lui rappelle l'ancien interne des hôpitaux de Paris, bien plus que le membre du

collége royal des médecins. La Charité, voilà où il a puisé ses observations: Lisfranc, Jobert, Gendrin, Ricord, Gibert, Bois de Loury, tels sont les noms qu'il aime à citer, dont il invoque à l'envi le témoignage. Tout enfin, dans cet ouvrage, montre que l'auteur s'y est plutôt proposé d'initier ses compatriotes aux progrès de la médecine française dans cette spécialité, que de propager à l'étranger des idées admises en Angleterre sur la pathologie utérine.

Si toutefois, et malgré cette première déception, nous disons que le livre de M. Bennet nous a vivement, constamment intéressé, ce sera à coup sûr avoir rendu à son mérite intrinsèque la plus éclatante justice; car, à moins de précieuses qualités de détail, ces descriptions, calquées sur notre science courante, n'avaient pas, on doit le penser, de quoi piquer bien fortement notre curiosité. Mais il existe d'un bout à l'autre un tel air de sincérité, une telle clarté d'exposition, une telle abondance de conseils pratiques, que, en dépit de leur réimportation actuelle, ces fruits d'une expérience attentive et sagace ne peuvent manquer de trouver un bon accueil auprès de tout médecin pour qui le problème du traitement des maladies utérines n'est pas encore résolu.

Ce mot seul promet à M. Bennet une foule inépuisable de lecteurs : car la classe d'affections dont il s'agit jouit, de par leur fréquence et leur ténacité, du triste privilége d'être constamment à l'ordre du jour. Puis, nouvel attrait ! Comme on ne se pique jamais plus de théoriser que quand on ne peut guérir, des systèmes tranchés, exclusifs, n'ont point tardé à se disputer le droit de donner non pas le meilleur remède, mais la meilleure explication. Tour à tour on a vu préconiser et prescrire le repos et l'exercice, le fer et les saignées, la guimauve et les caustiques. Pour ceux-ci la lésion utérine cause tous les symptômes, tandis que ceux-là n'y voient qu'un effet de la perturbation constitutionnelle. Aussi le traitement local et les moyens généraux sont-ils prônés avec une conviction, avec un acharnement égal de part et d'autre, laissant bien souvent plus d'une malheureuse indécise entre deux docteurs également recommandables, dont toute la médecine est, pour l'un dans le spéculum, pour l'autre dans les eaux de Baréges ou de Plombières !

Il y avait là, pour un homme tel que M. Bennet, une belle position à prendre. Loin des influences d'école, assez expérimenté d'ailleurs pour être à même de prononcer, assez considéré pour ne rien perdre au rôle de médiateur, il pouvait utilement servir la vérité en cherchant à préciser comment et à quel point chacun des camps opposés la recèle. C'était là une œuvre de conscience autant que de talent; et sa double pratique successive en France puis en Angleterre lui présentait plus de moyens qu'à tout autre pour la mener à bonne fin. — Nous regrettons d'avoir à le dire, mais cette position est encore vacante. De bonne foi, sans doute, M. Bennet est un des plus vigoureux champions de la *lésion utérine* que nous nous souvenions d'avoir rencontrés. A ses yeux l'ulcération du col est cause de tous les désordres, point de départ des mille troubles fonctionnels qu'on observe dans ces circonstances. C'est elle qui détermine l'hypertrophie, l'induration du col, le prolapsus, les déplacements latéraux, l'antéversion et la rétroversion de l'organe. En un mot, l'ulcération (il ne s'agit, bien entendu, que des ulcérations inflammatoires) est toute la maladie. Traitez-la localement, elle guérira. Guérissez-la, vous aurez, par cela seul et presque à l'instant, obtenu le rétablissement de la santé générale.

Nous ne prétons rien à l'auteur : cette doctrine est bien la sienne. Mais convenons, pour être juste, qu'il ne se borne point à l'énoncer. Tout son livre, consacré à la démonstration de cette proposition, peut passer pour un modèle de discussion. Loyale et consciencieuse, variée autant qu'approfondie, son argumentation ne se borne point à invoquer des résultats cliniques personnels. Il rend compte, d'après les lois physiologiques, du lien qui rattache la matrice aux divers appareils organiques, et fait voir comment une altération primitivement circonscrite au col peut, à la longue, amener des troubles multiples de l'économie. Vu la situation de l'utérus et les difficultés de son exploration, vu le sommeil comme alternatif de sa vitalité entre les périodes menstruelles et hors de l'état de gestation, ses sympathies ont un caractère lourd, lent, une manifestation parfois obscure; source de plus d'une erreur pour les médecins inattentifs ou prévenus. M. Bennet explique ainsi pourquoi l'on a pu méconnaître l'existence de l'inflammation chronique du col, ou la considérer comme consécutive à un état de débilité générale, à l'anémie, à l'hystérie, etc., et conséquemment arriver à instituer contre les phénomènes qui en dépendent une médication, selon lui, irrationnelle. Opposant, sous ce rapport, à ses succès la pratique vicieuse de l'école opposée : « Il y a quelques années, dit-il, il était rare en Angleterre que l'on reconnût l'existence d'une ulcération du col de l'utérus; et dans le plus grand nombre des cas pour lesquels j'ai été consulté à cette époque, l'ulcération inflammatoire dont la malade était affectée depuis longues années, n'avait pas été même soupçonnée. Depuis la publication de la première édition de ce livre, depuis que j'ai fixé l'attention du public médical sur la fréquence de cette forme de maladie utérine, je rencontre bien moins de cas dans lesquels on n'ait pas reconnu l'ulcération. » (P. 314.) « Dans ces circonstances, ajoute-t-il un peu plus loin, le traitement le plus habituellement suivi par les médecins anglais consiste à gorger les malades faibles et débilitées d'aliments et de stimulants de toute espèce, de fer et de quinine. Cette pratique est cependant des plus fâcheuses ; l'expérience me le démontre tous les jours. Je vois continuellement des malades qui sont traitées ainsi depuis des mois et des années, et qui, au lieu de retirer quelques bons effets de cette alimentation tonique et nourrissante, vont peu à peu s'affaiblissant et maigrissant de plus en plus, en même temps qu'elles sont tourmentées par une petite fièvre continuelle. » (P. 366.)

Comme contre-partie de ce tableau, M. Bennet ne manque pas de rappeler, à l'appui de la supériorité de sa pratique, les succès qu'elle lui donne. Ces succès seraient même des plus remarquables, si l'on s'en rapporte à la formule générale par laquelle il les exprime. Dans le plus grand nombre des cas dont il s'agit, il suffit, dit-il, de quelques moyens généraux, de l'emploi des injections et des émissions sanguines locales, jointes aux applications persévérantes des caustiques, pour venir à bout de l'inflammation et pour faire cicatriser les ulcérations du col et de sa cavité dans un temps qui varie entre six semaines et trois mois. — Certes ce serait là un beau résultat et le plus irréfutable plaidoyer en faveur de la théorie qui aurait conduit à l'obtenir ! Pouvoir, *dans le plus grand nombre des cas*, promettre la guérison au bout de six semaines à trois mois, dépasserait et de beaucoup ce que nous sommes habitués à augurer en France de toute maladie chronique de l'utérus tant soit peu sérieuse. Mais la beauté même de ce pronostic nous inspire plus de défiance que d'espoir dans la manière dont le verraient réaliser ceux qui y travailleraient d'après les mêmes données que M. Bennet. Non que nous soupçonnions le moins du monde la loyauté de notre très-honorable confrère ; mais il est si aisé de se faire illusion en pareille matière, il est si ordinaire, pour les adeptes de son école, de croire la santé rétablie quand l'ulcération est cicatrisée, nous avons été nous-même témoin, en ce genre, de tant de méprises, que nous croyons obéir à un véritable devoir, comme critique et comme praticien, en maintenant le droit de douter, jusqu'à plus ample informé, de cette constante uniformité, de cette rapidité qui serait désormais la règle dans une cure que d'aussi habiles trouvent hérissée de difficultés et d'écueils de toute sorte.

Nous avons, dès l'abord, anticipé sur des questions doctrinales que l'ordre logique ne devait amener que plus tard sous notre plume. Mais on nous excusera sur la gravité du point en litige, et plus encore sur l'importance que M. Bennet lui a donnée. Là, en effet, est tout le livre ; partout, à chaque page, théorie ou application, étiologie, diagnostic ou thérapeutique ; le même débat se reproduit sous les formes variées qu'exige la diversité des points de vue, mais toujours, il faut le dire, avec de fructueuses applications à la pratique. J'ai lu, dans plusieurs comptes rendus de cet ouvrage, que l'auteur y a traité de toutes les maladies de l'utérus. Cette appréciation ne dit qu'une partie de la vérité. Oui, sans doute, il y est parlé du cancer, des polypes, des chutes de matrice, des ulcères syphilitiques du col, des abcès péri-utérins, de la blennorrhagie, etc.; mais il est aisé de reconnaître que l'auteur ne prend à l'histoire de ces différentes lésions que ce qui peut éclairer celle de l'inflammation utérine par le rapprochement et l'analyse des symptômes communs à deux ou plusieurs espèces morbides. Le chapitre sur les *productions cancéreuses* de l'utérus en offre un frappant exemple. De même les altérations syphilitiques, malgré l'exactitude avec laquelle elles sont esquissées, n'ont obtenu une mention que parce que ces accidents sont de nature à simuler ou à dissimuler une phlegmasie de nature simplement inflammatoire. Et quant aux *déplacements*, puisqu'il les rapporte à l'influence de la phlegmasie chronique, l'auteur n'était-il pas tenu, pour justifier cette opinion, de montrer comment ils se produisent, augmentent, puis diminuent et s'effacent au fur et à mesure des progrès et de la disparition de l'engorgement qui, selon lui, est leur cause primordiale ?

Tout, on le voit, est donc à sa place dans cette monographie. Cependant la première, la meilleure place, on s'en apercevra sans peine, appartient à la description de l'*inflammation* de l'*ulcération* et de l'*hypertrophie* du col, hors de l'état de gestation. Bien qu'il considère ces trois formes comme dues à la même origine, M. Bennet les dissocie artificiellement pour les mieux étudier. Et même, non content de scinder en autant de chapitres distincts ces modalités principales de l'affection utérine, il va jusqu'à isoler chacun de leurs symptômes dominants, à en faire, pour ainsi dire, autant d'entités distinctes, afin d'apporter plus de précision à leur étude clinique. C'est ainsi qu'il considère à part les *écoulements*, la *douleur*, l'*inflammation du vagin et de la vulve*, les *troubles de la menstruation*, l'influence sur la *propension vénérienne*, puis, et avec un soin tout particulier, la perturbation causée par la lésion utérine dans les grandes fonctions de la vie nutritive. En décomposant ainsi son sujet, il le pénètre mieux ; et

de précieuses notions, de fertiles enseignements jaillissent pour le praticien de cette dissociation habilement exécutée dans une matière que l'esprit inopportunément philosophique de nos classiques à la mode affecte trop ordinairement de n'envisager qu'en bloc, sans se préoccuper des mille détails qui sont la vie de toute science d'application.

Mais de profondes modifications naissent de la menstruation, de la grossesse, de l'état puerpéral, de la ménopause. La même maladie va éprouver de ces diverses influences des changements si nombreux, qu'elle deviendrait alors presque méconnaissable pour celui qui l'aurait seulement étudiée d'après le tableau général. Afin de compléter son œuvre, afin de mieux éloigner toute occasion d'incertitude, toute chance d'erreur, M. Bennet devait donc dessiner chacun de ces traits particuliers de l'affection utérine. Il remplit cette partie de sa tâche avec le plus grand soin, et fait passer sous les yeux du lecteur les transformations symptomatologiques de la maladie, selon les diverses phases où la malade se trouve placée, quant à la vitalité et au fonctionnement de son appareil générateur. On consultera surtout avec intérêt ce qui est relatif à l'inflammation et à l'ulcération du col chez les femmes vierges. C'est une conquête importante de la médecine, dans un champ que les préjugés lui avaient fermé jusqu'ici. Et si ce sujet n'est pas entièrement nouveau pour les lecteurs de la GAZETTE MÉDICALE, à qui nous avions, dès 1848, présenté un résumé des idées de l'auteur (V. p. 377), ils n'en apprécieront qu'avec plus de plaisir l'exposé méthodique et développé de ses dernières recherches, ainsi que ses conseils sur la manière de procéder envers les malades et leur famille, dans ces conjonctures toujours si délicates.

Dans les divers sujets que son plan le conduit à esquisser, l'auteur se révèle pathologiste instruit, et au courant des acquisitions les plus récentes de la science. Nous avons déjà loué sa description du chancre primitif du col, maladie très-rare, que certains médecins, dans l'intérêt d'une théorie, voudraient faire passer pour fréquente. D'après M. Bennet, au contraire, on ne rencontre *presque jamais* de véritables chancres hunteriens sur le col, soit en ville, soit dans les hôpitaux. Notre expérience à cet égard confirme entièrement son témoignage. Il n'en serait pas, à beaucoup près, de même de son diagnostic entre la vaginite simple et la vaginite blennorrhagique. « Je regrette, dit-il, de ne pouvoir donner le moyen certain de distinguer ces deux affections ; il existe cependant des différences : la preuve, c'est que, en général, l'inflammation simple du vagin ne donne pas lieu à une sécrétion qui puisse déterminer la blennorrhagie chez l'homme. » Il ajoute, à la vérité : « Quoique je reconnaisse que cela peut avoir lieu dans certains cas, » donnant ainsi lui-même la double preuve et d'une bonne foi qui surnage, dût-elle l'étouffer, l'esprit de système et de l'inanité du critérium invoqué. — Second moyen de distinction : le fluide d'une vaginite simple est moins abondant, la muqueuse est moins rouge, moins congestionnée que dans la blennorrhagie, et la phlegmasie ne s'étend pas à l'urètre, et cède aisément au traitement. Ceci est vrai d'une manière générale ; souvent, dans des cas de choix, à une époque déterminée de l'affection, tous ces signes peuvent effectivement être reconnus. Mais une fois la période aiguë passée, ils s'effacent complétement, et il devient aussi impraticable de différencier les deux affections par l'apparence plus ou moins irritée de la muqueuse, que par le caractère contagieux ou non contagieux de leur écoulement. Pourquoi cela ? pourquoi tant d'efforts tentés avant M. Bennet pour établir ce diagnostic sont-ils destinés à échouer ? C'est que ces efforts s'adressent à une impossibilité ; c'est que blennorrhagie et inflammation ne sont qu'un seul et même mode, un peu plus ou un peu moins actif de la vitalité de ces tissus, et qu'il n'est pas donné à la science de créer des différences lorsqu'elles n'existent pas dans la nature.

Nous avons longuement indiqué l'idée dominante du livre de M. Bennet, celle à laquelle aboutissent tous ses développements, la *prééminence de la lésion utérine*. S'il faut maintenant en apprécier la valeur, franchement, à nos yeux, elle aurait beaucoup à perdre de l'importance que l'auteur lui accorde. A qui persuadera-t-on qu'une exulcération ordinairement superficielle, accident de la maladie—et tellement accident que souvent la maladie existe sans elle—soit tout et réclame pour elle tout le traitement ? Qui, parmi les médecins dont la pratique compte une dizaine d'années, voudra croire que les caotérisations, les sangsues et les injections suffisent pour guérir en quelques mois ces affections profondes, enracinées, dont toute l'économie porte l'empreinte ? Puisque M. Bennet demande pour les moyens locaux le monopole du traitement, il faudrait au moins qu'il pût s'appuyer sur des succès entièrement dus à leur influence. Or qui consentirait aujourd'hui à se priver de l'effet des médications générales, du secours des agents hygiéniques ? S'il suffisait de cautérisations espacées à propos, de sangsues mises aux époques voulues, d'injections convenablement faites, certes c'est dans les hôpitaux qu'on devrait observer les plus nombreuses, les plus rapides cures, là où l'assiduité du médecin, la docilité de la malade, la facilité de l'exploration, la régularité des opérations et pansements, l'inaction au lit, sont éminemment assurées. Eh bien ! c'est justement dans ces conditions qu'on voit l'affection locale s'étendre, les symptômes généraux s'aggraver, la constitution subir progressivement la plus fâcheuse atteinte. Sans doute le traitement exclusivement pharmaceutique aurait, lui aussi, lui surtout, ses dangers ; sans doute la quinine et le porto des routiniers *physicians* anglais ont inspiré de justes paroles de blâme à M. Bennet. Ici il faut alimenter, non stimuler, nourrir et fortifier, non pas exciter ; mais il n'en est pas moins vrai que le séjour de la campagne, un exercice modéré, des bains de siége frais, les ressources de l'hydrothérapie, l'usage modéré des ferrugineux, apportent au traitement direct un complément tellement utile que, s'il fallait renoncer à l'un des deux, nombre de médecins hésiteraient, et, selon nous, hésiteraient avec toute raison, entre la médication que M. Bennet considère comme héroïque et celle qu'il appelle *accessoire*.

Ce n'est pas sans motif que nous avons fait précéder de ces réflexions ce qu'il nous reste à dire du livre de M. Bennet. En effet, dans la partie thérapeutique, qui le termine, il y a beaucoup à louer ; mais comme cette partie, ainsi que les autres, a été dictée par l'esprit de tendance localisatrice, on comprend que nous ne pouvions louer qu'après réserve faite. Le lecteur, bien averti, trouvera dès lors dans ce chapitre énormément à profiter. Depuis les préceptes généraux sur la convenance et la mesure dans laquelle doivent être combinés les divers agents du traitement direct jusqu'aux mille petites règles propres à assurer la meilleure précaution de chacun d'eux, tout est prévu, décrit, détaillé avec le soin minutieux et éclairé de l'homme qui a bien vu et pratiqué heureusement. Sous ce rapport au moins, l'exclusivisme est bon à quelque chose ; car on n'est prolixe que sur ce qui vous intéresse, et certes un partisan déclaré du spéculum, des cautérisations, des injections, pouvait seul trouver autant à dire, et autant à dire d'utile sur leur mode d'administration. M. Bennet n'a pas innové ; il a peu perfectionné, et cependant ses leçons instruisent, intéressent. C'est que nul ne sait mieux que lui emprunter à chaque praticien, à chaque enseignement, ce qu'il a de vraiment applicable. Nul ne réussit mieux à prévoir, à prévenir les difficultés qui arrêtent souvent le jeune médecin dans la mise en œuvre de cette thérapeutique spéciale. On n'aurait qu'à citer, comme modèles en ce genre, les chapitres sur la pose des sangsues au col utérin et sur la manière de faire les injections. La supériorité de M. Bennet, à ce point de vue de l'exécution, est tellement marquée que nous lui donnons sans hésiter la préférence sur tous nos classiques qui ont en le même sujet à traiter. Le patient sang-froid de l'esprit anglais le rendait d'ailleurs particulièrement apte à lutter contre des difficultés dont on est toujours sûr de triompher avec du temps, pour colliger les richesses de la science, de l'impartialité pour les apprécier, de la méthode pour les exposer.

N'omettons pas une honorable et juste mention pour le traducteur, M. Aran. Auteur lui-même de travaux déjà populaires, il n'a pas dédaigné, en cette circonstance, un rôle plus modeste. Sa version claire, aisée, coulante, éminemment française, contribuera puissamment au succès de l'ouvrage de M. Bennet parmi nous, récompense bien méritée d'un travail dont l'espoir d'être utile peut seul engager à affronter l'aridité.

P. DIDAY.

VARIÉTÉS.

— Le sujet de la première épreuve du concours de clinique chirurgicale ouvert à la Faculté de Paris, consistant dans une composition écrite, est : *De l'étranglement au point de vue chirurgical*. La lecture des compositions a commencé. Nous rendrons compte de cette épreuve dès qu'elle sera terminée. Nous pouvons dire, par anticipation, que ce concours promet d'être d'un très-grand intérêt.

— Nous apprenons avec douleur la mort de M. Leuret, qui est allé succomber à Nancy à la maladie de foie contre laquelle il luttait avec un grand courage depuis plusieurs années. Quoique prévue, cette perte sera vivement sentie par les amis de la science et par tous ceux qui ont connu les rares qualités de notre regrettable confrère. La GAZETTE MÉDICALE, qui a compté M. Leuret parmi ses collaborateurs, consacrera prochainement quelques lignes à sa mémoire.

— Le dimanche 12 janvier, à 1 heure, le docteur Auzoux commencera, rue de l'Observance, 2, son cours d'anatomie humaine et comparée, et il le continuera, à la même heure, les dimanches et jeudis.

Dans ce cours, spécialement consacré à populariser les notions de physiologie et d'hygiène, ce médecin, au moyen de ses préparations d'*anatomie clastique*, mettra sous les yeux de ses auditeurs un animal de chaque grande famille, depuis l'homme jusqu'au zoophyte, il montrera les appareils au moyen desquels la vie s'entretient, et par les différences que présentent ces appareils, il lui sera facile d'expliquer les modifications que subissent les importantes fonctions auxquelles ils président.

Une attention particulière sera donnée à l'étude de l'homme, du cheval, du ver à soie et de l'abeille.

Le rédacteur en chef, JULES GUÉRIN.

REVUE HEBDOMADAIRE.

CONCOURS A LA FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS POUR UNE CHAIRE DE CLINIQUE CHIRURGICALE.

PREMIÈRE ÉPREUVE.

Le concours ouvert à la Faculté de médecine de Paris offre un intérêt assez général et assez élevé pour que la GAZETTE MÉDICALE croie pouvoir en entretenir ses lecteurs. Ce n'est pas seulement une lutte vive et animée entre les représentants les plus distingués de la génération chirurgicale actuelle : c'est surtout une circonstance solennelle où les idées, les doctrines qui règnent actuellement se trouveront en présence ; où les progrès les plus récents pourront se faire jour ; où les tendances, l'esprit chirurgical de l'époque se révéleront. A ce titre, nos lecteurs de tous les pays nous sauront gré de résumer pour eux chaque épreuve, et de les constituer comme en une sorte de jury pour juger souverainement les hommes et les choses de ce concours.

La première épreuve, consistant, comme on sait, en une composition écrite à huis clos, a eu pour sujet : *De l'étranglement au point de vue chirurgical*. Il paraît que l'urne renfermait deux autres questions : *De l'enseignement de la clinique chirurgicale* et *de l'expectation en chirurgie*. Ces trois sujets, très-intéressants à divers titres, étaient propres à faire briller des qualités très-différentes. Le premier, favorable surtout aux esprits positifs, aux connaissances précises, permettait néanmoins, comme on le verra, des aperçus élevés, des développements larges, des déductions fécondes en applications pratiques. Les deux autres questions, prêtant mieux aux considérations doctrinales et plus propices aux esprits généralisateurs, auraient moins convenu au plus grand nombre. Le sort, en donnant la question *de l'étranglement*, a donc servi les intérêts de tous ; nous allons voir comment chacun s'en est tiré.

Nous ne voulons être ni le juge ni le concurrent des hommes dont nous avons à parler. Notre rôle est plutôt celui de rapporteur, qui s'éclaire de toutes les opinions, qui se fait un critérium du rapprochement des idées et des lumières puisées dans la composition de chaque concurrent pour apprécier le mérite de chacun par le mérite de tous.

Cela dit, nous entrons en matière.

La question de *l'étranglement au point de vue chirurgical* a été considérée très-diversement par les compétiteurs ; les uns, comme MM. Bouisson, Michon et Richet, l'ont envisagée sous le double point de vue pathologique et thérapeutique ; les autres, et c'est le plus grand nombre, l'ont exclusivement considérée sous le rapport pathologique. Avant de discuter la question de savoir laquelle des deux manières de voir est la meilleure, disons en deux mots en quoi elles consistent.

Au point de vue pathologique, l'étranglement constitue un état morbide. La considération de cet état dans ses causes, dans son mécanisme, dans ses éléments, dans ses effets anatomiques et physiologiques, dans ses symptômes, dans ses variétés, dans ses moyens de traitement, telle est la première formule du sujet.

Au point de vue thérapeutique, l'étranglement est un moyen que l'art met à profit, qu'il réalise à son gré. L'étude de ce moyen, dans ses éléments d'action, dans ses effets anatomiques et physiologiques, dans ses modes et variétés d'application et dans ses résultats pratiques : telle est la seconde formule de l'étranglement considéré au point de vue chirurgical. L'étranglement des polypes, la ligature des vaisseaux en sont des applications. Nul doute que, de ces deux points de vue, le premier ne soit le plus fécond et le plus important ; mais pour l'être moins, le second ne méritait-il pas d'être pris en considération ? C'est ce qu'il est à peine utile d'examiner.

Les personnes que nous avons entendues disserter sur cette question se sont toutes accordées à reconnaître qu'il ne pouvait y avoir qu'avantage et mérite à avoir traité les deux points de vue. Cela nous paraît incontestable, toute comparaison réservée entre la manière dont le premier a été traité de part et d'autre. Ceux qui, comme nous, pensent que la nature et les termes de la question comportaient réellement la double acception pathologique et thérapeutique, motivent leur opinion comme il suit. Le phénomène de l'étranglement, comme ressource pathologique, est une conséquence directe, une application immédiate de la notion scientifique et physiologique du fait pathologique. L'étranglement pathologique est une sorte d'expérience dans laquelle la science a découvert des effets physiologiques dont l'art a su faire son profit ; cette liaison, si naturelle entre la cause et ses effets, ne pouvait être rompue dans la considération scientifique de la question de l'étranglement. Nous sommes heureux d'ailleurs de voir que ceux des concurrents qui ont admis cette interprétation ne sont pas les moins distingués du concours : ce sont, comme nous l'avons dit, MM. Bouisson, Michon et Richet.

Le premier de ces candidats a nettement posé la question. « L'étude de l'étranglement considéré au point de vue chirurgical, a-t-il dit, comprend deux grandes divisions : il constitue par lui-même un état morbide, ou il devient un moyen d'action entre les mains de l'opérateur : il est pathologique ou thérapeutique. » M. Michon a été moins explicite. Après avoir traité avec soin le point de vue pathologique, ce candidat s'est demandé s'il n'était pas possible de considérer comme une sorte d'étranglement certaines opérations telles que la ligature appliquée à quelques fistules, à quelques tumeurs ; mais il s'est borné à poser la question sans la résoudre. M. Richet, convaincu, comme M. Bouisson, de l'importance du point de vue thérapeutique, a présenté des considérations générales propres à faire ressortir l'utilité des applications de l'étranglement comme moyen thérapeutique. Il a cité plusieurs applications de cette méthode. M. Bouisson ne s'est pas borné à cela : il a traité dogmatiquement cette seconde partie de son sujet, comme la première ; il a étudié l'étranglement thérapeutique, d'abord dans ses propriétés générales ; puis, déduisant de ces données fondamentales les applications qu'elles renferment, il a traité successivement de l'étranglement *divisif* (fistules à l'anus), *atrophique* (tumeurs érectiles), *oblitérant* (adhésion des parties soumises à l'étranglement), *destructeur* (polypes, tumeurs, etc.).

Le point de vue pathologique était, sans contredit, le plus important. Il a été examiné par tous les concurrents avec les plus grands développements ; mais ils ne l'ont pas tous traité avec la même méthode, le même plan, la même richesse de faits et de déductions pratiques. Telle question agitée par un candidat n'a pas même été soulevée par les autres ; certaines difficultés pendantes dans la science ont reçu des solutions diamétralement opposées. Quel a été le rôle de chacun sous ces différents rapports ? C'est ce que nous allons indiquer brièvement.

L'esprit qui a dominé dans cette épreuve est l'esprit anatomique. Nous

---

Feuilleton.

LETTRES D'ITALIE.

N° XI.

COUP D'ŒIL SUR LES MUSÉES DE ROME ET DE NAPLES AU POINT DE VUE MÉDICO-ARTISTIQUE.

(Suite et fin. — Voir le numéro précédent.)

A chaque pas, le peintre trouve dans le médecin son conseiller et son juge naturel. Sur ce cadavre, créé par le pinceau, personne ne peut prononcer sciemment comme le médecin, qui a été témoin du moment où le corps est devenu cadavre, le médecin dont l'œil ne l'a pas quitté jusqu'à l'heure où, sous son scalpel, il ne s'est plus trouvé qu'un détritus sans forme et sans nom. Si la mort lui est familière, la vie n'est pas moins son domaine : il reçoit l'enfant qui naît, le suit d'âge en âge dans ses progrès comme dans la souffrance, l'accompagne dans ses vieux jours et lui ferme les yeux. L'habitude extérieure dans ses rapports avec la santé, la maladie, les tempéraments, les passions, la jeunesse ou la vieillesse ; les tons de chairs, si variables selon ces diverses conditions ; les muscles, dans leurs reliefs, leurs lignes, leurs fonctions ; la structure et le jeu des organes que le pinceau montre souvent à découvert, etc., sont autant d'études qui ressortissent de l'art médical, et dont le peintre ne se passe qu'aux dépens de la vérité de son œuvre.

Les chairs roses, fermes, élastiques et polies de la jeunesse, les chairs ternes, molles, flasques et ridées de l'âge avancé, nous les palpons, nous les examinons tous les jours ; toutes leurs propriétés profondes nous sont connues comme la coloration de leur superficie. Le médecin est habile à saisir les nuances de ton qui appartiennent aux divers tempéraments, et dans l'état de maladie, il cherche et trouve souvent dans la teinte de la peau un précieux élément de diagnostic. Les tons mats, ternes, pâles, jaunâtres, bleus, violacés, disent au médecin exercé qu'il a devant lui un scrofuleux, un anémique, un cancéreux, un ictère, une cachexie paludéenne, une affection qui entrave la circulation, etc., etc.

Du masque, de la forme, le médecin a été conduit à méditer sur les agents dont la manifestation a l'habitude extérieure pour théâtre ; il a cherché à formuler les rapports entre le physique et le moral ; il a rattaché à tel tempérament un caractère moral particulier, une passion dominante, un certain genre d'esprit et d'activité. Un homme de l'art ne supportera jamais qu'on représente avec les traits épais, les chairs fades, les formes engorgées, les cheveux clairs du lymphatique, un Alexandre le Grand, un Tamerlan, un Pyrrhus, un Annibal, un Mahomet, un Attila, etc. Il se récriera si un peintre s'avise de revêtir d'un tempérament sec et bilieux le berger Pâris, le beau Narcisse, le gourmet Lucullus, l'efféminé Sardanapale, etc. Les diverses écoles ne sont guère tombées dans ce dernier défaut ; mais l'abus des cheveux blonds, des chairs roses, des formes trop remplies, dans la représentation des héros à nature forte, leur font souvent encourir le premier

n'en excepterons même pas M. Bonisson. L'honorable professeur de Montpellier, est-ce conrtoisie, est-ce tendance naturelle, est resté dans la considération des systèmes, des tissus, des organes. Ses aperçus généraux, ses divisions, son diagnostic et jusqu'à sa thérapeutique ont été parfaitement orthodoxes, c'est-à-dire inspirés par la préoccupation anatomique. L'école de Paris prendra cela de sa part pour un hommage, et lui en tiendra compte. Du reste, ce mérite, si c'en est nn, tous les candidats l'ont partagé avec M. Bonisson, à des degrés différents.

Et dans quel autre esprit, demandera-t-on, pouvait-on concevoir nn sujet aussi directement matériel et local que l'étranglement? Nons répondrons, avec conviction, qu'il était préférable de se placer an point de vue physiologique, d'avoir plus égard à la fonction qu'à l'organe, ou an moins de faire marcher de front les deux points de vue, en les éclairant et complétant l'un par l'antre.

L'étranglement des parties, envisagé au point de vne physiologique dans les vaisseaux, les nerfs, le cerveau, le poumon, le foie, l'intestin, eût révélé pour la symptomatologie directe et indirecte, ponr le diagnostic, pour le pronostic, et surtout ponr le traitement, des caractères tirés des lésions fonctionnelles de ces différents organes. A ce point de vue, l'étranglement d'une partie du poumon ou d'une portion du foie devait condnire à des considérations débordant singulièrement le cadre anatomique. En généralisant le principe, on eût créé à côté et entre les altérations locales de l'étranglement et les réactions générales produites par ces altérations, l'ordre entier des *lésions fonctionneltes*. Ainsi, altérations locales on matérielles, lésions fonctionnelles et réactions générales sont trois termes également importants à considérer dans la formule pathologique de l'étranglement. Quelques candidats, au nombre desquels MM. Bouisson, Robert, Nélaton, Richet, ont indiqué chemin faisant quelques particularités prouvant, de fait, qu'ils ont été frappés parfois de l'importance du point de vue physiologique; mais aucun n'a élevé la considération de la lésion physiologique à sa valeur réelle, à sa signification générale, et partant, aucun n'en a tiré les conséquences qu'elle renfermait. Sans cela, eût-on vu M. Robert, par exemple, différencier les étranglements, suivant qu'ils portent sur des organes creux ou des organes pleins?

Sous le rapport de la méthode et du plan d'exposition, les candidats peuvent être rangés dans deux catégories : à la première appartienoent ceux qui ont étudié l'étranglement dans son caractère le plus général d'abord, qui l'ont ensuite spécialisé suivant les régions du corps, les tissus, les organes; dans la seconde catégorie sont ceux qui, spécialisant immédiatement, ont étudié avec soin certains étranglements, de l'intestin par exemple, et ont concentré leur attention sur les importantes difficultés du sujet. Cette différence de méthode caractérise nettement la différence des esprits. Mais ceux-là même qui ont fait preuve de plus d'ordre, qui ont montré le plus d'art dans la distribution du sujet et la classification des parties, n'ont pn échapper à l'inconvénient de la méthode systématique, sous l'inspiration de laquelle ils ont marché. M. Bouisson, qui a droit à tant d'éloges pour la netteté de ses divisions, l'excellente distribution de son sujet, ta clarté de ses classifications, n'a pas échappé complétement à cet écueil. MM. Nélaton, Michon, Richet, Robert, Giraldés, méritent également les mêmes éloges et les mêmes reproches. La division des étranglements adoptés par M. Nélaton, en cinq classes, suivant : 1° qn'ils se prodnisent à travers une solution de continuité, 2° par les onvertures fibreuses, 3° par des orifices séreux, 4° par des orifices muqueux, 5° qu'ils s'exercent sur des organes enflammés, est nn type dans lequel se révèle l'esprit le plus méthodique égaré par la plus étroite préoccupation de la matière.

Mais hâtons-nous d'arriver aux parties du sujet qui ont été le mieux traitées par les compétiteurs.

L'étude des effets immédiats et des lésions directes de l'étranglement a été faite avec le plus grand soin par plusieurs compétiteurs. M. Robert a donné une attention particnlière aux effets de l'étranglement an-dessus au niveau et an-dessous de la partie étranglée. Ce point de vue ne manque pas d'originalité. Au-dessns de l'étranglement, stase artérielle; au-dessous, stase veinense. An niveau de l'étranglement, M. Robert aurait constaté que la destruction du canal intestinal snit les lois des canaux artériels, à savoir qne les membranes muqueuse et musculaire seraient divisées avant la membrane séreuse. Cette succession de faits suppose une action nniforme de dehors en dedans de l'agent constricteur. Cependant comment supposer qne les parties étreintes de l'intestin qni se plissent irrégulièrement — et par conséqnent ne subissent jamais cette action que sur des points isolés de leur surface — pnissent se conformer à cette loi de destruction de dedans en dehors? M. Michon a snivi plus loin que ses compétiteurs les désordres produits par l'étranglement. Lorsque le malade a survécu, il reste encore sous l'influence des lésinns secondaires, telles qne suppurations abondantes, décollements étendus, pertes de substance irrégulières, suivies de fistules, etc. Cet ordre entier de phénomènes, qui constituent les effets éloignés de l'étranglement, mérite au plus haut point l'attention des praticiens.

Dans le même ordre de faits, M. Giraldès a établi une heureose distinction entre les effets de l'étranglement proprement dit et de l'incarcération complète des parties. La différence des mots dit bien la différence des choses. L'incarcération s'observe dans les contusions des membres, dans les plaies par armes à fen, et dans toutes les circonstances où l'inflammation envahit des tissus cernés par des gaînes fibreuses. M. Giraldès est aussi le seul qui ait étudié d'une manière spéciale les étranglements internes, considérés dans leurs causes, leur mécanisme et leur symptomatologie.

C'est le lieu de mentionner une considération ingénieuse de M. Morel-Lavallée, sur les effets de l'inflammation dans les organes pourvus d'enveloppes fibreuses, tels que le foie et autres viscères. La phlegmasie de ces organes, par suite de l'expansion qu'elle leur imprime, réaliserait pour eux, dans certains cas, les phénomènes de l'incarcération.

A l'occasion des variétés de l'étranglement, M. Bouisson a présenté un tableau des plus concis et des plus complets. Pour le savant professeur, le siége est l'élément décisif de variation. Dans ce but, il a étudié successivement l'étranglement suivant qu'il porte sur les tissus généraux de l'économie ou sur les organes complexes, tels que ceux des cavités splanchniques. D'après cette division, l'auteur a passé successivement en revue les effets de l'étranglement sur le tissu cellulaire simple et adipeux, sur les veines, les artères, les nerfs, les muscles et même les os. Il a particulièrement insisté sur l'étranglement des organes complexes. Cette analyse fine et méthodique, constamment appuyée de faits et de considérations ingénieuses, était empreinte d'un léger parfum de l'école où M. Bouisson a mûri et fécondé les connaissances solides dont il s'était nourri ailleurs.

A l'occasion des variétés de l'étranglement, M. Nélaton a présenté des considérations approfondies sur la hernie du poumon, sur son mécanisme, qu'il a comparé à celui des hernies intestinales. Il est à regretter que l'ha-

---

reproche. Les exemples seraient ici tellement nombreux que nous n'osons pas en commencer la liste.

Les to s de chairs et les lignes de la musculation, même chez nos grands maîtres, sont loin d'avoir la flexibilité nécessaire pour s'accommoder a tous les sujets. Presque toujours, chaque maître a son genre, et se restreint, comme instinctivement, dans un domaine limité, hors duquel sa couleur et sa musculation deviennent des contre-sens. Ainsi ne demandez pas un portrait de fraîche jeune fille à Ribéra ni un portrait de vieillard au Guide; laissez l'Albane peindre des femmes; abandonnez à Michel-Ange et à Salvator Rosa les natures énergiques et sauvages.

L'auteur celèbre de l'Aurore (palais Rospigliosi) est bien loin d'avoir possédé un irréprochable coloris dans ses carnations. Ses tons cobalt et outre-mer vont souvent jusqu'à la véritable cyanose. Cette exagération est surtout flagrante dans deux grands tableaux de la galerie Spada, Cléopâtre et Judith : un peintre d'anatomie pathologique n'emploierait pas d'autres teintes pour représenter un sujet dont la nature aurait oublié de boucher le trou de Botal. La Fortune, tableau renommé du même auteur, à l'Académie Saint-Luc, n'est pas non plus exempte des mêmes reproches; l'Aurore les évite en grande partie. Ces chairs azurées ne manquent pas d'un certain velouté, d'un chatoiement doux à l'œil; elles peuvent s'adapter à la peinture de ces jeunes femmes dont la peau fine, transparente, quoiqu'un peu mate, est bleuie par un fin réseau de veinules; mais hors de là, elles deviennent un vrai contre-sens. Dans l'Espérance, tête allégorique (sacristie de l'église de Saint-Pierre-ès-Liens), ces tons bleus et lymphatiques ne choquent pas la raison; dans Judith, femme de nature énergique, on commence à ne plus les comprendre. S'il s'agissait de représenter des guerriers, ces tons seraient insupportables. Le Guide, à la première époque de la maturité de son talent, a su peindre avec force le beau tableau du Crucifiement de saint André; dès que ses chairs ont passé au bleu, son talent a dû se restreindre à des portraits de femme.

Si le Guerchin a excellé dans les Madeleines, c'est en grande partie parce que les tons de chair et la musculation de ce maître s'accommodent parfaitement à ce sujet. Madeleine, accroupie dans le demi-jour fantastique de la caverne, les cheveux en désordre, rugissant plutôt que soupirant de repentir, d'une main se déchirant la poitrine et de l'autre serrant une froide tête de mort, Madeleine est évidemment une de ces femmes à passions violentes dans la pénitence comme la la volupté, une de ces femmes qui savourent la souffrance comme le plaisir. Le Guerchin, avec son coloris violâtre et bronzé, sanguin et bilieux, qu'on nous passe l'expression, avec sa peinture ferme et un peu rude, nous a représenté Madeleine telle que chacun la comprend. Parmi toutes les toiles que ce grand peintre a consacrées à la même scène, on admire surtout celle que possède le musée Bourbonnien, à Naples. Le médecin ne l'estimera pas moins que l'artiste.

L'école espagnole a excellé dans les cadavres et dans les vieilles chairs vivantes. Nous ne parlerons pas de ces moines peints d'une manière si forte et si ascétique, parce qu'on n'en voit guère dans les musées de Rome, mais nous pouvons faire une étude de vieillards Les saint Jérôme abondent dans les musées de la ville éternelle; au seul palais Doria, on en compte jusqu'à trois, si notre mémoire nous sert bien. Ce pauvre saint Jérôme a le triste privilége d'exciter tous les pinceaux à qui le fera le plus hideusement vieux, le plus affreuse-

bile candidat n'ait pas cherché, à cette occasion, à résoudre la question d'antagonisme entre les deux pressions interne et externe de l'atmosphère, dont la dernière semble, à certains points de vue, rendre inexplicable la formation de la hernie du poumon.

Ainsi que nous l'avons déjà dit, presque tous les candidats se sont emparés avec vigueur du sujet tant controversé, et pourtant si neuf encore, de l'étranglement intestinal. Y a-t-il des étranglements actifs? L'étranglement a-t-il lieu par l'anneau, par le collet, par tous les deux successivement ou à la fois? Il faut le dire à la louange de tous les compétiteurs, aucun d'eux ne s'est fait le champion des idées paradoxales qui ont surpris naguère plus par leur étrangeté que par leur nouveauté. — On peut regretter en général plus de fermeté et de précision dans les solutions données par les candidats à ces différentes questions; mais on n'a trouvé chez aucun d'eux de ces affirmations systématiques aussi contraires à l'expérience qu'au sens commun. Tous ou presque tous ont admis des étranglements actifs, des étranglements passifs, des étranglements par le canal et l'anneau, des étranglements par le collet du sac. Ce qui a manqué à ces solutions ecclectiques, c'est une détermination vigoureuse des conditions étiologiques. Vous dites, MM. Bouisson, M. Michon, M. Nélaton, M. Robert, qu'il y a des étranglements actifs, c'est-à-dire produits par le resserrement de l'ouverture? Quand, où et comment? Vous ne le dites pas? Cela était possible cependant? Essayons.

Quand? Lorsque la hernie est accidentelle ou traumatique. Dans le premier cas, la partie herniée passe par une ouverture formée par éraillure ou accidentellement forcée et élargie; celle ci revient sur elle-même et comprime : il n'y a point étranglement par le collet du sac, il n'y a pas de collet. Dans le second, l'ouverture herniaire est faite en plein tissu musculaire; celle-ci est prise de contracture et étrangle : l'étranglement pulmonaire à travers un espace intercostal en offre un bel exemple. De même les hernies diaphragmatiques, sous l'influence des mouvements respiratoires; et l'étranglement de la muqueuse anale, à la suite de la contracture spasmodique du sphincter, que M. Nélaton a classé dans les étranglements à travers les orifices muqueux.

Où et *comment* l'étranglement a-t-il lieu par le collet? *Toujours* et dans *toutes* les hernies très-anciennes et non contenues. Dans ces hernies le rétrécissement du collet est organisé : il est inextensible, invariable, c'est donc lui et lui seul qui s'oppose à l'expansion des parties herniées. A l'égard du mécanisme de l'étranglement passif, plusieurs candidats, MM. Robert, Nélaton, Bouisson et autres ont très-bien défini le mécanisme de l'étranglement. Mais on n'a pas très-bien compris la distinction établie par un candidat, par M. Richet, je crois, entre l'étranglement résultant de l'expansion des parties enflammées, auxquelles il reconnaît un rôle actif, et l'étranglement produit par le gonflement des parties engouées, auxquelles il ne reconnaît qu'un rôle passif. Que l'expansion soit l'effet de l'inflammation ou de l'accumulation passive des fluides, son résultat n'est-il pas le même? n'est-ce pas toujours par suite de la même résistance de l'orifice herniaire que l'étranglement se produit?

Les solutions thérapeutiques données par les divers candidats n'ont rien offert de particulier ni d'imprévu. Les uns, avec M. Michon, sont partisans du débridement dans les plaies par armes à feu; les autres, avec M. Robert, sont d'une opinion opposée. Mais aucun n'a tenu compte, ni pour ces étranglements, ni pour les étranglements herniaires, des avantages du débridement sous-cutané. Si ce mode opératoire était mieux connu, il changerait très-probablement comme il l'a fait pour l'empyème, les doctrines et les indications qui divisent les chirurgiens.

Nous voudrions pouvoir résumer nos impressions et celles du public sur cette première épreuve d'un concours auquel prennent part tant d'esprits et de talents d'élite. L'entreprise est difficile et surtout pleine de périls de plus d'une sorte. Disons cependant que le résultat n'a pas absolument répondu à l'attente générale. On a trouvé peu d'originalité, peu d'élévation, peu de fermeté dans les épreuves. Cela tient-il au sujet ou au caractère de l'épreuve improvisée à huis-clos, sans livres, sans notes et presque sans méditation? Nous sommes très-porté à le croire. Ces sortes d'épreuves, bonnes pour des écoliers ou des concours de second ordre, ne prouvent rien, absolument rien, quand il s'agit de mettre en lumière les qualités supérieures du savant, de l'inventeur et du praticien. On arguera que le résultat de cette épreuve dans ce concours même est en désaccord avec la critique que nous en faisons. Nous l'admettrions, qu'est-ce que cela prouverait, sinon que les hommes distingués qui ont gardé dans cette épreuve le rang qu'ils avaient dans l'opinion l'ont gardé malgré les hasards et les périls de ce casse-cou scolastique. Par exemple, ne pouvait-il pas arriver que M. Bouisson, dont l'esprit si élevé, le jugement si sûr, la science de si bon aloi se sont maintenus à la hauteur que l'on connaissait, échouât en présence d'une question moins classique et moins prévue? que M. Michon, à la réputation de clinicien sagace et de praticien consommé, fît sur un autre sujet une composition moins remarquable par la sûreté des principes, la précision des faits et la fermeté des conclusions? que M. Nélaton ne trouvât pas une question sympathique à son talent d'exposition, à l'aimable et modeste fécondité de ses aperçus, à tout ce qui a fait jusqu'ici son succès auprès des maîtres et des élèves? que M. Robert ne restât pas l'homme de bon sens par excellence, le classique éprouvé au feu de vingt concours, le théoricien et le praticien auquel il n'a manqué jusqu'ici qu'une chaire pour être l'égal de ceux qui le jugent? Ne pouvait-il pas se faire, au contraire, que tous ceux dont il serait trop long de rappeler ici les titres et les mérites eussent rencontré une meilleure occasion de se produire? Il est donc permis de dire, en thèse générale, que cette première épreuve n'a rien appris de plus que ce qu'on savait des principaux candidats mis en présence, et qu'elle n'a peut-être pas appris tout ce qu'il y avait à savoir des talents moins connus.

Terminons en rappelant que les candidats dont la composition a reçu le meilleur accueil du public et des élèves sont MM. Bouisson, Michon, Nélaton et Robert : tous ont obtenu des applaudissements chaleureux et mérités; mais l'honorable et vaillant professeur de Montpellier a reçu une triple ovation. Il avait fait et lu sa composition en maître : c'était de toute justice qu'on le traitât de la même façon.

Jules Guérin.

---

ment décrépit; tout comme saint Sébastien, qui n'était plus jeune pourtant quand il a été percé de flèches, jouit de la faveur d'appeler sur lui le coloris et les formes qui caractérisent la jeunesse.

L'Espagnolet est le peintre qui a le mieux représenté l'excessive vieillesse; il tombe cependant quelquefois dans l'exagération et dans le faux. Il a évidemment fait de sérieuses études d'après nature; mais ensuite il a laissé son pinceau errer aventureusement. Il a trop consulté ses souvenirs et oublié de les rafraîchir par la réalité. Ainsi, dans plusieurs de ses tableaux, des sillons tracent des espaces intermusculaires là où l'anatomie ne montre aucun interstice. Ses élèves, ses imitateurs, ont presque tous exagéré le maître, sans hériter de son mérite. Nous avons vu des saint Jérôme dont les sterno-cleido-mastoïdiens sont tellement détachés du cou par de profondes vallées, et dont la flaccidité est rendue par de telles flexuosités, le coloris par un jaspé si vineux, qu'on dirait deux serpents écorchés se tordant le long du cou du vieillard. Cette critique tombe en plein sur le saint Antoine de Jacinthe Brandi, dans la galerie Doria.

Titien, Van Dyck, Rembrandt, le Guerchin, Jordaëns, ont signé des tableaux dans lesquels nous avons admiré de fidèles peintures de la vieillesse. Rembrandt exagère quelquefois; le Guerchin prodigue trop les bistres et les violâtres. L'Espagnolet lui-même a jeté sur un de ses saint Jérôme (galerie Rospigliosi) des teintes bistrées et noirâtres par plaques si larges qu'on dirait une peau badigeonnée avec le nitrate d'argent.

Les peintres ne doivent pas oublier qu'il y a trois espèces de rides chez le vieillard. Les unes, produites par la disparition du tissu cellulo-graisseux intermusculaire, sont comme des ravins profonds séparant des collines de masses charnues. Le pinceau doit ici se garder de la moindre fantaisie; l'anatomie lui trace sa route. Les autres sont le résultat de mouvements habituels, soit commandés par le jeu de la physionomie pour l'expression des sentiments, soit produits par les articulations, par toutes les exigences de la vie de relation ou de la vie végétative. Il faut de l'observation et de l'étude pour leur donner la position convenable, pour les mettre en harmonie avec le caractère qu'on prête à son sujet. Enfin il est des rides que le pinceau peut ouvrir presque partout. La peau des vieillards, devenue mince, sèche, sans élasticité, ne cède plus sous le doigt en dépressions lisses et arrondies, mais se plisse de toutes parts, comme un papier à calquer froissé dans les mains. Ce réseau de légers plis entre-croisés ou sensiblement parallèles court sur presque tout le corps; mais ses linéaments deviennent bien plus visibles quand une traction, une pression, un froissement, s'exercent sur un endroit quelconque. C'est ce que le Bernin a compris dans son groupe d'Énée portant Anchise, marbre de la villa Borghèse. Le doigt d'Énée, en s'enfonçant dans le mollet de son vieux père, creuse une dépression accidentée par des rides sèches et nombreuses qui trahissent bien l'état de la peau dans un âge avancé. Ce petit détail est très-heureux. Il serait à désirer que tous les artistes connussent ainsi non-seulement la superficie, mais aussi la texture et le jeu des organes et des membranes.

Parmi les chefs-d'œuvre dont Rome s'enorgueillit avec raison, brillent au premier rang la Transfiguration, de Raphaël, et la Communion de saint Jérôme, du Dominiquin, tableaux du musée du Vatican, que le pinceau des copistes et le burin du graveur ont mille fois reproduits. Pour ne pas être tout admiration devant ces œuvres capitales, il faut, me direz-vous, avoir été vomi par le Nord

MÉDECINE OPÉRATOIRE.

RELATION D'UN CAS D'OBLITÉRATION COMPLÈTE ET CONGÉNITALE DU VAGIN, AVEC IMPERFORATION DU COL DE LA MATRICE; RÉTABLISSEMENT DU CANAL DU VAGIN ET DE L'ORIFICE UTÉRIN; MARIAGE; GROSSESSE; ACCOUCHEMENT A TERME; ÉCLAMPSIE; APPLICATION DU FORCEPS; ENFANT MORT; MÉTRO-PÉRITONITE CHEZ LA MÈRE QUI MEURT LE DIXIÈME JOUR; par M. le docteur DEBROU, chirurgien de l'Hôtel-Dieu d'Orléans, membre correspondant de l'Académie de médecine et de la Société de chirurgie de Paris.

Dans ce titre un peu long, j'ai mis à dessein le résumé de mon observation, afin d'engager à lire dans son entier le récit qui va suivre. J'ai cru utile de la publier comme devant servir à résoudre les deux questions suivantes (1) :

Faut-il opérer les filles pubères qui ont une oblitération complète du vagin avec imperforation de la matrice?

Cette opération étant faite et ayant réussi, peut-on permettre le mariage avec l'espérance d'une parturition qui ne sera funeste ni pour la mère ni pour l'enfant?

La première de ces deux questions, quoique controversée, est peut-être déjà résolue; mais sur la seconde l'expérience n'a encore jamais parlé, et je pense que l'on me pardonnera d'exposer avec de longs et minutieux détails le fait unique que la science possède sur ce sujet.

OBS. — La jeune L..., âgée de 19 ans, d'une taille moyenne, ayant les cheveux châtains, les seins, la poitrine et les hanches bien développés, avait joui jusqu'à 17 ans d'une bonne santé. A cette époque, elle commença à éprouver tous les mois, dans le siége, les reins et les cuisses, pendant plusieurs jours, des douleurs semblables à celles qui annoncent l'établissement de la menstruation. Les règles ne parurent point cependant, et le malaise général ainsi que les douleurs augmentèrent graduellement à chaque époque, jusqu'à l'âge de 19 ans. Alors elle me fit demander à la campagne où elle habite pour remédier aux accidents qu'elle éprouvait. Je me bornai à conseiller des sangsues, des sinapismes aux cuisses et des bains de siége aromatiques.

Trois mois plus tard elle vint me voir à Orléans, et m'apprit que ses règles n'avaient point paru. Depuis ces trois derniers mois, elle avait souffert beaucoup plus qu'auparavant; elle avait eu, à chaque époque de molimen menstruel, des douleurs atroces, disait-elle, pendant plusieurs jours; et au lieu de reprendre sa santé habituelle dans les intervalles des mois, étant restée toujours souffrante, elle avait presque entièrement perdu le sommeil et l'appétit et maigri considérablement. Elle-même m'apprit qu'elle avait dans le ventre une grosseur dont elle s'était aperçue le matin du jour de sa visite.

J'examinai le ventre, et trouvai à l'endroit indiqué par la malade, c'est-à-dire sur le côté droit, une tumeur de forme ovalaire, du volume d'un gros œuf de poule, douloureuse au toucher et un peu roulante sous la main. En outre, l'hypogastre était rempli par une autre tuméfaction beaucoup plus étendue, remontant depuis le pubis jusqu'à deux travers de doigt au-dessous de l'ombilic. Cette seconde tuméfaction était régulièrement arrondie, légèrement douloureuse, ferme mais cependant un peu élastique. La petite tumeur située à droite était comme appliquée sur elle. La percussion donnait un son mat dans un rayon étendu depuis le pubis jusqu'à 3 pouces de l'ombilic. Je pensai alors que la tumeur hypogastrique était formée par les règles qui n'avaient pu trouver issue par la vulve, et que celle plus petite qui était dans le flanc droit était probablement faite par l'ovaire distendu par du sang. Afin d'établir mon opinion, je demandai à examiner les parties génitales externes.

Le pubis était couvert de poils abondants. La vulve était munie d'un clitoris, de grandes lèvres et de petites lèvres, celles-ci à la vérité peu développées. Entre les nymphes, le clitoris et la fourchette qui était un peu bridée par un repli muqueux transversal, on voyait une légère dépression sans ouverture, qui tenait lieu de l'entrée du vagin. L'orifice de l'urètre, placé comme à l'ordinaire, admettait aisément une sonde qui se dirigea fortement en avant contre le pubis, pour s'engager jusque dans la vessie. L'espace compris entre la fourchette et l'anus, c'est-à-dire le périnée proprement dit, avait 2 pouces d'étendue.

En portant un doigt dans le rectum, on sentait à 2 pouces au-dessus du sphincter une tumeur résistante, arrondie, ayant en bas le volume d'une grosse noix et s'élargissant bientôt pour acquérir de grandes dimensions. Cette tumeur correspondait à la tuméfaction hypogastrique signalée plus haut. Le rectum, au lieu de se porter d'abord en avant par une courbure régulière, se dirigeait presque de suite en arrière. Enfin, en plaçant le doigt indicateur gauche dans l'intestin, pendant que je maintenais une algalie de femme dans l'urètre et la vessie, et, faisant effort pour rapprocher l'algalie de mon doigt, je reconnus qu'ils étaient séparés par un intervalle de 3 à 4 lignes d'épaisseur, formé d'une substance ferme et difficile à déprimer.

Cet examen me fit penser : 1° que la tumeur de l'hypogastre était faite par l'utérus distendu par le sang des règles qui n'avait pu trouver issue; 2° que la petite tumeur mobile sur le côté de la première, dans le flanc droit, était due à l'ovaire ou à la trompe distendus aussi par du sang, et peut-être prêts à se rompre dans le péritoine; 3° que le vagin manquait en totalité ou en presque totalité, et qu'il était remplacé par du tissu fibreux; 4° enfin que si l'on voulait enlever la malade à une mort inévitable, il fallait traverser le tissu fibreux intermédiaire à la vulve et au col utérin; que par conséquent on devait se décider à une opération, un peu incertaine dans son résultat sans doute, mais nécessaire et tentée plusieurs fois avec succès.

Je fis examiner cette jeune fille par M. Vallet, chirurgien en chef de l'Hôtel-Dieu d'Orléans, afin de m'aider de son avis et de ses lumières. Son avis étant en tout conforme au mien, nous nous décidâmes à opérer et à le faire sans retard, parce que la malade se trouvait à un moment qui correspondait à une époque menstruelle.

Le lendemain 22 février 1847, nous nous rendîmes au domicile de la malade, à deux lieues d'Orléans, et nous opérâmes de la manière suivante : la jeune fille étant située sur le bord de son lit, les cuisses écartées et soutenues, comme pour une opération de lithotritie, je commençai par vider la vessie. Je voulus laisser l'algalie en place, en la faisant tenir; mais comme elle m'eût gêné pendant l'opération, à cause de l'obliquité de l'urètre qui forçait le pavillon à descendre fortement en arrière au devant de la vulve, je renonçai à ce secours, et

(1) J'avais envoyé cette observation à l'Académie de médecine à la fin de l'année 1849. L'Académie, suivant l'usage, a nommé une commission pour lui rendre compte de mon travail; mais suivant un autre usage assez généralement suivi, la commission ne s'en est pas encore occupée. J'ai écrit, il y a un mois, au membre de l'Académie qui a été chargé de faire le rapport, en lui demandant s'il était disposé à le faire prochainement. Ce chirurgien (qui a occupé quelques années avant moi les fonctions de prosecteur à la Faculté de médecine) ne m'a pas jugé digne d'une réponse; et comme il est possible qu'il ne juge pas non plus mon petit travail comme étant digne d'un rapport, j'ai pris le parti de le présenter moi-même au public.

---

avec les hordes de Vandales, il faut compter parmi les enfants incultes de la Béotie; mais nous avons heureusement pris nos précautions d'avance.

Le saint Jérôme du Dominiquin est admirable : l'auguste vieillard, arrivé au dernier terme de la décrépitude, se fait soutenir à genoux pour recevoir le viatique. On sent que si les mains qui le serrent venaient à manquer, le corps s'affaisserait. C'est à peine si le saint, un instant ranimé par l'acte solennel qu'il va accomplir, trouve la force d'élever ses yeux vers l'hostie que l'évêque tient entre ses doigts. Voici quelques petites taches. Le genou du saint a une étendue, des méplats, des bosses et des sillons qui n'ont pas leur raison d'être dans l'anatomie normale. Quoique réduit à une extrême maigreur, qui non-seulement a détruit le tissu cellulo-graisseux, mais a amené l'atrophie des muscles, de sorte que le relief des os se fait voir presque partout, saint Jérôme conserve un deltoïde si nourri et si puissant que Milon de Crotone s'en fût contenté quand le chêne étreignait ses membres débiles. Ce muscle ample et charnu, sur un corps squelettique, est du plus criant effet.

Enfin il existe dans ce tableau une grosse erreur, disons-le, une énorme sottise, qui, lorsque l'analyse succède à l'admiration, enlève à cette scène son charme austère, et mêle des idées d'acrobate et de tours de force aux pensées graves qui devraient seules occuper et remplir l'esprit. Le poids du corps de saint Jérôme à genoux, soutenu et non porté par un assistant, tombe tout entier sur les talons, contre lesquels s'appuie le bassin. Or le bout du genou du saint repose seul sur une marche de l'autel, de sorte que le corps se trouve suspendu en l'air d'une façon tout aussi merveilleuse que dans les séances magiques de Robert Houdin.

Dans la Transfiguration, de Raphaël, l'un des personnages qui attirent le plus l'attention, c'est l'enfant démonomaniaque dont la figure grimace et dont les membres se roidissent et se tordent convulsivement. Cet enfant est représenté avec l'habitude extérieure d'un vigoureux athlète. Des membres volumineux sont fortement bossués par les contractions de muscles épais; chez lui, on voit que tout est muscles, et que l'ampleur des formes dépend de la profusion de la chair musculaire, et non pas du tissu cellulo-graisseux. Or, à 9 ou 10 ans, ce tempérament ne s'observe pas; on ne le trouve que sur l'athlète adulte. Raphaël s'est évidemment mépris : il a peint le développement musculaire permanent, au lieu de la contraction convulsive momentanée. Cette erreur est choquante dans une composition réputée irréprochable. Nous préférons de beaucoup l'enfant exorcisé de la fameuse fresque du Dominiquin, dans le couvent de Grotta-Ferrata, près de Frascati. Ce n'est plus un athlète, mais un grêle enfant, nerveux, amaigri par la maladie, pâle et souffreteux, dont le corps se roidit et dont la face se convulsionne sous un spasme passager.

Les anges bouffis, les amours roses, tous les petits enfants deviennent des monstres sous le pinceau et le ciseau des artistes; ils en font de véritables lipômes ambulants. Leurs joues ont l'air d'abcès qui vont crever; leur ventre proéminent fait prononcer le mot ascite; leurs jambes rappellent l'éléphantiasis des Arabes; leurs bras tombent par étages comme un menton obèse; leurs pieds et leurs mains ressemblent à des vessies de porc gonflées. Le croupion plumé d'une poularde du Mans passée grasse n'est pas plus informe que ces affreuses boules de saindoux qu'on appelle anges ou amours. Parmi cent exemples qui affluent dans notre souvenir, citons les anges qui soutiennent les grands bénitiers, à droite et à gauche, en entrant à Saint-Pierre. L'antiquité n'a pas

me bornai à placer mon indicateur gauche dans le rectum, afin de sentir et d'éviter cet intestin. Les petites lèvres étant écartées, je pénétrai avec la pointe d'un bistouri à lame courte, au centre de l'espace compris entre la fourchette et l'urètre. Le tissu que je rencontrai était résistant et fibreux. Je le divisai graduellement, à petits coups, débridant de temps en temps sur les côtés avec un bistouri boutonné, et explorant avec le doigt le fond de la plaie. Arrivé à plus d'un pouce de profondeur, j'avais espéré trouver des tissus moins durs ou une cavité, comme cela s'est rencontré plusieurs fois en des opérations semblables, et j'essayai de me faire jour avec l'ongle et le manche du bistouri. Mais les tissus étant toujours très-fermes, je fus obligé de revenir à l'instrument et de diviser avec sa pointe pendant plusieurs lignes encore, jusqu'à ce que parvenu à 2 pouces environ, je crus sentir au fond de la plaie et avec mon doigt un corps solide et arrondi. J'employai l'ongle et le bec d'une grosse sonde cannelée à écarter les couches profondes, et je pus enfin dégarnir assez complétement cette saillie, située à 2 pouces et demi de la vulve. Il s'était écoulé peu de sang. Nous nous appliquâmes à reconnaître ce qu'était cette saillie au fond de la plaie, et en explorant par le rectum, en imprimant des mouvements à la tumeur hypogastrique, nous acquîmes la certitude que c'était une portion de l'utérus, le col probablement, puisque nous étions dans sa direction. S'il en était ainsi, nous avions espéré que les règles allaient s'échapper; il n'en fut rien, même en pressant sur l'hypogastre, et il fut impossible avec le bout du doigt, d'une sonde ou un stylet, de trouver l'orifice du col. Je crus reconnaître seulement un point plus aminci, situé en travers, et qui pouvait être l'orifice fermé du museau de tanche. Dans tous les cas, le parti que nous avions à prendre était de percer la tumeur en ce point pour pénétrer jusque dans l'utérus. Je glissai donc sur mon doigt un bistouri étroit, garni de linge près du talon, et arrivé sur la tumeur, j'y enfonçai la pointe comme avec un trocart. La résistance ne fut pas très-grande, et aussitôt un peu de sang coagulé s'échappa sur mon doigt. J'introduisis une algalie de femme à la place du bistouri, et une plus grande quantité de sang sortit par la sonde. Néanmoins l'ouverture me paraissant trop petite, je l'agrandis en travers avec un bistouri boutonné conduit sur une sonde cannelée. Le tissu divisé cria assez fortement sous le bistouri. J'obtins ainsi un orifice de 5 ou 6 lignes, par lequel sortit une très-grande quantité de sang demi-coagulé, semblable à du chocolat épais, ou mieux à de la gelée de groseille un peu liquide. Ce sang, qui était d'une couleur très-foncée, peut être évalué à un peu plus de deux grands verres. Une partie, qui fut conservée dans une assiette, était le lendemain d'un rouge plus clair, et coagulée comme le sang d'une saignée avec cette différence qu'elle offrait très-peu de sérum.

L'ouverture faite à l'utérus était assez large pour admettre mon doigt indicateur, et je pus, en introduisant celui-ci après l'écoulement du sang, reconnaître une cavité très-ample, dont les parois étaient extrêmement lisses et comme enduites d'une couche de vernis. Il me fut facile de constater aussi, en portant l'un de mes doigts dans la matrice et un autre dans le rectum, que la paroi de l'utérus était très-amincie; ce qui doit faire admettre que *la matrice ne subit point dans la distension mécanique causée par l'accumulation des règles, l'épaississement des parois* que l'on sait exister lorsqu'elle est remplie par le produit de la conception.

La malade fut de suite soulagée par la sortie du sang. La tumeur hypogastrique diminua beaucoup de volume, et on trouva immédiatement un son clair à la percussion, à partir de trois travers de doigt au-dessus du pubis. La tumeur plus petite, et attribuable à l'ovaire ou la trompe, était devenue moins sensible et plus profonde.

Nous constatâmes que ni l'urètre, ni la vessie, ni le rectum n'avaient été intéressés. Une couche de tissus de 2 ou 3 lignes d'épaisseur séparait la cavité de l'intestin du trajet creusé par le bistouri.

Je fis trois injections portées jusque dans la matrice même avec peu de force. J'introduisis une longue mèche de charpie à travers le nouveau vagin, et pénétrant dans la matrice, j'accumulai de la charpie dans le vagin sur les côtés de la mèche, et le tout fut assujetti par un bandage approprié. (Diète absolue; tisane d'orge et de chiendent.)

Le lendemain 23 février, la malade a souffert beaucoup pendant la nuit de coliques et de douleurs dans les reins. L'hypogastre douloureux a repris du volume, quoique bien moins qu'avant l'opération. La malade a uriné la veille et de nouveau dans la matinée du 23. Je retire la mèche et la charpie, et il s'échappe un liquide rougeâtre mêlé de caillots, ce qui soulage beaucoup la malade. Il n'y a eu ni nausées ni vomissement. La fièvre est forte. Le pouls plein et tendu donne 123 pulsations. (Deux injections d'eau de mauve dans l'utérus; même pansement que la veille; cataplasme sur le ventre. J'aurais prescrit un bain s'il avait été possible de le prendre d'une manière commode chez ces gens de campagne.)

Le mercredi 24, la fièvre est plus forte. Pouls à 135, visage très-animé. La malade a éprouvé de vives douleurs à l'hypogastre, les aines, les reins et des efforts de pression sur le siége. Envies d'uriner fréquentes et douloureuses; hypogastre tendu, sensible au toucher. Le globe de l'utérus est facilement appréciable, quoique la percussion donne un son clair assez bas, à cause de la présence des gaz dans l'intestin. La mèche était presque sortie. (Deux injections dans la matrice. Je substitue à la mèche une sonde de gomme élastique du n° 8, portée jusque dans l'utérus. Saignée de trois palettes; diète absolue; cataplasme; lavement avec 30 grammes de miel mercuriel.)

Jeudi 25. Le sang retiré du bras la veille est légèrement couenneux. La malade a beaucoup moins souffert et a dormi trois heures. La peau est humide; pouls à 110. Le lavement a procuré une garde-robe. Le ventre donne un son clair presque jusqu'au pubis. Il peut être palpé partout sans douleur, excepté à droite où on sent profondément la petite tumeur. Le toucher par le rectum fait connaître que l'utérus est beaucoup revenu sur lui-même. Les grandes et les petites lèvres ne présentent point de gonflement pas plus que les jours précédents. (Deux injections par la sonde qui est restée en place; cataplasme; bouillons.)

Vendredi 26. La malade a dormi presque toute la nuit et a très-peu souffert. Le ventre est partout indolent, si ce n'est à droite. Pouls à 95. (Un potage et deux bouillons; lavement huileux.)

Du 1[er] au 5 mars, la malade a recouvré le sommeil et l'appétit qu'elle avait perdus depuis deux mois. Elle fait deux légers repas par jour. L'hypogastre, quoique insensible, présente encore un développement marqué de l'utérus. Depuis le 26 février, j'avais quelquefois supprimé la sonde portée dans la matrice pour ne placer qu'une éponge dans le vagin. J'introduisis de nouveau la sonde le 5 mars et de la charpie sur ses côtés.

18 mars. Je constate que l'ouverture faite à l'utérus ne peut plus admettre le bout de mon doigt et embrasse exactement une sonde n° 8, laquelle pénètre à 2 pouces et demi au delà de l'ouverture du col. Cette dernière circonstance indique que la cavité de l'utérus est encore loin d'être effacée. Il ne s'écoule presque plus de suppuration du vagin, et un liquide rougeâtre, mêlé de mucosités blanches, sort de l'utérus. Je suspends l'usage de la sonde introduite dans la matrice, et me borne à dilater le vagin qui est assez large et offre au moins 3 pouces de hauteur. Cette élongation est due, sans aucun doute, à ce que la matrice, en revenant sur elle-même, s'est éloignée du périnée. La malade se lève depuis quatre jours.

20 mars. De légères coliques, des douleurs de reins, des pesanteurs sur le siége, annoncèrent une tendance à l'apparition des règles, tendance que je voulus aider par des bains de pieds et des sinapismes. Les règles ne parurent pas, et le 24 tous les prodromes d'un molimen menstruel avaient cessé. Je replaçai dans l'utérus une sonde, qui y fut maintenue jusqu'au 28.

Pendant le mois d'avril, je revis moins assidûment la malade. J'abandonnai tout à fait l'usage de la sonde portée jusque dans la matrice, et me contentai d'entretenir la dilatation du vagin, au moyen d'une éponge préparée, enveloppée d'une toile fine, qu'une sœur de la malade introduisait chaque matin en la renouvelant. La santé se conserva d'ailleurs très-bonne et il ne survint aucun

---

toujours su éviter ces défauts. L'Hercule enfant, bronze du Capitole, n'est qu'un petit éléphantiasique, infiltré, lymphatique. On ne comprend pas que d'une pareille nature, si gorgée de sucs blancs, ait pu surgir Alcide aux sept travaux.

Les anciens ont été beaucoup plus heureux dans leurs représentations d'Hercule adulte. L'Hercule Farnèse, trouvé dans les Thermes de Caracalla et figurant aujourd'hui à Naples, est une large carcasse revêtue d'une puissante musculation, et terminé par une très-petite tête surmontant un torse colossal et d'amples épaules. C'est bien là ce triste héros, chez lequel la vie végétative s'était développée aux dépens de l'intelligence. Ce front bas, cette physionomie où se reflètent des instincts grossiers, appartiennent certes à ce ridicule demi-dieu qui filait comme une vieille femme aux pieds d'Omphale, et qui, jouet des caprices dédaigneux d'un prince, vidait le fumier des écuries et curait les marécages insalubres.

L'Hercule Farnèse est loin d'être le seul qui représente Alcide sous de pareils traits; il peut seulement être considéré comme le modèle du genre. Au musée du Capitole, on voit un Hercule, en bronze doré, dont la tête est si petite et le cou tellement musculeux que l'extrémité cervicale ne forme presque pas saillie sur le cylindre qui la rattache aux épaules.

Parmi les grands maîtres qui ont le mieux étudié l'anatomie, nous devons tout d'abord citer Michel-Ange Buonaroti. Les marbres taillés par ce génie prodigieux, les fresques de la chapelle Sixtine et même de la chapelle Pauline, en sont des preuves incontestables. Mais les connaissances anatomiques de Michel-Ange l'ont presque toujours conduit à une affectation qui blesse les yeux d'un médecin; il met tous les muscles en mouvement, et fait saillir en même temps ceux qui concourent à la flexion, à l'extension, à la rotation, à l'adduction, à l'abduction. Il semble oublier que leur jeu alternatif, c'est-à-dire la contraction des uns, tandis que les autres se reposent, est nécessaire pour que les mouvements s'exécutent. En un mot, si l'anatomie de Michel-Ange est irréprochable, sa physiologie pèche souvent. Cette exhibition, cette véritable exposition de muscles est surtout flagrante dans ses deux statuettes d'Hercule couché, à l'Académie romaine de Saint-Marc. Le Satyre mourant, oublié dans une antichambre du palais Barberini, marbre plein de l'expression la plus douloureuse et la plus vraie, est déparé par des saillies musculaires abdominales qui sortent des limites du possible.

Devant le Moïse de Michel-Ange, à Saint-Pierre-in-Vincoli, nous avons été terrifié d'admiration. Un génie dominateur brille sur les traits vivants de cette figure de marbre; on s'incline, on se courbe devant le grand législateur, devant le grand capitaine; et quand le soleil couchant dore le marbre se détachant sur les ombres des arceaux, on croit que le héros va se lever, les rayons de feu sur la tête et les tables de la loi à la main; on assiste à la scène terrible du Sinaï, et un frisson parcourt le corps immobile du spectateur. A Saint-Pierre, après m'être complu à avoir peur quelques instants des deux célèbres lions de Canova (tombeau de Clément XIII), j'allai fourrer ma main dans leur gueule menaçante, entre leurs dents terribles; mais toujours j'ai admiré à distance le Moïse; toucher sa barbe vénérable m'eût paru une insulte téméraire, une impiété, une profanation.

De l'habitude extérieure, passons aux organes mêmes. Ici les monstruosités

accident. Les prodromes de l'époque menstruelle manquèrent au temps habituel, qui était du 20 au 24 de chaque mois.

Le 26 avril, voulant examiner les parties, je portai un *speculum ani* dans le vagin, et reconnus, à un pouce de profondeur environ, une bride circulaire qui empêcha de voir le col de l'utérus. Je coupai cette bride à l'aide d'un bistouri boutonné et en plusieurs sens; je déchirai en outre avec le doigt et une sonde cannelée plusieurs autres brides profondes, et je refis un canal qui pût admettre mon doigt indicateur entier. Mais je ne pus apercevoir l'orifice pratiqué à l'utérus. Il ne survint, le lendemain et les jours suivants, aucun accident consécutif à cette petite opération.

Huit jours après, l'éponge préparée, que l'on plaçait chaque matin pour dilater le vagin, fut chassée par du sang qui sortit assez abondamment, en partie liquide et en partie formé de caillots. C'étaient les règles qui paraissaient spontanément pour la première fois de la vie, chez cette jeune fille, et qui coulèrent les 4, 5 et 6 mai.

Je n'étais cependant pas au bout des difficultés que j'avais à surmonter. Averti par ce qui venait de se passer et par le rétrécissement de la partie supérieure du vagin, que j'attribuai à un défaut de soins dans le pansement, j'obtins de la malade qu'elle vînt demeurer près de moi à Orléans; et dès le 7 mai je recommençai à dilater le vagin, ayant pour but de conserver ce qui était acquis, c'est-à dire un canal assez long et assez large pour introduire le doigt indicateur. Je cherchai inutilement à retrouver l'ouverture de la matrice, et je renonçai à regret à porter une sonde dans l'utérus. Je me bornai donc à tamponner le vagin tous les jours, soit avec des boulettes de charpie soit avec de l'éponge préparée. Le 5 juillet, la malade voulant retourner chez elle, je lui remis un petit cylindre de buis, creusé d'un canal intérieur, ayant la longueur et le volume du doigt, et je recommandai à la jeune fille de le porter dans le vagin, en le soutenant au moyen d'un bandage approprié.

Cependant les règles manquèrent en juin, juillet et aux mois suivants. Je fus demandé au mois de mars 1848 pour des accidents semblables à ceux qui avaient nécessité la première opération. L'utérus était de nouveau très-distendu, et on sentait même dans le flanc droit la petite tumeur formée par l'ovaire. Il était évident qu'une nouvelle ponction de l'utérus devenait indispensable; mais comme le vagin avait conservé des dimensions très-suffisantes, je regardai l'incision de l'utérus comme étant une chose simple, exempte d'accidents, et je pensai qu'il serait enfin possible de rendre permanente l'ouverture du col.

Les choses se passèrent en effet ainsi. Le 29 mars je pratiquai une nouvelle ponction au fond du vagin reconstruit; puis, comme la première fois, j'agrandis l'ouverture avec un bistouri boutonné. Il s'écoula un peu moins de sang que l'année précédente. Aucun accident ne survint. Il y eut à peine un peu de fièvre, et la malade put se lever au bout de quatre jours. Cette fois, n'ayant plus à m'occuper du conduit vaginal qui avait repris près de 3 pouces de longueur, par suite du retrait de l'utérus, après l'évacuation du sang, je portai tous mes soins sur l'incision de la matrice. Je me servis pour l'entretenir d'une canule de rectum que je changeai tous les jours, et au moyen de laquelle je fis des injections émollientes et aromatiques pour nettoyer et déterger la cavité utérine.

Les règles manquèrent en avril, mais elles parurent le 20 mai après trois jours de prodromes, et à partir de cette époque elles n'ont pas cessé d'avoir lieu tous les mois, coulant pendant trois jours, et s'annonçant par de la courbature et de légères douleurs de reins, ainsi que cela a lieu chez la plupart des femmes. L'appétit, le sommeil et la gaieté revinrent bientôt, et avec eux l'embonpoint.

Conséquences de l'opération. — Au mois de décembre 1848, neuf mois après une guérison qui ne s'était point démentie, la jeune L..., alors âgée d'un peu plus de 20 ans, vint me voir pour me demander si elle était en état de se marier. J'avais considéré le mariage comme réalisable un jour, et je l'avais dit aux parents de la jeune fille; mais j'avoue que cette demande me prit au dépourvu. Je crus apercevoir que si je ne prononçais pas une interdiction formelle, mais seulement une demi-défense, on passerait outre mon avis. Je répondis qu'il était prudent d'attendre encore avant de prendre un parti, et j'engageai les parents à revenir me voir, tout en ne me dissimulant pas que j'abandonnais ainsi à des circonstances indépendantes de moi, un événement que je désirais en le craignant un peu, mais qu'après tout je n'avais pas de motif suffisant pour empêcher d'une manière absolue. Un obstacle au mariage ne pouvait plus venir du côté du vagin, qui était capable de permettre la copulation. La possibilité d'une conception avec ses suites me préoccupait seule, et à cet égard, j'avais plutôt des appréhensions qu'une opinion réfléchie, car l'expérience qui aurait pu être ici le meilleur guide n'a pas encore, je crois, prononcé une seule fois sur un sujet pareil. S'il survenait une grossesse, sans doute le col de la matrice pourrait faire naître des difficultés au moment de l'accouchement; mais encore ces difficultés ne devaient pas être différentes de celles qui se sont rencontrées lorsque le col s'est fermé accidentellement après la conception, et l'expérience a déjà prononcé d'une manière favorable dans cette dernière circonstance.

Quoi qu'il en soit, il arriva que quatre mois plus tard, et sans me demander un nouvel avis, ainsi que nous en étions convenus, ma malade se maria. Je l'appris par hasard, un jour que j'allais la voir en passant par son village. C'était trois semaines après l'événement. J'eus le désir d'examiner les parties opérées, et voici le résultat de cette visite, qui eut lieu le 24 février 1849.

La jeune femme a pris de l'embonpoint et ses mammelles se sont remarquablement développées. Elle n'a éprouvé aucun retard, ni aucune diminution dans ses règles. Sa santé sous tous les rapports est excellente. Il s'écoule par la vulve un liquide muqueux, peu abondant, assez semblable aux flueurs blanches. Le vagin a un peu moins de 3 pouces de longueur; il est assez large pour permettre aisément l'entrée simultanée de deux doigts. Ses parois sont molles, souples, dépressibles et tapissées d'une membrane rosée analogue aux membranes muqueuses. Vers le haut sa largeur est un peu moindre qu'au milieu et près de la vulve. On sent au fond l'extrémité de l'utérus percée d'un trou, qui reçoit aisément le bout d'une algalie de femme. Cet orifice est circulaire, à bords durs et un peu ridés, on ne reconnaît pas une partie faisant saillie dans le vagin, comme le fait ordinairement le col utérin; à proprement parler, il n'y a ni col ni museau de tanche. Le fond du vagin, un peu plus étroit que le reste de sa longueur, s'attache circulairement autour de l'orifice. Le ventre, qui est ferme, donne un son clair jusqu'au niveau du pubis, et on ne peut sentir au toucher ni l'utérus ni la tumeur que j'ai supposé être formée par l'ovaire ou par une trompe. En explorant par le rectum, on sent un corps arrondi, ayant un peu plus de volume qu'un col utérin; le doigt n'atteint pas jusqu'au corps de l'utérus.

Il eût été trop tard pour blâmer la conclusion du mariage, et je déclarai que l'on avait bien fait de s'y décider. La jeune femme m'avoua que le mari avait eu quelques peines à accomplir les premières approches, mais que bientôt le résultat avait été satisfaisant. Je la quittai avec un mélange de craintes et d'espérances, et en réfléchissant aux conséquences qui pouvaient suivre. Elle me promit, si elle devenait enceinte, de m'en informer.

Elle oublia encore sa promesse, mais le désir qui me portait vers un fait pour moi si plein d'intérêt, m'attira chez elle à la fin d'avril, et j'appris alors qu'elle était enceinte depuis près de trois mois. Elle avait eu ses règles du 7 au 10 février; mariée le 12, elle devint enceinte immédiatement, ou au moins dans les jours qui suivirent. Ses règles, qui n'avaient point manqué depuis la dernière opération, ne reparurent plus.

Le temps de la grossesse se passa sans aucune circonstance remarquable. La santé de la jeune femme fut en général bonne. Il y eut des vomissements et des maux de cœur dans les premiers temps; mais rien de particulier dans le ventre, qui se développa régulièrement comme dans une grossesse ordinaire. Les mouvements de l'enfant se firent sentir à quatre mois et demi, et persistèrent jusqu'à la fin. Vers le mois d'août, sous l'influence d'une épidémie régnante de choléra, cette jeune femme eut une diarrhée qui dura trois mois, jusqu'au moment de son accouchement, et qui l'affaiblit d'une manière assez notable.

---

se multiplient, l'impossible et le ridicule semblent devenir la règle. *Risum teneatis, amici.*

Je n'ai guère reconnu la nature que dans un tableau de Salvator Rosa, au palais Corsini, représentant Prométhée attaché sur le roc et dévoré par le vautour. Des chaînes fixent la victime au rocher; sous cette étreinte, ses muscles convulsés s'épuisent en vains efforts; la bouche est béante et pousse des rugissements; les yeux se contractent avec horreur; tous les membres se crispent et tressaillent. Le vautour a enlevé à coups de bec toute la paroi antérieure du ventre, et les bords de l'affreuse plaie, déchiquetés en lambeaux, pendent comme des franges trempées dans le sang. Les entrailles palpitent pêle-mêle; le foie, tiré de l'abdomen, a glissé jusqu'entre les jambes; le vautour tient dans son bec une anse d'intestin, et semble jouer avec l'inépuisable aliment qui ne s'épuise dans son bec que pour renaître sous sa serre. Ajoutez, comme encadrement de la scène, le paysage sauvage et la couleur fantastique de Salvator Rosa, et vous comprendrez que les hommes frémissent devant cette éternelle douleur rendue si énergiquement, et que les femmes effrayées ferment les yeux ou s'enfuient en pâlissant.

Il est évident que le rude Salvator Rosa a étudié les entrailles d'un cadavre ouvert, mais il n'a pas poussé assez loin son ébauche d'après nature, car si de l'ensemble on passe aux détails, on s'aperçoit, malgré la mauvaise position du tableau, noirci d'ailleurs par l'âge, que certains organes ne sont pas bien fidèlement rendus; l'intestin grêle, entre autres, est si mince et surtout si finement tortillé sur lui-même, qu'on le prendrait plutôt pour un intestin de poulet que pour des entrailles humaines.

On admire au Vatican le Martyre de saint Érasme de N. Poussin, tableau d'un coloris général beaucoup trop violacé. La scène représentée est hideuse. Le saint est couché sur le dos; par une courte incision, pratiquée dans la direction de la ligne blanche, le bourreau tire l'intestin, qu'on enroule un peu plus loin sur un treuil. Sa main, appuyée sur la plaie, ne laisse passer l'intestin qu'entre le pouce et l'index, comme s'il craignait que toute la masse ne s'échappât en bloc; de l'autre main, l'exécuteur fait délicatement sortir, comme s'il dévidait un peloton de ficelle, un intestin bien net, sans fronçures, sans franges mésentériques. Le grand peintre ne savait donc pas que le tube intestinal n'est pas libre dans l'abdomen, et que, sans avoir incisé le long de la partie adhérente, on ne peut ni l'extraire sans effort, ni obtenir un tube régulier.

Chacun a lu le récit lamentable de la mort de Sénèque. Néron ordonne qu'on ouvre les veines de son précepteur; Pauline veut mourir avec son vieil époux. Mais la mort est trop lente, et Sénèque demande à l'eau tiède du bain d'activer l'écoulement d'un sang paresseux. L'agonie se fait encore attendre, et Sénèque se fait transporter sur un fourneau chauffé. Si j'ai bonne mémoire, l'histoire dit que le noble vieillard ne put trouver un terme à ses souffrances qu'en se faisant verser le poison par une main amie.

Certes, nous concevons ces lenteurs de la mort, et nous comprenons que Sénèque dût longtemps savourer l'agonie (pour me servir du mot de son parent Pison, qui subit le même sort peu de jours après), si l'exécuteur a été aussi malhabile qu'on pourrait le croire d'après le tableau de Michel-Ange de Caravage, dans la galerie Corsini.

Sénèque est debout dans un bain et n'a pas de l'eau jusqu'à la ceinture; sin-

ACCOUCHEMENT. — Le travail de la parturition eut lieu le 2 novembre 1849, deux cent soixante-deux jours, ou autrement neuf mois moins onze jours après le jour du mariage. Je m'étais réservé le droit de faire l'accouchement; je fus demandé, et j'arrivai près de la malade à midi. Les douleurs avaient commencé à cinq heures du matin. La journée de la veille et la nuit s'étaient passées comme à l'ordinaire.

A mon arrivée, la matrice touchée au fond du vagin présentait une ouverture de la largeur d'un centimètre, à travers laquelle un peu de liquide amniotique s'était écoulé. La tête, que je pus reconnaître, était descendue dans l'excavation du petit bassin. Les douleurs se suivaient régulièrement toutes les quatre ou cinq minutes, et portaient à la fois sur les reins et sur le siége. Tout me faisait présager une issue favorable, et j'attendis, non sans anxiété, mais avec confiance dans les ressources de la nature.

A une heure, l'ouverture de la matrice (je n'ose pas dire le col) ayant les dimensions d'une pièce de un franc, je pus y introduire mon doigt et reconnaître une présentation de la tête en deuxième position. Le pourtour de l'orifice utérin était ferme et tendu, quoique mince. Je le débridai avec un bistouri boutonné porté sur mon doigt, en plusieurs sens, mais seulement sur les côtés, afin de ménager le rectum et la vessie.

La dilatation n'en devint pas beaucoup plus rapide. A trois heures, elle avait acquis la largeur d'une pièce de 2 francs. Les douleurs ne diminuaient ni en force ni en fréquence. Je fis deux nouveaux débridements, l'un qui porta sur une sorte de bride ou demi-valvule intérieure, incluse en dedans de l'orifice. Ces débridements furent peu étendus, comme ceux que j'avais faits d'abord, par la raison que l'utérus manquant de col et de lèvres (ainsi que je l'ai déjà exposé plus haut), et le vagin s'insérant circulairement autour de son orifice, je craignais, en agrandissant trop mes incisions, de léser des parties importantes. Néanmoins, je trouvai assez de liberté pour introduire mon doigt dans l'utérus, et parcourir librement sa cavité, entre sa paroi la plus avancée et la tête du fœtus.

A cinq heures, la dilatation équivalait à la largeur d'une pièce de 6 livres, et le cuir chevelu faisant saillie à travers elle formait une légère bosse sanguine dans le vagin. Les douleurs, moins intermittentes et plus continues portaient moins. La jeune femme se disait très-faible et commençait à perdre courage. Dès mon arrivée, je lui avais fait prendre du bouillon à plusieurs reprises, parce qu'elle n'avait pas mangé depuis la veille. Je commençai à avoir des inquiétudes, et à craindre que la mère n'eût pas assez de forces pour accoucher naturellement.

A six heures moins un quart, la malade se plaignit d'une vive douleur de tête (qu'elle n'avait pas encore sentie jusque-là), et à l'instant même tomba dans un accès d'éclampsie : tête renversée en arrière, grincement des dents et des mâchoires, perte de connaissance, pouls très-petit et très-rapide, peau froide. J'ouvris la veine du bras et retirai environ 2 onces de sang. J'envoyai chercher de la farine de moutarde, et prier un médecin résidant dans le village, M. Regnault, de venir m'assister. La malade revint à elle au bout de trois minutes et se plaignit d'un resserrement à l'épigastre et d'une violente douleur de tête. J'appliquai un sinapisme au creux de l'estomac. Un quart d'heure après le premier accès, un second, en tout semblable et de même durée, survint. M. Regnault était arrivé. L'accès étant fini, j'appliquai immédiatement le forceps sur la tête, qui était à peine engagée dans le détroit inférieur. L'introduction des cuillers n'offrit point de difficulté; je les plaçai rapidement, et je terminai, en me hâtant un peu, dans la crainte d'un nouvel accès, et ne me hâtant pas trop pour ménager des parties si peu préparées au passage d'une tête d'enfant grossie par un forceps. Tout cela néanmoins fut assez rapide.

L'enfant était mort et ne put être ranimé. Je pense qu'il a succombé pendant les accès d'éclampsie, car la mère l'avait senti remuer plusieurs fois pendant le travail. L'arrière-faix sortit presque de lui-même, au bout de vingt minutes. Il n'offrait rien de particulier. La mère fut satisfaite de se voir délivrée. Elle conserva de l'étonnement, un peu d'incohérence dans les idées; mais aucun nouvel accès d'éclampsie ne survint, et dans la soirée elle avait repris toute sa raison.

L'enfant, de sexe féminin, pesait 2,000 grammes, et avait 0m,50 de longueur. Il avait des cheveux, des ongles formés jusqu'au bout des doigts et tous les signes d'un enfant à terme. Il était chaud, avait la peau fraîche et le visage seulement violacé. La circonférence de la tête, mesurée par une ligne passant autour de l'occiput et des bosses frontales, donnait 0m,33; la circonférence passant par l'occiput et le menton donnait 0m,36. Il eût été intéressant de constater dans quel état se trouvaient la vulve, le vagin et la matrice, parties qui pouvaient avoir le même vice de conformation que celles de la mère. J'ai négligé cette recherche.

Je n'ai point indiqué dans la description du travail l'état de la poche des eaux. Je ne trouvai point cette poche, et il faut admettre que les membranes étaient rompues avant mon arrivée.

J'ai omis de parler aussi, mais ceci est une omission, de la disposition du bassin chez la mère. Il m'a paru bien développé dans toutes ses parties. Je regrette de ne pouvoir donner ses dimensions.

Le lendemain de l'accouchement, 3 novembre, je revis la malade de bonne heure. Elle avait assez bien dormi, n'avait eu ni délire, ni stupeur, ni mal de tête, mais conservait encore une sorte d'étonnement. La matrice, remontant jusqu'au niveau de l'ombilic, faisait éprouver une légère douleur à la pression. Le reste du ventre n'était point douloureux. Les urines étaient gardées dans la vessie, et je fus obligé de pratiquer le cathétérisme. J'examinai attentivement les parties extérieures de la génération. Les grandes lèvres étaient un peu gonflées. *Le périnée avait subi une déchirure de 1 pouce environ; mais un bon pouce restait intact au devant de l'anus.* J'introduisis mon doigt dans le rectum, et *je constatai l'intégrité complète de la cloison recto-vaginale.* J'appliquai un cataplasme sur le ventre, conseillai une tisane d'orge et de chiendent et permis trois bouillons pour la journée.

Le dimanche 4 novembre, le sommeil a été interrompu. Le ventre est douloureux dans la région de la matrice, qui remonte encore jusqu'à l'ombilic. Les écoulements par la vulve sont diminués. Le pouls, fréquent et vif, donne 120 battements. Je fis appliquer 20 sangsues sur le bas-ventre, supprimai le bouillon et fis poser de la moutarde aux cuisses.

Le lundi 5, la malade a dormi et n'éprouve aucune douleur dans le ventre; la pression seule en fait naître un peu. L'utérus a diminué de volume, les lochies sont plus abondantes, le pouls est à 100 pulsations. L'état moral est très-bon. La malade a uriné seule à plusieurs reprises. (Cataplasmes de graine de lin sur le ventre; deux bouillons.)

Le mardi 6, il y a eu cinq heures de sommeil. La malade a uriné seule; le pouls est à 90. Ventre tout à fait indolent, lochies assez abondantes. Les seins ne sont pas encore gonflés. (Cataplasmes; 3 bouillons.)

Mercredi 7, état meilleur encore que la veille; pouls à 80. L'utérus est descendu à trois travers de doigt au-dessous de l'ombilic. La malade a uriné et a eu une garde-robe. Elle demande à manger. Je permets deux très-légers potages et un bouillon; cataplasme sur le ventre. Je constatai de nouveau, *en portant un doigt dans le rectum et un autre dans le vagin, que la paroi recto-vaginale était intacte.*

Le soir de ce jour, à dix heures, la malade fut prise d'une très-violente colique, sans que j'aie pu savoir si une imprudence avait été commise. La femme qui était près d'elle me dit qu'elle avait pris son second potage, qui était très-léger, à quatre heures, qu'elle s'était endormie vers le soir, et qu'à dix heures elle fut réveillée par une très-forte douleur. Des douleurs eurent lieu pendant toute la nuit, et à mon extrême regret, au lieu de m'envoyer chercher, on eut la patience d'attendre jusqu'au lendemain ma présence.

Jeudi 8. Je n'arrivai qu'à midi, me confiant dans l'état satisfaisant que j'avais vu la veille. Je trouvai la malade avec un teint animé, et un pouls plein, tendu, à 135 pulsations. Les lochies étaient supprimées, le ventre tendu, ballonné, douloureux dans toute son étendue. L'utérus remontait au-dessus de l'ombilic. Je fus obligé de pratiquer le cathétérisme de la vessie. La malade et les assistants m'assurèrent qu'il n'y avait point eu de frisson. Je n'osai point faire une

---

gulière manière de faire couler les piqûres des extrémités pelviennes! Rester debout quand les quatre membres saignent en plusieurs endroits, nous paraît un grand tour de force. Le membre thoracique droit est en évidence, il a subi trois coups de lancette, et de l'une des incisions le sang jaillit au loin en jet volumineux. Mais c'est précisément sur les points où l'anatomie nous apprend qu'il n'y a pas de veines, que le malavisé pinceau de Michel-Ange de Caravage a tracé des piqûres. Ce tableau est d'un ridicule complet.

Les crimes capitaux de lèse-anatomie sont si nombreux que, de cette fourmilière d'énormes péchés, nous devons nous contenter d'extraire quelques échantillons seulement. Au palais Corsini, un tableau de Carlo Saraceni représente une double décapitation; la première tête vient de tomber, et le sang bave comme d'une lésion insignifiante donnant lieu à une hémorrhagie en nappe. Dans la fresque de la chapelle du Bras-Droit-de-la-Croix, à Sainte-Marie-des-Anges, le peintre n'a pas été plus heureux; la section ressemble à l'ouverture d'un sceau dont le contenu se verserait en masse par terre; tous les points coulent de la même façon; on ne découvre pas un soupçon d'artère. A Saint-Janvier-des-Pauvres, à Naples, l'artiste est tout aussi fantastique : il crée, juste au milieu du cou, une énorme artère imaginaire qui vomit un jet de sang.

Les peintres ne savent probablement pas tous que la tête tient au tronc par une masse considérable de muscles, de conduits, de membranes et par une colonne osseuse. Les bourreaux font voler les têtes avec des sabres si légers, qu'il faut les supposer tous trempés à Damas ou à Tolède. Quelquefois, invraisemblance plus grande encore, la lame n'a pas, en longueur, deux diamètres du cou; la section, en frappant et en sciant, n'est point alors possible, à moins d'avoir un point d'appui et d'y revenir à plusieurs reprises.

Au palais Sciarra, un peintre, je ne sais plus son nom, a fait bien cruel le vieil Abraham : il tient sur une roche la tête d'Isaac, et se met en devoir de la couper avec un couteau de 3 pouces de long. On égorge ainsi les poulets, mais un père épargne au moins la souffrance de son fils.

Nous pourrions faire ici un petit cours de dissection, car, dans les musées de Rome, on ne voit pas mal d'exécuteurs détachant de larges lambeaux de peau, et mettant ainsi à nu les parties profondes; mais ce serait trop pitoyable besogne, ces œuvres sont le plus souvent hors de critique.

Si cette pauvre anatomie est à chaque instant maltraitée, les lois physiques ne le sont pas moins. Veuillez me dire, s'il vous plaît,

« . . . . . Et Phyllida solus habeto, »

d'où viennent les ombres de la figure du blond Phœbus, qui est le soleil même, dans la fameuse fresque de l'aurore du Guide? Profane, me direz-vous, vouliez-vous donc que le Guide fît une figure où tout fût lumière, sans aucune ombre? Le grand maître a bien fait; mais, dites-moi, d'après quelle loi, et

« . . . . . Eris mihi magnus Apollo. »

J'ai aussi appris, en regardant la grande gloire, derrière la chaire de Saint-Pierre, que les rayons lumineux sont rigides et tenaces comme des barreaux de fer, car des petits anges bouffis s'accrochent, se pendent à ces rayons pour se pencher curieusement sur l'abîme du vaisseau. De grâce, matérialisez la lumière en la représentant par des rayons divergents, mais arrêtez-vous là;

saignée, parce que cette pauvre femme était très-affaiblie. J'ordonnai vingt sangsues sur le ventre; mais il fallut les aller chercher en ville, et elles ne furent posées qu'à trois heures. — Le soir, à neuf heures et demie, je revis la malade. Il y avait un peu moins de fièvre; pouls à 130; le ventre était aussi moins ballonné et moins douloureux à la pression. Les douleurs spontanées avaient même disparu. Les sangsues avaient retiré beaucoup de sang. Je couvris tout le ventre d'une couche de 30 grammes d'onguent mercuriel, et posai par-dessus un cataplasme.

Le vendredi 9, un peu de sommeil a été procuré par du sirop diacode. Pas de frisson. Fièvre toujours vive; pouls à 138. Ventre ballonné, même à l'épigastre, et douloureux dans toute son étendue. Le visage est altéré, et la respiration haute et fréquente, les lochies presque supprimées, et le peu qui s'en écoule a une odeur fétide. Je fis le cathétérisme de la vessie; je fis une injection émolliente dans le vagin et la matrice; et après avoir étendu 40 grammes d'onguent mercuriel sur le ventre, je couvris celui-ci d'un cataplasme. — Le soir, vomissements abondants d'une matière porracée. Un ver est rendu par le vomissement. Je renouvelle le pansement du matin.

Samedi 10. La nuit a été très-agitée, quoique sans délire. Pas de frisson. Quelques vomissements porracés. Pouls à 135, plus faible; respiration très-haute et fréquente. Même état du ventre. — Le soir, même état. Plus de faiblesse; pouls irrégulier et difficile à compter.

Elle mourut dans la nuit, à une heure du matin.

Ainsi se termina cette longue histoire qui fut pour moi un mélange de satisfaction et de tristesse, d'angoisse et d'espérance, histoire qui a duré deux ans et qui m'a montré tour à tour les ressources et les bornes de notre art. Si cette jeune femme, à qui je procurai le bonheur funeste de l'enfantement, était venue accoucher près de moi, ainsi qu'elle me l'avait promis, peut-être mes secours auraient-ils pu lui être donnés en temps plus opportun, dans cette nuit du jeudi surtout, où l'on ne voulut pas venir me chercher à deux lieues de sa demeure. L'insouciance des gens de la campagne leur est quelquefois funeste, et ensuite, comme si leur peu de lumières devait nuire à la fois à eux et aux autres, leurs préjugés repoussent les moyens les plus honnêtes de s'instruire. Les parents de cette pauvre femme que j'avais tant soignée me refusèrent d'ouvrir son corps, malgré mes instantes prières. Si donc le lecteur regrette de ne point trouver ici les détails d'autopsie, qu'il désire sans doute, je ne puis le dédommager qu'en exprimant ici moi-même mon profond chagrin.

(La fin au prochain numéro.)

REVUE DES JOURNAUX DE MÉDECINE.

JOURNAUX AMÉRICAINS.

(Suite et fin.)

THE AMERICAN JOURNAL OF THE MEDICAL SCIENCES.

DU NITRATE D'ARGENT CONTRE LA JAUNISSE; par le docteur J.-F. PEEBLES.

C'est un remède entièrement nouveau que l'auteur propose ici. Nous ne croyons pas que la jaunisse ait jamais été traitée par le nitrate d'argent à l'intérieur; aussi ne pouvons-nous nous porter garant de tout le bien qu'en dit M. Peebles. Il est certain seulement que les résultats par lui annoncés sont de nature à encourager des essais qui ne sauraient d'ailleurs, avec un peu de prudence, offrir le moindre danger.

Le nitrate d'argent doit être donné en pilules, à la dose de trois quarts de grain à un grain, deux fois par jour. Il est important que l'estomac soit vide au moment de l'administration. Sans cette précaution, la guérison est moins rapide. Elle ne met jamais plus de dix jours à se compléter; souvent on observe dès le second jour une diminution notable de la teinte jaune de la peau. De plus, les patients éprouvent *immédiatement* un soulagement notable. Le malaise de l'estomac et la sensation de plénitude après le repas disparaissent. La digestion devient plus facile. S'il y a de la constipation, on adjoint au nitrate d'argent quelque poudre purgative. M. Peebles accorde à ce mode de traitement trois avantages: le premier, d'être promptement efficace; le second, de ne produire aucun trouble de l'organisme; le troisième, de ne comporter que de petites doses de médicament et d'être d'une facile et agréable administration.

L'auteur renferme dans cet énoncé général les résultats de son expérience, et ne dit pas si cette expérience a des bases un peu étendues. Mais il donne sur le mode d'action du nitrate d'argent quelques explications qui peuvent servir à fixer les indications auxquelles on pourrait, dans de nouveaux essais, l'adresser. Il fait d'abord remarquer que l'ictère est presque toujours précédé de désordres, aigus ou chroniques, du côté des premières voies, et il signale occasionnellement parmi les causes d'irritation chronique de l'estomac l'abus du tabac à fumer. Aussi la jaunisse lui a-t-elle paru fréquente chez les grands fumeurs. De là l'induction que le nitrate d'argent agit contre la jaunisse en modifiant les conditions vitales de la muqueuse gastrique. Et pour montrer qu'il en est réellement ainsi, l'auteur rapporte le fait suivant: Un homme qui, avant l'apparition de la jaunisse, avait eu pendant plusieurs mois une grande tendance à la diarrhée, devient ictérique pendant la convalescence d'une pneumonie. L'affection pulmonaire avait été traitée par des déplétions locales, le calomel et l'opium. Le ptyalisme fut très-prononcé. La langue, après avoir été pendant quelques jours sèche et chargée, *devint lisse et très-rouge*. C'est alors que survint l'ictère. « Il y avait, dit le texte, des signes non équivoques d'irritation gastro-intestinale. L'état de la surface muqueuse des voies digestives constitua lui-même une maladie séparée, et, comme la pneumonie était à son déclin, on eut recours au nitrate d'argent. » Le patient en prit deux doses. En dix-huit heures, la teinte jaune de la peau avait disparu, et bientôt après, on vit se décolorer l'urine et se colorer au contraire les matières alvines. Le troisième jour, il n'y avait plus trace de jaunisse.

S'il n'y avait que cette observation pour prouver que le remède influence l'ictère en modifiant la muqueuse gastro-intestinale, le doute resterait, nous le croyons, dans beaucoup d'esprits. Il est évident par le soin qu'a mis l'auteur à spécifier la couleur de la langue, et par l'absence de tout autre détail sur l'état des premières voies, que c'est uniquement sur la rougeur et l'aspect lisse de la langue qu'il s'appuie pour affirmer l'existence d'une irritation gastro-intestinale. Or c'est là un symptôme qui se rencontre dans bien des maladies où rien, absolument rien, n'autorise à supposer une irritation de l'estomac et du duodénum. Ce qu'on peut dire de plus favorable à l'explication de M. Peebles, une fois admise l'efficacité du nitrate d'argent contre l'ictère, c'est que, en effet, l'ictère est souvent symptomatique d'affections gastro-intestinales et que la nature du médica-

---

faites jouer les anges parmi ces rayons comme dans la vapeur, mais ne plantez pas un champ de roseaux animé par des batraciens cramponnés à chaque stipe.

On peut encore apprendre, en abaissant les yeux de la gloire sur la chaire de Saint-Pierre, que si saint Ambroise, saint Augustin, saint Athanase et saint Jean Chrysostôme ont été les quatre plus fortes têtes des pères de l'Église, ils étaient aussi les quatre plus forts bras; car, sur le bout du doigt, ils portent une chaire de bronze qui pèse je ne sais combien, mais énormément sans aucun doute, puisqu'elle a coûté tout près de 900,000 francs. C'est là une invraisemblance qu'on aurait pu éviter. J'aime mieux les cariatides de Puget, avec leurs grands efforts pour soutenir les balcons qui les écrasent.

Sortons bien vite de Saint-Pierre, car je ne pourrais éviter une interminable jaserie. Quelles belles femmes de marbre, bien nues, ou tout au moins décolletées jusqu'à la ceinture, à partir du haut ou à partir du bas, pleurent sur les tombeaux des vieux papes! L'une était si belle que... sortons bien vite. L'une, due au ciseau de Guillaume de Laporte, et couchée sur le sépulcre de Paul III, était si belle et si nue que Le Bernier a été obligé de cacher ses chairs trop provocatrices sous une affreuse draperie de bronze. La chronique conte que certains visiteurs avaient agi avec elle comme avec une femme de véritable chair. Mais, sortons donc, car, à propos de la reine de toutes les églises chrétiennes du monde, nous disons de bien singulières histoires.

Terminons notre journée par la visite d'une église qui fournira une ample moisson à nos observations médico-artistiques; gravissons la colline inhabitée du Cœlius, où s'élève, solitaire, l'église de Saint-Étienne-le-Rond. C'est une vaste rotonde soutenue par soixante-quatre belles colonnes antiques de marbre et de granit, dérobées, les uns disent à un temple de Claude, les autres prétendent à un marché public. Le large développement de la muraille circulaire, peint à fresque par le Pamerancio, représente les principaux martyres avec une crudité naïve qui a perdu beaucoup de son charme, sous le pinceau impie des restaurateurs.

Je relis les notes écrites sur place; leur sans façon me semble en harmonie avec la simplicité du pinceau de l'artiste; aussi vais-je les donner telles que je les ai griffonnées à la hâte, assis sur une dalle moussue du portique silencieux.

« Persécution d'Afrique. Le bourreau, avant d'arracher la langue, fait, avec un grand couteau, une incision verticale qui paraît n'intéresser que la peau de la symphyse du menton. A quoi bon ce préliminaire? Il coupe les langues et ne les arrache pas, comme on pourrait le croire en prenant ce mot à la lettre, dans les pères de l'Église. Après les avoir tranchées avec des tenailles, il en jette les bouts par terre. Il y a, tout près de lui, un gros tas de langues coupées. La foule qui a subi l'opération attend là, avec un peu de sang sur les lèvres, et n'a l'air ni souffrante ni inquiète. La foi est un excellent chloroforme. — Un autre bourreau coupe les poignets, très-net, avec un couperet qui nous semble bien faible pour cet usage. Six à huit personnes ont déjà été mutilées; leurs pauvres bras tronqués pendent le long du corps, de la manière du monde la plus naturelle. Personne ne sourcille; tout le monde est debout; aucun martyr ne tombe en syncope d'hémorrhagie. La foi est donc aussi un excellent hémostatique. — Dans un autre tableau, voici sainte Marthe, martyrisée sous Claude. On lui a coupé les deux poignets, puis on a eu l'idée, à la fois cruelle et

ment employé ne permet guère de lui attribuer d'autre action (surtout s'il agit si rapidement) qu'une action locale ; d'où l'on pourrait tirer la conséquence qu'il n'influence la jaunisse qu indirectement, en modifiant l'état gastrique qui l'avait engendrée. Mais c'est là une question réservée tout entière à l'expérience ultérieure, et qu'il serait surtout imprudent de trancher sous la forme absolue en présence des récentes expériences de M. Delioux sur la transformation des sels d'argent mis en présence des humeurs de l'économie en un composé soluble et absorbable (voir Gaz. Méd., 1850, p. 880). Il resterait d'ailleurs à rechercher à quelles affections spécialement convient le nitrate d'argent. Rien de moins semblable que tel désordre gastro-intestinal et tel autre, bien que tous deux puissent engendrer l'ictère; il est donc impossible que le sel d'argent convienne également à tous les deux, et par conséquent à tous les ictères dont les affections des voies digestives ont été le point de départ.

De l'emploi de l'oxyde d'argent dans certaines formes de métrorrhagie ; par le docteur J. J. Thweatt.

Si M. Peebles a grande confiance dans le *nitrate d'argent* comme remède de l'ictère, M. Thweatt en a une plus grande encore dans l'*oxyde d'argent* comme remède de l'hémorrhagie utérine. « Je n'ose, dit-il, l'appeler un spécifique ; mais je suis persuadé que, toutes choses égales, tout ce qu'on dit à l'avantage du mercure dans la syphilis, on de la quinine dans la fièvre intermittente, on peut le dire de l'oxyde d'argent dans la ménorrhagie ; » non pas, qu'on le remarque bien, de telle ou telle forme de ménorrhagie, mais de ses différentes formes (*in its different forms*). On conviendra que, s'il en est ainsi, l'auteur a obéi à un scrupule exagéré en refusant à l'oxyde d'argent le titre de spécifique.

Il signale néanmoins plus particulièrement trois formes d'hémorrhagie utérine très-sensibles à l'action du médicament.

La première est celle qui se lie à une excitation de l'organe utérin, sans complication de phlegmasie véritable ; elle survient quelquefois à l'époque menstruelle ordinaire, d'autres fois immédiatement après cette époque. Dans ce cas, l'oxyde d'argent agit *comme un charme*. Il faut le donner à fortes doses, qu'on répète à de courts intervalles jusqu'à production d'effet apparent.

Une seconde forme de métrorrhagie est celle qui suit quelquefois l'accouchement, et qui vient compliquer l'écoulement des lochies. L'oxyde d'argent est alors un remède *infaillible*.

La troisième forme enfin consiste en un rapprochement anormal des époques menstruelles. Il y a des femmes qui, par la longue durée de chacune des époques ainsi rapprochées, ne sont presque jamais libres de tout écoulement sanguin. Il s'ensuit infailliblement une débilité générale, l'appauvrissement du sang, le développement de la susceptibilité nerveuse, etc. L'oxyde d'argent est alors *le seul remède dans lequel on puisse avoir confiance*.

M. Thweatt regarde l'oxyde d'argent comme doué de propriétés toniques et astringentes agissant sur la circulation capillaire en général, et spécialement sur celle des organes utérins. Aussi recommande-t-il de s'en abstenir dans les cas de phlegmasie ou de lésion organique de la matrice.

La dose ordinaire, quand le médicament doit être employé assez longtemps, est d'un demi-grain à 1 grain, deux ou trois fois par jour, suivant les circonstances. Dans les cas où il importe d'agir promptement, on élève la dose à 2 grains, répétés aussi deux ou trois fois dans les vingt-quatre heures. Le seul inconvénient que l'auteur ait vu résulter de l'emploi de cette dose est un sentiment de malaise dans les gros intestins, accompagné parfois d'un léger ténesme. Ces symptômes cèdent facilement à un lavement anodin ; on peut d'ailleurs mêler à l'oxyde d'argent un peu d'opium ou de morphine.

Tel est, avec trois courtes observations, le contenu du mémoire de M. Thweatt. Les formules d'exaltation qu'il emploie à l'égard du médicament qui a fait le sujet de ses expériences nous font craindre un peu, nous l'avouons, qu'il n'en ait exagéré les vertus; néanmoins c'est un devoir pour nous de prendre, à l'égard de ce médicament, la même position que nous avons prise tout à l'heure vis-à-vis du nitrate d'argent considéré comme anti-ictérique. L'expérience nous manque, comme nous croyons qu'elle manque à tous les médecins français. Nous devons ajouter que, tout au contraire, de l'autre côté de la Manche, les composés d'argent, y compris l'oxyde, employés à l'intérieur, jouissent d'une faveur marquée parmi des praticiens recommandables. M. Lane, en particulier, regarde l'oxyde d'argent comme préférable aux préparations ferrugineuses dans les hémorrhagies utérines passives entretenues par une fluidité trop considérable du sang.

Statistique de la mortalité après la ligature de l'artère fémorale ; par M. Norris.

Poursuivant le cours laborieux de ses intéressantes recherches sur le résultat des principales opérations de chirurgie, M. Norris énonce, dans cet article, l'issue de 204 ligatures de l'artère fémorale, dont il emprunte les détails à divers auteurs.

Sur ce nombre total il y a eu 154 guérisons et 50 morts. Il faut ajouter que 6 des sujets guéris ont dû subir ensuite l'amputation, à cause de la gangrène qui s'était déclarée dans le membre.

Les causes de la mort ont été 23 fois la gangrène du membre, 8 fois l'hémorrhagie, 5 fois la phlébite, 3 fois le tétanos, 2 fois la fièvre hectique accompagnée de diarrhée, une fois une inflammation thoracique et des abcès sur le trajet de l'artère, une fois la gangrène du sac, une fois la rupture d'un anévrisme de l'aorte dans le péricarde douze semaines après l'opération, une fois la fièvre, une fois l'absorption purulente. Dans 4 cas, la cause de la mort n'est pas notée.

D'autres renseignements — parmi lesquels cependant nous regrettons de n'avoir pas trouvé mentionnée la hauteur à laquelle on lia l'artère — éclairent et expliquent ces premiers chiffres. Ainsi, quant à la nature de la lésion qui rendit l'opération nécessaire, il est spécifié que ce fut 155 fois pour la cure de l'anévrisme poplité, 22 fois pour des anévrismes fémoraux, 6 fois pour des tumeurs anévrismales de la jambe, 4 fois pour des tumeurs pulsatiles de la tête du tibia ou du condyle du fémur, 5 fois pour des anévrismes variqueux, 3 fois pour la rupture de l'artère à la suite d'une fracture de la jambe ou de la cuisse (ces 3 cas dus à Dupuytren, B. Cooper et Syme ont tous eu une heureuse terminaison), 8 fois pour prévenir ou arrêter l'inflammation après des blessures ou des luxations, ou afin de faire cesser une hémorrhagie soit primitive, soit secondaire; une fois enfin pour une maladie crue un anévrisme poplité.

---

baroque, de les attacher aux deux bouts d'un cordon qu'on lui a passé au cou, de sorte que les mains pendent, comme deux ornements, sur la poitrine de la Sainte. Elle les regarde assez tristement. »

« Sous Julien l'Apostat, saint Artemius est écrasé entre deux énormes blocs de pierre. Il y a du bon dans cette horrible scène. Le corps s'aplatit, s'étale, la peau se tend, craque, se crève et les viscères bavent par les fissures ; les yeux tombent sur la lignre, expulsés de l'orbite, et pendants au nerf optique, comme une cerise à sa queue ; les entrailles se précipitent hors du ventre rompu ; mais quelles entrailles ! C'est une panse de mouton. Jamais homme n'a eu de semblables viscères. Le Pomeranclo a fait du saint un ruminant, un herbivore. »

« Règne de Maxime et de Licinius. Un saint est couché sur le dos ; le bourreau le coupe en morceaux menus comme chair à pâté, comme les herbes hachées par une ménagère. Ou coupe aux pieds, il y a bien vingt entailles qui entament la moitié, les trois quarts, et tranchent quelquefois toute l'épaisseur des parties. Les boyaux qui sortent de l'abdomen rappellent encore la panse des herbivores. — Comptoir de boucherie, débit en détail de viande humaine, malheureuse idée, scène horrible, peinture médiocre qui excite le dégoût sans émouvoir en proportion de la terreur de l'action.

» La jeunesse et la beauté d'une foule de vierges ne trouve pas grâce. On arrache toutes les dents de sainte Apolline avec un davier en forme de lyre. Quel dommage si la sainte était aussi belle que son portrait, par Carlo Dolci, au palais Corsini! Les deux mamelles de sainte Agathe sont à ses pieds; la section a laissé une plaie sanglante; la sainte se pâme légèrement. — Sous Alex. Sévère, le bourreau déchire le cou de sainte Cécile; elle n'en meurt pas; on la fait cuire dans un grand feu. Saint Laurent lui fait pendant, sur son gril. — Sainte Bladine, enfermée dans un filet, est livrée aux cornes de taureaux furieux qui la font sauter en l'air comme un volant poussé par la raquette. — Sous Dioclétien, on perce le cou de la jolie sainte Lucie. — Saint Denis porte sa tête comme une lanterne; tout le monde est fort étonné et fait des gestes de grande stupéfaction.

» Voilà un groupe de martyrs dans une chaudière de poix bouillante. Ils ont l'air bien tranquille et prient; quelques-uns sont presque contents. Pourtant, dans la poix bouillante, sitôt plongés, sitôt cuits, ce nous semble.

» L'évêque Erasme est couché, on lui coule du plomb fondu dans la bouche. L'évêque Blain est cardé comme de la laine avec des peignes de fer. Saint Primus et saint Félicien sont pendus par les bras, une pierre aux pieds; on les brûle à la torche. Ils ne meurent pas assez vite, du plomb fondu leur est versé dans la bouche. Leurs reliques reposent sous l'autel. »

Mais en voilà assez. Je n'ai pas eu le courage de retoucher tant soit peu ces notes, elles me rappellent des choses trop hideuses. Quant à l'anatomie et à la physiologie, ces fresques ne peuvent avoir la prétention de mériter la critique. Beaucoup de grands maîtres ont représenté des martyres, mais jamais avec cette nudité, cette horreur crue. On ne doit guère aller à Saint-Étienne-le-Rond que pour chercher des impressions semblables à celles qu'on recueille à la Morgue.

Félix Jacquot.

Des 188 malades qui subirent l'opération pour des anévrismes, 142 guérirent et 46 moururent.

Dans 137 cas, on a noté l'époque à laquelle la ligature se détacha spontanément. Elle tomba 91 fois avant le vingtième jour, 37 fois entre le vingtième et le trentième jour, 14 fois entre le trentième et le quarantième jour et 5 fois au delà du quarantième jour. Le plus long espace de temps qu'elle soit restée est de soixante jours, et le plus court de cinq.

CONSIDÉRATIONS SUR LA PROPHYLAXIE DE LA PHTHISIE ET SUR SON TRAITEMENT A LA PREMIÈRE PÉRIODE, AVEC DES OBSERVATIONS ÉCLAIRANT L'HISTOIRE NATURELLE DE CETTE MALADIE; par M. HALLOWELL.

Considérations générales beaucoup trop vagues touchant l'influence des coutumes, des habitudes, du genre de vie des différents peuples sur la santé. L'auteur se borne à peu près à copier de longs extraits des récits de voyageurs. Quant à ce qui concerne la tuberculisation en général et celle des méninges en particulier, le mémoire ne leur consacre que peu de lignes où il serait impossible de signaler quelque vue nouvelle. Il le termine par six observations détaillées de méningite tuberculeuse, non suivies de réflexions.

DE L'ANGINE DE POITRINE; par le docteur Samuel KNEELAND.

Si nous entreprenions de suivre l'auteur dans toutes les considérations anatomiques, physiologiques et pathologiques qu'il appelle à résoudre la question tant de fois débattue de la nature de l'angine de poitrine, nous serions forcé de passer en revue toute l'histoire de cette maladie, et l'espace qui nous est réservé serait loin d'y suffire. Un tel travail eût été justifié par l'habileté avec laquelle tous les faits ont été disposés et analysés, dans le mémoire de M. Kneeland, aussi bien que par l'esprit judicieux qui a souvent présidé à leur interprétation : mais nous regrettons moins de ne pouvoir nous y livrer, en réfléchissant que les données sur lesquelles s'appuie l'auteur ont été signalées déjà et mises au service de la même doctrine par des observateurs assez nombreux. La conséquence générale à laquelle il arrive, est que l'angine de poitrine n'est pas une maladie des poumons, ou du cœur et des gros vaisseaux, ou de l'estomac, mais bien des nerfs qui desservent ces organes. Il reproduit à cet égard l'opinion soutenue il y a bientôt quarante ans (1813) par M. Desportes, et qui plaçait le siége de l'angine de poitrine dans le pneumo-gastrique exclusivement. Laennec, suivant nous, a mieux compris la généralité du phénomène, quand il l'a rapporté tantôt à une affection du nerf vague, tantôt à une affection du grand sympathique; qu'il a montré que le plexus brachial et surtout le nerf cubital participaient presque toujours à la maladie; que les nerfs thoraciques externes, nés du plexus cervical superficiel, et même les nerfs émanés du plexus lombaire et sacré y participaient quelquefois. M. Kneeland établit un rapprochement assez juste entre l'asthme et l'angine de poitrine, qu'on voit naître souvent sous l'empire de causes fort analogues, sinon identiques. L'estomac est pour lui une affection des filets moteurs ou pneumo-gastriques (provenant de l'accessoire de Willis), et l'angine de poitrine une affection des filets sensitifs, ou, pour mieux dire, des filets propres du pneumo-gastrique. Tout cela est conforme aux données de l'anatomie et de la physiologie. Il convient seulement d'ajouter que, l'action motrice du grand sympathique étant aujourd'hui hors de doute, il n'est pas impossible que la lésion de certains filets de ce nerf préside à certaines formes d'asthme.

ABCÈS DANS LA SUBSTANCE DU CERVEAU; PONCTION DES VENTRICULES LATÉRAUX PAR UNE OPÉRATION; par M. DETMOLD.

Le fait suivant, bien qu'ayant eu en définitive une issue fâcheuse, n'en est pas moins fait pour exciter au plus haut degré l'attention des opérateurs ainsi que des physiologistes. L'auteur a courageusement imité la conduite que Dupuytren tint le premier dans une même circonstance : on peut même dire, et ceci tout à fait à sa louange, qu'il a su dépasser son modèle, soit pour le nombre, soit pour la profondeur des incisions pratiquées dans l'épaisseur de la pulpe cérébrale. Si ces hardies tentatives n'ont pas eu de succès, du moins chacune d'elles a produit une amélioration immédiate des plus réelles, résultat bien suffisant pour encourager, à l'avenir, de pareils essais en pareille occurrence.

OBS. — Francis Miller, ouvrier allemand, âgé de 40 ans, de tempérament phlegmatique, de bonne constitution, reçut le 14 juillet 1849, sur la tête, une pièce d'une machine qui s'était rompue. Le coup — qui fut estimé par les spectateurs de force à tuer deux hommes — porta sur le côté gauche du front. Le blessé perdit immédiatement connaissance, mais il la recouvra bientôt après.

L'os avait été fracturé, et il fallut enlever un fragment détaché du frontal au-dessus du tiers interne de l'œil.

Quelques semaines après, il tomba dans le coma. M. Detmold, appelé par son premier médecin, fit l'ablation d'un second fragment, avec un grand soulagement momentané pour le malade. Mais il remarqua qu'une large pièce de la table interne était déprimée. En effet, le blessé retomba encore dans le coma neuf semaines environ après l'accident. Sa respiration était haute, stertoreuse, le pouls très-bas, à 50, et de temps en temps intermittent, les pupilles paresseuses, la gauche plus que la droite. Il ne pouvait ni répondre, ni se mouvoir; mais il ne semblait exister ni hemiplégie, ni aucune autre forme de paralysie. M. Detmold enleva plusieurs larges pièces osseuses, qui laissèrent tout le côté gauche du front découvert, a un pouce à peu près du sourcil. Le blessé, néanmoins, demeura dans la même situation.

La plaie se cicatrisa, mais le pouls étant tombé jusqu'à 40, l'auteur se décida à tenter quelque chose. Il crut sentir de la fluctuation et diagnostiqua un abcès profond. En conséquence, il résolut d'en faire la ponction, non sans avoir, toutefois, formulé d'expresses réserves, avouant que la tension de la dure-mère pouvait bien lui donner le change.

Il commença donc par cerner la cicatrice à l'aide d'une incision circulaire, puis il pratiqua plusieurs incisions en divers sens, pour chercher s'il n'y aurait pas encore quelques fragments. Il put alors remarquer que la fracture s'étendait en dedans vers la ligne médiane, en bas vers le rebord orbitaire, et en dehors vers le bord semi-circulaire de la fosse temporale, de sorte que la plaie originelle formait le centre de la lésion osseuse. Il put encore ôter trois larges fragments; ce qui, avec ceux déjà enlevés constitua une perforation au frontal, de 5 pouces carrés. Le contour de cette ouverture osseuse paraissait intact et sans fissure. L'état du patient n'en fut en aucune façon amélioré, quoiqu'on eût accidentellement divisé l'artère temporale, qui fournit beaucoup de sang. Pourtant, à chaque incision, il donnait des marques non équivoques de souffrance.

M. Detmold enleva alors la cicatrice, puis la dure-mère qui lui était adhérente. Il passa ensuite au-dessous d'elle une sonde qu'il fit glisser dans toutes les directions sans rien découvrir de morbide. Allant de nouveau à la recherche de la fluctuation qu'il croyait avoir sentie avant l'opération, il ne put plus la reconnaître, à cause de la diminution que les diverses incisions et resections faites avaient opérée dans la tension du cerveau. Confiant, toutefois, dans sa première impression, et prenant d'ailleurs conseil de l'état désespéré du patient, il se décida à faire dans la substance cérébrale une incision d'un pouce de longueur et d'un demi-pouce de profondeur. Elle fut instantanément suivie d'un flot de pus épais, louable, dont on favorisa la sortie par une douce pression et par une position convenable de la tête.

La quantité totale de pus — qu'on a oublié de peser — a été estimée par les uns à 5 onces, par d'autres à 2.

L'effet fut comme magique. Au même instant l'opéré ouvrit les yeux, tira la langue quand on le lui demanda, et répondit distinctement qu'il se sentait mieux. Le pouls s'éleva immédiatement à 60.

Il y eut un bon sommeil la nuit suivante. La plaie continua à suppurer; en peu de jours, les incisions guérirent, laissant seulement une petite ouverture au siége primitif de la plaie. En y introduisant une sonde, on entrait dans une cavité de 3 pouces de diamètre, s'étendant presque jusqu'à la ligne médiane. On y laissa une petite tente, dans la crainte que l'ouverture extérieure venant à se cicatriser n'y produisît la retention du pus. Un simple pansement à l'eau froide fut continué.

Au bout de dix jours, il se forma une procidence du cerveau contre laquelle on employa une compression modérée. Tout marcha bien; le malade put quitter son lit dix-huit jours après la dernière opération. Le cerveau commença à se couvrir de granulations de bonne nature; cependant la cavité profonde où l'on pouvait faire pénétrer la sonde, ne montrait aucune disposition à s'oblitérer.

Trois semaines après l'opération, bien qu'il continuât à rester hors de son lit pendant la plus grande partie de la journée, il commença à perdre la mémoire. Il reconnaissait tout le monde, mais ne pouvait articuler aucun nom, pas même celui de sa femme et de ses enfants. Il nommait sa femme — qui s'appelait Élisabeth — Catherine, nom de sa mère, morte depuis nombre d'années. Il ne pouvait non plus prononcer le mot de médecin, quoiqu'il reconnût bien pour tel celui qui le portait. Lorsqu'on lui demandait : Est-ce un forgeron ? — Non, répondait-il. — Est-ce un cordonnier? — Non. — Est-ce un docteur? Oui, c'est un docteur. Il ne distinguait et ne parvenait à dire sans aide que le nom et la valeur des pièces de monnaie. — Du reste, ses facultés intellectuelles paraissaient être plus entières à la suite du pansement et toutes les fois que l'abcès avait été vidé.

Les choses allèrent ainsi jusqu'au 22 octobre où il eut, selon le dire de sa femme, une sorte d'attaque avec tremblements convulsifs, maux de tête, rougeur des bords de la plaie. Soupçonnant que du pus était retenu, M. Detmold fit une nouvelle incision à travers les téguments, dans l'intérieur du cerveau, à la profondeur d'un quart de pouce. Il n'en sortit rien, et l'on ne jugea pas prudent d'insister. Mais le lendemain le malade fut trouvé beaucoup mieux; sa mémoire était dans un meilleur état que depuis plusieurs jours. Mais tout s'expliqua lorsque en cherchant à introduire la sonde, on la vit pénétrer à 4 pouces et demi de profondeur et suivre la direction du sinus latéral, dans lequel l'abcès s'était sans doute ouvert. Plusieurs médecins présents sondèrent à leur tour, et partagèrent l'opinion de l'auteur sur ce point.

Malgré ce mieux momentané, le malade, loin de recouvrer la mémoire, la perdit bientôt entièrement. Le 26 octobre il eut un nouvel accès; il vomit et rendit l'urine involontairement. Le 28, tous les symptômes annonçant un danger pressant, M. Detmold fut d'avis que le pus s'était accumulé dans le sinus laté-

ral. En conséquence, et avec le concours de plusieurs confrères, il pratiqua, pour vider le sinus, une incision sur la partie la plus saillante des téguments, et pénétra à la profondeur d'un pouce et demi dans la substance du cerveau; mais il ne sortit pas de pus, quoique l'opérateur en eût vu un peu sur la pointe de son bistouri après l'avoir retiré. Une sonde portée à 4 pouces 3/4 de profondeur dans le sinus latéral ne donna pas plus de résultat. Jugeant alors qu'on avait fait tout ce qu'il était possible de tenter, on s'en tint là. Mais cinq minutes après, le pus commença à couler par la plaie, et la garde en recueillit une demi-once dans un verre. Le même soir, à sept heures, il expira paisiblement.

Autopsie. — La tête seule put être examinée, deux heures après la mort. Dore-mère congestionnée; la substance du cerveau étant coupée présente des parties plus rouges qu'à l'état naturel. Les deux ventricules latéraux sont remplis d'un pus séreux; toutefois le droit en contient plus que le gauche, qui a pu se vider, avant la mort, par la plaie extérieure. — Sur la voûte de la corne antérieure du ventricule gauche, on trouve une incision récente, la même qui avait été faite le matin du dernier jour, dans le but d'évacuer la cavité ventriculaire. L'union des autres incisions pratiquées au cerveau, union qui se fit immédiatement après que le bistouri eût été retiré, a empêché la matière purulente de sortir directement par elles. Le *septum lucidum* est rompu par la suppuration. Il existe un dépôt de lymphe mêlé de pus sur les plexus choroïdes. Le même dépôt peut être suivi dans le troisième et dans le quatrième ventricule, principalement à leur base. Le bord sus-orbitaire ainsi que toute la voûte orbitaire de ce côté étaient brisés en petits fragments.

A. Dechambre et P. Diday.

TRAVAUX ACADÉMIQUES.

ACADÉMIE DES SCIENCES.

SÉANCE DU 13 JANVIER.

EFFETS DE L'ÉTHER CHLORHYDRIQUE CHLORÉ SUR LES ANIMAUX.

M. Flourens lit la note suivante touchant les effets de l'éther chlorhydrique chloré sur les animaux.

I. M. le docteur Aran a présenté à l'Académie, dans la séance du 23 décembre dernier, une note très-importante sur les effets anesthésiques locaux de l'éther chlorhydrique chloré.

A peine ai-je connu les observations de M. Aran, que j'ai désiré faire quelques expériences; et à peine avais-je eu le temps de former ce désir que je recevais d'un chimiste très-habile, M. Ed. Robin, une certaine quantité de la substance nouvelle dont il s'agit.

C'est avec cet éther chlorhydrique chloré, qui m'a été remis par M. Robin, qu'ont été faites les expériences qui suivent.

II. J'ai voulu voir d'abord quel pouvait être l'effet anesthétique général de l'éther chlorhydrique chloré.

J'ai donc soumis successivement plusieurs chiens à l'inhalation de cet éther, et tous ces animaux ont été frappés d'anesthésie générale en très-peu d'instants: les uns au bout de trois à quatre minutes, et les autres au bout de quatre ou cinq.

Le nerf sciatique mis à nu sur quelques-uns de ces chiens, avait perdu toute *sensibilité*, mais il conservait la *motricité*.

J'ajoute qu'aucun de ces chiens n'a succombé à l'expérience.

III. Après m'être assuré de l'effet anesthétique général, j'ai voulu étudier l'effet de l'injection dans les artères.

J'ai donc injecté dans l'artère crurale droite droite de plusieurs chiens, et en poussant du côté du cœur de 2 gramm. à 2 gramm. 1/2 *d'éther chlorhydrique chloré*.

Au moment de l'injection, douleurs et cris de l'animal. L'injection terminée, paralysie soudaine du train postérieur avec roideur tétanique des deux jambes (1).

Enfin, le nerf sciatique, mis à nu, conserve encore sa *sensibilité*, mais il a perdu toute *motricité*.

IV. L'éther chlorhydrique chloré a donc, soit qu'on le fasse respirer à l'animal, soit qu'on l'injecte dans ses artères, la même action que le *chloroforme*.

Je n'insiste, pour le moment, que sur les effets composés des substances injectées.

V. Le *chloroforme*, injecté dans les artères, produit aussitôt la paralysie des muscles, avec *roideur tétanique*. C'est ce que font aussi les *essences*, par exemple les *essences de térébenthine*, de *menthe*, de *romarin*, de *fenouil*, etc.

Au contraire, les *éthers ordinaires*, les *huiles fixes*, l'*huile d'olive*, l'*huile de naphte*, etc., l'*acide sulfurique*, l'*ammoniaque*, le *camphre*, etc., produisent la paralysie des muscles avec *relâchement*.

(1) La *roideur* est toujours *complète* dans la jambe de l'artère injectée; elle est plus ou moins complète dans l'autre jambe, selon qu'il y est parvenu une plus ou moins grande quantité de substance injectée.

VI. Ainsi, de diverses substances injectées dans les artères, les unes séparent, dans le *nerf*, la *sensibilité* de la *motricité*, et les autres séparent, dans le *muscle*, la force qui *roidit*, qui *tend*, de la force qui *relâche*.

VII. Et ce n'est pas tout. Ces mêmes expériences semblent, de plus, séparer l'*action musculaire* de l'*action nerveuse* (1); car, d'un côté, la *roideur tétanique* se montre, alors même que la *motricité du nerf* est perdue (2); et, de l'autre, le *relâchement musculaire* se montre, alors même que la *motricité du neif* subsiste (3).

VIII. Il y a donc une indépendance visible entre l'*action du nerf* et l'*action du muscle*. Ces expériences sont un moyen nouveau d'*analyse physiologique*, et peut être le plus délicat, le plus profond que nous ayons pu employer encore.

ADDITION A LA SÉANCE DU 6 JANVIER.

CONSIDÉRATIONS SUR LE MÉCANISME DE L'ACCOUCHEMENT.

M. le docteur Spitzer, ex-médecin en chef de l'hôpital militaire de Vienne, exerçant actuellement en France, adresse un travail intitulé: Considérations sur le mécanisme de l'accouchement, envisagé d'une manière plus conforme a nos connaissances anatomico-physiologiques, suivi d'une note sur l'action du seigle ergoté, etc.

Suivant M. Spitzer, le mécanisme de l'accouchement consiste dans un décongestionnement de la matrice, dans la réduction de son tissu vasculaire, et elle expulserait le fœtus par la seule force de son retrait sur elle-même, ce qu'elle ne peut opérer en état de plénitude qu'en dilatant son orifice, de même que l'iris ne peut effectuer son retrait qu'en dilatant la pupille, et que ce n'est aussi que par la seule force de son retrait qu'elle parvient souvent à lacérer les adhérences qui retiennent sa marge pupillaire. L'auteur explique ainsi comment certaines anomalies, telles que l'antéversion et la rétroversion de la matrice, ainsi que la déviation anormale de son orifice, ne peuvent avoir lieu que par une turgescence inégalement répartie; que ces contractions, irrégulières pendant l'accouchement et celles dont résulte surtout l'encastrement du placenta après la sortie du fœtus, ne peuvent qu'être l'effet d'un décongestionnement irrégulier de la matrice.

Quant au seigle ergoté, l'auteur a reconnu qu'il n'exerçait pas son action sur le système nerveux, comme on l'avait présumé en se fondant sur l'inébriation, la dilatation de la pupille et les secousses nerveuses qu'il produit; mais, bien qu'il agit directement sur le système vasculaire, que la dilatation de la pupille est le résultat de l'abolition de la turgescence des vaisseaux de l'iris, que l'inébriation est la conséquence du refoulement du sang de la périphérie au centre, d'où résulte un état hypérémique dans les gros vaisseaux du cerveau, et que les secousses nerveuses sont les prodromes de l'abolition de nutrition dans la périphérie de l'organisme, et pour ainsi dire les convulsions d'une agonie partielle et de la gangrène sèche qui suit de près.

Le seigle ergoté serait, suivant M. Spitzer, un hémostatique par excellence, et on aurait tort de croire qu'il n'arrête les métrorrhagies qu'en faisant contracter la matrice; c'est plutôt en arrêtant la métrorrhagie qu'il fait revenir la matrice sur elle-même, puisqu'il arrête aussi la métrorrhagie chez les jeunes filles vierges. Il arrête de même les hémorrhagies du rectum, l'épistaxis, l'hémoptysie, etc. Il guérit toutes les maladies qui ont pour cause une dilatation anormale des vaisseaux, turgescence, congestion sub-inflammatoire, excès de fluxion ou de nutrivité dans une partie quelconque des organes, etc. (Comm. MM. Velpeau et Lallemand.)

ACADÉMIE DE MÉDECINE.

SÉANCE DU 14 JANVIER. — PRÉSIDENCE DE M. ORFILA.

Le procès-verbal de la dernière séance est lu et adopté.

La correspondance officielle ne comprend qu'une seule pièce: c'est une lettre du ministre de l'agriculture et du commerce, transmettant une demande de M. le docteur Grimaud (d'Angers), tendante à ce que les deux succédanés du sulfate de quinine qu'il a proposés, le sulfate de brucine et de strychnine, soient soumis à toutes les épreuves convenables dans les hôpitaux, et qu'une commission *ad hoc* soit chargée de suivre ces expériences.

M. Wanner envoie une note intitulée: De l'influence de la pression atmosphérique et de la température sur la santé et sur les diverses maladies. D'après l'auteur, les maladies nombreuses qui affectent l'espèce humaine, excepté les maladies contagieuses, telles que la gale, la maladie vénérienne, la rage, la variole, la rougeole, la scarlatine, etc., sont toutes produites par une nourriture altérée, par la respiration d'un air vicié et par les différents milieux atmosphériques chargées d'humidité dans lesquels le corps perd plus ou moins son calorique.

(1) M. Coze, doyen de la Faculté de médecine de Strasbourg, dans ses belles expériences sur le chloroforme, a émis quelques vues semblables à celles que j'indique ici.

(2) L'éther chlorhydrique chloré, le chloroforme, les essences, etc., détruisent la *motricité du nerf* et produisent la *roideur du muscle*.

(3) Les poudres de lycopode, de ciguë, de chêne, etc., respectent la *motricité du nerf* et produisent le *relâchement du muscle*.

— M. Dubois (d'Amiens) lit pour M. Danyau une communication faite au nom de la section d'accouchement constituée en commission d'election. Cette section se trouvant, par suite de la récusation de M. Devilliers et de la maladie de M. Baudelocque, réduite en ce moment à trois membres, M. Danyau demande en son nom qu'il soit procédé, conformément au règlement, à l'adjonction de deux membres.

Sur la proposition de M. Danyau, l'Académie procède immédiatement à un scrutin qui désigne MM. P. Dubois et Velpeau.

— M. Devilliers fils, candidat pour la section d'accouchements, lit un mémoire sur les modifications organiques que détermine la grossesse et sur les résultats morbides qui en sont la conséquence. (Renvoyé à la section.)

SUR LA NATURE DES VIRUS ET LES LOIS D'APRÈS LESQUELLES ILS SE COMPORTENT DANS L'ÉCONOMIE.

M. Londe lit un rapport sur un travail de M. le docteur Hameau, médecin à la Tête-de-Busch (Gironde), intitulé : Réflexions sur les virus.

L'auteur établit d'abord dans ce travail une distinction entre les virus, les poisons, les miasmes et les venins. Quelle que soit la différence avec laquelle ces trois derniers genres de substances (poisons, miasmes, venins) agissent sur nous, ils *s'affaiblissent* pendant leur action, qui est toujours instantanée, s'ils sont en quantité suffisante; ils se decomposent en décomposant; ils obéissent aux lois des affinités chimiques, car leur action n'est remarquable que lorsqu'ils ont pu vaincre la résistance qui leur est opposée par les forces vitales. Il en est tout autrement des virus. Introduit en nous, n'importe comment, cet autre genre de matière y produit des phénomènes qui n'ont rien de commun avec ceux causés par les substances énoncées. Il agit d'après des lois qui lui sont propres. M. Hameau cherche à démontrer qu'il y a identité entre les effets des virus et ceux des insectes. Voici les propositions dans lesquelles il résume son opinion sur ce point.

1° Toute matière hétérogène qui peut s'introduire dans un corps vivant, y rester un certain temps dans l'inaction, s'y multiplier et en sortir ensuite pour agir de même dans un autre corps, paraît avoir un principe de vie.

2° Elle a un grand rapport, par sa façon d'agir, avec les insectes qui s'introduisent dans les plantes et dans les animaux. La petite verole, par exemple, semble se comporter dans son développement comme les germes fecondés de ces insectes : de même que ceux-ci, elle a besoin d'un utérus étranger pour y puiser des sucs nourriciers; elle y incube et elle s'accroît.

3° Lors même qu'elle tue, elle ne saurait être assimilée aux poisons, aux venins, ni aux miasmes. Ceux ci agissent en perdant de leurs forces, en se décomposant; et ils ne peuvent avoir d'action qu'après avoir vaincu les forces vitales. Celle-là, au contraire, acquiert de l'activité, se multiplie et ne craint rien des forces qui nous animent.

4° Cette matiere a surtout de l'analogie avec l'acarus de la gale, qui multiplie en nous ses générations. On pourrait prendre cette affection pour type de toutes les maladies virulentes.

5° Trois caractères indélébiles la caractérisent : savoir, la contagion, l'incubation et la regénération. Toutes les causes productrices de maladies auxquelles on peut reconnaître ces trois qualités sont des virus. Ces caractères diffèrent dans chacun d'eux : l'incubation n'a pas chez tous la même durée; ils ne se multiplient pas tous avec la même force, et la contagion ne leur est pas également facile.

6° Il y a des virus *persistants* et des virus *passagers*. Les premiers ne nous quittent jamais d'eux-memes; tels que la syphilis, la gale, la pellagre, etc.; les seconds nous quittent après un certain temps, tels que la variole, la scarlatine, la rougeole, etc. Les persistants, après avoir été chassés d'un corps, peuvent y revenir indéfiniment; mais ordinairement les passagers n'y reviennent plus après qu'ils en sont sortis.

7° Il y a antipathie entre certains virus, au moins pendant un certain temps, de telle sorte qu'un corps attaqué par l'un ne peut pas l'être par l'autre, ce qui doit dependre d'une opposition de nature, et aussi de certaines parties excrémentitielles que le virus occupant y aurait laissées. Il y a également répulsion entre les virus passagers et les corps qu'ils ont quittés, puisqu'ils n'y retournent plus; ce qui doit aussi venir de ce qu'ils y ont laissé des substances qui leur déplaisent. Cette cause répulsive est semblable à celle qui éloigne tous les animaux de leurs excréments.

8° Chaque climat paraît avoir des virus qui lui sont propres quoiqu'ils puissent se transporter fort loin de leur origine. La fièvre jaune paraît être originaire d'Afrique; la syphilis d'Amérique, la variole et le choléra de l'Inde, la gale, la pustule maligne et peut être le typhus de l'Europe.

9° Il y a des virus propres aux diverses espèces d'animaux tels que le farcin et la morve pour les chevaux, la clavelée pour les brebis; ceux qui attaquent l'espèce humaine ne passent pas aux animaux et *vice versâ*; cependant il y a des exceptions. J'ai, dit l'auteur, de fortes raisons pour croire que la pellagre nous vient des brebis, et j'ai vu un terrible exemple de la morve communiquée à l'homme.

10° Toute cause de maladie qui peut voyager, changer de climat est un virus. Elle ne pourrait parcourir de grandes distances si elle ne se régénérait; or de toutes les causes pathologiques il n'y a que les virulents qui aient la faculté régénératrice. Elle ne peut pas être un miasme, parce que toute cause miasmatique étant une partie d'une substance morte et en corruption, doit, comme elle, promptement se décomposer, en subissant les lois de la physique et de la chimie, tandis que l'autre ne les subit pas du tout.

11° Tous les virus pourraient être divisés en deux classes : en visibles, en invisibles ou aériens. L'auteur appelle virus visible tout liquide produit par une maladie, qui, introduit en nous, n'importe comment, peut reproduire cette même maladie, en manifestant les trois caractères ci-dessus énoncés. Les fluides fournis par la gale, la variole, la vaccine et la syphilis sont des virus visibles. Les invisibles sont ces substances éthérées qui ne se manifestent à nos sens que par les maladies qu'elles font naître, mais qui laissent voir à l'observateur judicieux qu'elles ont les trois signes caractéristiques des virus.

L'auteur montre ensuite en quoi les virus diffèrent, suivant lui, des causes ordinaires des maladies; puis après avoir établi l'existence de ces fléaux cosmopolites, qu'il regarde comme des virus invisibles, il passe à l'étude du ciron de la gale comme type des virus. Il discute, à cette occasion, la doctrine des créations spontanées et se range à la sentence des anciens : *Omnia ex ovo*. La contagion est étudiée par M. Hameau à un point de vue nouveau. De la définition qu'il donne des mots contagion et infection, il tire la conclusion qu'il n'y a qu'infection lorsque la maladie n'est pas transmissible d'un individu à un autre, et qu'il y a contagion dans tous les cas contraires. Là c'est un miasme qui agit; ici c'est un virus; il montre que la contagion n'est pas la même pour tous les virus, quant à la facilité ni quant au mode dont elle s'opère, et que ces différences sont dues à l'organisation des virus.

L'auteur donne ensuite les indications pour constater qu'une maladie est contagieuse ou simplement miasmatique, et arrive à la designation spéciale des virus dont on peut admettre l'existence à leurs caracteres particuliers. Il admet deux sortes de virus, les uns aquatiques, les autres aquatiques et aériens. Les premiers sont : la pustule maligne, la vaccine, la rage, la pellagre, la teigne, la gale, la syphilis, etc.; les virus aquatiques et aériens sont : la variole, la rougeole, la scarlatine, la suette, le choléra indien, la fièvre jaune, le typhus, la peste, la lèpre et la coqueluche.

Dans une seconde partie de son travail, consacrée à la pratique, l'auteur donne des exemples à l'appui de ses opinions, et formule des conseils pour le traitement des virus irritants, notamment de la petite vérole, et pour le traitement des virus persistants et des virus passagers.

Il fait suivre ses réflexions sur les virus de quelques considérations sur la marche du choléra, d'Asie en Europe, et conclut à la nature virulente du choléra, et par conséquent à sa contagion, opinion que discute M. le rapporteur.

M. le rapporteur, après avoir exposé dans tous leurs détails les idees de M. Hameau sur les virus et les conséquences pratiques qu'il en déduit, après avoir revendiqué pour lui la priorité de l'idée de rattacher tous ces virus à l'existence d'animalcules, et avoir discuté quelques-unes de ses opinions, notamment en ce qui concerne la contagion ou la nature virulente de la fièvre jaune et du choléra, n'en proclame pas moins que la doctrine de M. Hameau, la logique vigoureuse avec laquelle il l'a presentee, les limites dans lesquelles il a su circonscrire une théorie qui se trouve neuve en l'appliquant à une classe de maladies dont elle peut seule expliquer le développement, la nature, la propagation, ouvrent à l'étiologie, à la pathogénie et à la thérapeutique des maladies contagieuses un horizon nouveau.

Malgré donc quelques erreurs de détails, dit-il en terminant, le travail de M. Hameau est une œuvre d'une haute portée, et alors même que l'Académie ne partagerait pas entièrement les opinions de l'auteur, votre commission a l'honneur de proposer, pour conclusion finale, de donner à M. Hameau une haute marque d'approbation :

1° En lui écrivant une lettre de remerciments;

2° En inscrivant le nom de M. Hameau sur la première liste des correspondants nationaux;

3° En exauçant le seul vœu qu'il forme, la mise au concours de la question des virus.

Après quelques observations de M. Rochoux, les conclusions du rapport sont mises aux voix et adoptées, à l'exception de la troisième que M. le rapporteur consent à supprimer sur l'observation de M. le secrétaire qui lui fait remarquer qu'elle est contraire aux usages de l'Académie.

Il est cinq heures, la séance est levée.

BIBLIOGRAPHIE.

ANNALES D'HYGIÈNE PUBLIQUE ET DE MÉDECINE LÉGALE. Année 1849, t. XLI et XLII.

Premier article.

PARTIE HYGIÉNIQUE.

En raison de l'abondance des matières contenues dans les quatre livraisons qui composent ces deux volumes et de la nature bien distincte d'ailleurs des deux ordres de travaux auxquels ce recueil est consacré, nous maintiendrons dans cette analyse la division naturelle en hygiène publique et médecine légale, consacrant à chacun de ces deux ordres de travaux un article spécial. Nous commencerons par l'hygiène.

M. Boudin, qui est devenu depuis quelques années un des plus actifs

collaborateurs des ANNALES D'HYGIÈNE, a fourni aux quatre livraisons de l'année 1849 quatre mémoires. Le premier est intitulé : *De l'occupation des lieux élevés, considérée comme moyen de diminuer la mortalité en Algérie*; le deuxième *Études sur le recrutement de l'armée*; le troisième a pour objet *l'Étude de la pathologie comparée*; le quatrième est relatif à *l'État sanitaire et à la mortalité de l'armée*.

Dans le premier de ces mémoires : *De l'occupation* etc., M. Boudin, détracteur persévérant de la colonisation, poursuit le système de lutte à outrance qu'il a depuis longtemps engagée contre la colonie algérienne. Cette question a déjà été débattue dans les colonnes de la GAZETTE MÉDICALE entre M. Boudin et notre collaborateur M. Jacquot.

Le souvenir de cette lutte est trop présent encore à l'esprit de nos lecteurs; le talent et la compétence spéciale des deux honorables contradicteurs sont trop connus et trop bien appréciés de tous pour que nous ayons la prétention d'intervenir personnellement dans ce débat. Nous nous bornerons donc, dans cette rapide revue, à résumer les points principaux et les conclusions qui ressortent du travail de M. Boudin, et à les enregistrer comme pièces du procès pendant depuis bientôt vingt ans devant l'opinion publique.

Dans un précédent mémoire sur la colonisation française en Algérie, inséré dans le tome XXXIX du même recueil, M. Boudin avait été conduit par des considérations économiques et hygiéniques et par le relevé numérique de la mortalité moyenne en Algérie depuis l'occupation, à conclure que la mortalité du soldat est huit fois plus considérable que celle de l'homme du même âge vivant en France dans la vie civile; que la mortalité de la population civile européenne atteignait, sur presque tous les points occupés, un chiffre supérieur à celui des naissances; qu'il y avait par conséquent urgence : à abréger le plus possible la durée du séjour des troupes en Algérie; à les établir, autant que les circonstances politiques le permettraient, sur les points les plus élevés; à renouveler souvent les garnisons des localités les plus insalubres, etc., etc. Dans ce nouveau travail, l'auteur s'est proposé de rechercher quelle pourrait être l'influence de l'occupation des lieux élevés sur l'état sanitaire et la mortalité de la population française en Algérie. Les documents statistiques que renferme la première partie de ce travail sur la population européenne en Algérie, tendent à établir : 1° que malgré l'absence d'une proportion normale de vieillards et d'enfants de 0 âge à 5 ans, c'est-à-dire malgré l'absence de l'élément qui fournit le plus de décès, la mortalité de cette population est deux fois plus considérable en Algérie qu'en France; 2° que la population française, malgré la très-forte proportion des adultes et malgré l'absence presque complète d'agriculteurs, enfin malgré le grand nombre des rentrées en France pour cause de santé, subit une mortalité trois fois plus considérable que celle qui pèse sur la population normale en France; 3° que, à peu près sur tous les points de l'Algérie, il y a pour les Européens excédant des décès sur les naissances, bien que la proportion de ces dernières en Algérie soit plus considérable qu'en France, et que la proportion des mariages en Afrique soit à celle de l'intérieur comme 17 à 18; 4° que, de l'aveu des partisans de l'hypothèse de l'acclimatement à Alger même, c'est-à dire dans une des villes les plus salubres de la régence, la mortalité des enfants européens nés à Alger ou immigrés est beaucoup plus considérable qu'en France; 5° enfin, que la mortalité de l'armée est de trois à quatre fois plus considérable en Algérie qu'en France.

M. Boudin ne se borne pas à la constation pure et simple de ces résultats bruts de la statistique. Il examine ensuite, d'après la double autorité des opinions et des faits, quelle est l'influence de la prolongation du séjour sur la mortalité des Européens. Afin de donner à ces documents une portée plus générale, il étudie la question d'acclimatement sur les divers points du globe où des possessions européennes ont permis de réunir des documents précis sur ce sujet : En Amérique, aux Antilles, à la Guyane, à la Jamaïque; en Asie, au Bengale, à Ceylan; en Afrique, au cap de Bonne-Espérance, à Maurice, etc. Il résulte de ces documents, empruntés pour la plupart aux rapports statistiques sur l'état sanitaire de l'armée anglaise : que l'état sanitaire des troupes séjournant dans les pays chauds ne s'améliore pas sous l'influence de la prolongation de séjour; que souvent même il s'aggrave; que cet état de choses, qui s'observe déjà pour les troupes anglaises dans les possessions britanniques de la Méditerranée, s'observe dans les pays chauds le plus complétement exempts de l'influence paludéenne. Enfin, et comme sanction expérimentale, M. Boudin rappelle qu'un gouvernement voisin, frappé de la reproduction constante de ces faits, s'étant déterminé à substituer au séjour illimité des troupes le système du renouvellement fréquent des garnisons, n'a eu qu'à se louer des résultats de cette mesure.

En présence de ces résultats, M. Boudin se demande s'il existerait une loi exceptionnelle en faveur du Français séjournant, à l'état d'agriculteur, dans les parties de l'Algérie peu élevées au-dessus du niveau de la mer, c'est-à-dire différant d'une manière notable de la France sous le rapport climatologique. Il répond par les documents numériques qui indiquent que la mortalité de la population européenne, qui, en 1842, était de 44,28, était, en 1846, de 44,72 décès sur 1,000, c'est-à-dire le double de celle de la France, et plus considérable dans cette dernière année qu'elle n'avait été quatre ans auparavant. Quant à l'armée, M. Boudin constate que, malgré les nombreuses améliorations apportées à l'hygiène du soldat, malgré le placement d'une grande partie de l'armée sur les points élevés de l'intérieur, la mortalité, en 1846, était encore de 62 décès sur 1,000 hommes, c'est-à-dire cinq à six fois plus considérable que celle qui pèse en France sur la population civile mâle non triée par le recrutement.

Bien que nous nous soyons promis de restreindre notre rôle à celui d'un simple rapporteur, nous ne pouvons nous empêcher de faire remarquer que si les chiffres relatifs à la mortalité de la population civile conservent toute la valeur et la signification que leur donne M. Boudin, sous le point de vue particulier de la prolongation du séjour, il ne saurait en être de même pour l'armée, dont le personnel, incessamment renouvelé, échappe à la conséquence qu'il en voudrait déduire. Nous ajouterions aussi, en ce qui concerne la population européenne, qu'il y aurait à tenir compte de l'influence que devront avoir ultérieurement les travaux d'assainissement en voie d'exécution ou en projet, si nous n'avions toute raison de penser que M. Boudin fera intervenir cet élément essentiel de la question dans la suite qu'il se propose de donner à ce travail, et où il annonce devoir rechercher s'il existe des moyens de diminuer la mortalité.

Dans ses ÉTUDES SUR LE RECRUTEMENT DE L'ARMÉE, M. Boudin s'est proposé de réunir quelques documents qui se lient étroitement à la solution du problème important du recrutement des armées. Ces documents ont spécialement trait à la répartition inégale de l'aptitude militaire entre les divers cantons, ainsi qu'à l'aptitude au service, considérée dans ses rapports avec la taille et le poids des hommes, le périmètre de la poitrine, le fardeau et les fatigues du soldat. Il voudrait : que la répartition du contingent fût opérée d'après l'aptitude militaire des divers cantons, au lieu de la faire d'après la moyenne des jeunes gens inscrits sur les listes du tirage; qu'on tînt compte, dans la fixation de la taille, du fardeau et des fatigues du soldat qui ne lui paraissent pas en rapport avec le *minimum* de la taille fixé à 1m,56 par la loi en vigueur; que la loi fixât pour l'admissibilité au service le *minimum* du poids de l'homme et celui du périmètre du thorax, comme elle fixe le minimum de la taille.

Poursuivant toujours son système *d'incosmopolitisme* ou *d'inacclimatabilité* des races humaines, M. Boudin examine dans ses ÉTUDES DE PATHOLOGIE COMPARÉE, sous le double point de vue des *aptitudes* et des *immunités* pathologiques qui leur sont spéciales, le nègre, le cipaye, le Hottentot, le juif et le..... cheval. Il montre d'une part, chez les nègres, la proportion des aliénés s'accroissant d'une manière sensible aux États-Unis, à mesure qu'on les examine à une plus grande distance de l'équateur; l'accroissement notable de la mortalité des troupes nègres placées dans l'île de Ceylan, à moins de 2,000 mètres au-dessus du niveau de la mer; mais il constate en revanche l'immunité des nègres par rapport à l'influence des marais. D'autre part, il fait voir que, dans les pays des nègres, la mortalité des troupes blanches est seize fois plus considérable que celle des troupes nègres.

Une exception digne de remarque résulte de ces recherches en faveur de la race juive, qui présente partout cette particularité de jouir de très-grands priviléges dans la répartition des immunités morbides et de la faculté d'acclimatation.

L'auteur conclut, en résumé, des faits exposés dans ce travail : 1° que les races humaines sont soumises à des lois spéciales de mortalité sous le double rapport de la proportion et des causes de décès; 2° que les aptitudes et les immunités morbides doivent être prises en sérieuse considération, tant au point de vue du recrutement des armées que sous le rapport des stations qu'il convient d'assigner aux troupes; 3° qu'un bon système de remonte repose essentiellement sur la connaissance précise des lois de la mortalité du cheval de guerre.

Le dernier mémoire de M. Boudin sur l'état sanitaire et la mortalité de l'armée est inachevé; nous y reviendrons.

DE L'INFLUENCE DU RÉGIME DES PRISONS SUR LA SANTÉ DES DÉTENUS : Tel est le titre d'un mémoire de M. le docteur Boileau-Castelnau, médecin principal de la maison centrale de Nîmes. S'il importe aux intérêts de la société que les détenus expient par des peines sévères les crimes dont ils se sont rendus coupables envers elle, la médecine a de son côté un devoir d'humanité à remplir en signalant l'influence fâcheuse que le régime de la détention peut exercer sur la santé des hommes qui y sont soumis, surtout lorsque cette influence aggrave la peine au delà même des inten-

tions du législateur. A l'administration qui ne voit dans le détenu que le coupable, le devoir de sauvegarder les intérêts de la société au prix du dommage qui peut en résulter pour celui-ci ; au médecin qui n'a devant les yeux que l'homme, le droit de faire ses efforts pour concilier la justice avec l'humanité. Telle est la pensée qui domine dans le travail de M. Boileau-Castelnau, dont le double but est de signaler toutes les circonstances inhérentes à la détention qui sont susceptibles d'altérer l'état de santé ou d'augmenter la mortalité des détenus, et d'indiquer les moyens d'améliorer leur état physique et moral.

Les recherches de M. Boileau-Castelnau portent exclusivement sur la maison centrale de Nîmes, dont il est le médecin principal depuis vingt-cinq ans. — L'auteur examine successivement le mouvement pathologique de la population de la maison centrale pendant 1847 (population de 12 à 1300 hommes en moyenne), celui des décès dans une période de vingt-trois ans et celui des entrées à l'infirmerie pendant quinze ans, afin d'en déduire la part des diverses influences morales ou physiques sur la vie des détenus. Il résulte du tableau comparatif des décès de 1845 à 1848 que la moyenne a varié dans les limites de 1 sur 7,85 à 1 sur 23,88. L'auteur, en cherchant à s'expliquer une différence aussi considérable entre ces deux moyennes dans des conditions en apparence identiques et sur une population toujours à peu près la même, en a trouvé la raison dans quelques-unes des circonstances suivantes : d'abord dans une mesure administrative (arrêté ministériel du 10 mai 1839) qui, en limitant le supplément de nourriture vendu à la cantine et en interdisant l'usage du vin et du tabac, vint ajouter une nouvelle cause de débilitation aux conditions déjà si nombreuses de dépérissement qui entourent les prévenus. M. Boileau-Castelnau fait remarquer, en effet, que pendant les quatorze années qui avaient précédé l'adoption de cette mesure, il était mort annuellement 94 détenus 6/10. Dès la première année de son application, 162 succombèrent, c'est-à-dire 66 de plus que la moyenne des années précédentes.

L'année d'après, la nourriture accordée par l'État ayant été augmentée et la sévérité des travaux un peu relâchée, la mortalité diminua et s'abaissa à 97 ou 1 sur 12,06, chiffre moyen des années antérieures au système en question. Enfin, en 1842, le personnel de l'administration et le corps des surveillants s'étant attachés au bien-être moral et matériel des détenus, les entrées à l'infirmerie et les décès diminuèrent de 1 sur 12,06; la mortalité arriva progressivement à 1 sur 23,88 en 1844, époque à laquelle les décès parvinrent, par une période croissante, à 1 sur 13,57 en 1847, résultat qui fut dû à plusieurs causes, notamment à un arrêté ministériel mis en pratique en 1844, et qui réduisit la portion du pécule accordé au détenu pendant son incarcération et le priva par suite de la faculté de se procurer un complément de nourriture ; à la qualité inférieure des fournitures et à l'exigence d'un travail au-dessus des forces du prisonnier et disproportionné avec l'état de sa santé.—La suspension momentanée des travaux dans les prisons, décrétée par le gouvernement de Février, est venue apporter la preuve de la part d'influence qu'a le travail forcé sur la santé des détenus. Depuis ce moment, en effet, les admissions à l'infirmerie et les décès ont diminué considérablement. Ainsi, au 31 oct. 1848, il n'y a eu que 519 entrées pour les sept mois sans travail au lieu de 743 entrées qu'avaient données les pareils mois de 1847. Pendant le même espace de temps, il est mort 16 détenus en 1848 ; en 1847, année de travail, il en était mort 44.

Enfin l'encombrement figure naturellement au nombre des causes qui ont dû faire varier le chiffre de la mortalité. C'est le point sur lequel l'auteur a plus particulièrement porté son attention.

En résumé, la conséquence du régime habituel de la prison a été une mortalité cinq fois plus forte que chez les individus libres du même âge et du même sexe.

Pour ce qui est de la nature des maladies suivies de mort, l'auteur a constaté que le plus grand nombre des décès, dans la prison de Nîmes, est occasionné par les maladies des organes thoraciques. Tandis que, d'après des relevés statistiques, 1,184 individus donnent 7 décès par maladie de poitrine, le même nombre de détenus a donné en 1847, sur 85 décès, 66 par cet ordre de maladie, c'est-à-dire 59 de plus que dans les conditions des hommes libres. Sur ces 66, 35 étaient dus à la phthisie pulmonaire. Or, en appliquant la même loi, il n'aurait dû succomber que 4 phthisiques; c'est donc 32 de plus que dans l'état de liberté.

Parmi les moyens susceptibles de produire l'amélioration physique et morale des détenus, M. Boileau-Castelnau insiste particulièrement, comme le plus urgent, sur l'introduction dans les prisons d'un bon système d'aération et de ventilation, d'après le procédé indiqué par M. Péclet ; sur la nécessité d'une alimentation mieux en rapport avec la dépense de forces qu'exigent les travaux auxquels les détenus sont astreints, et surtout sur la moralisation par l'éducation morale, intellectuelle et professionnelle. Il propose, comme moyen de réaliser cette double amélioration, l'application des détenus aux travaux de l'agriculture, combinés avec certaines industries d'art ou de manufacture.

Nous n'avons pas à examiner ce projet en lui-même, qui réaliserait incontestablement les améliorations physiques et morales que sollicite si vivement l'auteur de ce travail, mais dont l'application est subordonnée à des considérations d'un autre ordre auxquelles nous sommes et devons rester étrangers.

— M. le docteur Papillon a publié dans ces mêmes volumes un long et important travail sur LA VENTILATION APPLIQUÉE A L'HYGIÈNE MILITAIRE. L'auteur après avoir déterminé, d'après les recherches les plus récentes des physiciens et des chimistes sur les conditions physico-chimiques de la respiration, notamment celles de MM. Andral et Gavarret, de MM. Regnault et Reizet et de M. Barral, les quantités d'air nécessaire à la respiration, dans un temps et dans un espace donnés, passe en revue tous les systèmes de ventilation proposés jusqu'à ce jour, pour les apprécier au point de vue de leur application à l'assainissement des quartiers ou des tentes. M. Papillon se prononce pour un système de ventilation fondé sur le mouvement spontané de l'air et le concours des appareils de chauffage et d'éclairage. Les nombreux détails techniques que comporterait la description des appareils imaginés et proposés par l'auteur, ne nous permettent pas de nous étendre plus longuement sur ce travail, que consulteront avec intérêt tous les médecins qui s'occupent d'hygiène publique, et particulièrement les médecins militaires.

Nous signalerons enfin, pour terminer l'analyse de la partie hygiénique de ces deux volumes : un travail considérable de M. Rufz, intitulé : RECHERCHES SUR LA SANTÉ ET LA MORTALITÉ DES NÈGRES DANS LES HABITATIONS-SUCRERIES DE LA MARTINIQUE, travail entrepris avant le décret d'émancipation des nègres de nos colonies, et qui a perdu par là quelque peu de son intérêt d'actualité; des RECHERCHES STATISTIQUES SUR L'HYGIÈNE ET LA MORTALITÉ DE LA VILLE DE RENNES, par M. Toulmouche; un travail analogue de M. le docteur Lecadre, sur LE HAVRE, CONSIDÉRÉ SOUS LE RAPPORT HYGIÉNIQUE, travaux dont le titre indique assez l'utilité, mais qui échappent à toute analyse ; enfin, une notice historique sur le nettoiement de la ville de Paris, par M. Chevallier, et une statistique des décès dans la ville de Paris depuis 1809, par M. Tréhuchet, mémoires inachevés et sur lesquels nous aurons à revenir.

H. BROCHIN.

VARIÉTÉS.

— PROGRAMME DU CONCOURS OUVERT A L'ACADÉMIE DU GARD POUR UN PRIX A DÉCERNER EN AOUT 1852. — Quels seraient les travaux d'art, d'agriculture ou d'industrie qui devraient être exécutés pour faire disparaître les *Fièvres paludéennes* qui règnent sur le littoral du département du Gard et des départements limitrophes, et pour qu'il résultât de ce perfectionnement sanitaire :

1° Un changement radical dans l'intérêt de la santé publique ;

2° Une augmentation dans la valeur du sol et de ses produits agricoles ou industriels.

Le prix, qui sera distribué en août 1852, consistera en une médaille d'or de la valeur de 1,000 fr.

Les mémoires doivent porter une sentence et un billet cacheté renfermant cette même sentence, le nom et l'adresse de l'auteur; ils seront envoyés, *franco*, avant le 15 mai 1852, à M. NICOT, secrétaire perpétuel, rue d'Avignon, n° 28.

— MUTATIONS DANS LE CORPS DES OFFICIERS DE SANTÉ MILITAIRES. — M. Renard, chirurgien sous-aide à l'hôpital de Lille, a été désigné pour l'hôpital de Thionville.

M. Balech, chirurgien sous-aide à l'hôpital de Lille, a été désigné pour l'hôpital de Sedan.

M. Gueury, chirurgien sous-aide à l'hôpital de Lille, a été désigné pour l'hôpital de Belfort.

M. Tison, chirurgien sous-aide à l'hôpital de Lille, a été désigné pour l'hôpital de Montmédy.

M. Godfrain, chirurgien sous-aide à l'hôpital de Lille, a été désigné pour l'hôpital de Besançon.

M. Quech, chirurgien sous-aide à l'hôpital de Lille, a été désigné pour les ambulances de la division d'Alger.

M. Barincou, chirurgien sous-aide à l'hôpital de Sedan, a été désigné pour l'hôpital de Lille.

Le rédacteur en chef, JULES GUÉRIN.

REVUE GÉNÉRALE.

SYPHILISATION; par M. AUZIAS-TURENNE.

A M. DIDAY, EX-CHIRURGIEN EN CHEF DE L'HÔPITAL DE L'ANTIQUAILLE A LYON.

> Ce même virus propagé depuis, surtout aujourd'hui, par une inoculation presque générale, est devenu, comme la petite vérole inoculée, beaucoup moins meurtrier qu'il n'était. (SWÉDIAUR.)

Monsieur,

En lisant l'article qui a paru dans la GAZETTE MÉDICALE DE PARIS du 30 novembre dernier sur la *syphilisation*, j'ai sans peine deviné que vous en êtes l'auteur. Aimant franchement la science, vous êtes indulgent envers ceux qui la cultivent. C'est ce qui me donne la confiance de vous écrire pour vous exprimer combien vos conseils me seront utiles, et pour chercher à éclaircir vos doutes.

Vous avez nettement défini, dans les termes suivants, les trois chefs importants de la *syphilisation*. Il faut, avez-vous dit, examiner dans les faits annoncés par M. Auzias : 1° les particularités de l'évolution syphilitique qu'il a constatée chez les animaux; 2° l'analogie qu'il peut y avoir lieu d'établir sous ce rapport entre les animaux et l'homme; 3° enfin les conséquences pathogéniques et prophylactiques auxquelles ce fait une fois admis pourrait conduire. Permettez-moi de vous suivre dans ces trois points.

1° J'ai vu la *syphilisation* se produire invariablement chez tous les animaux que j'ai, pour ainsi dire, saturés de chancres. Ce serait pour moi une bonne fortune que de trouver une exception à cette règle; car les faits exceptionnels sont plus instructifs que les autres. En attendant, j'ai pu déduire d'un grand nombre d'expériences, et consigner dans mon Mémoire, entre autres lois, les suivantes :

A. La syphilisation et le *syphilisme* (je désigne par ce dernier mot l'aptitude à être syphilisé) sont en raison inverse du volume de l'animal.

B. La syphilisation est en raison directe du nombre des chancres simultanés.

C. La syphilisation est en raison inverse de l'étendue des chancres.

D. La syphilisation est en raison directe des chancres successifs qu'on donne à un animal.

E. Il faut beaucoup plus de chancres simultanés que de chancres successifs pour syphiliser un animal.

F. Il faut moins de temps pour syphiliser un animal par des chancres simultanés que par des chancres successifs.

G. Le temps nécessaire à la syphilisation est en raison directe du volume de l'animal et en raison inverse de l'activité de ses fonctions.

Ces lois peuvent paraître obscures en l'absence des expériences qui les confirment et les expliquent; mais je tiens surtout à ce qu'on n'établisse aucune confusion entre la *syphilisation* et la *syphilis constitutionnelle* ou la *diathèse syphilitique*. Je n'avais pas imaginé un mot s'il en eût existé pour rendre ma pensée. La *syphilis constitutionnelle* est compatible avec une nouvelle infection primitive et se traduit en général par des symptômes, tandis que les *syphilisés* se montrent réfractaires au chancre, et sont pendant un certain temps, peut-être même pour toujours, à l'abri de manifestations symptomatiques spéciales.

Il n'y a rien de plus merveilleux dans cette découverte, dont vous êtes un des précurseurs par vos travaux, que dans toute autre découverte, *l'inoculation de la petite vérole* ou la *vaccine*, par exemple. D'ailleurs, pour bien juger de la réalité d'un fait, il faut le vérifier au lieu de le contester d'après une impossibilité apparente. « Nous tenons pour certain, dit M. Ricueno d'Amador, que rejeter les innovations sous prétexte d'impossibilité, » c'est juger ce qu'on ne sait pas par ce qu'on sait, quand, au contraire, il » faudrait soumettre ce qu'on sait à ce qu'on découvre. » Cela ne saurait s'adresser à vous, monsieur, c'est une pierre jetée dans le jardin d'autrui par-dessus les murailles du vôtre.

Le point important est de prouver la *syphilisation* dans l'espèce humaine. On peut invoquer en preuve de son existence l'analogie et les faits eux-mêmes.

L'analogie n'est pas aussi trompeuse que vous croyez, pourvu qu'on ne l'accepte pas sans discernement. Les chancres, je vous l'assure, se comportent chez les singes absolument comme chez les hommes; le virus ne s'y affaiblit pas plus que dans l'espèce humaine. Donc la syphilis de l'espèce singe n'est pas manifestement à la syphilis de l'homme ce qu'est la rage de l'espèce bovine à la rage du chien. La rage, d'ailleurs, naît tous les jours spontanément chez le chien, et une création nouvelle du virus peut être confondue chez cet animal avec sa simple propagation. Je ne sache pas, au contraire, qu'il soit démontré que la syphilis s'engendre aujourd'hui chez l'homme sans une inoculation ou une contamination. Ainsi la rage naît spontanément dans l'espèce canine, et peut-être (cette opinion a des partisans) s'y éteint-elle, comme dans l'espèce bovine, après un nombre très-limité de générations; tandis que la syphilis ne naît probablement pas spontanément dans l'espèce humaine, et ne s'y affaiblit pas en passant d'une personne à une autre. On pourrait signaler entre les deux maladies d'autres différences importantes qui s'ajouteraient aux précédentes, pour mettre en garde contre certaines analogies qu'on essayerait d'établir entre la syphilis et la rage. Or ne serait-ce pas s'égarer dans les ténèbres que de suivre un fil conducteur si souvent rompu ?

Ne nous fions donc pas à cette analogie perfide. Il est une autre analogie plus frappante et plus sûre : c'est celle qui existe entre la *syphilis* et la *petite vérole*. On trouve pour unique différence qu'une simple inoculation positive de la *petite vérole* met à l'abri des effets d'une seconde, tandis qu'il faut des inoculations successives de plus chancreux pour rendre le sujet réfractaire à cette inoculation elle-même. Mais en définitive, le résultat est identique dans les deux cas, et se traduit par le mot : *immunité*.

Les faits sont aussi favorables à mon opinion que l'analogie. On en trouve parmi les personnes des deux sexes qui ont successivement et sans interruption contracté des chancres dans les premiers temps de leurs dérèglements. Il leur a suffi, pour arriver à la *syphilisation*, d'une ou deux années de chancres successifs et sans traitement. Nous aurons ultérieurement là-dessus des données plus précises. Les personnes dont je parle se portent bien, et par conséquent ne recherchent point les médecins. C'est à celui qui veut les observer à les découvrir lui-même. *Quœrite et invenietis*. Cherchez donc; et n'oubliez pas que l'homme est un gros animal, et que *la syphilisation doit être en raison inverse du volume de cet énorme singe*.

Feuilleton.

Leuret. — La septième chambre. Homicide involontaire. — Qualités inédites de Marjolin. Une histoire d'huissier. — Encore la sibylle moderne.

La CHRONIQUE pourrait aujourd'hui encadrer de noir la moitié au moins de l'espace où elle doit prendre ses ébats; car elle a mis en réserve, pour la récréation du lecteur, principalement des souvenirs de mort. Il y aurait grande injustice à s'en plaindre. Condamnée à des *fins de mois* toujours trop lourdes pour l'exiguïté de ses ressources, la CHRONIQUE règle ses échéances avec la monnaie que l'occasion lui met dans la main, sans se piquer d'autre mérite que d'une scrupuleuse ponctualité. Quand elle a couvert un espace raisonnable dans le dernier numéro du mois, elle se tient pour dégagée de toute obligation et se repose quiètement dans la satisfaction de sa propre personne.

Eh! qui se plaindra d'être arrêté quelque temps ici à la commémoration d'un mort, quand ce mort s'appelle Leuret? En quel lieu pourrait-on parler plus à propos de ce regrettable confrère que dans la GAZETTE MÉDICALE, autrefois honorée de sa collaboration, et spécialement dans ces colonnes où il exerça plus d'une fois *incognito* la verve moqueuse de son esprit? Leuret était une de ces intelligences sagaces, déliées, pénétrantes, un peu rebelles aux grandes systématisations, en revanche merveilleusement propres aux finesses de l'analyse, qui laissent toujours une trace durable dans les sujets qu'elles ont traversés. Laborieux et actif, tout éveillait sa passion de connaître; il éprouvait souvent la tentation de la satisfaire au détriment de ses travaux habituels, et y succombait volontiers, comme on peut s'en assurer en parcourant la série très-variée de ses œuvres. Mais la spécialité où il fut de bonne heure engagé, en offrant à son activité une direction et un but, le retint habituellement dans un ordre d'idées et de faits qui a suffi à lui assurer l'originalité du caractère scientifique. Cette activité ainsi réglée, plus peut-être par occasion que par disposition naturelle, avait encore ceci de particulier qu'elle était surtout, qu'on nous passe le mot, interne, et qu'elle avait quelquefois besoin d'une incitation étrangère pour se répandre au dehors, sous la forme de livres ou autrement. Les quelques sujets qu'il avait embrassés dès le début de sa carrière, il les poursuivait à huis clos, sans hâte, sans un ordre très-rigoureux, accueillant les faits plutôt que les recueillant ou les recherchant avec ardeur, paraissant enfin moins désireux d'acquérir un nouveau titre de renommée que de satisfaire une savante curiosité. C'est ainsi qu'il a laissé inachevé son grand ouvrage sur l'anatomie comparée du système nerveux, dont le tome premier remonte à plus de douze ans. Mais le jour où il rencontra, sur une question de thérapeutique, une vive opposition chez la plupart des aliénistes, le jour où il fut stimulé par le besoin de la défense, sa plume devint aussi active que sa pensée, et il lança coup sur coup deux publications remarquables : un gros livre et un fort mémoire.

L'esprit de Leuret était d'une nature trop délicate et trop élevée pour s'adon-

Les faits que vous m'objectez sont relatifs à des chancres, entre lesquels un long intervalle a existé et s'est fait nn traitement. Il ne s'agit donc pas de chancres contractés par des personnes antérieurement hien portantes, et chez lesqnelles la contamination anrait été produite snccessivement jusqu'à saturation complète.

C'est pourtant là nne condition de *syphilisation*. La *syphilisation* et la *vérole constitutionnelle* d'une part, et de l'autre la *syphilisation* et la *mercurialisation* (passez-moi le mot), semhlent s'exclure. Il fandrait donc manœuvrer, pour ainsi dire, sans interruption pour ohtenir la *syphilisation* avant qne se manifeste la syphilis constitutionnelle. Il est hien plns important encore d'écarter l'intervention dn mercure. Nons saurons plus tard s'il est possihle de convertir la *diathèse syphilitique* en *syphilisation*, et quelle est l'action précise dn mercure sur la syphilisation elle-même. Le prohlème est posé. Les inconnnes sont encore nombreuses, je cherche à les dégager. Sontenez mon ardenr à la recherche de la vérité, en me communiquant une partie de ce fen sacré qni vons anime. Mais, de grâce, ne me parlez pas dn *phagédénisme*, si ce n'est pour en accnser la vérole constitntionnelle, le mercure et tont ce qne vons voudrez, excepté la *syphilisation*. La *syphilisation* et le *phagédénisme* sont incompatibles.

Les inoculations ne sont pas plus contre mon opinion que les faits. Il faut de deux choses l'nne : on hien que les sujets des expériences se soient trouvés, quand elles ont été commencées, en voie de syphilisation, ou hien qu'ils ne s'y soient pas tronvés. Dans le dernier cas, on ne pourrait m'objecter ces expériences que si l'on avait pratiqué snccessivement des inoculations nomhreuses. Or je me plais à croire que cela n'a pas été fait. Dans le premier cas, voici ce qui est arrivé sans donte : il s'est produit snr les malades ce qne j'appelle des *pustules anortées*, et ce qu'on désigne dans le peuple par les mots de *chancres volants*. On a pensé dès lors que le pus avait cessé d'être inoculahle, tandis que c'était le malade lui-même qui avait perdu son inoculahilité. L'inoculation du meilleur pus aurait échoué de même. Je cite dans mon Mémoire nn de ces chancres de l'espèce hnmaine qui a donné à un singe hien portant un ulcère de viugt-trois jours de durée.

On n'a donc pas pu jusqu'ici étudier la syphilisation sur l'homme après l'avoir produite à dessein, et on l'a méconnue on iguorée quand elle s'y est montrée accidentellement.

3° Il résulte de tout ce qne je viens de vous dire que la *syphilisation* est nn état constitutionnel bien distinct de la *vérole constitutionnelle*, sur laquelle il offre le douhle avantage d'une immuuité contre le chancre, et probablement anssi d'une garantie d'assez longue durée contre tout antre symptôme syphilitique. Mais si la *syphilisation* devenait jamais applicable à la prophylaxie et à la thérapentiqne, il fandrait hien se garder d'en entraver la production par la cautérisation des chancres. Il est important de laisser marcher ceux-ci pour qu'ils produisent complétement leur effet *syphilisant*.

Je crois me tronver snr la voie de la déconverte d'une maladie des hrutes qui serait la *vaccine* de la syphilis, sans en avoir les dangers. Mais en attendant, quel parti pratique pourrait-on tirer de la *syphilisation?* La question est complexe et se décompose ainsi : 1° Y aurait-il avantage à *syphiliser* les individus et dans quel cas? 2° Serait-il dans l'intérêt général de *syphiliser* toutes les filles publiques? 3° Devrait-on chercher à éteindre la vérole dans une *syphilisation* nniverselle? Triple prohlème, hien digne de vos méditations, car c'est vons, monsienr, qui avez cherché à inaugurer par vos savantes recherches la *médecine légale* de la syphilis.

Voulez-vons nn exemple dans leqnel la *syphilisation* serait applicable à nn malade? Je suppose celui-ci atteint d'nn chancre qui commence à s'indurer. Qu'on se hâte de le *syphiliser* ponr conjurer la vérole constitutionnelle. *Autre cas*..... Mais je venx m'en tenir à ce qui est rigourensement démontré.

En résumé, l'*inoculation de la syphilis* aux animaux et la *syphilisation* sont deux faits certains. Puissé-je en annoncer hientôt un troisième!

Agréez, etc.

PROPHYLAXIE.

NOTE SUR LE MOYEN HYGIÉNIQUE ET PRÉSERVATIF DE M. SEMMELIVEIS POUR EMPÊCHER LE DÉVELOPPEMENT DES ÉPIDÉMIES PUERPÉRALES DANS LA MATERNITÉ DE VIENNE, MIS EN PRATIQUE AVEC SUCCÈS par M. ARNETH. (Lu à l'Académie de médecine le 7 janvier 1851.)

Après avoir été chef de clinique d'accouchements à la Maternité de Vienne, où le nomhre d'acconchements s'élève jusqu'à 7,500 par an, je suis venu à Paris ponr y suivre les leçons des maîtres, et avant de partir je crois de mon devoir envers l'hnmanité de communiqner à l'Académie une déconverte faite à Vienne par M. Semmeliveis, chef de clinique d'accouments; découverte à la faveur de laquelle nous connaissons maintenant la cause la plus fréquente des fièvres puerpérales qui ont fait très-sonvent, chez nous, des ravages terrihles, et qui nous a indiqué en même temps un moyen hygiénique pour en diminuer de beancoup le nomhre.

La Maternité de Vienne existe depuis 1784, et comme ses salles furent toujours énormément encomhrées, les autorités se tronvèrent dans la nécessité d'étahlir en 1833 nne nouvelle division qui dut servir de deuxième clinique d'acconchements. La nouvelle construction fut occupée par l'ancienne clinique et la nouvelle clinique s'installa dans le vieux bâtiment, qui d'ailleurs n'est séparé du nonvel étahlissement qne par une porte en hois, et dans une partie, seulement par des carreaux.

La mortalité dans ces deux cliniques fut d'*abord* à peu près égale (1), la même proportion existant ponr le nomhre des élèves, la réception des femmes enceintes, qui avait lieu à jours fixes et même la qualité du linge, des ustensiles, etc., etc.

De ces dispositions rien ne fut changé, sinon qu'il fut arrêté en 1829 que, pour plnsieurs raisons, tons les élèves médecins devraient désormais

(1) Il est mort :

	DANS TOUTE LA MATERNITÉ.	DANS LA DEUXIÈME CLINIQUE.
En 1834	806 pour 100.	860 pour 100.
1835	533 —	498 —
1836	761 —	718 —
1837	824 —	69 —
1838	375 —	494 —

ner au culte grossier du fait. Sa philosophie médicale était tont autre. L'étude des affections du système nerveux lui avait fourni un champ commode pour l'attaque de l'anatomisme exclusif, et il en avait profité avec habileté. On pourrait citer de lui sur ce point des passages aussi sagement pensés qu'élégamment écrits. Mais, par une heoreuse association de qualités différentes et presque opposées, la part des doctrines générales étant réservée, ses facnltés d'observation et d'analyse lui assuraient un grand avantage dans la recherche de l'objectif et du particulier. Doué d'un conp d'œil assez étendu pour embrasser les faits dans leor ensemhle et assez perçant pour pénétrer dans tous lenrs détails, nul ne possédait mieux ni plus complètement les termes d'une question; il y pnisait rarement le prétexte de théories personnelles, mais il ne manquait pas d'y saisir l'occasion de battre en brèche les théories d'antrui. Plns d'nne opinion accréditée sur l'anatomie et la physiologie du système nervenx est venne se heurter là, contre les données inflexibles de l'observation. On sait quel parti il a tiré contre la phrénologie de l'anatomie comparée de l'encéphale. Les disciples de Gall le regardaient comme nn de leurs plus redoutables adversaires : c'est un aveu qui échappa un jour à l'nn d'enx en notre présence, et il n'y a pas lieu de s'étonner, en effet, qu'nn procédé d'attaque où les faits interviennent presque seuls ait été si dangereux pour nne doctrine qui défie les oppositions sur le terrain des faits.

S'il était prndent dans la théorie, modéré et contenu dans l'induction, Leuret n'en apportait pas moins, dans les croyances anxqnelles il s'était arrêté, beaucoup de décision et de fermeté. Assurément ses idées sur le traitement moral de la *folie*, telles qu'il les concevait et appliquait, ne manquent pas de hardiesse. La manière dont il les défendait est celle d'un esprit profondément convaincu, d'un praticien expérimenté, d'nn habile dialecticien; on y reconnaît surtout la révolte d'nne honneteté chatouilleuse contre des insinuations anxqnelles sa méthode thérapeutique l'avait exposé, et qu'il s'exagérait sans doute. Dans tontes ses œuvres respirent la même indépendance d'opinion, la même fermeté de croyance; il lui a même été donné nne fois d'avoir à opter entre un haut patronage, auquel des liens de reconnaissance l'attachaient depnis longtemps, et certaines convictions scientifiques en matière d'aliénation. Le patronage fut sacrifié.

Qnand on songe aux remarquables travanx de notre regretté confrère, aux belles qualités de son intelligence, on se demande pourqnoi il n'est pas parvenu plns haut dans l'échelle médicale. Car, on pent hien le dire maintenant, sa position n'a pas été au niveau de son mérite. Appelé nn pen tard à la tête d'un service d'aliénés, ce fut à pen près tonte la faveur dont il jonit. Il n'acquit jamais dans la pratique civile une grande autorité; il n'appartint à ancnn corps savant. Sans parler des circonstances accessoires qui ont pu n'être pas sans influence sur cette infériorité relative de position, plusieurs causes y ont contribné. L'opposition faite à ses idées sur le traitement de la folie l'attendait lui-même à la porte des académies, au lit des malades, dans les consultations; on ne saurait nier anjourd'hui qu'il n'ait rencontré là des obstacles sérienx. Pnis, Leuret, si tenace dans ses idées, manquait de persévérance dans l'ambition; il se décourageait au premier échec. Peut-être anssi entrait-il dans cette disposition quelque pen d'humeur chagrine, comme un vague ressentiment d'une blessure inavouée de l'amour-propre. Une extrême timidité qui se trahissait dans le regard, dans la voix, dans la contenance, dérobait aisément aux yeux du monde

faire leurs études dans la première clinique, tandis que les sages-femmes ne seraient plus admises que dans la deuxième clinique.

Comme la mortalité dans la Maternité fut toujours beaucoup plus grande qu'elle ne l'est urdinairement chez les femmes en couches dans la ville, il se fit de temps en temps, par ordre du gouvernement, des enquêtes pour étudier et les causes de cette grande mortalité et les moyens de la prévenir.

Ce qui dut frapper singulièrement tout le monde, et les médecins surtout, ce fut la grande différence qui, quelques années après qu'on avait considérablement augmenté la Maternité, eut *constamment* lieu entre les résultats obtenus dans la première clinique (établie dans la nouvelle construction) et dans la seconde clinique (établie dans l'ancien bâtiment). Voici le relevé comparatif de la mortalité des deux cliniques :

	IL MOURUT	
	Dans la première.	Dans la seconde.
En 1839	5,4 pour 100.	4,5 pour 100.
1840	9,5 —	2,6 —
1841	7,7 —	3,5 —
1842	15,8 —	7,5 —
1843	8,9 —	5,9 —
1844	8,2 —	2,3 —
1845	6,8 —	2,03 —
1846	11,4 —	2,7 —

On suspectait le blanchissage, un accusait la position défavorable des salles, etc.; mais ce qu'on oubliait toujours, c'était que ces conditions étant parfaitement semblables ne pouvaient nullement expliquer la grande différence dans la mortalité des deux cliniques.

Enfin, en novembre 1846, comme on crut avoir trouvé la cause des revers dans le toucher trop souvent exercé sur les femmes enceintes, on diminua de beaucoup le nombre des élèves dans la première clinique. Et en effet en novembre et décembre 1846, janvier et février 1847, la mortalité fut considérablement réduite, pour apparaître malheureusement de nouveau en avril 1847 où il mourut 57 accouchées, et au mois de mai, où il en mourut 36 ; ce fut ce triste résultat qui montra mieux que n'auraient pu le faire les théories les plus savantes, que ce n'était pas dans le nombre des élèves qu'il fallait chercher la véritable cause.

Ce fut au mois de mars 1847 que le docteur Semmeliveis fut nommé chef de la première clinique. Il examina consciencieusement toutes les causes auxquelles on avait attribué jusqu'alors cette grande mortalité. Il en coûta peu de les rejeter toutes : le temps mieux que tout avait prouvé l'inefficacité des précautions qu'un avait jugées nécessaires.

M. Semmeliveis dut alors se livrer à une étude spéciale pour apprécier les avantages des dispositions qu'on avait arrêtées dans la deuxième clinique se félicitait de si heureux résultats.

Après s'être assuré que ce n'était ni par des précautions ni par un traitement tout spécial des femmes malades, ni par des salles plus aérées, etc., qu'elle l'emportait, M. Semmeliveis devait enfin être vivement frappé d'une circonstance, dont l'importance avait jusqu'alors échappé aux yeux es plus expérimentés.

Tandis que les élèves sages-femmes n'assistaient pas aux autopsies et que les chefs même de cette clinique ne venaient que rarement dans les salles de dissection où ils n'avaient pas de leçons à donner, les élèves de la première clinique étaient des médecins qui se préparaient à leurs examens, se vouaient tout spécialement à la pratique des accouchements et en même temps à des travaux anatomo-pathologiques, ou des docteurs étrangers qui s'empressaient de suivre les leçons d'anatomie pathologique données par l'illustre professeur Rokitansky.

Tous ces messieurs se livraient avec enthousiasme aux travaux anatomiques ; ils ne se bornaient pas à faire de temps en temps une autopsie, mais ils étaient tous occupés à assister à huit ou dix dissections par jour, que fournissait le grand hôpital dont la Maternité fait partie. Les dissections dont je viens de parler étaient très-souvent faites par eux-mêmes ; ou bien on se rendait à des leçons d'anatomie pathologique où toutes les pièces pathologiques de chaque jour, même celles du canal intestinal, étaient examinées et passaient de main en main. En outre, le chef de clinique d'accouchements faisait presque sans relâche un cours où l'un pratiquait sur le cadavre des opérations obstétricales. Après de si longues opérations sur des cadavres, les élèves n'allaient que trop souvent immédiatement continuer la pratique d'accouchements à la Maternité.

Eh bien ! c'est là, dans les autopsies faites en très-grand nombre par les élèves d'une des cliniques, à l'exclusion des élèves de l'autre clinique, que M. Semmeliveis a reconnu la cause de la grande différence qui se faisait remarquer dans la mortalité de ces deux services ; c'était l'inoculation des atomes cadavériques aux parties génitales qui était la source trop fréquente et trop souvent funeste des maladies puerpérales ; c'était là encore, en prenant des précautions nécessaires, ce qu'il fallait chercher à combattre. Aussi M. Semmeliveis conçut-il dès lors la possibilité de réduire la mortalité qui décimait cette clinique.

Or quiconque s'est occupé à faire des autopsies se souviendra sans doute que tous les moyens de propreté ne suffisent pas pour se débarrasser de l'odeur cadavérique, odeur qui, sans parler des différentes espèces de maladies auxquelles les malheureux ont succombé, est d'autant plus pénétrante et d'autant plus ineffaçable que l'on a fait un plus grand nombre d'autopsies.

Mais chaque odeur est due à quelque substance qui fait sentir sa présence tant qu'il en reste une parcelle, si minime qu'elle soit, sur l'épiderme. Il semble donc hors de doute que les mains, tant qu'elles conservent l'odeur spécifique, ne sont pas encore tout à fait débarrassées d'atomes cadavériques.

On se souviendra d'un autre côté à quel développement tout le système génital est arrivé à l'époque dont il est question, à quel point par conséquent doit être facile l'absorption des substances cadavériques dans les premiers moments de travail où l'orifice de la matrice commence plus ou moins à s'ouvrir.

Pour être bref, voici en peu de mots l'idée de M. Semmeliveis :

Des liquides en putréfaction, soit par le linge, soit par des parties du placenta, par des instruments mal nettoyés, par les ustensiles, par l'atmosphère même, imprégnée de tels atomes : voilà la cause la plus fréquente des fièvres puerpérales. Le mode de propagation le plus commun est le toucher exercé par des mains imprégnées des miasmes des cadavres.

Un moyen à l'aide duquel, suivant M. Semmeliveis, on serait parvenu à nettoyer si bien les mains qu'il ne restât aucun atome cadavérique sur l'épiderme, et que par conséquent pas la moindre odeur spécifique ne se fît sentir, devrait également réussir à rendre moins nuisibles les autopsies tout à fait indispensables aux élèves pour faire des études approfon-

---

son mérite de savant, en même temps qu'elle le rendait peu propre à un rôle public. Il ne se dissimulait rien de tout cela, et il en éprouvait, dans le secret du cœur, de l'ennui. Or un ennui venu de cette source va rarement sans un grain d'amertume. C'est le sort de la nature humaine. Avec moins d'imperfections de diverses sortes, Rousseau eût été plus charitable envers l'humanité.

Le feuilleton ne peut aller au delà de ces vagues aperçus. Un exposé des services scientifiques de Leuret reviendrait à une autre et plus compétente appréciation. Si quelqu'un l'entreprend, il rencontrera sur sa route de hautes et intéressantes questions de psychologie et de physiologie. N'y a-t-il pas là de quoi tenter ?

— Nous l'avons dit, il nous faut tomber d'un triste souvenir à une histoire affligeante. Le proces qui s'est deroulé récemment à la 7e chambre a trop occupé l'attention publique pour qu'il nous soit permis de le passer sous silence. On sait qu'un de nos confrères, chirurgien en chef d'un hôpital d'aliénes, était prévenu d'homicide par imprudence pour avoir administré par erreur *dix grammes* de laudanum de Sydenham en lavement à un malade qui est mort environ trente-six heures après ; que cinq médecins occupant les plus hauts rangs de la hiérarchie ont déclaré, soit comme témoins, soit à titre d'experts, qu'il n'était pas démontré que la mort fût le résultat d'un empoisonnement par le laudanum ; que cette assertion a été fortement contredite par deux professeurs de l'école d'Alfort ; finalement que le prévenu a été déclaré coupable d'homicide involontaire et condamné à quinze jours de prison et 500 fr. d'amende. On comprend bien que nous ne soyons pas tenté d'aborder ici la question toxicologique. Nous ne sommes guère touché en ce moment que du coup porté en cette occasion à l'autorité de la médecine, déjà si chancelante devant les tribunaux. Les confrères appelés en expertise ou en témoignage, ne pouvant pas décharger entièrement l'opium du funeste événement, ont cru devoir à leur conscience et à leur intérêt bien naturel pour le prévenu d'user de toutes les ressources de la science pour déverser sur la maladie qui avait nécessité l'emploi du laudanum une part au moins du résultat. Il n'est permis à personne de ne pas respecter un acte accompli dans le sentiment du devoir et dicté par la conviction. Mais nous ne manquerons à aucune convenance, nous ne compromettrons la cause de personne, en disant que, dans l'espèce, les moyens d'atténuation que la science a pu fournir à la bonne foi des témoins ne pouvaient avoir de bons effets pour la partie intéressée et couraient le risque de prêter à de malveillantes interprétations. La ressource était légitime, soit : elle était périlleuse. Nous avons pris connaissance exacte de tous les faits de la cause. De quelque côté que soit la vérité, du côté de la médecine humaine ou du côté de la médecine vétérinaire, l'opium ne pouvant, de l'aveu de tous, être innocenté complétement, il nous a paru évident que l'intervention scientifique était condamnée à un échec. Et nous nous sommes pris à regretter que l'honorable confrère, objet de la poursuite, n'ait pas fait immédiatement le sacrifice des douteuses ressources que pouvaient lui offrir la toxicologie et la pathologie, et n'ait pas placé tout son salut dans la confession entière, sincère, pathétique, d'un homicide involontaire. La considération du praticien n'était pas liée au résultat de l'erreur ; si elle eût pu être atteinte, elle l'eût été par l'erreur elle-même. « J'ai fatalement empoisonné mon client, mon ami : *Me, me, adsum qui*

dies et solides. Il trouva ce moyen dans l'eau chlorurée et dans le chlorure de chaux particulièrement.

Il fut donc arrêté, vers la fin de mai 1847, que personne ne serait admis désormais dans les salles de la Maternité, qu'il vînt des autopsies ou non, sans avoir trempé, dans la salle d'accouchements même, les mains dans une solution de chlorure de chaux et sans avoir fait usage de petites brosses à ongles.

Le succès le plus éclatant ne se fit pas longtemps attendre. Déjà après le premier mois de la mise en pratique de l'heureuse idée dont nous parlons, il ne mourut que 6 femmes sur 300 accouchements; au mois de juillet, 3; août, 5; septembre, 12; octobre, 11; novembre, 11; décembre, 8, toujours sur un peu plus de 300 accouchements, tandis que sur le même nombre, 57 avaient succombé en avril, 36 en mai, avant qu'on se fût servi de ce moyen hygiénique.

Les résultats obtenus en 1848 furent plus satisfaisants encore. Dans le courant de cette année, il ne mourut dans la première clinique qu'*une* mère sur 84 accouchées; dans l'autre clinique rivale 1 : 76.

La mortalité n'avait jamais été aussi petite dans la première clinique depuis l'année 1827!

Eh bien! pour trancher le mot, depuis le temps où M. Semmeliveis a introduit l'usage du moyen indiqué, et qu'on le remarque bien, dès le premier mois même, jusqu'au mois de novembre 1850, où je quittai Vienne, c'est-à-dire dans un intervalle de plus de trois ans, le résultat a été constamment le même, c'est-à-dire que la mortalité a été toujours à peu près égale dans les deux cliniques.

A Kiel on a obtenu les mêmes résultats. M. Michaelis, professeur d'accouchements de cette Université, écrivit à M. Semmeliveis, en date du 18 mars 1848, qu'on avait été forcé, le 1er juillet 1847, de fermer sa Maternité, à cause des cas nombreux de maladie puerpérale qui y furent observés. On la rouvrit en novembre, et la maladie recommença ses ravages. On était sur le point de fermer de nouveau l'établissement, lorsque, le 21 décembre 1847, arriva à Kiel la nouvelle des précautions prises à Vienne. M. Michaelis ne tarda pas un moment d'employer les lotions chlorurées prescrites par M. Semmeliveis, et depuis ce moment, il n'eut qu'une seule malade, chez laquelle la maladie parut être le résultat de l'emploi d'une sonde mal essuyée.

Voici encore quelques faits qui sont de nature à nous frapper vivement.

Pendant tout le temps où l'étude de l'anatomie pathologique fut moins en vogue chez nous, la fièvre puerpérale avait été beaucoup plus rare à la Maternité; et ce n'est pas en réalité au grand encombrement des salles, comme on se plaisait quelquefois à l'imaginer, qu'on devait attribuer les résultats funestes constatés dans ces derniers temps, car les salles de l'ancienne clinique n'étaient pas moins peuplées en proportion de leur étendue, que le sont aujourd'hui les deux cliniques ensemble.

J'ai raconté plus haut que, dans les premières années de son existence, la nouvelle clinique comptait aussi des médecins parmi ses élèves. Voilà un fait qui doit nous frapper, c'est que pendant tout ce temps de mortalité déplorable les salles de la seconde division n'étaient pas épargnées, et que ce ne fut qu'après 1839, c'est-à-dire qu'après qu'on ne reçut que des élèves sages-femmes, qu'elle eut beaucoup moins de décès que la clinique des élèves médecins. Depuis ce temps, ce ne fut que dans une seule période (18 octobre 1841, 18 octobre 1843) qu'elle eut aussi une mortalité plus considérable; eh bien! le chef de clinique de cette époque se voua avec un zèle tout particulier à des travaux d'anatomie.

D'après les enquêtes officielles faites dans l'empire d'Autriche, l'épidémie n'avait paru dans aucun établissement où les élèves étaient des sages-femmes, mais elle régnait obstinément à Pavie, où l'on faisait dans les salles de la Maternité même les autopsies des enfants morts dans l'établissement.

On a remarqué quelque chose d'analogue aussi en France.

Ce n'est que depuis quelques années que les deux cliniques d'accouchements de Strasbourg sont confiées au même professeur. Avant ce temps, ces deux établissements, annexés d'ailleurs, et entre lesquels on alternait la réception des femmes enceintes, fournissaient des résultats différents, c'est-à-dire que le service où se trouvaient exclusivement des élèves sages-femmes comptait moins de décès; aussi, dans ses salles, ne se rappelle-t-on pas avoir jamais vu des épidémies puerpérales, tandis que la clinique pour les élèves médecins y était sujette. C'est à MM. les professeurs de Strasbourg à qui je dois le récit de ces faits.

M. Semmeliveis pensa d'abord que ce n'étaient que des atomes cadavériques, mais non des liquides en putréfaction en général, qui pouvaient occasionner la maladie. Cette idée devait lui coûter fort cher. Une femme enceinte s'étant présentée dans ses salles, souffrant d'un cancer de la matrice fort avancé, on négligea alors de prendre les précautions qu'on avait déjà mises en usage depuis quelque temps, et dont je viens d'avoir l'honneur de vous entretenir. Le travail se prolongea pendant plusieurs jours, et comme c'était un cas très-rare, les élèves se pressaient pour l'examiner. 14 femmes qui étaient accouchées dans cet intervalle, et qui par conséquent avaient été touchées par des élèves, succombèrent. A l'exception des malheureuses dont je viens de parler, nous n'eûmes alors point de malades à la Maternité.

Maintenant, si nous nous demandons : Mais de quelle manière ce liquide en putréfaction agit-il donc?

Il me semble tout à fait évident, d'après les symptômes que l'on observe si souvent dans les fièvres puerpérales, que c'est une phlébite qui s'établit et va finir par l'infection purulente. Voilà le tableau de symptômes assignés par M. Bérard à l'infection purulente, et où l'on croirait lire la description de quelques espèces de la fièvre puerpérale :

« L'infection purulente se dénote, dit M. Bérard, par des symptômes as-
» sez constamment les mêmes : le premier est un frisson violent plus ou
» moins prolongé. Le sentiment de froid est très-prononcé et les malades
» demandent qu'on les couvre davantage, comme font les individus atteints
» des fièvres intermittentes. Les frissons se renouvellent avant que les
» vingt-quatre heures soient expirées, et souvent plusieurs se succèdent à
» des intervalles assez rapprochés. Ce n'est guère que dans les premiers
» jours de l'infection purulente que les frissons se prononcent avec inten-
» sité. .. Dans une période avancée du mal, la peau prend une teinte jaune
» comme ictérique, mais les autres signes de l'ictère manquent. Chez quel-
» ques sujets, des collections purulentes se forment dans le tissu cellulaire.
» Les collections sont fluctuantes dès le principe; elles apparaissent rapi-
» dement et se succèdent pendant quelques jours. Chez d'autres individus,
» on voit certaines articulations diarthrodiales se tuméfier un peu, on y
» perçoit la fluctuation, c'est déjà du pus qu'elles contiennent. »

Qui ne reconnaîtrait, dans les symptômes que je viens d'énumérer, les phénomènes très-souvent observés de la fièvre puerpérale, qui ne finit pas

---

fecit! Tous les soins inspirés par l'affection et le désespoir n'ont pu le rappeler à la vie. Je ne veux pas du bénéfice d'une atténuation. La loi punit l'empoisonnement, même involontaire; elle a raison; c'est l'expiation du mal produit; c'est un avertissement pour l'avenir; c'est un avertissement pour tous. Qu'elle punisse donc! Je n'ai qu'à baisser la tête et à me soumettre. » Voilà le langage qui aurait plu au tribunal. Il n'eût pas motivé un jugement plus sévère et n'eût pas amené les inconvénients du système suivi.

— La Chronique s'est si longtemps fourvoyée dans de tristes, grosses, graves affaires, qu'elle ne sait plus comment s'y prendre pour changer d'allure et parcourir un peu moins lugubrement le peu d'espace qui lui reste encore. Elle a sous la main deux anecdotes, toutes deux relatives à l'excellent Marjolin. Ces anecdotes fussent venues plus à propos il y a un an. Nous n'avons pas cru devoir les publier à cette époque pour beaucoup de raisons dont la plus importante est que nous ne les connaissons que depuis quatre jours. Nous pouvions aussi attendre quelque occasion favorable de vous en régaler; mais l'occasion ne viendrait peut-être jamais, et nous n'aimons pas à perdre notre bien. Le plus sûr donc est de vous les servir tout de suite.

A l'époque de son internat dans les hôpitaux, Marjolin était de service auprès du vieux professeur X., célèbre par ses naïvetés, ses altercations conjugales, autant que par sa grande érudition. — Mon cher Marjolin, disait un jour le bonhomme en faisant sa tournée, je suis fatigué de vivre avec madame X.; son caractère difficile, son humeur acariâtre m'exaspèrent à chaque instant, j'ai envie de m'en séparer; qu'en penses-tu? — Mais monsieur, répondait prudemment le jeune interne, y avez-vous songé, avez-vous pesé toutes les conséquences? — Oui, j'ai pensé à tout, je ne puis y tenir davantage et je suis décidé. — Eh bien! monsieur X., je vous conseille d'en finir au plus tôt.

Le soir, madame X. quittait le domicile de son mari. Un mois se passait ainsi; puis un matin : — Marjolin, reprenait le bonhomme, je me trouve isolé, mon ménage va mal, si ma femme a l'humeur difficile, elle conduit bien sa maison : que me conseilles-tu? — Oh! oh! monsieur, c'est une affaire sérieuse, elle mérite réflexion; je ne me déciderais pas sans y avoir pensé. — Mon ami, j'y ai réfléchi, et ma résolution est prise. — En effet, monsieur, ce sera pour le mieux, n'y mettez aucun retard.

Le lendemain, madame X. reprenait le gouvernement du ménage. Quelques semaines plus tard, même dialogue, mêmes conséquences, et le vieux chirurgien disait à qui voulait l'entendre : Je vous assure que Marjolin est un jeune homme d'un bon conseil. Et d'une.

Voici la seconde :

Vers 1810, Marjolin avait loué, pour ses cours d'anatomie, un amphithéâtre appartenant aux hospices. Vingt-quatre heures après l'échéance du terme trimestriel, l'huissier de l'administration se présente assisté de recors pour saisir le mobilier. A l'aspect de la marchandise odorante et verdoyante qui ornait les tables rougies, devant l'horrible cuisine et les cuisiniers, l'homme de loi est légèrement troublé; Marjolin, cependant, le reçoit avec grâce et lui fait cette proposition insinuante : « Mon cher monsieur, voici mon fonds de commerce, vous pouvez le saisir, c'est le gage de ma dette; dans une quinzaine, je viendrai m'acquitter : vous voudrez bien alors me remettre le tout, sans avarie; je vous charge de veiller à la conservation de ma propriété.

rarement par la mort, sans que les malheureuses aient jamais accusé des douleurs locales? C'est principalement cette espèce de fièvre puerpérale qui s'observe dans des périodes où les fièvres puerpérales sont le plus pernicieuses et en même temps très-répandues.

Il y a donc souvent pyémie sans qu'une inflammation locale ait pu se déclarer; mais n'oublions pas, qu'outre on épanchement de pus (résorption putride de M. Bérard), ce n'est qu'après que les matières en putréfaction ont agi sur le sang qu'on rencontre les pyémies, comme cela se fait dans les petites plaies de dissection qui offrent souvent les mêmes symptômes et ne finissent que trop souvent de la même manière.

Si c'étaient, comme l'enseignent beaucoup d'auteurs, des sécrétions de l'utérus ou du vagin qui prédisposent *très-souvent* à des fièvres puerpérales, cette cause devrait être certainement la même dans les deux cliniques, mais comment alors expliquerait-on la grande différence de la mortalité?

Avant de terminer, l'Académie voudra bien me permettre de répondre à quelques objections qu'on a faites à la découverte de M. Semmelweis.

On m'a dit: Mais les grandes variations du nombre des cas de fièvre puerpérale, comment s'accordent-elles avec votre manière de voir; si la fièvre puerpérale dépendait essentiellement de l'inoculation, elle devrait faire ses ravages toujours à peu près de même?

D'abord, je dois avouer que je suis très-loin de vouloir nier que les maladies puerpérales ne puissent être modifiées par les agents impondérables, mais ce qui est certain, c'est que ce n'est pas là leur cause, ou comment pourrait-on expliquer que ces fièvres règnent quelquefois à des époques où il n'y a presque pas d'autres maladies, qu'elles exercent leurs ravages avec la même fureur dans la saison froide que dans la saison chaude, dans des salles bien ou mal aérées, dans des établissements dont la situation ne laisse rien à désirer (Voir Dubois, Dict. en 30 vol., art. *Fièvre puerpérale*). Il paraîtrait même très-probable qu'il sera possible désormais, par les plus grands soins en tout ce qui regarde les substances en putréfaction et par la propreté la plus minutieuse, de diminuer de beaucoup ces variations, qu'il serait fort facile, suivant nous, d'expliquer par le nombre tantôt diminué, tantôt augmenté, des personnes qui s'occupent d'autopsies, par des pièces anatomiques plus ou moins putréfiées, etc.; il est même probable que quelques cadavres entraînent plus de danger, selon la nature de la maladie à laquelle les malheureux ont succombé; et surtout il faut se rappeler *qu'un seul individu ne se prêtant pas à des précautions nécessaires pourra produire la fièvre puerpérale sur maintes personnes qu'il aurait examinées.*

AUTOPLASTIE OBSTÉTRICALE.

RELATION D'UN CAS D'OBLITÉRATION COMPLÈTE ET CONGÉNITALE DU VAGIN, AVEC IMPERFORATION DU COL DE LA MATRICE; RÉTABLISSEMENT DU CANAL DU VAGIN ET DE L'ORIFICE UTÉRIN; MARIAGE; GROSSESSE; ACCOUCHEMENT A TERME; ÉCLAMPSIE; APPLICATION DU FORCEPS; ENFANT MORT; MÉTRO-PÉRITONITE CHEZ LA MÈRE QUI MEURT LE DIXIÈME JOUR; par M. le docteur Debrou, chirurgien de l'Hôtel-Dieu d'Orléans, membre correspondant de l'Académie de médecine et de la Société de chirurgie de Paris.

(Suite et fin. — Voir le numéro précédent.)

REMARQUES A L'OCCASION DU FAIT PRÉCÉDENT.

J'ai annoncé que mon observation pourrait servir à résoudre deux questions, savoir: 1° si l'on doit opérer les filles pubères qui ont une oblitération complète du vagin, avec imperforation de la matrice; 2° si, l'opération ayant réussi, on peut permettre le mariage, avec l'espérance d'une parturition heureuse.

Je vais examiner ces deux questions, en commençant par la seconde qui, dans l'état actuel de la science, est la plus intéressante.

§ I.

Je crois que l'expérience est encore muette sur ce sujet, et que le fait que je viens de rapporter est le seul qui puisse servir à l'éclairer d'une manière directe. M. Amussat a publié, dans ce recueil même, l'observation d'une jeune fille opérée par lui avec succès, pour une absence congénitale du vagin (Gaz. Méd., 1835, p. 785 et 817), et on voit dans sa relation qu'il s'est préoccupé beaucoup, pour sa malade, de la possibilité du mariage avec ses conséquences naturelles; on voit même que, malgré l'avis à la fois prudent et timide de deux consultants célèbres, MM. Magendie et Marjolin, il croyait à cette possibilité, nonobstant les conditions assez défavorables où se trouvait la jeune personne, à cause de l'étroitesse du vagin reconstruit. Mais de ce fait, et des réflexions de M. Amussat, on ne peut retirer que des considérations théoriques. Un chirurgien belge, le docteur Kluyskens, a inséré dans les Annales et le Bulletin de la Société de médecine de Gand (mois de juillet 1845) l'observation d'une jeune femme qu'il avait opérée plusieurs années auparavant, et qui s'était mariée; mais, malheureusement pour la science, le mariage n'a point été suivi de grossesse. Le fait que je viens de rapporter est donc le plus étendu et le plus complet qui existe.

Chez ma malade, la conception a eu lieu dès les premières approches, quelques jours seulement après le mariage, et le temps de la grossesse s'est passé avec une régularité parfaite. Ces deux circonstances me paraissent remarquables, parce que, au premier abord, j'avais craint que le long séjour des règles dans l'utérus et les opérations que j'avais été obligé de faire subir à cet organe ne fissent naître un état peu compatible avec le libre développement du fœtus dans la matrice. On se rappelle aussi qu'une tumeur formée par la trompe ou par l'ovaire du côté droit, peut-être par les deux, a dû mettre obstacle à la conception par ce côté, de sorte que l'on peut avancer comme chose à peu près certaine que l'ovule fécondé a été fourni par l'ovaire gauche. Je regrette vivement que l'autopsie ne m'ait pas permis de constater directement ce point, et de déterminer par quoi était formée la petite tumeur placée dans le flanc droit.

Le travail de l'accouchement a offert trois circonstances principales: la difficulté de la dilatation de l'orifice utérin, l'éclampsie, l'application du

---

On assure que l'huissier lâcha le morceau et se retira sans verbaliser.

— Enfin, nous nous reprocherions de quitter le complaisant lecteur sans lui donner des nouvelles de la sibylle moderne. Nous avions enregistré, non sans un sentiment de commisération pour une aussi intéressante personne, le jugement prononcé contre elle par la 6e chambre. Nous n'avions pas réfléchi alors que des sorcières qui peuvent bouleverser la terre et les enfers en composant des charmes, et qui, de plus, en ont souvent de naturels qui ne leur sont pas sans quelque utilité, devaient toujours se tirer des positions les plus périlleuses. C'est ce qui est arrivé. Ladite sibylle, qui donne des consultations argent comptant, avait d'abord été condamnée, avec le diable son époux, pour escroquerie. Mais la Cour d'appel a cassé le jugement pour fausse application de l'article 405 du Code pénal; monsieur et madame payeront seulement *cinq francs* d'amende pour exercice illégal de la médecine. Si nous avions l'honneur de connaître M. le président de la Cour, nous l'engagerions à venir juger des inconvénients du magnétisme à un certain théâtre. Il verrait là un coquin de valet qui endort son maître, et, par la puissance de la volonté, lui fait faire le ménage; qui l'endort au moment du déjeuner et du dîner, et mange et boit à sa place; qui l'endort le soir et l'envoie coucher dans la soupente, tandis que lui, le valet, se prélasse dans la plume. Et au réveil, le maître ne se souvient de rien. Voilà pourtant à quoi nous sommes exposés si le magnétisme se répand. C'est du vrai socialisme à chapeau pointu. Et dire que nous devrons cela à la justice!

A. Dechambre.

— La médecine vient de faire une nouvelle et bien regrettable perte dans la personne de M. le docteur Joseph Tourdes, professeur honoraire de la Faculté de médecine de Strasbourg, ancien président des jurys de médecine, ancien médecin en chef des armées et professeur à l'hôpital militaire d'instruction de Strasbourg, chevalier de la Légion d'honneur, membre associé de l'Académie nationale de médecine de Paris, décédé à l'âge de 80 ans. La Gazette Médicale consacrera quelques lignes à la mémoire de ce vénérable confrère.

— Mutations dans le corps des officiers de santé militaires. — M. Boitel, chirurgien sous-aide à l'hôpital de Thionville, a été désigné pour l'hôpital de Lille.

M. Corbis, chirurgien sous-aide à l'hôpital de Belfort, a été désigné pour l'hôpital de Lille.

M. Giselard, chirurgien sous-aide à l'hôpital de Bitche, a été désigné pour l'hôpital de Lille.

M. Watteaux, chirurgien sous-aide à l'hôpital d'Ajaccio, a été désigné pour l'hôpital de Lille.

M. Gaspard, chirurgien sous-aide à l'hôpital de Longwy, a été désigné pour l'hôpital de Lille.

M. Didion, chirurgien sous-aide à l'hôpital de Montmédy, a été désigné pour l'hôpital de Lille.

M. Tripier, pharmacien principal de deuxième classe en Algérie, a été désigné pour l'hôpital de Lille.

forceps. Il n'est pas douteux que l'étroitesse de l'orifice de la matrice et sa résistance aient eu un effet fâcheux. J'étais préparé à cette résistance, et je comptais la vaincre par des débridements, mais j'ai rencontré pour faire ceux-ci une difficulté inattendue, que cependant la réflexion aurait dû me faire pressentir. Si, dans les conditions ordinaires, rien n'est plus aisé que de pratiquer un débridement sur le col, il n'en est pas de même au fond d'un vagin qui n'a ni l'ampleur ni les dimensions naturelles. En outre, sur un museau de tanche dont les lèvres font saillie dans le vagin, on peut diviser sans crainte; mais lorsque les lèvres n'existent point, que l'orifice de la matrice est étroitement embrassé par le vagin, lequel n'a ni rigole ni cul-de-sac autour de cet orifice, on craint de s'aventurer, et on hésite à faire des débridements dont la prudence borne l'étendue. J'ai bien senti ces difficultés, et aussi mes débridements, quoique multiples, n'ont pas eu tout l'effet que j'aurais désiré.

De là et de la résistance accidentelle de l'orifice sont résultées la lenteur du travail, la durée et la presque continuité des douleurs qui, en restant peu efficaces, ont été, à mon avis, la principale cause de l'éclampsie.

Celle-ci, à son tour, a amené la mort de l'enfant, et a nécessité l'application du forceps.

J'aurais frémi si, avant l'accouchement, ou au début du travail, on m'avait parlé d'appliquer le forceps chez cette femme, et de faire traverser à une tête de fœtus à terme, grossie des cuillers de l'instrument, un vagin ainsi conformé. J'avoue même qu'en saisissant l'instrument, j'éprouvais une grande anxiété, augmentée encore par l'émotion que venait de me causer le deuxième accès d'éclampsie, et la crainte d'un troisième qui pouvait être fatal. Je n'hésitai pas cependant, car la nécessité était pressante, et je vis avec bonheur que mes appréhensions avaient été trop grandes : ni le périnée, ni la cloison recto-vaginale ne furent emportées.

Les suites de l'accouchement ont été funestes. A quoi faut-il l'attribuer? Le travail, en définitive, ne fut pas très-long; il dura treize heures, ce qui n'est pas beaucoup chez une primipare.

Aucune des circonstances isolées de l'accouchement, le débridement, l'éclampsie, l'application du forceps, n'explique suffisamment la métro-péritonite qui est survenue. Leur réunion est-elle plus capable de la produire? Je ne veux pas discuter tous ces points, parce qu'il n'est rien que je puisse dire qui ne se présente à l'esprit de chacun. Dans un cas insolite, l'observateur doit raconter simplement, et laisser à tous le loisir d'adopter l'avis qui semblera le meilleur. Outre qu'on doit laisser réfléchir le lecteur, c'est un devoir, si je ne me trompe, pour un homme consciencieux de ne chercher par aucun artifice à violenter les opinions, de ne point torturer le fait qu'il expose. Il a pour première tâche de dire clairement ce qu'il a vu, et il peut ensuite, comme je vais le faire, émettre sa propre opinion.

Je pense que l'on devait ou que l'on pouvait conseiller à cette jeune fille de se marier; que si elle avait été plus robuste et moins affaiblie par un dévoiement datant de trois mois, elle aurait pu accoucher sans le secours du forceps; que l'éclampsie qui est survenue est attribuable sans doute à la résistance de l'orifice utérin, et que cette éclampsie a été la cause de la mort de l'enfant; mais que l'éclampsie étant un phénomène assez fréquent chez les femmes qui accouchent, il n'y a pas ici un motif suffisant pour interdire le mariage. Je pense que la métro-péritonite n'était pas liée nécessairement à la manière dont s'est fait l'accouchement, et à l'état particulier des organes génitaux de cette femme; que cette inflammation s'est développée et s'est terminée ici comme chez beaucoup de femmes qui succombent à cette maladie. Il est remarquable assurément que cette opinion ne puisse être démontrée par l'autopsie, mais je crois qu'elle ressort de la marche des accidents qui ont amené la mort. Je pense enfin que si ma malade avait résisté à la métro-péritonite, elle aurait pu une autre fois concevoir et accoucher heureusement.

Il est une question que l'on pourrait s'adresser, celle-ci : Ne devrait-on pas, dans un cas semblable, ou bien pratiquer un avortement lors d'une première grossesse, afin de préparer les parties à mieux accomplir une seconde fois le travail de la parturition, ou bien provoquer un accouchement artificiel à sept ou huit mois? Je crois qu'un avortement, s'il était amené par le hasard, aurait en effet l'avantage de préparer pour l'avenir le canal vulvo-utérin à un accouchement naturel, mais que cela n'est pas utile au point qu'on doive le rechercher. Quant au second point, j'avais songé moi-même à provoquer un accouchement avant terme. Mais je crois encore aujourd'hui que cela n'est pas nécessaire; que l'on peut attendre avec confiance dans les efforts de la nature; et enfin, je pense que *si une seconde femme devenait enceinte, après une restauration du vagin et même de l'orifice utérin, elle pourrait accoucher sans sacrifier sa vie ou celle de son enfant.*

§ II.

Je vais examiner maintenant l'autre question, et à son sujet j'entrerai dans un peu plus de détails, parce que l'expérience a déjà fourni sur elle des faits que l'on peut comparer. C'est d'ailleurs un point de médecine opératoire imparfaitement exposé et qui demanderait à être réglé avec plus de précision.

D'abord, s'il en était besoin, le nouvel exemple que je publie prouverait une fois de plus qu'il est convenable d'opérer les jeunes filles pubères qui sont nées avec une oblitération du vagin, même lorsque celui-ci est complètement remplacé par du tissu fibreux, et qu'en outre il existe une occlusion de l'orifice utérin. Plusieurs opérations malheureuses qui ont été rapportées, depuis celle de De Haën, ne sauraient justifier la condamnation à peu près formelle prononcée par Boyer; et je suis surpris qu'à la lecture d'un rapport fait par M. Capuron, sur un cas terminé par la mort envoyé à l'Académie de médecine par M. Mannoury (de Chartres), il ne se soit élevé qu'une faible protestation contre le jugement du rapporteur, qui n'hésite pas à dire « qu'il vaut mieux, dans de tels cas, abandonner les femmes à la » nature que de compromettre les ressources de l'art par des opérations » infructueuses et mortelles » (séance du 3 septembre 1839, Bullet. de l'Acad.) : jugement d'autant plus exagéré que, chez la malade de M. Mannoury, le vagin n'était réellement oblitéré que dans sa partie inférieure, et qu'il existait une cavité au devant du col utérin.

A propos de l'espèce de vice de conformation que portait la malade du chirurgien de Chartres, je ferai remarquer que les observateurs devraient employer un langage plus précis pour caractériser les faits qu'ils observent. On trouve en effet un assez grand nombre de relations ayant pour titre : *Absence du vagin*, celle de M. Mannoury, par exemple, celles de deux médecins belges, les docteurs de Bal et Kluyskens, etc. Mais en réalité, ce vice congénital du vagin est extrêmement rare, et je n'en connais pour ma part qu'un seul fait dans lequel on ait pratiqué une opération; c'est celui déjà cité de M. Amussat. Dans tous les autres cas, le vagin était remplacé par une colonne fibreuse plus ou moins épaisse, plus ou moins complète. On doit même ajouter que le plus souvent la partie du canal voisine de l'utérus n'est point fermée. Voici le langage que l'on pourrait adopter. En donnant le nom générique d'*imperforation* au défaut d'ouverture extérieure, on désignerait les variétés par les noms suivants : simple *occlusion* pour l'imperforation de la membrane hymen; *oblitération*, incomplète ou complète, suivant que le tissu fibreux tenant lieu du canal existe dans une partie ou dans toute la hauteur du vagin; *absence*, lorsque, comme dans le cas unique de M. Amussat, il n'y a nul intervalle entre le rectum d'une part, la vessie et l'urètre de l'autre, de manière que ces parties soient directement accolées. Ces différentes dénominations et les distinctions qu'elles représentent ne sont pas sans utilité, puisque le danger et les difficultés de l'opération augmentent progressivement, de la première des dispositions à la dernière.

Néanmoins, même dans les deux derniers vices de conformation, l'opération a été couronnée de succès, et la chirurgie ne saurait rester désarmée devant eux. Le seul motif que l'on doive exiger pour agir est le péril que fait courir la maladie abandonnée à elle-même; c'est-à-dire qu'il faut attendre l'âge de la puberté, et que la rétention mécanique des règles dans la matrice ait placé la malade dans l'alternative d'une mort presque inévitable, si on ne vient à son secours, et d'une opération grave, sans aucun doute, mais plusieurs fois heureuse. C'est donc le danger de l'inaction qui doit tracer au chirurgien sa conduite. La règle ainsi posée, il ne faudrait pas imiter Stoltz, qui est parvenu à refaire un vagin chez une femme mariée, laquelle n'avait point de matrice, et par conséquent n'éprouvait aucun accident de rétention du sang menstruel, dans le seul but de permettre la copulation. Bien que Stoltz ait réussi, je me range volontiers parmi ceux qui blâment une telle pratique, parce qu'il ne faut pas oublier que cette opération a été souvent mortelle, même en des mains très-habiles, et que la nécessité d'assurer l'existence n'est pas de trop pour la justifier.

Si l'on avait attendu pour opérer une femme affectée d'une rétention mécanique des règles, il est un signe qui me paraît avoir une grande valeur pour décider le chirurgien. Je crois devoir d'autant plus l'indiquer qu'il n'a été noté que dans l'observation de M. Amussat et dans la mienne, et que ce chirurgien n'a pas songé à en faire ressortir l'importance. *Ce signe est la présence d'une tumeur ovoïde, un peu roulante, distincte de l'utérus, et placée sur son côté dans l'un des flancs.* En rencontrant cette tumeur chez ma malade, j'eus d'abord la pensée qu'elle était formée par un ovaire ou par une trompe distendus par du sang, et que si l'on tardait trop à donner issue aux règles, elle pourrait s'ouvrir dans le péritoine. J'acquis plus tard la preuve, en relisant l'observation de M. Amussat, que cet accident est en effet possible; car il rapporte qu'une semblable tumeur, qu'il attribua à l'une des trompes, s'ouvrit dans le rectum, et donna lieu le neuvième jour et les jours suivants, par l'anus, à des quantités abondantes de sang pareil à celui qui était sorti de l'utérus. Or qui peut prédire que la rupture de cette poche hématique se sera faite dans l'intestin plutôt que dans le péritoine? Le chirurgien doit donc tenir un grand compte de l'apparition de cette seconde tumeur, et si pour différents motifs il avait retardé

l'opération, aucun retard n'est possible une fois que ce signe s'est montré. Il ressort même un autre enseignement de l'observation de M. Amussat, dont la malade fut prise de graves accidents au moment de l'évacuation du sang de la trompe ou de l'ovaire par le rectum, de sorte que l'on pourrait se repentir encore pour avoir attendu l'apparition de ce signe.

Ce n'est pas seulement contre les périls de la restauration du vagin que l'on s'est élevé; on a dit aussi que la pénétration dans l'utérus, pour rétablir l'orifice oblitéré de cet organe, et le débarrasser du sang qui y est accumulé est une opération dangereuse et mauvaise. En parlant de ce sujet, les éditeurs de Sabatier font dire à Dupuytren « qu'il arrive presque » constamment que la sortie du sang accumulé est suivie d'une métrite sur- » aiguë, produite soit par l'affaissement brusque des parties, soit par l'ac- » tion de l'air qui pénètre dans sa cavité; et que cette phlogose est sou- » vent d'une intensité telle que les sujets succombent en peu de jours. » (Sabatier-Dupuytren, t. IV, p. 555.) M. Bégin, l'un de ces éditeurs, a reproduit la même opinion, dans les mêmes termes, dans ses NOUVEAUX ÉLÉMENTS DE CHIRURGIE (t. I, p. 445, 2e éd.). Et M. Pigné, voulant préciser encore davantage la pensée de son oncle, rapporte ainsi l'extrait d'une leçon du grand chirurgien de l'Hôtel-Dieu : « Nous avons plusieurs fois » évacué le sang retenu dans la matrice ; mais nous avons pour jamais re- » noncé à cette opération, préférant abandonner la malade à une mort » lente et éloignée, que de la vouer à une mort rapide et assurée, détermi- » née toujours par la métrite qui survient, et qui est d'autant plus consi- » dérable que la tumeur est plus volumineuse. » (Dans le TRAITÉ DE CHIRURGIE de Chélius, traduit et annoté par Pigné, t. II, p. 62.)

J'avoue qu'j'ai peine à comprendre une telle condamnation, et je me demande s'il n'est pas regrettable, une fois de plus, que Dupuytren n'ait pas pris lui-même le soin de consigner ses propres doctrines. Si l'opinion qu'on lui prête n'a pas été exagérée, il faut admettre au moins qu'il serait tombé toujours sur des cas malheureux, car il est arrivé à d'autres opérateurs, bien moins habiles, de n'avoir en qu'à se louer de l'incision de l'utérus pour évacuer le sang qui y était retenu. La vérité est que la simple pénétration dans la matrice, pour donner issue au sang qui s'est accumulé, ne donne point lieu à de notables accidents; je dis la simple pénétration dans la matrice, afin d'écarter les cas où on joint à l'incision de l'utérus l'opération nécessaire au rétablissement du vagin lui-même oblitéré. Le moyen est bien simple pour mettre cette vérité hors de doute; on n'a qu'à examiner les faits dans lesquels on a incisé le col utérin oblitéré, avec intégrité du vagin. C'était le cas où se trouvait ma malade lorsque je pénétrai dans la matrice pour la seconde fois, et on a vu combien peu il en résulta d'accidents. C'était le cas également de femmes opérées par Barré (fait publié par Dance dans les ARC. GÉN. DE MÉD., t. XX, 1re série, p. 530), par M. Hervez de Chégoin (fait *communiqué à l'Académie de médecine*, séance du 23 novembre 1829), par Wattmann (extrait d'un journal allemand dans GAZ. MÉD., 1841, p. 632), par Delpech (MÉMOR. DES HÔP. DU MIDI, t. II, p. 147). Dans tous ces faits, l'incision de l'utérus distendu par du sang, et l'emploi de moyens convenables pour rendre l'ouverture permanente furent suivis d'une guérison facile. Delpech lui-même, qui avait cru à une métrite causée par le séjour trop prolongé du sang des règles, et qui n'osait pas évacuer l'utérus, sans avoir, au préalable, soumis sa malade à un traitement dirigé contre une prétendue métrite subaiguë, Delpech fut surpris du peu d'accidents qui suivirent l'opération.

Ainsi donc il est bien certain que la pénétration dans l'utérus, distendu par le sang accumulé des règles, n'est pas une opération dangereuse; et si l'on voulait prendre en considération l'opinion attribuée à Dupuytren, il faudrait admettre qu'il a entendu parler des cas où, en même temps qu'il y avait occlusion du col utérin, le vagin était oblitéré. Alors, en effet, la gravité apparaît d'une manière incontestable, mais elle résulte presque entièrement de l'opération pratiquée sur le vagin.

Je ne puis avoir l'intention d'exposer ici tout ce qui concerne une telle opération, et je ne dois insister que sur les particularités offertes par le fait que je publie. Or il en est une sur laquelle je veux dire quelques mots: *c'est la nécessité où je me suis trouvé de pratiquer deux fois l'incision de l'utérus*, nécessité qui a été un échec, et dont je dois d'autant mieux rechercher la cause que les autres opérateurs n'ont point eu à la subir.

Au premier abord, il doit paraître que si l'ouverture que j'avais faite une première fois à la matrice s'est refermée, c'est que je n'aurai pas pris le soin de l'entretenir assez longtemps avec un corps dilatant; ou bien l'on peut croire qu'il est pour la pratiquer et la rendre permanente des règles que je n'aurai pas observées; car pourquoi suis-je le seul opérateur qui ait été dans l'obligation de la faire à deux reprises?

Je crois utile d'examiner ce point, non pour justifier l'échec que j'ai éprouvé, mais parce qu'il touche à une question de médecine opératoire qui n'est pas suffisamment établie. Je vais donc essayer de déterminer quelles sont les règles à suivre pour maintenir ouverte l'incision pratiquée à l'utérus, et je pense ne pouvoir mieux faire pour atteindre ce but que de comparer les différents cas où l'opération a été faite.

Afin de retirer tout l'avantage possible de cette comparaison dont je vais indiquer le résultat, et que j'ai faite pour l'éviter à d'autres, il importe d'éliminer d'abord les cas où l'occlusion étant survenue accidentellement chez des femmes enceintes et après la conception, il a fallu ouvrir le col avec l'instrument pour rendre l'accouchement possible, parce que, dans cette circonstance, on peut abandonner l'ouverture à elle-même après l'accouchement, se confiant au travail de la parturition et à ses suites pour l'empêcher de se refermer.

En réunissant donc les seuls cas qui doivent être considérés ici, c'est-à-dire ceux où on a ouvert la matrice pour donner issue au sang menstruel accumulé dans sa cavité, je trouve neuf observations disséminées en différents écrits. Dans quatre de ces observations, que j'ai indiquées précédemment et qui forment une première catégorie, le vagin existait avec sa conformation ordinaire : ce sont celles de Barré, M. Hervez de Chégoin, Wattmann et Delpech. Dans les cinq autres que je place dans une deuxième catégorie, ce canal était oblitéré d'une manière incomplète, complète, ou même il était absent. Voici leur indication : une de Willaume de Metz, communiquée à l'Académie de médecine en 1827, et rapportée par M. Amussat dans le mémoire déjà cité; une de Desgranges, insérée dans le MÉMORIAL DES HÔPITAUX DU MIDI, t. II, p. 479; celle de M. Amussat; une du docteur de Bal et une du docteur Kluysk, toutes deux consignées dans les ANNALES ET BULLETIN DE LA SOCIÉTÉ DE MÉDECINE DE GAND, juillet 1845. Mon observation s'ajoute à la deuxième catégorie pour en faire la sixième ou la dixième de la totalité.

Il y a deux points à rechercher dans tous ces faits : combien de temps a-t-on laissé un corps étranger dans la plaie? Quel mode a-t-on suivi pour ouvrir l'utérus?

Tous les opérateurs, à l'exception de deux (Delpech et Desgranges), ont placé un corps étranger dans l'ouverture utérine, afin d'en prévenir la cicatrisation; mais le temps de séjour de ce corps a varié pour les cas de la première catégorie. M. Hervez de Chégoin s'est servi d'abord d'une sonde de gomme élastique, et le troisième jour, d'une algalie de femme qui est restée en place pendant près de deux mois. Le docteur Barré introduisit une sonde de gomme élastique de fort calibre, qui ne fut maintenue que pendant quinze jours, et encore en fit-on abstraction quelquefois, à cause des vives douleurs qu'elle causait dans la matrice. A la différence des chirurgiens précédents, Delpech ne laissa à demeure dans l'ouverture aucun corps étranger, et cependant la plaie n'en resta pas moins ouverte, et les règles continuèrent à venir aux deux époques suivantes, temps après lequel on semble avoir perdu de vue la malade. Wattemann, après avoir perforé l'utérus, porta et maintint dans la plaie une canule en plomb, évasée par les deux bouts, et assez semblable au double bouton imaginé par Dupuytren pour l'opération de la grenouillette. On n'ajoute pas d'ailleurs pendant combien de temps la présence de ce corps fut maintenue, et l'observation ne contient aucun détail sur les suites, quoique son titre même indique qu'il y eut guérison.

Pour les cas de la deuxième catégorie, c'est-à dire ceux dans lesquels il y avait oblitération du vagin, voici ce qui a eu lieu. Willaume employa un long bourdonnet de charpie. Il ne dit pas combien de temps ce corps resta dans la plaie; mais il annonce que, « un mois après, la malade était gué- » rie, » ce qui ne permet pas de croire que l'introduction ait été faite au delà de ce temps. M. Amussat plaça successivement des sondes de plus en plus grosses, depuis le jour de l'opération 9 mars jusqu'au 23 avril, par conséquent pendant quarante-quatre jours. Toutefois les douleurs et l'état grave de la malade, qui fut prise de péritonite, en firent suspendre l'emploi à plusieurs reprises. Desgranges se contenta de mettre des mèches de charpie entre les grandes lèvres et dans le vagin; il paraît n'avoir rien introduit dans l'utérus. Mais il résulte d'une lecture attentive de son observation que sa malade, ce que je n'ai pas le temps de démontrer ici, n'avait point une imperforation congénitale, et que l'oblitération incomplète du vagin qui existait, ainsi que l'occlusion du col utérin, étaient très-probablement dues à des végétations syphilitiques et à des adhérences consécutives à des chancres. Le docteur de Bal laissa une sonde de gomme élastique dans la plaie. Dans l'extrait que j'ai lu de son observation, on ne dit pas combien de temps ce corps fut maintenu; on dit seulement que le vagin resta très-étroit et qu'il fut impossible de le dilater. Le docteur Kluyskens introduisit de temps à autre une canule de gomme élastique, et on ajoute que la guérison fut complète après cinq semaines, ce qui donne lieu de croire que le séjour du corps étranger ne dépassa point ce temps. Enfin, dans ma propre observation, je plaçai d'abord une mèche de charpie, puis ensuite une sonde de gomme élastique du n° 8, depuis le 22 février jusqu'au 28 mars, c'est-à-dire pendant trente-quatre jours, en en suspendant quelquefois l'usage vers les derniers temps.

L'instrument dont on s'est servi pour pratiquer l'ouverture de l'utérus a

été le plus souvent un trocart, un pharyngotome ou un instrument analogue. Trois chirurgiens seulement (MM. Amussat, le docteur Kluyskens et moi) ont fait usage du bistouri ; mais à la vérité nous avons agrandi l'ouverture de ponction, de telle sorte que, chez la malade de M. Amussat, et chez la mienne surtout, on pouvait introduire le doigt jusque dans la cavité utérine.

On voit par ce résumé que la méthode suivie soit pour faire l'ouverture, soit pour l'entretenir, n'a pas eu une grande importance sur le résultat qui a été la persistance de l'orifice pratiqué, dans tous les cas, à l'exception du mien. On peut en conclure, en premier lieu, qu'il est indifférent de pénétrer dans la matrice avec le trocart ou avec le bistouri, pourvu que l'on donne à l'ouverture un certain diamètre, et en second lieu, qu'il est inutile de maintenir un corps étranger dans la plaie au delà de trois semaines ou d'un mois. Ce dernier précepte s'appuie sur ce que Barré, Desgranges et Delpech ont réussi à obtenir la persistance de l'orifice, quoique le premier n'ait fait séjourner un corps étranger que pendant quinze jours, et que les deux autres se soient complètement passés de ce moyen.

Ce qui précède ne donne donc point la raison de l'insuccès que j'ai éprouvé, et il faut en effet la chercher ailleurs que dans le mode opératoire ou de pansement. Elle est dans la coexistence d'une occlusion de l'utérus et d'une oblitération complète du vagin, dans la difficulté que l'on éprouve à maintenir l'orifice utérin au fond d'un canal reconstruit, qui tend lui-même à se refermer principalement vers sa partie supérieure, et surtout elle tient à l'importance que l'on doit attacher à rendre au vagin des dimensions à peu près naturelles, importance telle, à mes yeux, qu'elle doit passer avant tout, même avant la conservation de l'ouverture faite à la matrice. Ceci a besoin d'une explication.

Lorsque le vagin est conformé comme à l'ordinaire, le maintien de l'orifice n'offre point de grands obstacles, ainsi que l'attestent les faits de la première catégorie. Si l'on a réussi également à le rendre permanent dans les faits de la deuxième catégorie, ceux où il y avait oblitération du vagin, c'est que l'on s'est peu occupé de restaurer réellement ce canal, et que l'on s'est contenté d'assurer la vie en établissant une voie au sang des règles, sans chercher à obtenir, ou au moins sans pouvoir obtenir des dimensions suffisantes pour permettre le mariage et la parturition. Je vois en effet que, chez la malade du docteur de Bal, le vagin « était resté très-étroit ; » que, chez la personne opérée par Willaume, le canal était devenu étroit parce que la malade refusait d'y laisser introduire un corps dilatant ; que, chez la jeune fille dont M. Amussat a donné l'histoire, deux ans après l'opération et malgré des efforts suivis pour dilater le vagin, celui-ci n'admettait que des bougies de 6 lignes de diamètre. Je ne trouve point indiquée la largeur du canal chez la malade de Kluyskens, qui cependant se maria (mais n'eut point d'enfants) ; et quant à celle de Desgranges, on ne doit pas en tenir compte ; car, outre que tout le vagin n'était pas oblitéré, je crois, ainsi que je l'ai déjà dit, qu'il y avait seulement une atrésie consécutive à des chancres et à des végétations. — En signalant cette imperfection de résultat, je ne veux pas méconnaître que M. Amussat s'est préoccupé beaucoup de la possibilité du mariage chez sa malade, et que, s'il n'a pas obtenu un canal suffisamment large, cela tient aux conditions défavorables où se trouvait la jeune opérée, puisqu'elle avait une absence complète du vagin.

On doit encore remarquer que, sur la malade de M. Willaume, le vagin n'était pas oblitéré dans toute son étendue : « Car, dit le chirurgien, après » avoir divisé la membrane hymen, je fais de la pointe du bistouri une in- » cision de 8 ou 10 lignes d'étendue ; j'en augmente à petits coups la pro- » fondeur ; j'avance avec précaution... ; j'arrive enfin dans un espace libre ; » je retire le doigt et m'attends à voir le sang retenu s'écouler : rien ne » s'écoule. J'introduis de nouveau l'index au fond de la plaie, et de son » extrémité je touche très-distinctement une surface étendue, rénitente, » que je reconnais pour le côté droit du corps de l'utérus, etc... » Ainsi il est manifeste que la partie supérieure du vagin n'était pas oblitérée. Or il est facile de comprendre combien cette disposition diminue les obstacles qui s'opposent au maintien de l'orifice utérin ; puisque c'est surtout le fond du vagin qui tend à se rétrécir, et par suite à fermer l'ouverture de la matrice.

C'est pour toutes ces raisons que je crois être parvenu à un résultat plus complet que les autres opérateurs. Mais j'abrége toutes ces remarques, déjà trop étendues, et je termine par une considération que je voudrais voir transformer en précepte.

En principe, on doit diriger ses efforts plutôt vers la restauration réelle du vagin que vers le rétablissement de l'orifice de l'utérus, parce que le premier but est plus difficile à atteindre et de beaucoup plus important. Lors même que mon observation n'aurait pour mérite que de montrer les résistances que l'on éprouve pour refaire un vagin avec des dimensions suffisantes, résistances qui ne sont pas assez bien représentées dans les autres faits connus, je pense qu'elle serait encore utile. A mes yeux, ce point est plus important que l'autre, parce qu'une fois la vie assurée par une première évacuation de l'utérus, si l'orifice pratiqué à celui-ci est trop difficile à maintenir, à cause de la rétraction du trajet vaginal, on peut ne point s'en préoccuper, et remettre à rétablir définitivement cet orifice au temps où le vagin sera lui-même restauré. Le moment auquel une nouvelle évacuation des règles deviendra dangereuse est assez éloigné pour qu'il soit permis de faire ainsi l'opération en deux temps ; et on sait d'ailleurs, d'après ce qui précède et d'après ma propre observation, qu'une fois le vagin reconstruit, une nouvelle incision de la matrice ne sera pas suivie de dangers et pourra être facilement rendue permanente.

CORRESPONDANCE MÉDICALE.

MONSTRE CÉLOSOMIEN DU GENRE AGÉNOSOME (GEOFFROY-SAINT-HILAIRE) ; par M. le docteur HOUEL, conservateur adjoint du musée Dupuytren. (Mémoire lu à la Société de biologie.)

Les monstres célosomiens, par la gravité de leurs anomalies, occupent un rang élevé dans la science tératologique ; arrivés à un certain degré de développement, leur rareté est assez grande pour que la science les compte encore, et leur nombre n'est pas considérable. Ils ne constituent jamais une monstruosité simple ; ils nous présentent toujours à considérer la combinaison d'un plus ou moins grand nombre de vices de conformation qui peuvent exister indépendamment de la célosomie ; ainsi on rencontre toujours dans cette famille la hernie d'une portion considérable du tube digestif hors de la cavité abdominale ; lorsque cette anomalie existe sans perte de substance des parois abdominales, une portion du canal intestinal ou de l'épiploon fait hernie par l'ouverture ombilicale, et forme une tumeur contenue dans la base du cordon, c'est l'exomphale.

Dans l'éventration, au contraire, non-seulement il y a hernie des viscères abdominaux, mais il y a encore absence plus ou moins complète des parois abdominales, absence qui n'est que la persistance des conditions embryonnaires du fœtus. A cette première époque de la vie intra-utérine, les intestins comme flottant au-devant de la colonne vertébrale sont contenus dans la gaîne fort ample du cordon. L'ombilic à cette époque se trouve largement ouvert ; c'est cette dernière variété, c'est-à-dire l'éventration abdominale, que l'on rencontre toujours dans la célosomie ; elle peut même être compliquée de vices de conformation plus ou moins étendus du côté de la poitrine.

Geoffroy Saint-Hilaire, dans son excellent ouvrage sur les monstres, caractérise cette famille de la manière suivante : *Existence d'une éventration plus ou moins étendue, toujours compliquée de diverses anomalies des membres inférieurs, des organes génito-urinaires ou même du tronc dans son ensemble.*

De la description que je dois faire de ce fœtus, nous verrons que c'est bien à cette famille qu'il doit se rattacher ; il nous présentera seulement un degré plus complexe que ne l'a observé Geoffroy Saint-Hilaire. Petit, dans un travail publié en 1716 dans les MÉMOIRES DE L'ACADÉMIE DES SCIENCES, sous le nom de *Fœtus difforme*, présente la description d'un monstre qui a la plus grande analogie avec celui que j'ai décrit. M. Gastelier, dans le JOURNAL DE MÉDECINE ET DE CHIRURGIE, en 1773, sous le nom de *Fœtus monstrueux*, nous fait aussi connaître un fait analogue fort intéressant. Méry, dès 1700, dans les MÉMOIRES DE L'ACADÉMIE DES SCIENCES, signale un cas semblable aux deux précédents ; il avait observé la torsion des membres inférieurs. Mais les détails manquent. Il en est de même de l'observation publiée dans le BULLETIN PHILOMATIQUE. Les deux observations les plus complètes que j'aie consultées sont donc celles de Petit et de M. Gastelier. J'aurai soin, dans le courant de ce travail, de rapprocher l'un de l'autre ces trois faits, et de montrer que, même dans ce cas de monstruosité, la nature ne marche pas en aveugle, et qu'elle peut se reproduire avec une grande exactitude.

La grande famille des monstres célosomiens se divise en plusieurs genres ; M. Geoffroy Saint-Hilaire en établit six, suivant que l'éventration siége sur la ligne médiane ou sur l'un des côtés de l'abdomen, avec conservation ou absence presque complète des organes génito-urinaires. Il peut arriver encore que la lésion s'étende jusqu'au thorax, ou bien qu'il y ait une imperfection notable des membres pelviens. Dans chacun de ces genres, les membres inférieurs subissent toujours un changement de rapport ou un degré d'altération qui est variable suivant le genre qu'on examine. Il peut même arriver, comme dans les schistosomes, qu'ils viennent à manquer complétement.

Pour déterminer maintenant d'une manière exacte la place que doit oc-

cuper ce monstre dans la science tératologique, il nous reste à indiquer le genre dans lequel nous devons le placer : il m'a paru appartenir d'une manière plus directe au second genre, aux agénosomes, quoiqu'il ait aussi la plupart des caractères assignés aux aspalasomes ; mais ces deux variétés de la même famille sont tellement rapprochées qu'elles ne diffèrent que par un seul caractère, une absence plus ou moins complète des organes génitaux. C'est chez les agénosomes (1), comme leur nom l'indique, que cette absence est plus complète, et sous ce rapport, nous avons cru devoir lui assigner ce rang.

OBS. — Ce fœtus, d'environ 8 mois, a été envoyé de Grenelle à M. le docteur Gosselin, chef des travaux anatomiques, pour être déposé dans les cabinets du musée Dupuytren ; il m'a donc été impossible de me procurer les renseignements relatifs à la mère pendant la grossesse. Mais le fait en lui-même est fort intéressant. Je commencerai par décrire la configuration extérieure de ce monstre ; ensuite je chercherai à donner la description la plus exacte et la plus détaillée qu'il me sera possible des organes intérieurs.

Considéré à l'extérieur, ce fœtus offre une conformation difficile à analyser ; il semble d'une manière générale qu'à partir de la région lombaire, la partie inférieure du tronc, ainsi que les membres pelviens, aient subi un mouvement de torsion, en vertu duquel les fesses se trouvent tournées en avant ainsi que les talons, tandis que les genoux et les orteils regardent en arrière. Les membres inférieurs sont du reste bien conformes, en apparence du moins, et ne présentent aucune autre anomalie.

A l'endroit où cette torsion s'est opérée, dans la région des hanches, le bas-ventre manque de peau et de muscles ; il est largement ouvert et donne issue à la presque totalité des viscères abdominaux, qui proéminent à l'extérieur, enveloppés d'une membrane mince et transparente qui se continue avec le cordon ombilical. Ce dernier se trouve implanté à son côté gauche, un peu au-dessous de la partie moyenne de la tumeur. La face externe de la membrane qui forme la paroi de l'éventration est lisse, libre de toute adhérence avec le placenta. A la partie inférieure de cette éventration et sur le côté gauche, immédiatement au-dessous de l'implantation du cordon ombilical, il existe à la poche une ouverture ovalaire, oblique de haut en bas et de droite à gauche, ayant 4 centimètres dans le sens de son obliquité et 3 dans son diamètre transverse. Les bords de cette ouverture sont mousses, forment un liséré arrondi et complétement cicatrisé ; le fond en est rougeâtre et limité par une membrane lisse, ayant la plus grande ressemblance avec une muqueuse. On ne peut pénétrer dans la cavité abdominale que par l'angle supérieur et droit de cette ellipse. Dans ce point, en effet, se trouve une dépression plus profonde par laquelle s'écoule une matière verdâtre, de consistance analogue à de la bouillie, et qui est évidemment du méconium coloré. La sonde canelée, introduite par cet orifice, pénètre assez profondément dans la cavité abdominale.

Au bord inférieur et gauche de cette ouverture ovalaire se trouve un corps arrondi, ressemblant assez bien à une petite verge à l'état d'érection ; il offre 2 centimètres environ de longueur. Son extrémité libre est mousse ; je n'ai pu y constater d'orifice urétral. Cette espèce de petite verge, redressée sur l'abdomen, adhère par une de ses faces à l'enfoncement elliptique ; sa base est implantée sur la membrane lisse qui tapisse le fond de l'ouverture au niveau de son bord inférieur, et à cause de la disposition des membres pelviens, elle se trouve alors située au-dessus des fesses.

Les fesses, assez bien conformées du reste, quoique peu développées, sont donc situées au-dessous de cette éventration et regardent en avant ; elles sont séparées l'une de l'autre par une rainure peu profonde, dans laquelle on ne trouve aucune trace d'orifice anal ni d'organes génito-urinaires. Chacune d'elles est surmontée d'une petite tumeur mollasse qui paraît en grande partie constituée par la peau. Il est difficile, par un examen extérieur et superficiel, de déterminer la signification de ces prolongements cutanés. Sont-ils la trace de deux scrotums qui n'auraient pu se réunir sur la ligne médiane ? Cette opinion me paraît la plus vraisemblable, quoique cependant je doive signaler que le prolongement situé sur la fesse gauche, comme aspect extérieur, ait la plus grande analogie avec le mamelon que porte le fœtus. Comme ce dernier, il présente un petit tubercule circonscrit par un liséré brunâtre. Comparé à la mamelle que porte le fœtus, ce tubercule offre avec elle la plus grande ressemblance ; mais le sein serait alors considérablement développé. C'est donc à la dissection que nous devons nous adresser pour avoir la solution de cette question.

Dans le point correspondant à la hernie ombilicale, à la partie postérieure du dos, à la jonction du bassin et des cuisses avec le tronc, ce dernier se trouve assez fortement fléchi en arrière, et lorsqu'on cherche à le redresser la peau se tend comme la corde d'un arc ; dans ce point se trouve une tumeur fluctuante remplie de liquide ; elle offre environ le volume d'un œuf de poule, elle a tout à les apparences d'un spina-bifida.

La tête, le thorax et les membres supérieurs sont bien conformés et ne nous présentent rien de particulier.

DISSECTION. — La poitrine, que nous avons vue bien conformée extérieurement, est normale à l'intérieur ; les poumons et le cœur ont une bonne conformation ; la cloison diaphragmatique est complète. Le cerveau a son volume ordinaire ; il est bien conformé ; c'est donc sur la cavité abdominale, le bassin, la partie inférieure du canal rachidien et les membres pelviens que portent, en résumé, toutes les anomalies que nous avons étudiées.

SQUELETTE. — Les anomalies que présentent les os de ce fœtus n'existent que pour la colonne vertébrale, le bassin et la côte. Examiné par sa face postérieure, la colonne vertébrale jusqu'au niveau de la sixième vertèbre dorsale, à l'exagération près et peu sensible de certaines courbures naturelles, est normale ; mais au niveau de ce point elle se dévie fortement à droite, en même temps qu'elle se porte d'arrière en avant, de manière que la face antérieure du sacrum et du coccyx qui doit être enfoncée et déjetée en arrière, forme au contraire une saillie considérable en avant, et se trouve dans une disposition inverse de ce qu'elle présente ordinairement. Cette disposition, d'une part, raccourcit l'axe vertical de l'abdomen, en même temps que, par la convexité que la colonne vertébrale présente par sa face antérieure, elle rétrécit considérablement la capacité de la cavité abdominale et surtout celle du bassin.

A partir du niveau de la dixième vertèbre dorsale, les lames vertébrales gauches et les apophyses transverses des deux dernières vertèbres dorsales et des vertèbres lombaires manquent complétement, de sorte qu'il existe sur ce côté de la colonne une interruption de l'axe osseux, par laquelle s'échappe un canal fibreux constitué par la dure-mère et qui se rend dans la poche du spina-bifida.

Les os des iles sont assez bien conformés et disposés de telle façon qu'ils se correspondent par leur face externe qui regarde en arrière et en dedans ; elles ne sont séparées l'une de l'autre que par la poche du spina-bifida. Les deux fosses iliaques internes regardent en avant et sont plus déjetées en dehors que dans l'état ordinaire ; les deux pubis se trouvent écartés l'un de l'autre d'environ 2 centim.

CAVITÉ ABDOMINALE. — Les parois de l'éventration abdominale incisées, nous trouvons la plus grande partie des organes contenus dans cette hernie. Nous avons déjà vu à l'occasion du squelette que la cavité abdominale se trouve réduite à des proportions telles qu'il lui serait impossible de contenir les viscères ; elle présente 4 centimètres et demi dans son diamètre vertical et 7 environ dans son diamètre transverse. Geoffroy Saint-Hilaire a parfaitement indiqué ce défaut de la capacité du ventre comme un des caractères de la célosomie. La paroi de cette éventration est constituée par deux membranes, qu'il est possible de séparer dans certaines parties, tandis qu'elles sont intimement unies dans d'autres ; de ces deux membranes, l'externe se continue avec la peau et principalement avec sa couche la plus superficielle ; l'interne se continue avec le péritoine, dont elle est une dépendance.

A l'exception des deux reins et de leur capsule surrénale qui se trouvent situés comme à l'ordinaire derrière le péritoine sur les côtés de la colonne vertébrale, tous les autres viscères sont dans l'éventration ; nous y trouvons, dans le foie, l'estomac, la rate, tout l'intestin grêle, la première partie du gros intestin, le reste manquant.

Le foie est très-développé, et outre sa scissure ordinaire, il existe un sillon profond creusé dans sa partie convexe du côté de son lobe gauche. Cette seconde scissure sert au passage de la veine ombilicale qui, rampant quelque temps entre les deux membranes d'enveloppe du cordon, s'est détachée au niveau du bord postérieur du foie pour pénétrer dans ce dernier par sa face supérieure dans la scissure que je viens de signaler, et se rendre de là dans la veine cave inférieure. Cette disposition anormale a déjà été décrite par Petit dans son observation ; la scissure de la vésicule biliaire est très-profonde et large, quoique la vésicule ne contienne pas de bile.

L'estomac et l'intestin grêle, embrassés dans la duplicature du péritoine, sont, comme nous l'avons vu, situés en dehors de la cavité abdominale, mais n'offrent rien de particulier ; l'intestin grêle se termine dans la fosse iliaque dans le cæcum, qui se trouve correspondre au niveau de l'angle supérieur et droit de l'ouverture elliptique que j'ai signalée aux parois minces de l'éventration, précisément dans le point que j'avais supposé en communication avec l'intestin. Dans le fond de la cavité qui existe à la poche herniaire qui correspond au cæcum et est même constituée en grande partie par lui, se trouvent deux orifices, l'un supérieur, assez étroit, offre 2 centimètres de diamètre environ, communique avec l'intestin grêle ; l'autre orifice, situé au-dessous du précédent, dont il est séparé par un espace d'environ 6 centimètres, communique avec le gros intestin ; il offre un diamètre beaucoup plus considérable, il peut admettre le petit doigt, mais on arrive bientôt dans un cul-de-sac, de sorte qu'une grande partie du gros intestin manque, se trouve réduit à un pouce environ de longueur. Il existe donc là un anus contre nature qui, comme dans le fait de Petit, se trouve le rendez-vous des matières de l'intestin grêle, ainsi que de celles du gros intestin. Le cæcum est surmonté de son appendice ; un stylet introduit dans l'uretère du côté droit pénètre jusqu'à l'ouverture elliptique que j'ai décrite aux parois de l'éventration ; c'est donc dans le fond de cette cavité à l'angle droit que s'ouvre l'uretère de ce côté, dans une dépression que la membrane présente dans ce point, l'uretère du côté gauche s'ouvre dans l'angle opposé, au-dessous des ouvertures de l'intestin. Cette espèce de cloaque, qui est évidemment constitué par la vessie nous présente donc à considérer quatre orifices, qui sont situés trois dans l'angle droit de l'ellipse, à savoir de haut en bas : 1° l'ouverture de l'intestin grêle, 2° celle du gros intestin, 3° l'uretère du même côté, tandis qu'à gauche nous ne trouvons qu'une seule ouverture, celle de l'uretère correspondant.

Quant au petit corps arrondi que j'ai décrit au niveau du bord inférieur de l'ouverture ovalaire, sa partie adhérente s'enfonce au-dessous de la membrane qui tapisse le fond de la vessie, et ne tarde pas à se diviser en deux prolongements conoïdes qui m'ont paru être les deux racines du corps caverneux, chacune va s'implanter près de la tubérosité de l'ischion correspondante que la rotation de l'os iliaque a dirigée dans ce point. A l'intérieur de l'éventration de chaque côté, dans le point qui, sur un fœtus normal, correspondrait au canal inguinal, nous trouvons épanoui sur les parois du sac de la hernie, et adhérent, un corps lisse aplati qui, incisé, m'a paru être le testicule plutôt qu'un ovaire ; du côté droit, où l'évidence est plus grande, il est même possible de suivre le ca-

(1) Geoffroy Saint-Hilaire fait dériver ce nom d'*agène*, de l'ἀ privatif et de γεννάω, j'engendre, c'est-à-dire sans génération, sans organes générateurs.

nal déférent qui irait rejoindre l'uretère; de ce côté, on trouve même un petit corps qui a quelque analogie avec les vésicules séminales.

SPINA BIFIDA. — La tumeur située à la partie postérieure du fœtus et correspondant à la région dorsale est pleine d'un liquide rougeâtre (il est vrai que le fœtus a macéré un grand nombre de jours dans l'alcool). Les parois de cette poche, peu épaisses, présentent à considérer deux couches unies entre elles par un tissu cellulaire assez lâche; l'externe cutanée se continue avec la peau du fœtus, l'interne blanche présente, dans sa partie moyenne, qui se trouve adossée à la colonne vertébrale, un orifice de communication à bords libres parfaitement arrondis et offrant la disposition du diaphragme. Un stylet introduit par cette ouverture communique dans le canal rachidien, au niveau de la onzième et de la douzième vertèbre dorsale, par l'intermédiaire d'un canal fibreux obliquement dirigé de gauche à droite et de bas en haut. Ce canal fibreux est constitué par la dure-mère, qui fait hernie en dehors de sa cavité naturelle par la perte de substance que j'ai décrite à la colonne lombaire, dans l'épaisseur de la membrane interne du spina bifida; les nerfs qui se sont échappés par le canal fibreux forment une espèce de plexus au pourtour de l'orifice de communication, et de ce plexus s'irradie un grand nombre de filets nerveux qui se perdent dans l'épaisseur des parois de la poche.

MUSCLES. — Les muscles de la région antérieure de l'abdomen manquent à peu près complétement; c'est à peine si on en retrouve quelques traces. Ceux du dos jusqu'à la région lombaire offrent la disposition normale, mais à partir de ce point, la colonne vertébrale se déviant en avant, ils ne présentent plus aucune régularité.

Les muscles des membres inférieurs ont conservé leurs rapports normaux; leur insertion a lieu sur les mêmes points osseux que si le membre était bien conformé, c'est-à-dire à cause de la rotation qu'a subie l'os iliaque; les muscles de la région antérieure regardent en avant, et réciproquement.

L'artère aorte, après avoir fourni le tronc cœliaque en avant et les artères rénales sur le côté, ne tarde pas à se bifurquer. Cette division prématurée se fait au niveau de la deuxième vertèbre lombaire des deux branches; la gauche est plus volumineuse; elles se dirigent toutes deux en dehors pour venir passer près de l'éminence iléo-pectinée, l'écartement des deux pubis et la déviation des os iliaques fait que cet écartement est plus considérable. Au niveau de l'articulation sacro-iliaque, chacun des troncs de l'artère iliaque primitive se bifurque pour donner naissance à l'hypogastrique, qui est peu volumineuse, puisqu'il n'y a point de petit bassin et qu'une grande partie des organes qu'il renferme ordinairement manquent.

CONCLUSIONS.

La partie la plus intéressante de ce fœtus est certainement le squelette, et en particulier l'articulation sacro-iliaque. La plupart des observateurs ont fort mal décrit la disposition que présentaient ces os; il est même souvent impossible de pouvoir les suivre dans leur description. Ainsi Petit, dans son observation que j'ai déjà citée, après avoir mentionné, comme dans le fait actuel, que le sacrum et le coccyx, au lieu de se voûter en arrière pour former la cavité du bassin, se porte, au contraire, en devant, ajoute *qu'il passe par-dessus la symphyse du pubis; et voilà*, dit-il, *pourquoi la pointe du coccyx et les os pubis sont voisins, et pourquoi la cavité du bassin est tout effacée*. J'avoue qu'en réfléchissant à la disposition que devraient avoir les os dans ce cas, je ne puis comprendre le fait. Je crois que Petit n'a pas assez étudié les rapports qu'avaient entre eux les os des iles, et qu'il a été induit en erreur; il en fait, du reste, à peine mention dans sa description. M. Gastelier, dans son observation, qui est rapportée avec beaucoup plus de détails que celle de Petit, et qui laisse cependant encore beaucoup à désirer sous le rapport de la description des os du bassin, après avoir signalé la disposition de la colonne vertébrale et du sacrum, qui, comme dans le fait précédent et celui qui fait l'occasion de ce mémoire, offre sa convexité en avant et sa concavité en arrière, dit *que l'on voyait en avant les parties postérieures de l'os ilion et pubis*; et plus loin, il ajoute *que la cavité du bassin se trouve située en arrière*. Comme on voit, il est plus explicite que Petit; mais alors il a dû y avoir transposition des os iliaques: celui de droite devait se trouver à gauche, et réciproquement. Le gros orteil devait alors être en dedans, comme dans l'état ordinaire, quoique la partie antérieure des cuisses, les genoux et la pointe du pied regardassent en arrière. C'est ce qui n'a pas lieu dans le fait que je viens de décrire; on observe, au contraire, l'inverse, et sous ce rapport, il existe donc une grande différence entre le fait observé par M. Gastelier; seulement il est à regretter qu'il n'ait pas bien indiqué la position des orteils.

C'est donc à la déviation de la colonne vertébrale que j'attribue toutes les anomalies que j'ai décrites sur ce fœtus. Nous aurons tout à l'heure à en rechercher la cause; mais elle me paraît le fait important de cette observation: c'est par elle que nous pourrons expliquer ces vices de conformation, et leur enchaînement est bien naturel. Il est, en effet, facile de comprendre comment, par suite de la projection en avant de la partie inférieure de la colonne vertébrale et du sacrum, les surfaces articulaires que présente ce dernier, au lieu de regarder en avant et en dehors, se trouvent dirigées, au contraire, en arrière, et par suite le mouvement de rotation sur son axe qu'a dû subir chaque os iliaque séparément. Les deux pubis ont dû alors s'écarter l'un de l'autre, tandis que les faces externes de l'os iliaque se sont rapprochées; c'est à l'écartement des deux os pubis que nous devons rattacher l'atrophie de vessie, ainsi que les vices de conformation, des organes génitaux. La rotation de chaque membre en particulier en est encore la conséquence; en effet, les deux articulations coxo-fémorales, par suite de cette déviation, se trouvent fortement rapprochées et se regardent l'une l'autre. La position du petit orteil en dedans, la pointe du pied dirigée en arrière, s'explique tout naturellement par ce mécanisme. Les muscles eux-mêmes nous donnent la preuve que c'est bien ainsi que le fait a dû se passer; car ces derniers, pour les membres inférieurs, à l'exception du grand fessier, n'ont subi aucune modification dans leur insertion: ils ont seulement suivi les os dans leur mouvement, c'est-à-dire que ceux de la région antérieure regardent en arrière et ceux de la région interne en dedans, et réciproquement.

Le bassin, à cause de l'incurvation du scrotum en avant, se trouve tellement rétréci qu'il y a à peine trace de cette cavité; nous avons vu qu'il en était de même de la cavité abdominale qui se trouve réduite à des proportions telles qu'elle est dans l'impossibilité de contenir les viscères, qui ont dû alors faire hernie à l'extérieur. En prenant pour point de départ la lésion de la colonne vertébrale, j'ai donc pu étudier le mécanisme d'après lequel a dû s'opérer chaque vice de conformation. L'éventration elle-même peut s'expliquer par deux raisons: la première, le défaut de capacité de la région abdominale; la seconde, l'écartement de l'os iliaque qui a dû entraîner nécessairement la même modification dans les muscles abdominaux. En effet, de chaque côté on trouve le vestige de ces muscles s'insérant à la crête iliaque, et plus loin ils manquent et sont remplacés par la poche que j'ai décrite.

L'éventration, suivant son étendue et son siége, a été regardée par M. Geoffroy Saint Hilaire comme devant exercer une grande influence sur le développement des organes génitaux et des membres inférieurs; lorsqu'elle arrive jusqu'au pubis, les organes génito-urinaires doivent subir des modifications profondes; ce fœtus nous en offre la preuve; mais, d'un autre côté, il infirme une autre assertion émise par le célèbre auteur de la science tératologique; car nous avons vu que, chez ce fœtus, avec l'éventration médiane et considérable qu'il présente, les membres inférieurs sont bien conformés, à leur rotation près.

Mais si j'ai pu faire découler de la courbure anormale de la colonne vertébrale tous les vices de conformation de ce fœtus, je n'ai fait que reculer la difficulté; il me resterait à déterminer la cause première. Ici trois théories sont en présence: 1° l'arrêt de développement; 2° une position vicieuse qu'aurait occupée le fœtus dans le sein de la mère; 3° une rétraction musculaire, suite de lésion du système nerveux. Nous devons tout d'abord rejeter l'opinion émise par Geoffroy Saint-Hilaire qui, se basant sur l'adhérence du placenta aux parois de l'éventration et sur la brièveté du cordon dans ces cas, pense que le fœtus doit jouir de mouvements peu étendus et libres; c'est à ce défaut de mobilité qu'il pense qu'il faut attribuer, au moins en partie, la torsion des membres pelviens. Dans le fait actuel, je ne puis rien dire sur la brièveté du cordon ombilical, n'ayant pu l'examiner en totalité; mais, pour ce qui a trait aux adhérences du placenta avec les tuniques de l'éventration, nous avons vu qu'elles n'existaient pas; cette adhérence n'est donc pas constante.

Quant à l'arrêt de développement, je le rejette également; rien ne le prouve. Devons-nous admettre, avec M. le professeur Cruveilhier, que ces vices de conformation sont produits par une mauvaise position du fœtus dans le sein de la mère? Sur ce monstre, en effet, il y a une inclinaison latérale gauche coïncidant avec la convexité située à droite de la colonne vertébrale; du côté fléchi se trouve le spina-bifida, et les jambes de ce côté (1) peuvent arriver presque au contact du tronc du fœtus si l'on cherche à exagérer cette courbure; dans cette supposition, c'est l'incurvation qui aurait dû produire le spina-bifida. Mes recherches sur ce point d'anatomie pathologique ne sont pas encore assez nombreuses pour que je puisse me prononcer sur un point aussi important. Relativement à ce fœtus, la théorie admise par M. J. Guérin sur la rétraction musculaire me paraît cependant beaucoup plus probable; elle permet d'expliquer la formation de toutes les anomalies que j'ai rencontrées; il suppose, dans ce cas, que le spina-bifida est la lésion primitive principale qui domine toutes les autres, et par suite de la lésion de certaine partie du système nerveux, certains muscles ont dû se contracturer et produire alors la déviation de la région lombaire et sacrée, d'où nous avons vu résulter tous les vices de conformation signalés.

(1) Comme dans un fait signalé dans le grand ouvrage d'anatomie pathologique de M. Cruveilhier.

ABCÈS PROSTATIQUES, CAUSE DE DYSURIE, OUVERTS DANS LE CATHÉTÉRISME; par le docteur A. BERTHERAND, chirurgien-major de première classe à l'hôpital militaire de Strasbourg.

Les abcès de la prostate développés du côté de la vessie, et formant obstacle à l'excrétion urinaire, constituent une lésion assez rare, si l'on en juge par l'espèce de célébrité acquise aux observations qu'ont publiées J.-L. Petit et Béclard.

Le premier, appelé chez un confrère près de succomber à une strangurie qui datait de trois jours, vida par le cathétérisme la vessie d'une quantité notable d'urine puante et boueuse; après quoi, ayant tourné l'instrument à droite et à gauche pour reconnaître une tumeur grosse comme le poing préalablement sentie par l'anus, il perçut une résistance qui céda peu à peu sous la pression du cathéter. La vessie, qui était vide d'urine, fournit par la sonde environ une demi-chopine de pus. Le malade guérit promptement par quelques injections poussées dans la canule laissée à demeure.

Béclard traversa involontairement l'abcès avant d'entrer dans la vessie : cela a dû nécessairement arriver plus d'une fois, à l'insu de praticiens inattentifs ou inexpérimentés, d'autant plus que l'on ne sonde guère, dans la clientèle, qu'à la dernière extrémité, par conséquent à une époque où la tumeur, avancée en maturité, n'oppose presque pas de résistance et cède à la moindre pression.

Dans un article fort bien fait sur les abcès de la prostate (ANNALES DE CHIRURGIE FRANÇ. ET ÉTR., 1844), M. Vidal (de Cassis) a traité avec soin le sujet qui nous occupe. Si les exemples sont *rares*, dit-il, c'est que l'inflammation avec tendance à la suppuration est *rare* dans les parenchymes glandulaires en général. Plus loin, il pense que le tissu cellulaire ambiant est plus souvent affecté que l'organe, opinion que je suis très-porté à partager : je dirai tout à l'heure pourquoi.

M. Bonnafont a publié depuis le fait d'un militaire qui, guéri d'une blennorrhagie par des injections d'azotate d'argent, rentra à l'hôpital au bout de cinq jours, atteint d'une dysurie qu'aggravaient les efforts de défécation. Le doigt, introduit dans le rectum, constata un engorgement marqué de la prostate. Le troisième jour, il fallut recourir à la sonde, qui s'arrêta au périnée et ne pénétra qu'après une heure de tentatives laborieuses. La douleur obligea de la retirer aussitôt. Le lendemain, la sonde se trouva empêchée de même. M. Bonnafont crut reconnaître une certaine rénitence dans l'obstacle; il insista, et après un quart d'heure d'efforts mesurés, une sensation de difficulté, brusquement vaincue, préluda à l'entrée de l'instrument, dont le pavillon laissa échapper environ 32 grammes de pus. Le vingtième jour, la résolution était complète.

J'ai eu récemment l'occasion d'observer un cas qui a quelques rapports avec celui qu'on vient de lire; en voici les principales circonstances.

OBS. — H., étudiant, âgé de 19 ans, d'une forte constitution, contracta, dans les premiers jours d'avril dernier, une urétrite aiguë. A la veille de subir un examen, il désira couper le plus brièvement possible son écoulement, et prit à cet effet, en quarante-huit heures, trois injections d'azotate d'argent concentrées (1 gramme sur 30 grammes d'eau distillée). La première injection seule avait tari le catarrhe urétral; les deux autres n'avaient été prises que pour assurer la guérison.

Quatre jours après, une violente inflammation, avec douleurs intolérables, se déclara dans la région périnéale. Malgré le repos et le régime, les symptômes de cystite se développèrent, et le 1er mai, les urines, devenues rares, floconneuses, ne sortaient plus que goutte à goutte. 70 sangsues, apposées aux aines et au périnée, les bains et les émollients prolongés, ne firent rien. On tenta le cathétérisme; mais la sonde s'arrêtait au fond du canal devant une barrière qui semblait infranchissable.

Le 4 au matin, le malade n'y pouvait plus tenir, et fit prévenir son médecin, M. le professeur Stœber, qui conseilla de faire venir un chirurgien pour évacuer l'urine à tout prix. C'est à ce moment que je fus mandé près de M. H., et que j'appris ce qui s'était passé. Je résolus, avant d'en venir à la ponction vésicale, de tenter un dernier cathétérisme. Ma sonde traversa assez heureusement tout le canal, et s'arrêta à un point que je jugeai être certainement le col vésical : là était un corps dur infranchissable, pourtant dépressible et élastique, puisque l'instrument, pressé avec force contre lui et abandonné ensuite, revenait en arrière d'une quantité égale à celle dont on l'avait fait avancer. La profondeur à laquelle atteignait le bec de ma sonde éloignant toute crainte de blesser le canal, je me décidai à employer une plus grande force et à passer outre à tout prix, aux risques de violenter un peu le col de la vessie, dont la grande distension protégeait d'ailleurs les parois. J'y réussis en effet. En quelques secondes, l'obstacle était dépassé, 20 à 30 grammes de pus sortaient par le pavillon de ma sonde, et le malade était instantanément soulagé. Sous l'influence de cette crainte, que l'urine, passant dans le foyer de l'abcès, s'infiltrât à travers les lobules de la glande et ne déterminât des complications graves, j'aurais volontiers maintenu une sonde dans la vessie; j'en fus détourné par l'endolorissement et le spasme des parties. Du reste, tout se passa bien, et au bout de huit jours, l'accident n'avait pas laissé de traces.

Quand on songe à la gravité ordinaire et surtout à la durée, d'habitude si longue, des engorgements prostatiques, on doit s'étonner, avec nous, de la promptitude et de la simplicité de la terminaison dans les différents cas précités; remarquons encore que le contact de l'urine, après la rupture de l'abcès, devrait être un motif d'aggravation ajouté à la ténacité de la prostatite, et pourtant le contraire semble avoir lieu. N'est-ce pas là une raison sérieuse de présumer, avec M. Vidal (de Cassis), que les collections observées soi-disant dans la prostate appartiennent plutôt au tissu cellulaire qu'à l'enveloppe?

Quoi qu'il en soit, notre observation montre une fois de plus la tendance signalée déjà de la prostatite phlegmoneuse à abcéder près du veru-montanum. On conçoit qu'il doive en être ainsi, surtout quand la cause irritante est venue agir par le canal de l'urètre.

Chez l'étudiant H., comme chez le zouave de M. Bonnafont, des injections d'azotate d'argent ont été le point de départ des accidents, renseignement utile à inscrire contre l'innocuité prétendue de la thérapeutique abortive.

L'évolution assez tardive des symptômes au quatrième et au cinquième jour n'échappera pas non plus à l'attention du lecteur. Ce retard des tissus périprostatiques à s'enflammer, quand la muqueuse urétrale qui leur est contiguë est si irritable, s'explique par la différence de susceptibilité morbide, et d'ailleurs de vitalité, qui caractérise les tissus glandulaires et leurs dépendances.

REVUE DES JOURNAUX DE MÉDECINE.

JOURNAUX FRANÇAIS.

I. ARCHIVES GÉNÉRALES DE MÉDECINE.

Les numéros de juillet, août et septembre 1850 contiennent les travaux originaux suivants : 1° *Exposition d'une nouvelle méthode de galvanisation, dite galvanisation localisée*; par M. Duchenne. 2° *Des phlegmons de la paroi antérieure de l'abdomen*; par M. Bernutz. 3° *Le typhus en Silésie*; par M. Lasègue. 4° *De la bronchotomie dans le cas d'angine laryngée œdémateuse*; par M. Sestier. (Premier article.) (Nous avons tout récemment apprécié les idées de l'auteur sur ce sujet, GAZ. MÉD., 1850, p. 833.) 5° *Sur le traitement de l'angine tonsillaire par le tartre stibié, avec exclusion des émissions sanguines*; par M. Bourgeois. 6° *Recherches sur une maladie non encore décrite du système musculaire (atrophie musculaire progressive)*; par M. Aran. (Premier article.) 7° *Recherches sur le crétinisme en général, et compte rendu du rapport de la commission nommée par le roi de Sardaigne pour étudier cette infirmité*; par M. Boudin.

EXPOSITION D'UNE NOUVELLE MÉTHODE DE GALVANISATION, DITE GALVANISATION LOCALISÉE; par M. DUCHENNE.

Nos lecteurs connaissent déjà la découverte de notre estimable confrère, dans ses procédés et dans ses principales applications; aussi nous bornerons-nous ici à exposer, d'après M. Duchenne, ce qu'il y a de plus réellement pratique parmi les notions qu'il publie aujourd'hui. Ce sera donc en quelque sorte la partie exclusivement médicale de l'histoire de la galvanisation isolée que nous allons reproduire.

On le sait : diriger et limiter la puissance électrique dans chacun des organes, sans piquer ni inciser la peau, tel est le résultat de la nouvelle méthode, et nous n'avons pas besoin de rappeler qu'il est réalisé au moyen de l'application d'excitateurs *humides* sur les tissus qu'on veut spécialement galvaniser. Plus particulièrement destinée par son auteur à agir sur les muscles, cette galvanisation demande pour réussir dans ce cas certaines précautions qu'il est utile de rappeler. Ainsi :

Il faut que le muscle qu'on veut stimuler présente une partie de sa surface contiguë aux téguments. Quant aux muscles profonds, on conçoit que des connaissances anatomiques exactes sont nécessaires à l'opérateur pour déterminer la région précise où existe ce rapport, indispensable au succès de la galvanisation.

On ne doit administrer aux muscles qu'une dose d'électricité proportionnelle à leur degré d'excitabilité. Or ce degré est variable pour chacun d'eux : par exemple, les fibres animées par le spinal offrent, sous ce rapport, une susceptibilité telle que, dans l'un de ses premiers essais, M. Duchenne faillit avoir, par le fait de cette circonstance, un très-fâcheux accident. Il

avait dirigé sans inconvénient un courant électrique assez intense sur la moitié supérieure du muscle trapèze, lorsque, passant subitement au bord externe de ce même corps charnu, il plaça un excitateur sur le sommet du triangle sus-claviculaire, de manière à toucher en même temps une portion de la moitié supérieure du sterno-mastoïdien. Il y eut immédiatement un mouvement extrêmement brusque d'inclinaison latérale de la tête, avec étourdissements et fourmillement des membres, et le malade dut être saigné par précaution.

Il résulte de là que le médecin doit posséder des notions aussi précises que possible sur l'excitabilité distincte de chaque muscle. En outre, il faut toujours qu'il ait une main libre prête à agir sur le graduateur de l'appareil, afin de pouvoir arrêter ou modérer à temps le courant électrique.

Il faut encore placer les excitateurs au niveau de la masse charnue des muscles, et jamais au niveau de leurs tendons; car la stimulation de ces derniers ne peut produire la contraction musculaire.

Pour galvaniser complétement un muscle, il est nécessaire que les excitateurs recouvrent toute sa surface, ou, s'ils ne sont pas assez larges, ils doivent être appliqués successivement sur tous les points de cette surface.

Plus un muscle est épais, plus l'individu sur lequel on opère est gros, et plus le courant doit être intense. Sans cela, l'excitation n'aurait lieu que dans les fibres superficielles.

Autant l'excitabilité électrique des muscles est différente pour chacun d'eux, autant leur sensibilité, sous l'influence de la galvanisation, varie également. Si l'on avait à dresser le tableau des particularités qui s'observent à cet égard, il faudrait placer en première ligne les muscles de la face. Lorsqu'on les galvanise, il faut toujours éviter de placer les excitateurs sur les points correspondant aux nerfs sus-orbitaire ou mentonnier: il s'ensuivrait une douleur très-aiguë. Parmi les muscles de cette région, l'orbiculaire des paupières, le myrtiforme, l'élévateur commun de l'aile du nez et de la lèvre supérieure, carré du menton, de la houppe du menton, orbiculaire des lèvres et triangulaire des lèvres sont les plus sensibles, et ils le sont de moins en moins, selon l'ordre dans lequel nous venons de les citer. Les muscles long dorsal et sacro-lombaires sont très-peu sensibles. Les couches charnues de la région antibrachiale antérieure le sont beaucoup plus que ceux de la postérieure, etc.

C'est surtout dans la détermination du *siége* et de l'*espèce* des diverses paralysies que la galvanisation isolée jette le plus de lumière. Quant au premier chef, par exemple, elle apprend que, dans les affections saturnines, les muscles sont atteints successivement dans l'ordre suivant: à l'avant-bras, l'extenseur commun des doigts, l'extenseur propre de l'index et du petit doigt, le long extenseur du pouce, les radiaux, le cubital postérieur et le long abducteur du pouce; au bras et à l'épaule, le triceps et le deltoïde. La lésion de la contractilité électro-musculaire peut se montrer isolément dans chacun des muscles du membre supérieur; mais ordinairement il suit la marche qui vient d'être indiquée. Ainsi M. Duchenne n'a jamais vu les radiaux lésés dans leur contractilité électrique avant l'extenseur commun des doigts.

Sous le rapport de l'*origine* de la paralysie, il y a des résultats déjà acquis à la science; ainsi, dans la paralysie de la septième paire, la contractilité électro-musculaire diminue dans les muscles paralysés, tandis qu'elle est intacte dans l'hémiplégie de cause cérébrale. En outre, la paralysie du nerf facial offre ceci de particulier que les rameaux de ce nerf sont encore très-excitables, alors que les muscles dans lesquels ils se ramifient se contractent très-faiblement sous l'influence électrique.

Cette distinction a permis à M. Duchenne de porter un diagnostic précis, dans un cas assez embarrassant où deux hommes, l'un charretier, l'autre terrassier, se présentèrent à lui, avec les symptômes suivants: chute du poignet; flexion des doigts, avec impossibilité de les étendre; paralysie incomplète et diminution de force dans les autres muscles de l'avant-bras; amaigrissement général du membre paralysé et atrophie plus prononcée à la région postérieure de l'avant-bras; pas de contracture. Ces paralysies étaient survenues tout à coup et n'avaient pas été précédées de douleurs. Aucun de ces deux malades n'avait été exposé aux émanations du plomb.

M. Duchenne examina, à l'aide de la galvanisation, ces deux paralysies, de même nature en apparence, et trouva chez l'une la contractilité et la sensibilité électro-musculaires normales, tandis que, chez l'autre, tous les muscles de la région postérieure de l'avant-bras, excepté les supinateurs et l'anconé, avaient perdu leur contractilité électrique.

En présence de ces signes, le doute n'était plus possible. Le premier malade avait, en effet, une paralysie rhumatismale, dont la guérison a été très-rapide sous l'influence de la galvanisation localisée; l'autre était affecté d'une paralysie saturnine. Ce diagnostic fut bientôt confirmé chez ce dernier; car il eut par la suite des coliques très-vives, avec une constipation qui dura dix jours.

Les applications thérapeutiques proprement dites, quoiqu'elles aient déjà été faites par l'auteur sur une large échelle, ne sont ici de sa part l'objet que d'un petit nombre de considérations générales. Il se borne, pour le moment, à quelques préceptes sur le traitement de la paralysie.

La galvanisation musculaire indirecte, ou l'excitation électrique par la galvanisation des troncs nerveux qui animent les muscles, lui a peu réussi. Au contraire, la galvanisation directe et successive de chaque muscle paralysé a souvent donné des résultats très-satisfaisants et procuré quelques guérisons complètes.

Dans ce mode d'excitation, les muscles ne recevant l'influence curative qu'en raison de l'étendue de la surface sur laquelle on peut agir, on comprend qu'il faut électriser plus fréquemment les muscles profonds, puisqu'ils ne sont accessibles que par une petite portion de leur corps charnu.

Si les muscles ont perdu leur sensibilité, l'électrisation pourra être continuée très-longtemps sans que le malade en ait conscience et en ressente le moindre trouble. Si, au contraire, le même courant est appliqué chez le même malade, sur des muscles qui jouissent de leur sensibilité normale, il en résultera non-seulement des douleurs très-vives et immédiates dans les muscles, mais aussi une surexcitation générale qui pourra produire des accidents cérébraux. Il est aussi des sujets fâcheusement prédisposés, très-impressionnables, que la galvanisation, même faite dans les conditions les plus favorables, modifie pathologiquement.

Règle générale—bien qu'il soit difficile d'apporter ici une précision rigoureuse—une séance de galvanisation musculaire ne devra pas être prolongée au delà de quinze à vingt minutes.

La nouvelle méthode de galvanisation ne réussissant pas, à beaucoup près, dans tous les cas, une question importante se présente: Pendant combien de temps est-il rationnel de l'essayer avant de perdre l'espoir d'en obtenir la guérison? Naturellement ce temps est très-variable. Mais M. Duchenne avertit surtout de ne pas se décourager lorsque le succès, l'amélioration même se fait attendre. Pour juger l'action thérapeutique d'une galvanisation opiniâtre, il a choisi dans les hôpitaux plusieurs cas de paralysie ancienne. Pendant longtemps ils ne parurent en éprouver aucune influence favorable. Or, comme ces sujets servaient à des études et à des démonstrations physiologiques et pathologiques, il eut ainsi l'occasion de les soumettre à la galvanisation pendant un an et demi à deux ans. Eh bien! il en est résulté qu'un certain nombre d'entre eux ont retiré de cette médication, prolongée plus qu'elle ne l'eût été dans d'autres conditions, un bien considérable.

DES PHLEGMONS DE LA PAROI ANTÉRIEURE DE L'ABDOMEN; par le docteur BERNUTZ.

M. Bernutz a eu la pensée, très-bonne suivant nous, de rapprocher les observations de phlegmon de la paroi antérieure de l'abdomen éparses dans les auteurs ou recueillies par lui-même, de manière à en déduire une sorte de monographie de la maladie. L'histoire qu'il est ainsi parvenu à tracer est plus complète que celle des ouvrages classiques. Le phlegmon des parois abdominales, en tant qu'objet de nosographie, s'est trouvé placé dans cette position singulière que, délaissé par la plupart des médecins comme appartenant à la chirurgie, il n'a été étudié par les chirurgiens que comme affection locale. Et ainsi son étiologie, ses rapports avec les maladies du tube digestif, son diagnostic même, n'ont pu être embrassés avec l'étendue et les lumières désirables. M. Bernutz s'est efforcé de combler cette lacune.

Il importe, avant tout, de rappeler que par phlegmons de la paroi antérieure de l'abdomen, l'auteur entend uniquement ceux qui se développent dans le tissu cellulaire adjacent au péritoine et appelé *fascia propria*. Il exclut aussi de son étude ceux qui sont produits par des plaies, des contusions, des corps étrangers, l'état puerpéral, ou qui, succédant à des fièvres, reçoivent le nom de *critiques*. Restent les phlegmons idiopathiques, naissant spontanément, comme dans le reste du corps, sous l'influence d'une cause interne inconnue. C'est à ceux-là qu'il consacre son travail.

Voici les principaux traits de leur histoire, tels qu'ils ont été relevés par M. Bernutz.

Rarement précédée par un court état de malaise, l'affection s'annonce le plus souvent par un frisson intense que suivra bientôt la réaction fébrile. Après ce frisson, ou pendant sa durée, ou même avant qu'il ait eu lieu, apparaît dans ce point de l'abdomen une douleur vive qui en peu d'instants fait des progrès considérables. Localisée d'abord, elle s'étend presque aussitôt pour occuper toute la cavité abdominale, en même temps qu'elle prend une intensité nouvelle. Mais alors même qu'elle s'est ainsi généralisée, elle reste plus poignante dans la partie où elle a pris naissance et, de

ce point superficiel comme d'un centre, partent des irradiations qui traversent tout le ventre. Cette douleur insupportable s'exaspère encore par les moindres mouvements soit de l'abdomen, soit des membres, plus particulièrement des membres inférieurs. Le diaphragme, les côtes restent immobiles; la respiration se précipite. La figure du malade devient pâle et anxieuse. L'inspection constate une forte rétraction des parois abdominales, prononcée surtout vers le siége de la phlegmasie. La moindre pression arrache des plaintes. Aussi est-il très-difficile à cette période de s'assurer exactement de l'état des parties. Ce n'est que plus tard que les progrès du mal permettent de reconnaître une tuméfaction au niveau du point où la douleur a pris naissance.

En même temps se manifestent du côté du tube digestif divers symptômes. La soif est ardente. Le sujet est tourmenté par des nausées continuelles. Celles-ci, survenues le premier ou le deuxième jour du début de l'affection, sont le prélude de vomissements bilieux qui deviennent quelquefois très fréquents. Presque toujours de courte durée, ils cessent au bout de quelques jours pour ne plus revenir. Il en est de même des coliques; assez vives d'abord, elles ne tardent pas à se calmer et à disparaître. La constipation qui, au début, existe d'une manière constante, ne dure pas non plus long temps.

M. Bernutz n'a pas rencontré un seul cas de résolution franche et rapide de cette phlegmasie. Dans quelques cas elle se termine par une induration qui ne disparaît ensuite que lentement. Plus souvent elle aboutit à la suppuration. L'abcès s'ouvre quelquefois de lui-même; mais en général il vaut mieux donner de bonne heure une issue au pus, pour ne pas s'exposer à des fusées, et l'auteur rapporte à ce sujet une observation où le liquide purulent avait disséqué dans une grande étendue la peau et les muscles, et produit d'énormes désordres. On évitera aussi par cette pratique le danger d'une ouverture de l'abcès dans l'intestin (ce qui expose toujours à de graves accidents, soit immédiats, soit consécutifs), ou directement dans la cavité du péritoine. Le pus qui s'écoule a souvent une odeur stercorale.

Les auteurs n'indiquent, en général, que très brièvement les signes différentiels des phlegmons de la paroi abdominale et des affections aiguës du péritoine et de l'intestin. M. Bernutz entre, au contraire, sur ce sujet dans des développements étendus, mis au service d'une très-exacte appréciation. Il insiste heureusement sur les caractères différentiels qu'on peut tirer des symptômes généraux de la péritonite comparés à ceux du phlegmon du *fascia propria*, caractères qui sont souvent, en effet, dans les cas surtout aigus, plus significatifs que ceux qu'on peut tirer des symptômes locaux.

L'observation a montré que le phlegmon de la paroi abdominale antérieure est souvent précédé d'affections intestinales. La même remarque avait été faite pour les phlegmons de la fosse iliaque, et tout le monde sait par quelles considérations anatomiques on expliquait cette corrélation. Ici, les conditions sont bien différentes. L'intestin et le fascia malade sont séparés par une cavité séreuse, et il n'y a aucun rapport de lieu entre le siége du phlegmon et celui de l'affection interne, le fascia s'enflammant souvent dans un point éloigné de la portion du tube digestif qu'on suppose affectée, ou s'enflammant partiellement alors que le système intestinal est plutôt troublé dans ses fonctions générales que localement altéré. M. Bernutz se demande donc s'il y a un rapport de causalité entre les deux ordres d'affections. Contrairement à l'opinion de quelques médecins recommandables, il se décide pour l'affirmative. Nous sommes aussi de cet avis; nous croyons même que la corrélation d'une maladie du *fascia propria* avec une maladie intestinale n'est qu'une expression particulière d'une loi générale. Quelque étrange que cela puisse paraître, les maladies locales, lorsqu'elles ont une certaine acuité, atteignent d'ordinaire une sphère de développement qui dépasse de beaucoup celle des premiers désordres matériels et qui se joue des différences d'organisation et des délimitations anatomiques. Un trouble gastrique prolongé amène souvent des démangeaisons ou de légères éruptions à la peau sur la région épigastrique; la douleur causée par une altération du pylore se fait sentir parfois, au même niveau et dans une étendue très-circonscrite, jusqu'à la peau qui recouvre les dernières côtes et où elle augmente par la moindre pression. Une autre preuve de cette corrélation est donnée par la thérapeutique, qui montre des symptômes siégeant manifestement dans les organes internes, céder tout à coup à un moyen appliqué à la surface du corps et qui n'a pu agir qu'à travers des cavités séreuses. Il y a là une question de haute pathologie que nous ne reprochons pas à M. Bernutz de n'avoir pas abordée, ne pouvant le faire qu'accessoirement, mais que nous recommandons à ses méditations.

SUR LE TRAITEMENT DE L'ANGINE TONSILLAIRE PAR LE TARTRE STIBIÉ A DOSE VOMITIVE, AVEC EXCLUSION DES ÉMISSIONS SANGUINES; par le docteur BOURGEOIS (d'Étampes).

En 1849 (GAZ. MÉD., p. 271), nous rendions compte d'un travail de M. Vanoye sur l'emploi du calomel uni au savon amygdalin, suivant une formule particulière, dans le traitement de l'angine tonsillaire, et nous regrettions que, attestant la supériorité de ce mode de traitement d'après la rapidité de la guérison, il n'eût pas spécifié au moins approximativement la durée de la maladie. On serait presque en droit d'adresser le même reproche à M. Bourgeois, qui ne donne pas non plus sur ce point important de renseignements assez précis. Toutefois, huit observations détaillées, non choisies pour le besoin de la cause, sont un document de quelque valeur, et qui en aurait plus encore si les diverses circonstances de l'affection, spécialement en ce qui concerne l'état de la gorge, y étaient plus complétement exposées.

Dans le premier cas, la maladie datait de deux jours quand le tartre stibié fut employé; la guérison était complète deux jours plus tard. Dans le second cas, traitement commencé le second jour; guérison quatre jours après. Dans le troisième, guérison le cinquième jour du traitement. Dans le quatrième, guérison en sept jours. Dans le cinquième, guérison en deux jours. Dans le sixième, en un jour. Dans le septième, en deux. Dans le huitième, en dix. Ces résultats sont, comme on voit, assez satisfaisants. Nous avons d'autant moins envie de les contredire que, comme M. Bourgeois, nous voyons dans l'emploi des vomitifs un excellent remède contre l'angine tonsillaire, et que sa pratique ressemble beaucoup à la nôtre. Notre réserve porte seulement sur une question de suprématie absolue qu'il n'est pas possible de décider avec les éléments fournis par l'auteur et qui pourrait être encore un sujet de contestation. Il est des angines où les astringents, les styptiques, aidés des toniques généraux, pourraient l'emporter sur les vomitifs.

La formule employée par M. Bourgeois est la suivante: Prenez tartre stibié, 10 centigrammes; faites fondre dans les deux tiers d'un verre d'eau fraîche légèrement sucrée. La solution est donnée en deux fois, à demi-heure d'intervalle.

II. JOURNAL DES CONNAISSANCES MÉDICO-CHIRURGICALES.

Les numéros de juillet, août et septembre 1850 contiennent les travaux originaux suivants: 1° *Traitement des fièvres intermittentes par les doses atténuées de quinine ou d'arsenic*; par M. Espanel. 2° *De l'électricité en thérapeutique*; par M. Massé. 3° *Traitement de la gale en quatre jours*; par M. Bazin. 4° *De la prophylaxie du choléra*; par M. Pellarin. 5° *Propriétés thérapeutiques du matico*; par M. Cazenave. 6° *Sciatique; cautérisation de l'oreille*; par MM. Sausso, Calvy et Blacquière; 7° *De l'action fébrifuge de l'aikékenge*; par M. Gendron. 8° *Du sous-nitrate de bismuth contre les vomissements spasmodiques*; par M. F. de Salles. 9° *Moyen de guérir les arthrites, les hydarthroses et les tumeurs blanches*; par M. Miergues.

GUÉRISON DE LA SCIATIQUE PAR LA CAUTÉRISATION DE L'OREILLE; par M. MARTIN-LAUZER.

Cette méthode thérapeutique est loin d'être définitivement jugée. Convient-elle à toutes les espèces de sciatiques? Peut-on déterminer *à priori* sur quels malades elle réussira? La guérison qu'elle procure est-elle aussi durable qu'elle est instantanée? Ce sont là des questions que l'expérience seule doit résoudre, et qu'elle aura infailliblement résolues dans un avenir peu éloigné. Mais quel que soit son langage, il n'en demeure pas moins dès à présent avéré que les malades trouvent dans ce moyen un soulagement prompt et complet à des douleurs qui souvent vont jusqu'à la torture. Nous ne saurions mieux faire, pour donner une idée des guérisons presque miraculeuses qui lui sont dues, que d'en emprunter un exemple à la pratique du savant confrère qui a le premier mis en honneur ce précieux agent.

OBS.—M. l'abbé L. fut amené par M. Massé à M. le docteur Martin-Lauzer. Cet ecclésiastique, âgé de 60 ans, souffrait depuis un an déjà d'une sciatique qui avait résisté aux baumes, aux douches, aux bains de toute nature, en un mot à la série des moyens ordinairement employés contre cette affection. Ayant entendu le récit des cures dues à la cautérisation de l'oreille, il demanda lui-même à en essayer.

Le 26 juin, M. Martin-Lauzer procéda à l'opération de la manière suivante: le malade est étendu sur un lit et couché sur le côté. On applique sur l'hélix, à son entrée dans la conque, l'extrémité légèrement échancrée d'un tube. Ce tube sert de conduit à un cautère de 5 à 6 lignes de diamètre et taillé en biseau; on le chauffe à blanc et on l'introduit rapidement dans le tube. La cautérisation est linéaire, et coupe en quelque sorte cette partie de l'hélix.

Le malade se leva immédiatement et marcha sans difficulté. Il ne restait aucune douleur, et tout au plus un peu de faiblesse dans la jambe. La cautérisation n'avait pas été pénible, et le malade put se rendre, une heure après, à un grand dîner. Le soir, ne trouvant pas de voiture, il fut contraint de faire une partie de la course à pied, par une pluie d'orage torrentielle. Malgré cet accident, il ne sentit aucun retour de douleur et passa une excellente nuit.

Le lendemain, il n'éprouvait plus qu'un engourdissement léger dans le membre malade; mais il y avait absence complète de douleur et de claudication.

DE L'ACTION FÉBRIFUGE DE L'ALKÉKENGE; par le docteur GENDRON.

La vertu antipériodique dont paraissent douées, à des degrés variables, certaines substances peu coûteuses, diminue un peu l'importance des innovations qu'on cherche encore à introduire dans cette partie de la thérapeutique, en vue de remédier à l'inconvénient de l'extrême cherté du sulfate de quinine. Un véritable succédané de ce sel serait certes d'un prix inestimable; mais il n'y a pas un avantage très-marqué à augmenter le nombre des antipériodiques de *seconde qualité*, si on peut ainsi parler, ceux qu'on connaît déjà suffisant à nous garantir contre la disette. Néanmoins tout remède peut avoir ses applications particulières, ses commodités propres, et toute découverte en ce genre mérite d'être bien accueillie. Ajoutons que celui de tous les nouveaux fébrifuges dont les prétentions semblent le mieux justifiées, l'arsenic, a ses défauts, ses dangers même, et n'est pas à la portée de tout le monde. On vante aujourd'hui le sel marin. Cette réputation, qu'il serait bien souhaitable de voir justifiée, se soutiendra-t-elle? Nous ne savons. En attendant, voyons ce qu'on a obtenu d'un remède qui, en tout cas, ne saurait être dangereux, de l'alkékenge.

L'alkékenge, dont les fruits ont été déjà employés contre les hydropisies, la goutte et d'autres affections, est une plante de la famille des solanées; on la nomme vulgairement coqueret des vignes, coquerelle, herbe à cloches. Récoltée à maturité, c'est-à-dire en octobre, lorsque les baies sont mûres, elle contient un principe amer très-prononcé. Les capsules et les baies sont plus actives que les tiges et les feuilles, et c'est en dégustant les premières que l'idée vint à M. Gendron d'y chercher un remède contre la fièvre. Il attribue à l'alkékenge rouge et au jaune une action à peu près égale. Les capsules et les fruits, desséchés au four à une chaleur de 40 degrés, triturés au mortier et passés au tamis, peuvent être administrés à des doses élevées, à 15, 20, 30 grammes par jour, sans produire aucun des accidents qu'eût fait craindre le nom de la famille à laquelle la plante appartient. La dose des tiges et des feuilles peut être portée plus haut encore.

M. Gendron, désireux d'appeler promptement l'attention des médecins sur cette substance, publie les dix-sept premières observations qu'il a recueillies dans plusieurs des localités où l'appelle sa pratique étendue; puis il donne un résumé général de tous ses essais. Le voici presque textuellement.

Plusieurs malades ont été réfractaires à l'action de l'alkékenge. Cela peut tenir au sujet, au médicament et à la médication.

A Vendôme, sur 15 malades, un seul insuccès. A Neuillé-Pont-Pierre, 3 sur 8 ont été réfractaires; mais les doses du médicament ont été peu élevées. A Château-du-Loir, un malade a pris inutilement de fortes doses : c'était un jeune homme très-nerveux, presque choréique. Un autre, insensible à l'action du remède, a vu ses fièvres tierces résister également à 40 grains de quinquina rouge en poudre. Plus tard, des doses plus fortes d'alkékenge suppriment un des accès; mais leur prompt retour oblige de recourir au sulfate de quinine.

Chez un malade, deux accès manquent; on cesse brusquement l'emploi du médicament et la fièvre reparaît. Sur d'autres sujets, l'alkékenge coupe les fievres pour plusieurs semaines et montre la même efficacité contre les récidives. Chez quelques-uns, les accès cèdent aussi promptement que par le sulfate de quinine. Plus habituellement, le premier accès n'est pas modifié; le deuxième l'est sensiblement; le troisième manque, ou est remplacé par du malaise qui ne tarde pas à disparaître complètement.

Deux femmes, dont les fièvres étaient ou doubles-quartes ou doubles-tierces, puis triples-quartes, ont été immédiatement délivrées des petits accès. Les plus fortes ont résisté aux premières doses et cédé ensuite à des doses plus fortes.

M. Gendron joint à son travail une lettre à lui adressée par le docteur Groussin (de Neuillé-Pont-Pierre), et dans laquelle sont relatés quelques cas de fièvres intermittentes traitées avec succès par l'alkékenge.

Nous nous bornons au rôle d'historien. Les résultats que nous venons de rappeler sont loin de suffire pour fixer définitivement la valeur de l'alkékenge comme fébrifuge, et ce n'est pas non plus la prétention de M. Gendron. Il n'a voulu qu'appeler de nouvelles expériences. Nous croyons qu'on doit bien cela et au caractère sérieux des faits qu'il rapporte et à sa réputation de bon observateur.

MOYEN DE GUÉRIR LES ARTHRITES, LES HYDARTHROSES ET LES TUMEURS BLANCHES; par M. MIERGUES.

Une pratique de quarante ans, dit M. Miergues, m'a constamment démontré que ces états morbides cèdent promptement à l'application continue du mélange suivant :

Teinture de digitale camphrée. .	180 grammes.	
Chlorate de soude.	2	—
Chlorure de sodium.	2	—

La tumeur, dans les arthrites séreuses et les hydarthroses, diminue rapidement sous l'influence de cette application topique; il n'est pas rare de la voir complétement disparue en huit jours. Dans les cas d'arthrite séroplastique, on commence par combattre les accidents généraux et locaux par les moyens appropriés; puis on a recours à l'application du mélange indiqué ci-dessus.

— Nous avons laissé parler l'auteur. La formule de lotion *évaporante* qu'il conseille mérite d'être essayée; mais rien néanmoins, dans sa composition, ne semble *à priori* justifier la préférence exclusive que M. Miergues revendique pour elle au nom de son expérience personnelle.

A. DECHAMBRE et P. DIDAY.

TRAVAUX ACADÉMIQUES.

ACADÉMIE DES SCIENCES.

SÉANCE DU 20 JANVIER.

NOUVEAU PROCÉDÉ POUR L'ÉTABLISSEMENT DES FISTULES ARTIFICIELLES DANS LES EXPÉRIENCES PHYSIOLOGIQUES.

M. SEGOND communique la note suivante, intitulée : DÉDUCTIONS EXPÉRIMENTALES TIRÉES DE LA THÉORIE DU CANAL ALIMENTAIRE :

D'après un ensemble de recherches que je dois publier plus tard sur l'intestin (nom sous lequel l'auteur désigne l'ensemble du canal alimentaire), il m'est possible dès aujourd'hui de déterminer la notion fondamentale qui résulte d'une étude approfondie de cet organe, et d'en tirer une indication expérimentale essentielle.

Quand on soumet la démonstration de l'intestin d'un vertébré supérieur aux divers procédés fournis par l'observation directe, l'expérimentation et la comparaison, on arrive à reconnaître très-nettement que la partie la plus fixe et par conséquent la plus importante de ce canal est l'intestin grêle. La structure de cette partie et les connexions avec certains appareils sécréteurs annexes, le petit nombre d'anomalies qu'elle peut présenter par rapport à celles des autres parties de l'organisme; son développement primordial chez l'embryon; la disposition successive, dans la série des animaux, des parties qui la précèdent ou qui la suivent; le danger proportionnellement plus grand des maladies et des opérations pratiquées sur cette partie du canal; enfin le peu de modifications relatives qu'elle subit pendant la vie, tout concourt à établir, aussi positivement qu'on peut le faire en biologie, la prédominance marquée de l'intestin grêle sur toutes les autres parties du canal alimentaire.

D'après cette théorie, on sent qu'il y a lieu à modifier beaucoup d'expériences entreprises, soit dans le but d'éclairer le problème de la digestion, soit pour résoudre les questions variées sur l'action des médicaments et des poisons. On comprend en effet que, pour la netteté de certains résultats, il y aurait un grand intérêt à pouvoir agir directement sur l'intestin grêle. Mais toutes les expériences directes tentées à cet égard, et en particulier l'établissement artificiel des fistules sont des opérations très-périlleuses pour les animaux soumis aux expériences, résultat que l'on pouvait facilement prévoir à l'aide de la théorie que je propose. J'ai donc imaginé un procédé que je livre à tous nos expérimentateurs, et qui consiste à établir préalablement une fistule stomacale, chez un chien par exemple, et à pénétrer dans l'intestin grêle par le pylore, au moyen d'une sonde en gomme élastique du n° 12 ou 13. Quand on voudra simplement porter des substances dans le duodénum, il suffira de les injecter par la sonde; et quand on voudra recueillir des liquides du commencement de l'intestin grêle, on se servira d'un mandrin muni d'une éponge. Du reste, suivant les cas, le génie expérimental perfectionnera les diverses applications particulières de ce procédé.

ACADÉMIE DE MÉDECINE.

SÉANCE DU 21 JANVIER. — PRÉSIDENCE DE M. ORFILA.

Le procès-verbal de la dernière séance est lu et adopté.

La correspondance officielle comprend :

1° Une lettre du ministre du commerce, qui envoie à l'Académie de nouveaux documents relatifs au choléra, avec demande de lui renvoyer ceux dont elle a dû faire le dépouillement. (Renvoyé à la commission.)

2° Une lettre du ministre de la guerre, transmettant le rapport de M. Villaret, chirurgien en chef de l'hôpital militaire de Toulon, remplissant provisoirement les fonctions de médecin de l'hôpital militaire de Vichy, sur les sources de l'établissement thermal de cette localité, ainsi que sur les faits qui se sont présentés à son observation pendant les deux saisons de l'année 1849. (Comm. des eaux minérales.)

3° M. le préfet de police transmet le relevé statistique des décès dans la ville de Paris pour le mois de décembre dernier.

— M. DUVERGER, docteur en médecine à Montpellier, réclame de nouveau, à l'occasion du rapport de M. Ségalas sur l'instrument propre à extraire certains corps étrangers de la vessie, de M. Courty, la priorité de l'invention de cet instrument. (Renvoyé à M. Ségalas.)

— MM. LÉONARD, médecin en chef de l'hôpital militaire du Dey, et DIEU, pharmacien en chef du même hôpital, adressent un travail intitulé : RECHERCHES SUR LE TRAITEMENT DES FIÈVRES ENDÉMIQUES DE L'ALGÉRIE, et un cahier d'observations à l'appui. (Comm. : MM. Bégin et Michel Lévy.)

— M. ANDRÉ MICHALSKI, médecin à Vierzon, envoie un mémoire sur l'hémiplégie droite survenue après une saignée de 525 grammes. (Comm. : MM. Louis et Grisolles.)

SUR LA SIMULTANÉITÉ DE LA VARIOLE ET DE LA VACCINE.

M. ZANDYCK, membre du conseil de salubrité de Dunkerque, adresse un essai sur l'épidémie de variole et de varioloïde observée à Dunkerque en 1848 et 1849.

L'auteur déduit de quelques expériences sur la simultanéité de la variole et de la vaccine les propositions suivantes :

1° Lorsque la variole et la vaccine se développent en même temps chez un enfant bien portant, celle-là seule des deux éruptions qui a la priorité d'invasion influence l'autre, mais n'en est pas influencée.

2° Pendant la période d'incubation, il faut toujours vacciner, si cela est possible... La variole est alors le plus souvent modifiée ; elle prend les caractères de la varioloïde et en suit la marche.

3° Il faut même vacciner au début de l'éruption variolique, les dangers n'étant jamais imputables à la vaccine, mais bien à la variole seule ou compliquée. (Comm. de vaccine.)

EFFETS PHYSIOLOGIQUES ET THÉRAPEUTIQUES DE LA BRUCINE.

M. LEPELLETIER adresse un mémoire sur les effets physiologiques et thérapeutiques de la brucine.

Les observations contenues dans ce travail démontrent, suivant l'auteur, que l'administration de la brucine ne présente aucun danger, qu'elle peut rendre des services à la thérapeutique et remplacer, dans certains cas, la strychnine avec avantage. (Comm. : MM. Bouchardat et Bricheteau.)

— M. VAUQUELIN communique trois instruments : l'un est un aide fixe-paupières mécanique ; le deuxième, une pince fixe-sonde pour le cathétérisme de la trompe d'Eustachi ; le troisième, une pince conductrice des cordes à boyau dans la trompe d'Eustachi. (Comm. : MM. Roux et Poiseuille.)

— M. LE PRÉSIDENT annonce à l'Académie la perte qu'elle vient de faire d'un de ses correspondants regnicoles, M. Tourdes père, ancien professeur de la Faculté de médecine de Strasbourg.

— M. GAULTIER DE CLAUBRY (HENRI) lit, au nom de la commission des remèdes secrets, un rapport sur un remède secret destiné à guérir la blennorrhagie. M. le rapporteur propose de répondre au ministre que les dispositions favorables du décret de 1850 ne peuvent s'appliquer à la préparation dont il s'agit. (Adopté.)

CHUTE DU RECTUM.

M. JOBERT (de Lamballe) lit un rapport sur une observation de chute du rectum qui a été adressée à l'Académie par M. le docteur Bosio.

Cette observation, recueillie chez une femme de 25 ans, n'offre rien de remarquable. Le traitement qui a été mis en usage, et qui a consisté dans l'application de compresses saupoudrées d'alun, de tartre, et dans une compression immédiate faite avec une pierre saillante presque carrée, cause de vives douleurs. Au point de vue pratique, ce traitement semble mériter quelque attention, puisque la réduction de la tumeur s'opera ; mais au point de vue de la guérison, on ne peut lui accorder un grand éloge, car la récidive ne se fit pas longtemps attendre.

M. le rapporteur propose de déposer l'observation de M. le docteur Bosio dans les archives (Adopté).

PLAIE DE L'URÈTRE CHEZ LA FEMME, SUIVIE DE FISTULE URÉTRALE.

M. JOBERT lit un deuxième rapport sur une observation remarquable de plaie de l'urètre chez la femme, suivie de fistule urétrale, par M. le docteur Colson (de Noyon).

Il s'agit d'une femme qui, voulant monter à cheval, se fait apporter un tabouret : celui-ci se renverse les pieds en l'air ; la femme tombe, et un des pieds de ce tabouret, s'engageant dans le vagin, va déchirer l'urètre.

M. le docteur Colson, appelé près de la malade, introduit son doigt dans la plaie, pénètre très-facilement dans la vessie, et en conclut qu'il y a rupture de son col. L'urine s'écoulait involontairement.

Trois points de suture entortillée sont appliqués ; une sonde est placée dans la vessie. Au bout d'un certain temps, les fils se détachent ; on retire la sonde, on croit la plaie guérie ; mais l'urine s'écoule par la voie accidentelle, et il reste une fistule que M. Colson croyait vésico-vaginale.

L'incontinence d'urine persistait : M. Colson voulait remédier à cet inconvénient et examiner plus attentivement les parties malades. La patiente refusa de se soumettre et quitta l'hôpital. Vingt-cinq jours après l'accident, l'incontinence cessa pour ne plus reparaître, au rapport de la malade qui, six ans plus tard, revit M. Colson à qui elle raconta ces détails. A quelques jours de là, cette femme ayant expiré par suite d'un accident, M. Colson examina avec beaucoup de soin l'état des parties. Il existait encore une fistule urétrale, et, quoique la malade conservât la faculté de garder et de rendre ses urines, il est cependant impossible qu'au début de son émission et pendant son cours la partie antérieure du vagin ne fût pas mouillée.

M. le rapporteur propose d'adresser des remercîments à M. Colson et de déposer son travail dans les archives (Adopté).

TRAITEMENT DE L'HYDROCÈLE PAR LES INJECTIONS GAZEUSES D'AMMONIAQUE.

M. ROBERT lit, en son nom et au nom de M. Velpeau, un rapport sur des observations de cure de l'hydrocèle au moyen des injections gazeuses d'ammoniaque, adressées à l'Académie nationale de médecine par M. Bonnafont, chirurgien-major de l'hôpital d'Arras. Nous avons fait connaître le procédé de M. Bonnafont ; on se rappelle que l'auteur concluait, des observations rapportées dans son mémoire, que les insufflations gazeuses chargées de principes médicamenteux jouissent de propriétés au moins égales aux injections liquides, et qu'elles devront toujours leur être préférées, parce qu'elles n'introduisent dans les cavités closes aucun corps étranger réfractaire à l'absorption et capables d'y provoquer des accidents.

M. le rapporteur adresse d'abord une objection capitale au sujet de la solidité des guérisons qu'il dit avoir obtenues. Dans les observations qu'il publie, les malades ont été perdus de vue au bout de quatre-vingt-dix jours, de quarante-quatre, de trente-huit et de vingt-quatre jours. Or ne sait-on pas qu'un laps de temps aussi court est bien insuffisant pour juger cette question d'une manière complète ? Mais le rapporteur a voulu constater aussi par lui-même les résultats du mode opératoire proposé par M. Bonnafont. Il l'a employé sur *huit* malades dont il résume les observations en ces termes :

« En résumé, huit malades atteints d'hydrocèle ont été soumis au nouveau moyen proposé par M. Bonnafont. Chez tous, nous avons constaté que les injections gazeuses d'ammoniaque sont plus douloureuses que ce chirurgien ne l'avait annoncé. La douleur est, il est vrai, moins vive, moins prolongée peut-être que par les injections liquides ordinaires ; mais elles existent à peu près constamment. Quant aux phénomènes consécutifs, ils sont remarquables par leur simplicité. L'inflammation est trop modérée, la réaction fébrile presque nulle, et au bout de quelques jours les traces en sont à peu près effacées. Mais ce qui paraît être un avantage aux yeux de M. Bonnafont, nous semble à nous, au contraire, un grave inconvénient. N'est-il pas à craindre, en effet, que la vapeur d'ammoniaque ne soit trop peu irritante pour les surfaces séreuses, et incapable d'y provoquer une phlegmasie locale assez intense pour être suivie de l'adhésion ?

» Il nous reste à faire connaître les résultats définitifs de l'opération et la proportion des récidives. C'est là, en effet, le critérium le plus important pour en juger la valeur. Pour avoir des données certaines à cet égard, il ne suffirait pas de constater l'état des malades quelques jours, quelques semaines après l'injection, il fallait les suivre pendant plusieurs mois ; c'est ce que nous avons fait, et c'est ainsi qu'un de nos opérés qui paraissait guéri neuf mois après l'opération se présentait à moi quelques jours plus tard avec tous les symptômes d'une récidive. En résumé, sur les huit malades soumis au traitement de M. Bonnafont, nous avons observé deux guérisons et six récidives.

« Ce résultat parle assez de lui-même et montre que, de tous les agents proposés jusqu'à ce jour pour la cure de l'hydrocèle, celui-ci est assurément le plus défectueux et le moins sûr.

» Peu encouragé par ces essais, je n'ai pas cru devoir appliquer les vapeurs ammoniacales au traitement des maladies des autres cavités closes, auxquelles l'art oppose aujourd'hui les injections iodées avec tant d'avantage et de sécurité. On sait en effet :

» 1° Que l'iode injecté dans ces cavités closes naturelles ou accidentelles, saines ou malades, n'y détermine qu'une réaction modérée, et presque jamais d'accidents sérieux ;

» 2° Qu'il sollicite presque toujours une sécrétion plastique, dont le résultat est l'adhérence et l'oblitération des surfaces contiguës de ces cavités ;

» 3° Qu'il modifie favorablement la formation du pus, quand il est mis en contact avec des cavités tapissées par une membrane pyogénique ;

» 4° Enfin, qu'il détermine la guérison, soit en effaçant et oblitérant les cavités closes, soit en modifiant leur sécrétion.

» Ces propriétés ayant été signalées depuis longtemps par l'un de vos commissaires, et confirmées par l'observation ultérieure d'un grand nombre de chirurgiens, nous pensons que cet agent constitue, dans l'état actuel de la science, le meilleur modificateur thérapeutique à opposer aux maladies des cavités closes. Nous estimons donc que la vapeur ammoniacale ne saurait lui être substituée avec avantage.

» En conséquence, votre commission a l'honneur de vous proposer :

» 1° De faire savoir à M. Bonnafont que l'Académie ne saurait approuver le nouveau moyen qu'il a conseillé et mis en usage pour la cure radicale de l'hydrocèle ;

» 2° De déposer son travail dans vos archives. »

Ces conclusions sont mises aux voix et adoptées.

DE L'ACCOUCHEMENT PRÉMATURÉ ARTIFICIEL.

M. CHAILLY-HONORÉ, candidat pour la section d'accouchements, lit un travail intitulé : DE L'ACCOUCHEMENT PRÉMATURÉ ARTIFICIEL, ET DES MOYENS CONSEILLÉS POUR RÉDUIRE LE VOLUME DE L'ENFANT A TERME.

L'objet de ce travail est la solution de la question suivante :

Convient-il, dans les cas de vice de conformation du bassin ou d'excès de volume du produit, de substituer à l'accouchement prématuré artificiel cet ancien procédé à l'aide duquel on cherche à diminuer le volume de l'enfant en soumettant la mère au régime combiné de la restriction des aliments et de la saignée?

L'auteur résout la question en faveur de l'accouchement prématuré.

Le régime diététique, dit-il, qui pouvait quelquefois donner des résultats avantageux, devait certainement être tenté alors qu'on ne possédait pas mieux; mais depuis que MM. Stoltz, Velpeau et P. Dubois ont vulgarisé en France l'accouchement prématuré artificiel, et après les nombreuses observations qui prouvent son innocuité, il n'est plus permis de regarder le régime diététique uni aux saignées répétées que comme un procédé irrationnel, dur dans son application, incertain et dangereux dans ses résultats. Il pense que ce régime pourrait seulement être essayé, combiné avec l'accouchement prématuré artificiel, dans les cas de rétrécissements trop prononcés pour que l'accouchement prématuré puisse suffire seul, et cela dans le but de délivrer la mère et d'éviter des opérations meurtrières pour l'enfant même à l'époque où l'enfant commence à être viable, mais comme moyen extrême, car, ajoute M. Chailly, on ne peut se dissimuler que le régime échouera aussi dans ce cas le plus souvent, et que s'il réussit, il diminuera les chances que l'accouchement prématuré laisse à l'enfant.

(Commissaires : MM. Velpeau et Villeneuve.)

INFLUENCE DES MALADIES DES CÉRÉALES SUR L'HOMME.

M. le docteur Roboüam lit un travail dans lequel il se propose de rechercher et de faire ressortir l'influence fâcheuse qu'exercent sur l'homme et les animaux les maladies connues sous les dénominations de rouille, de carie, de noir, de charbon, d'ergot des céréales et du maïs, etc., etc.; l'influence de la maladie spéciale de la pomme de terre, de la vigne et de plusieurs autres végétaux; de démontrer par des faits que, sauf quelques nuances, les phénomènes morbides sont les mêmes dans tous; que dans tous aussi la cause est la même. Cette cause, c'est la cochenille des racines, le coccus radicum, le coccus solonicus tinctorius.

(Comm. : MM. Huzard et Mérat.)

— M. Foucault lit un mémoire intitulé : De l'influence des peines graduées, de l'organisation du travail, de l'éducation sur le physique et le moral des condamnés a une longue réclusion. (Nous publierons ce travail.)

Il est cinq heures, la séance est levée.

SOCIÉTÉ DE BIOLOGIE.

PRÉSIDENCE DE M. RAYER.

COMPTE RENDU DES SÉANCES PENDANT LE MOIS DE NOVEMBRE 1850; par M. le docteur Segond, secrétaire.

I. — Anatomie.

SUR LA NATURE ET LES FONCTIONS DE L'ORGANE PALATIN DES CYPRINS; par M. Davaine.

« Il existe au palais des cyprins un organe particulier, dont l'irritabilité singulière a depuis longtemps attiré l'attention des physiologistes. Cet organe, situé sous la voûte palatine, au devant de l'apophyse basilaire, est vulgairement connu sous le nom de *langue de carpe*. On a émis des opinions très-différentes sur la nature et sur ses fonctions : *Rathke* le considérait comme une couche glanduiaire, ayant des fonctions plus ou moins analogues à celles des glandes salivaires des mammifères. Suivant *Cuvier* et *M. Valenciennes*, sa substance est composée de granulations très-fines. Il reçoit un nombre considérable de filets nerveux dont les subdivisions dans l'organe montrent sa nature essentiellement nerveuse; ce qui porte ces savants à penser que l'organe palatin des cyprins peut suppléer à la langue dans la perception des saveurs. *E.-H. Weber* y reconnut des fibres musculaires striées; *J. Muller* a également constaté l'existence de ces fibres striées, et en outre des fibres cellulaires; plus tard *E. de Weber* y découvrit de plus des fibres musculaires de la vie organique, qui me paraissent avoir été considérées par *Muller* comme des fibres cellulaires.

» L'existence de ces fibres musculaires des deux vies explique parfaitement l'élévation subite et longtemps persistante que produit sur la partie touchée une piqûre, un frottement ou la simple pression. Il ne paraît pas que la connaissance de la nature musculaire de cet organe ait apporté de nouvelles lumières sur ces fonctions; car *H. Stannius*, dans son Manuel d'anatomie comparée (p. 75), le considère encore comme l'organe du goût.

» Ayant soumis ce corps à l'inspection microscopique, j'ai constaté, comme *Weber* et *Muller*, que son parenchyme est principalement formé de fibres musculaires. Ces fibres sont plus nombreuses et plus serrées vers la surface de l'organe. Une grande quantité de graisse fluide s'y rencontre aussi, interposée aux fibres musculaires et comme à l'état d'infiltration. Je n'y ai trouvé aucun des éléments des glandes. La membrane muqueuse ne présente point de papilles, et son organisation ne m'a paru différer en rien de celle de la muqueuse qui revêt les autres parties de la bouche.

» La nature essentiellement musculaire du parenchyme de cet organe étant donc bien déterminée, j'ai cherché, par l'examen anatomique, à reconnaître la direction et l'arrangement de ses fibres dans le but d'en tirer des inductions relativement à ses fonctions. Cet examen a été fait sur la *tanche* qui m'a paru avoir les fibres de ce corps plus apparentes que les autres cyprins.

» L'organe palatin de ce poisson, comme celui de la *carpe*, forme une couche épaisse en arrière et successivement de plus en plus mince en avant où, vers le voisinage des lèvres, il se termine en une membrane très-mince, sous-jacente à la muqueuse. Dans cet espace, ses fibres offrent plusieurs points d'attache : 1° en arrière, un faisceau considérable naît de l'apophyse basilaire et se porte directement en avant; 2° de chaque côté, un faisceau distinct naît de chacun des arcs branchiaux et se porte plus ou moins transversalement et en avant. Le point d'attache à chaque branchie correspond au milieu de la longueur de la pièce branchio-articulaire. Les faisceaux nés de ces diverses attaches se portent, pour le plus grand nombre, en avant en s'amincissant graduellement. Deux faisceaux distincts suivent la direction des branches hyoïdes, auxquelles ils paraissent s'insérer. Les fibres de ce corps offrent donc en arrière une attache sur une partie immobile, l'apophyse basilaire; de chaque côté quatre attaches sur des organes mobiles, les arcs branchiaux; enfin, en avant, elles peuvent agir médiatement sur diverses parties de la bouche. De cette disposition, on doit déduire que la contraction de cet organe peut diminuer la capacité de la cavité buccale et faciliter la déglutition, soit en agissant sur les parties antérieures de la bouche, soit en rétrécissant l'arrière-bouche par le rapprochement des arcs branchiaux.

» Pour constater les mouvements de l'organe palatin, je l'ai mis à découvert sur plusieurs cyprins bien vivants; on y parvient facilement, en incisant le plancher de la bouche de chaque côté de l'os hyoïde et en renversant cet os en arrière avec l'appareil branchial. Dans ces conditions, on aperçoit des contractions réitérées et spontanées de cet organe, contractions qui se manifestent surtout lorsque les pharyngiens inférieurs exercent des mouvements de mastication. Les contractions de l'organe palatin commencent en avant et se propagent en arrière en une ondulation très-marquée, qui peut être comparée exactement au mouvement péristaltique des intestins; sa direction est constante d'avant en arrière. Ce mode de contractions par ondulation m'a paru être lié exclusivement à la fonction de la déglutition, ou peut-être à la volonté de l'animal, car ni les piqûres ni les irritations mécaniques ne peuvent le déterminer; le point piqué ou irrité seul se soulève. Je n'ai jamais vu cette élévation partielle être accompagnée ou suivie d'une contraction générale ou successive de l'organe, phénomène que l'on voit se produire spontanément toutes les fois que l'animal opère un mouvement de déglutition ou de mastication.

» Il est donc manifeste que le corps situé au palais des cyprins est un organe de mouvements. Ces mouvements sont évidemment liés à l'acte de la déglutition; il me paraît superflu d'insister sur ce point.

» L'organe du palais des cyprins serait-il en outre destiné à percevoir les saveurs? Cette opinion, basée autant sur le besoin de lui trouver une fonction que sur son irritabilité et sur le grand nombre de nerfs qu'il reçoit, me paraît peu probable; car, d'une part, son irritabilité est un phénomène purement musculaire; d'une autre part ce corps ne me paraît pas recevoir plus de nerfs, eu égard à son volume, que les muscles qui meuvent les os pharyngiens inférieurs. Enfin l'organisation de la membrane muqueuse qui le revêt n'ayant rien de spécial, cette membrane jouit probablement des mêmes propriétés que celle des autres parties de la bouche.

» D'après ces considérations, je pense que l'organe qui existe au palais des cyprins a pour fonctions de faciliter l'acte de la déglutition chez ces animaux. En effet, si l'on examine par quel mécanisme s'opère la déglutition chez les poissons, on constate que cette fonction ne s'accomplit pas chez eux au moyen d'une langue musculeuse et mobile, cet organe, lorsqu'il existe, étant généralement osseux ou cartilagineux et privé de mouvements propres, incapables par conséquent de porter en arrière le bol alimentaire. Chez les poissons, en général (les cypriens exceptés), le pharynx très-large n'apporte aucun obstacle à la pénétration des aliments dans l'œsophage; diverses parties de la bouche et de l'arrière-bouche sont armées de dents ou de pointes résistantes, plus ou moins inclinées en arrière, de manière à ne pas permettre à une proie de suivre une autre direction que celle du pharynx; en sorte que cette proie, souvent volumineuse et vivante, parvient sans obstacle dans l'œsophage par la forme même des parties. Chez les cypriens, au contraire, les mâchoires sont dépourvues de dents (à part chez un petit nombre d'espèces); les autres parties de la bouche et de l'arrière-bouche ne présentent non plus ni dents ni aspérités dont la direction force, en quelque sorte, l'aliment à suivre une route déterminée; en outre l'arrière-bouche est *fermée* par un pharynx très-rétréci. Les dents dont ce dernier organe est pourvu, disposées pour la mastication seulement, ne peuvent nullement servir à la déglutition.

» Il fallait donc un organe supplémentaire pour conduire dans ce pharynx étroit, entre ces dents triturantes, la proie, en général peu volumineuse (mollusques, insectes, végétaux), dont se nourrissent les cyprins. »

II. — Physiologie.

NOTE SUR LES FONCTIONS DU LARYNX SUPÉRIEUR CHEZ LES OISEAUX; par M. Segond.

« Les travaux d'anatomie et de physiologie, relatifs à l'appareil vocal des oiseaux, malgré leur grande perfection, sont aujourd'hui insuffisants pour faire l'histoire de la voix chez ces animaux.

» Les intéressantes recherches de Herissant, Vicq-d'Azyr, Savart, Cuvier, Muller, etc., ont malheureusement conduit à une opinion trop absolue, d'après laquelle le larynx supérieur se trouverait entièrement mis de côté, par suite de l'hypothèse exclusive qu'on a instituée à l'égard du larynx inférieur.

» A toutes les expériences tentées jusqu'à ce jour, j'en opposerai une bien simple.

» Quand on ouvre largement le bec d'un coq ou d'une poule, on apprécie très-nettement à chaque cri de l'animal un frémissement très-marqué dans les replis qui bordent en haut l'ouverture de la trachée artère. Il est bon de remarquer que, chez les gallinacés, le larynx inférieur est sans muscles propres et sans dilatations latérales.

» Dans la même expérience, il est facile d'observer que l'articulation du son qui, chez d'autres gallinacés, la perdrix, par exemple, est ordinairement représentée par les lettres suivantes : *cac cac cac*, est manifestement exécutée par le mode de séparation des lèvres de cette véritable glotte supérieure, et que, sans contredit, cette articulation combinée avec divers degrés d'ouverture de la bouche et du pharynx constitue les conditions essentielles de l'imitation de notre langage chez les oiseaux parleurs, bien que la langue doive aussi y concourir.

» En attendant qu'un nouveau travail place l'ensemble de la théorie de la voix sur son vrai terrain, cette remarque pourra dès à présent corriger la manière absolue de raisonner relativement à la phonation chez les oiseaux. »

III. — ANOMALIES.

1° DESCRIPTION D'UN CHIEN MONSTRUEUX; par M. GOUBAUX.

« Sur un chien de petite taille, de l'âge de 4 mois, qui présentait cinq pattes, dont trois postérieures, il y avait deux anus et deux pénis. Cet animal est mort le samedi 23 novembre 1844, et voici ce que j'ai remarqué à son autopsie.

INTESTIN. — L'intestin grêle est bifurqué; une de ses bifurcations vient se terminer en cul-de-sac à l'ombilic, et l'autre se continue jusqu'au cœcum. Du cœcum part le colon qui, après une longueur d'un centimètre et demi, se divise en deux rectums. Chacun de ces rectums aboutit à un anus.

Le rectum du côté gauche présente une disposition particulière, il communique avec une poche du volume d'une petite noix *(vessie du côté gauche)* qui est située sur son côté externe et occupe un peu la région du flanc gauche.

Chacun de ces rectums est appendu à la région sous-lombaire, au moyen d'une lame péritonéale qui, après avoir embrassé le rectum se réunit à celle du côté opposé en formant un mésentère qui unit longitudinalement ces deux portions d'intestin.

FOIE. — Le foie est peut-être un peu volumineux pour la taille de l'animal, mais il ne présente rien de particulier.

REINS. — Le rein droit est très-volumineux; le gauche ressemble à un ganglion lymphatique, il a à peu près le vingtième du volume de celui du côté opposé, et une couleur jaunâtre.

PÉNIS. — Celui du côté droit est bien conformé. Celui du côté gauche présente aussi un os pénien, mais le canal de l'urètre, à un centimètre de son extrémité libre, est imperforé. La cavité du canal de l'urètre et la vessie du même côté, comme le rectum, contiennent des matières excrémentielles; ces trois organes communiquent directement l'un avec l'autre.

TESTICULES. — Ils sont au nombre de deux et sont situés dans la cavité abdominale au niveau du flanc gauche.

VAISSEAUX. — L'aorte postérieure, en arrivant au niveau de la dernière vertèbre lombaire, se divise d'abord en deux branches, l'une envoie des divisions dans le membre postérieur gauche; et l'autre, la droite, d'un volume plus considérable se subdivise en deux parties. La première se porte dans le membre postérieur droit et dans la cavité pelvienne du même côté, mais les divisions les plus volumineuses que fournit la seconde côtoient les parois internes de la cavité pelvienne du côté gauche pour gagner le membre surnuméraire qui se trouve placé dans le plan médian.

NERFS. — Pour le *membre postérieur gauche*, ils proviennent des paires lombaires; les uns gagnent le membre après un court trajet; les autres, au contraire, côtoient la face interne de la paroi externe de la cavité pelvienne gauche, sortent de cette cavité et gagnent la face postérieure du fémur.

Les nerfs du *membre postérieur* droit ont une disposition normale.

Ceux du *membre supplémentaire* proviennent des nerfs sacrés gauches; ils côtoient la paroi interne de la cavité pelvienne droite.

OS. — Entre deux coxaux bien conformés en existe un troisième de forme très-irrégulière, situé plus à gauche qu'à droite, et formé d'un iléum auquel s'ajoutent en arrière deux pubis et deux ischions, de sorte qu'il existe deux cavités pelviennes distinctes dont la gauche et la petite est de forme très-irrégulière. C'est au point de jonction de ces deux parties postérieures du canal surnuméraire qu'est articulé le cinquième membre.

La forme du membre postérieur surnuméraire est très-irrégulière; les muscles sont singuliers, mais ils répondent assez cependant à ceux que l'on trouve ordinairement.

Les os qui entrent dans sa composition sont un fémur, un tibia, un péroné (il n'y a pas de rotule) et un pied complet, mais tous ces os sont très-irréguliers.

La *colonne vertébrale* ne présente d'irrégularité que dans la forme du corps des trois dernières vertèbres lombaires; la forme du corps de ces vertèbres est altérée, celui-ci est plus long à gauche qu'à droite : ce qui rend cette portion du rachis comme légèrement courbée, suivant sa longueur; et les différentes portions qui composent la sixième ne sont pas réunies inférieurement. »

2° ANOMALIES DE DIMENSIONS DE L'AORTE; par M. VERNEUIL.

M. Verneuil présente l'aorte d'un sujet adulte femme. Cette artère, aussi bien que les principales branches qui en naissent (tronc brachio-céphalique, carotide et sous-clavière gauches, intestinales, artères viscérales, iliaques primitives), sont réduites à des dimensions très-minimes; elles semblent appartenir à un sujet de 12 à 14 ans environ. Leur diamètre égale à peine la moitié de celui qu'il atteint chez une femme adulte de même taille. L'exiguïté de calibre porte au reste sur tout le système artériel, qui a été injecté au suif et disséqué ultérieurement. Cependant les fémorales, les humérales, se rapprochent plus du calibre normal que les gros troncs précités, quoique restant beaucoup au-dessous de leur volume ordinaire. Ces artères, au reste, ne présentent l'apparence d'aucune altération. Le cœur est petit, mais n'a pas été examiné avec tout le soin désirable.

Le sujet est une femme de 4 pieds 10 pouces environ, parfaitement constituée, morte de suites de couches. Le système musculaire est bien développé; les muscles sont rouges, et il y a un degré d'embonpoint notable, sans être excessif. Les cavités pleurales, largement constituées, renferment des poumons très-amples et complétement sains.

Tout incomplet que soit cet examen, cette disposition paraît congéniale, et l'on ne peut en rendre compte par aucune lésion. Il a été impossible d'avoir des renseignements sur l'état physiologique du sujet.

IV. — EXPLORATION PATHOLOGIQUE.

1° TUMEUR OBSERVÉE DANS LA FOSSE SUS-SPHÉNOÏDALE; par M. HIRCHFELD.

Sur un sujet destiné aux dissections, j'ai trouvé dans la fosse sus-sphénoïdale (selle turcique) une tumeur de la grosseur d'une petite noix, d'une consistance molle, d'un aspect blanchâtre, sur le côté droit de laquelle on apercevait la tige pituitaire. Cette tumeur s'était développée entre les deux feuillets de la dure-mère qui enveloppent la glande; elle avait refoulé de bas en haut le chiasma des nerfs optiques, le *tuber cinereum*, les tubercules mamillaires, et par conséquent les lobes cérébraux, et transformé l'excavation hexagonale de la base du cerveau en une excavation hémisphérique. La compression avait surtout porté sur les bandelettes et le chiasma des nerfs optiques. Ce dernier était mince, aplati, large à peu près d'un travers de doigt, épais d'une ligne à une ligne et demie.

De chaque côté, l'artère carotide interne et le sinus caverneux étaient comprimées; la carotide avait un aspect cartilagineux, et présentait une flexuosité plus grande qu'à l'état normal. Les nerfs de la paroi externe du sinus, c'est-à-dire le moteur oculaire commun, le pathétique, et l'ophthalmique de Willis étaient aplatis, atrophiés en partie, d'une consistance molle et d'une couleur jaunâtre. Le moteur oculaire externe présentait les mêmes caractères. Ces lésions étaient surtout sensibles au côté droit, où la tumeur proéminait davantage.

A l'extérieur, cette tumeur avait l'aspect d'une tumeur encéphaloïde; telle a été l'opinion de M. Cruveilhier, de M. Follin et de quelques autres pathologistes auxquels j'ai montré la pièce. Il était douteux si la tumeur s'était développée dans l'intérieur même de la glande pituitaire ou dans le voisinage; mais une coupe verticale antéro-postérieure de la base du crâne, et par conséquent de cette tumeur, nous a montré, non pas une hypertrophie du corps pituitaire, car on n'a pu reconnaître ni la présence des deux lobes ni leur coloration normale, qui est d'un rouge jaunâtre pour l'antérieur, d'un gris foncé pour le postérieur, mais une transformation complète de ce corps. Cette tumeur avait en effet l'aspect d'une masse homogène, d'un blanc jaunâtre, dans laquelle on n'a reconnu aucune trace de la glande. M. le docteur Follin, qui a examiné au microscope une petite tranche de la tumeur, n'a pas trouvé de cellules cancéreuses, et après un plus long examen, nous avons reconnu une tumeur fibro-plastique.

Il eût été très-intéressant de savoir quels troubles cette lésion avait occasionnés pendant la vie, s'il y avait eu cécité, affaiblissement de la mémoire, disposition au sommeil, comme on l'a déjà observé dans les maladies de ce genre; mais il nous a été impossible d'avoir des renseignements antécédents sur le sujet. L'examen du cadavre nous a montré que l'œil n'avait éprouvé aucune altération appréciable, malgré les lésions du chiasma et des bandelettes des nerfs optiques, et malgré même une légère atrophie des nerfs optiques. Sur toute la moitié droite du feuillet pariétal de l'arachnoïde crânienne, nous avons trouvé une fausse membrane épaisse, bien organisée. Un peu de sérosité s'était répandu entre les deux feuillets de l'arachnoïde. Le bras gauche avait éprouvé une altération notable; les muscles étaient atrophiés, décolorés. Ils avaient subi un commencement de tranformation graisseuse.

Les doigts étaient fléchis et contractés sur la main; il était impossible, même après l'ablation de la peau, de les remettre dans l'extension.

Le nerf médian seul présentait une espèce d'atrophie et un changement de coloration; son névrilème était épaissi. D'après l'examen de ce bras, je pus conclure qu'il avait été paralysé, et que cette paralysie provenait probablement de la méningite située du côté opposé, et non pas de la tumeur qui, étant sur la ligne médiane, aurait dû occasionner la même lésion des deux côtés.

On peut se demander si la méningite a précédé et occasionné la tumeur, ou bien si celle-ci, par sa compression sur l'arachnoïde de la base de l'encéphale et sa compression latérale sur les sinus caverneux et les artères carotides, aurait développé la méningite. Cette dernière opinion pourrait être soutenable, à cause du plus grand volume de la tumeur du côté droit.

2° NOTE SUR L'HYPERTROPHIE DE LA MEMBRANE INTERNE DU GÉSIER OBSERVÉE SUR DEUX GALLINACÉS; par MM. LABOULBÈNE et ROUZET.

Vers le milieu du mois d'octobre dernier, deux jeunes poulets (*phasianus gallus*, L.), élevés dans une grande volière, cessèrent de manger, et trois jours après, l'un d'eux, qui était un mâle, mourut tout à coup. A l'autopsie, nous avons trouvé le jabot considérablement dilaté par le grain qu'il contenait et

ayant environ 12 centimètres de diamètre. Le ventricule succenturié était aussi très-élargi, et renfermait des aliments tellement entassés et foulés qu'il était très-difficile de les diviser.

En ouvrant le gésier, nous fûmes surpris de trouver la membrane interne de consistance cornée dans toute sa partie supérieure, et ayant totalement bouché l'orifice du cardia. Ce fait nous paraît expliquer l'entassement des aliments dans le ventricule succenturié, l'engorgement du jabot, et par conséquent la mort de l'animal.

L'intérieur du gésier était entièrement dépourvu de ces petits cailloux que l'on rencontre toujours dans le gosier de tous les gallinacés. Le reste du tube intestinal était dans son état naturel.

Le deuxième oiseau, qui était une femelle, fut, comme le mâle, très-malade pendant trois jours; mais à cette époque il se remit à manger et paraissait guéri, lorsque, deux jours après, l'inappétence reparut et il succomba. A l'autopsie, l'œsophage, le jabot et le ventricule succenturié ne présentaient rien d'anormal; seulement le jabot était, comme dans le mâle, considérablement dilaté par la grande quantité de grains qu'il contenait.

Le gésier était rempli d'aliments non digérés; toujours absence de cailloux. une portion de la membrane interne, fortement cornée, adhérait encore dans la partie supérieure; mais cette membrane, dans toute sa partie inférieure, qui indubitablement obstruait l'orifice du pylore, s'était détachée et se trouvait engagée dans l'intestin grêle. Là elle s'était bientôt arrêtée en formant un bourrelet qui avait barré le passage aux aliments et déterminé la mort.

A partir de ce bourrelet, le tube intestinal ne renfermait que des gaz.

Il est évident pour nous que la mort de ces oiseaux a été occasionnée par cette excroissance cornée de la membrane interne du gésier, qui, en bouchant les orifices du pylore et du cardia, a suspendu les fonctions digestives.

Dans le mâle, les efforts faits par l'animal pour se débarrasser des aliments contenus dans l'œsophage et le ventricule succenturié, n'ont pu rompre la membrane cornée qui obstruait l'orifice cardiaque.

Dans la femelle, bien au contraire, c'était l'orifice pylorique qui se trouvait obstrué par cette membrane. Les contractions du gésier, répétées sur une plus grande quantité d'aliments, ont déterminé sa chute et livré passage à une quantité notable de matières alimentaires. C'est à cette époque que l'animal s'est remis à manger; mais l'amélioration de son état a disparu lorsque la portion de la membrane, engagée dans l'intestin grêle, s'y est arrêtée définitivement.

Ces poulets étaient renfermés dans une grande volière, à Belleville, chez M. Rouzet; ils étaient abondamment pourvus de grains, mais ils ne pouvaient trouver dans leur cage du gravier ou des petites pierres. Or, comme il est certain que leur mort a été occasionnée par l'accroissement excessif de la membrane interne du gésier et par sa transformation cornée, nous nous demandons si les petits cailloux introduits par les oiseaux dans leur gésier, à chaque repas, ne seraient pas destinés non-seulement à broyer les aliments, mais bien plus à maintenir la membrane interne du gésier dans de justes proportions en l'usant successivement à mesure que son épithélium s'accroît.

S'il en est ainsi, ces observations nous paraissent devoir présenter quelque intérêt sous le rapport de la physiologie des gallinacés, et fournir les données de l'alimentation indispensable pour ces mêmes animaux élevés dans les volières.

3° OBSERVATION DE PNEUMO-THORAX; par M. CH. BERNARD.

M. Ch. Bernard présente, au nom de M. Follin et au sien, le poumon d'un homme qui a succombé dans le service de M. Rayer à un pneumo-thorax, douze heures seulement après le début de la maladie. Le malade, âgé de 41 ans, était phthisique depuis plusieurs années. La perforation siége au sommet du lobe inférieur du poumon gauche; elle a à peine 2 millimètres de largeur. Elle s'ouvre directement dans une petite caverne située très-superficiellement. Le poumon gauche offre des altérations bien moins étendues et bien moins profondes que le poumon droit. De quelques recherches faites par M. Bernard, il résulte pour lui l'opinion que la gravité du pneumo-thorax, très-grande en effet, avait été cependant exagérée.

Il existe dans la thèse de M. Marais (1847) plusieurs cas de guérison de pneumo-thorax et de cicatrisation des perforations pulmonaires, dont M. Saussier avait nié la fermeture. Il paraîtrait que telle serait également l'opinion du célèbre professeur de Vienne, de M. Skoda.

Le pneumo-thorax consécutif à la phthisie se déclare plus aisément dans le poumon où la tuberculisation offre le moins d'étendue.

V. — EAUX MINÉRALES.

NOTE SUR LES CONFERVES QUI CROISSENT DANS LES BASSINS DE L'ÉTABLISSEMENT THERMAL DE NÉRIS, par M. E. LEBRET.

« Pendant le séjour que j'ai fait à Néris l'été dernier, mon attention a dû se fixer sur l'un des éléments de la thérapeutique suivie dans cet établissement thermal: je veux parler du *limon* (c'est ainsi qu'on le qualifie sur les lieux), et plus scientifiquement des *conferves* qui croissent en abondance dans les eaux chaudes, sous certaines conditions, et qu'on utilise à titre de topiques. Une pierre placée à dessein dans le petit bassin où se déverse immédiatement la principale source, s'est recouverte au bout de quatre jours d'un enduit gluant; quelques jours ensuite, on remarquait sur toutes ces surfaces libres une couche de véritables vésicules, comparables à beaucoup d'égards à du frai de grenouille, et lesquelles ne tardèrent pas à se prolonger en appendices qui s'élevaient vers les parties supérieures du bassin. Cette expérience m'a permis d'observer la manière dont les amas de conferves en question tapissent les réservoirs. Or il est un fait bien constaté, c'est que la conferve ne croît à Néris qu'à l'aide d'une température élevée; on en trouve sur les parois du puits de la Croix, où le thermomètre marque +52°,2 c., dans le corps de pompe qui sert à puiser l'eau, dans le déversoir voisin (à + 48° c.), dans les réservoirs, où l'eau offre encore 47 et 45° de température; mais aux bassins de réfrigération, à 37, 33 et 32° c., il n'y a aucune trace de cette matière remarquable. Contrairement à ce qui est observé pour les *sulfuraires*, aux sources des Pyrénées par exemple, la conferve de Néris se développerait donc sous l'influence d'une température élevée, je dois toutefois mentionner ici que dans un autre puits, dit puits de César, dont l'enceinte est entourée d'un bâtiment qui sert d'étuve, la vue ne distingue aucun enduit analogue sur les parois de la maçonnerie.

» Soit en couche, soit en amas isolés, les conferves ont une coloration vert foncé, plutôt grisâtre pour les parties centrales, ou dans celles qui ne sont pas exposées à l'action directe de la lumière. A mesure que les masses se boursouflent comme il est dit précédemment, on les voit s'allonger en tuyaux, d'un demi-mètre de hauteur environ, terminées supérieurement par une ampoule flottante; cette ampoule est distendue par un gaz; elle ne peut acquérir qu'un certain volume, à peu près celui d'un gros œuf de poule, passé lequel elle se distend, se crève, et le mouvement que produit cette rupture se communiquant au groupe entier, la petite masse se détache comme d'un seul bond et vient flotter à la surface de l'eau. C'est un aspect assez singulier que celui d'une véritable végétation se multipliant ainsi au fond des réservoirs thermaux; lorsqu'on l'abandonne à elle-même, elle foisonne beaucoup, quelle que soit l'influence atmosphérique, et si les besoins de l'établissement ne forçaient à en employer une très-grande partie, ces conferves s'élèveraient à l'envi dans les eaux dont nous parlons. Chaque fois qu'on les détache ou que leur mouvement ascensionnel les arrache du sol, on remarque un dégagement considérable de gaz, lequel était emprisonné dans les mailles entrelacées à la manière d'une éponge, et qu'on a reconnu pour être de l'azote; et si le *limon* est laissé flottant de la sorte à la surface des bassins, il ne tarde pas à subir une décomposition au contact de l'air, identique à celle de toute matière organique privée de sa vie propre. J'ai moi-même expérimenté sur ce dernier fait: les conferves abandonnées dans de l'eau puisée aux réservoirs et tenues dans des vases ouverts, se putréfiaient au bout d'un temps variable, quatre à cinq jours en général; leur coloration devenait grisâtre; elles dégageaient une odeur d'hydrogène sulfuré de plus en plus prononcée, et ce n'était bientôt plus qu'un détritus où le microscope démontrait la présence d'un nombre infini d'infusoires. Avec le même instrument, j'ai vérifié avec soin quelle pouvait être la nature du *limon;* il est hors de doute que c'est là une de ces productions particulières, sur le classement desquelles on hésite encore: on y retrouve très-nettement du moins tous les caractères attribués aux *ulves*, aux *tremelles*, aux *anabaines* et aux *nostocs*, et ces diverses formes ont pu être dessinées facilement, indépendamment des *vorticelles* et des *bacillaires* du genre *infusoire*, qui se meuvent aussi bien à une température élevée que dans l'eau refroidie. Le *limon*, grâce à sa consistance gélatineuse, peut conserver longtemps la température qu'il a contractée dans le bassin où il croît, et c'est cette propriété qui permet de l'utiliser comme moyen de fomentation émolliente. »

BIBLIOGRAPHIE.

ANNALES D'HYGIÈNE PUBLIQUE ET DE MÉDECINE LÉGALE. Année 1849, t. XLI et XLII.

(Deuxième article.)

MÉDECINE LÉGALE.

Parmi les mille et un paradoxes qui ont été débités à l'occasion du suicide, il en est un qui ne pouvait manquer de se produire à une époque où tous les efforts des médecins aliénistes semblent s'être coalisés pour restreindre de jour en jour les limites du libre arbitre et soustraire la plupart des actes criminels à la responsabilité morale de leurs auteurs. Sous l'influence d'une pareille tendance, il était inévitable qu'on en vînt à ne voir, chez tous les malheureux qui attentent à leur existence, que des aliénés. Cette thèse a été soutenue. Il appartenait à un médecin qui a toujours su allier à l'étude des désordres intellectuels les saines données de la morale et de la psychologie, de réfuter cette opinion. M. Brierre de Boismont n'a point failli à cette tâche; il lui fut facile de puiser dans ses connaissances historiques quelques exemples frappants propres à démontrer que le suicide n'est pas toujours un symptôme de folie. Mais comme il n'est pas d'assertion si absurde qui ne touche par un point à la vérité, ce fut une occasion pour lui de rechercher dans une analyse psychologique des divers éléments de cette question, quelle pouvait être, en effet, la part de l'aliénation dans la détermination au suicide. C'était envisager la question sous son véritable point de vue. Tel est le sujet d'un des mémoires insérés par M. Brierre de Boismont dans les deux volumes des ANNALES D'HYGIÈNE ET DE MÉDECINE LÉGALE que nous analysons. Sous le titre de RECHERCHES STATISTIQUES SUR LE SUICIDE DANS LA FOLIE, l'auteur a examiné analytiquement 4,595 procès-verbaux de suicides accomplis à Paris dans une période de dix années. Sur

ce chiffre, il a consiaté 1,013 cas où la folie, de près on de loin, pouvait être invoquée comme la cause déterminante du suicide. Voici les considérations qu'il fait ressortir du dépouillement de ces volumineux documents :

« Les formes de l'aliénation qui ont une influence plus grande sur cette terminaison sont les monomanies tristes, celles qui sont déterminées par la peur, la crainte, celles qui proviennent des chagrins, etc.

» L'exaltation de l'esprit, la manie, peuvent conduire au suicide, à cause des illusions qui les accompagnent.

» Les hallucinations, soit par les terreurs qu'elles occasionnent, soit par les erreurs qu'elles produisent, sont souvent une cause de suicide.

» Les maladies conduisent également à ce résultat fatal par désespoir ou par accès de délire aigu (fièvre chaude).

» L'irritation a plus d'une fois entraîné la mort volontaire.

» Dans la recherche des causes du suicide, on constate souvent l'influence seule de l'hérédité ou d'accès antérieurs.

» Le suicide a quelquefois lieu d'une manière instantanée, sans qu'on puisse le rattacher à aucune cause connue.

» Plusieurs aliénés se tuent dans les intervalles lucides, par désespoir de leur maladie. »

Dans une seconde série de recherches sur le même sujet, M. Brierre de Boismont étudie, comme cause de suicide, l'ennui ou le dégoût de la vie; ce second mémoire, reproduit par un autre recueil, a été déjà analysé dans la GAZETTE MÉDICALE. Enfin, dans un troisième mémoire ayant pour titre : OBSERVATIONS MÉDICO-LÉGALES SUR LES DIVERSES ESPÈCES DE SUICIDE, travail qui renferme des détails trop multipliés pour pouvoir être analysé, l'auteur examine un à un les divers genres de mort auxquels succombent les suicidés.

Au nombre des travaux toxicologiques qui abondent habituellement dans ce recueil, nous signalerons : un nouveau procédé pour obtenir en une seule opération les métaux dans les recherches de chimie légale, par M. H. Gaultier de Claubry ; la relation d'un cas de suspicion d'empoisonnement d'un enfant, qui a donné lieu à trois rapports contradictoires, par M. Chevallier (l'arsenic trouvé dans l'une des expertises fut reconnu dans une contre-épreuve provenir d'un accident de laboratoire, circonstance qui ne saurait être trop constamment présente à l'esprit des chimistes experts) ; un travail historique de MM. Chevallier et Cottereau sur les métaux que l'on rencontre quelquefois dans les corps organisés; un rapport chimico-légal sur un cas d'empoisonnement par le sulfure d'arsenic artificiel, par M. Chevallier.

PROCÉDÉ AU MOYEN DUQUEL ON PEUT OBTENIR, EN UNE SEULE OPÉRATION, TOUS LES MÉTAUX DANS LES RECHERCHES DE CHIMIE LÉGALE. — Le procédé que propose M. Gaultier de Claubry ne modifie en rien ceux que l'expert suit quand il ne possède aucune donnée positive sur la nature d'un poison, et qu'il est forcé de rechercher tous ceux que pourraient renfermer les produits sur lesquels il opère. Ainsi, après avoir recherché d'abord les produits que l'on pourrait reconnaître par leurs caractères physiques, la substance toxique on suspectée telle est soumise à l'action de l'eau et de l'alcool, etc.; mais dans l'état actuel des choses, alors qu'il a terminé les recherches fondées sur l'action de divers véhicules, l'expert est obligé de recourir à l'emploi de procédés différents, suivant la nature des produits métalliques qu'il s'agit de reconnaître, mode d'opérer qui entraîne des longueurs et des inconvénients qu'il serait superflu de signaler.

Il s'agit de substituer à ces procédés multiples, aussi variés que les substances à rechercher, un procédé unique, le même pour toutes les substances. Voici en quels termes M. Gaultier de Claubry le décrit :

Que les produits suspectés aient été ou non soumis à l'action de l'eau ou de l'alcool, quels que soient leur état de solidité, de mollesse, leur nature et les mélanges qu'ils peuvent renfermer ; sans avoir à s'occuper de leur dessication, de leur division ou de leur mélange avec quelque matière solide, comme dans le procédé de destruction par le nitrate de potasse par exemple, dont la proportion doit être déterminée avec soin, on les soumet directement à l'action du véhicule propre à détruire les matières organiques et à présenter à l'état de dissolution les composés métalliques qui en proviendraient. Sous l'influence de l'acide chlorhydrique on du chlore que l'on a proposé et employé dans ce but, avec plus ou moins d'avantages, l'altération est toujours plus ou moins difficile, et une très-grande quantité de matières organiques résiste à l'action altérante. Partant de ce fait bien connu qu'un corps agit bien plus activement à l'état naissant qu'alors qu'il est parvenu à celui sous lequel il se présente à nous, M. Gaultier de Claubry a pensé qu'on pouvait utiliser le chlore dans le but dont il s'agit. Or, si l'on introduit dans de l'acide chlorhydrique fumant une matière organisée quelconque, abstraction faite des produits gras, qui ne sont altérés qu'avec beaucoup de difficulté et qu'à froid, on après avoir élevé la température suivant que les produits seront plus ou moins facilement altérables, on ajoute peu à peu de l'acide nitrique concentré, il se détermine, par une légère élévation de température, une action altérante qui les fait bientôt disparaître complétement, à l'exception des matières grasses, on obtient une dissolution à peine colorée, transparente, et sur laquelle on peut opérer ensuite avec la plus grande facilité. L'estomac, les intestins, le foie, les produits des vomissements, les matières excrémentitielles, le sang, l'urine, le vin, le lait, la terre des cimetières, etc., se prêtent également à ce genre de traitement, qui n'exige aucun soin particulier; de sorte que l'opération se fait avec autant de facilité que la dissolution d'un métal dans un acide.

Dans le cas où le toxique est de l'arsenic, et où l'opération est conduite avec lenteur, les produits distillés ne renferment pas de métal; cependant, comme il pourrait se volatiliser une portion de chlorure, et que le dégagement du chlore et de la portion d'acide qui se distille exige quelques moyens de condensation, pour ne pas être gêné par leur expansion dans le laboratoire, il convient toujours d'opérer dans une cornue munie d'un ballon tubulé. Quand l'opération est terminée, on reprend le liquide condensé pour le traiter comme il sera dit plus loin.

Une cornue tubulée, dans laquelle on introduit d'abord l'acide chlorhydrique et successivement les produits suspects, jusqu'à ce qu'ils soient bien désorganisés, et enfin l'acide nitrique, suffit donc pour l'opération.

Quand les matières sont bien désorganisées, on introduit peu à peu de l'acide nitrique et on continue à chauffer doucement; lorsque, par des additions successives de cet acide, les matières organiques ont disparu et qu'il ne reste plus que des corps gras, on décante, on lave ceux-ci à diverses reprises avec de l'eau distillée, en les faisant fondre à chaque fois, et on réunit les eaux de lavage au liquide primitif.

Arrivée à ce point, la recherche des métaux devient extrêmement facile : on peut l'opérer par divers moyens; soit en le précipitant par l'acide sulfhydrique, soit en se servant de l'appareil de Marsh ; il est inutile d'insister sur les détails de ces procédés connus. M. Gaultier de Claubry dit, en outre, avoir fait usage d'un autre procédé qui lui paraît offrir des avantages importants et dont l'exécution est facile; il repose sur la précipitation, par un courant galvanique, des métaux de la dissolution ; voici comment il opère :

Après avoir concentré les liqueurs jusqu'à un point que l'expérience fait facilement connaître, pour en chasser l'excès d'acide, il y plonge deux lames de platine ou une seule lame formant la cathode d'une pile à courant constant et un autre de zinc, si l'on ne recherche pas ce métal, d'étain ou de platine, dans le cas contraire, formant l'anode. Après un temps plus ou moins long, suivant une foule de circonstances, mais qui ne dépasse pas huit ou dix heures dans les conditions les plus défavorables, le platine se trouve recouvert par un dépôt formé du métal ou des métaux que renfermerait la dissolution : il ne reste plus qu'à laver cette lame et à la traiter par l'acide nitrique à froid ou à chaud, de manière à obtenir une dissolution du métal ou des métaux, sur laquelle on opère ensuite avec d'autant plus de facilité que le volume du liquide obtenu est plus petit. On obtient ainsi, suivant l'auteur, des proportions presque infinitésimales des divers métaux. Il n'en est qu'un seul qui soit réfractaire à ce procédé : l'argent; mais on sait combien on a rarement l'occasion d'en faire la recherche au sein des matières organiques.

Du reste, le procédé qu'indique ici M. Gaultier de Claubry n'est pas seulement applicable aux cas d'empoisonnement, il peut être également utile dans d'autres circonstances, notamment lorsqu'on aura à constater la présence de matières métalliques dans des substances alimentaires, dans le pain par exemple, on dans maints autres cas que les chimistes sauront apprécier.

ÉTUDES HISTORIQUES SUR LES MÉTAUX QUE L'ON RENCONTRE QUELQUEFOIS DANS LES CORPS ORGANISÉS. — On sait combien, depuis quelques années, l'attention des médecins et des chimistes a été souvent dirigée vers l'étude de l'intéressante question de l'existence de certains métaux dans les corps organisés. Cette question, qui intéresse à un si haut point la physiologie et la médecine légale, est loin encore d'avoir reçu une solution définitive. MM. Chevallier et Cottereau ont pensé qu'il pourrait être utile, dans l'intérêt de cette solution, de réunir dans un même cadre tous les faits historiques qui y sont relatifs.

L'existence du cuivre dit normal a été l'une des questions les plus controversées; c'est sur ce point aussi que les auteurs ont réuni le plus grand nombre de documents. De la discussion à laquelle ils se sont livrés sur ce sujet et des expériences qu'ils rapportent, ils tirent cette conclusion qui ne nous paraît pouvoir être considérée que comme provisoire, que le cuivre dit normal n'existe point d'une manière constante, que son existence paraît subordonnée à des circonstances extérieures ou de milieu, telles que la nature cuprifère des terrains d'où l'homme retire sa nourriture, le cuivre des ustensiles, etc. Pour justifier cette opinion, il faudrait instituer un ensemble d'analyses comparatives des diverses espèces de terrains, des végétaux qui naissent dans les terrains cuprifères et de ceux qui viennent dans des conditions différentes, etc.

Un semblable travail, entrepris pour le plomb, pour le fer et le manga-

nèse, a conduit au même résultat, à savoir que la présence de ces métaux dans l'économie y est accidentelle, mais qu'elle n'est, dans aucun cas, essentielle à l'entretien de la vie.

Cette conclusion aurait, en ce qui concerne certains métaux, le fer et le manganèse, par exemple, une portée physiologique toute particulière, car elle ne tendrait à rien moins qu'à réduire à néant la théorie la plus généralement accréditée sur l'origine et la nature de la chlorose ; si bien que, pour les auteurs de ce travail, cette affection ne serait ni produite par le défaut du fer ni guérie par l'administration des préparations ferrugineuses, en tant du moins que cette guérison serait considérée comme résultant de l'introduction de nouveaux éléments ferreux dans l'économie.

Il résulte enfin de ces recherches que si les métaux dont il vient d'être question peuvent se rencontrer accidentellement dans les corps organisés qui les reçoivent par suite de l'absorption, l'économie organique peut encore, par suite de circonstances analogues, fournir à l'analyse des traces des autres métaux. C'est ainsi qu'au rapport de Becker et de Hankel, de l'or aurait été trouvé dans certaines plantes ; que M. Becs aurait trouvé de l'acide titanique dans le sang ; que M. Legrip a constaté la présence de l'oxyde de cobalt dans une plante ; que, dans certaines contrées de l'Allemagne où le cuivre renferme du nickel, on rencontre ce métal dans l'organisme.

Ces recherches, sans résoudre la question, auront contribué du moins à constater ce fait, c'est que divers métaux peuvent se trouver dans l'organisme, sans que l'existence d'aucun d'eux y soit liée nécessairement ; c'est qu'il est probable que leur présence n'est due qu'à des circonstances accidentelles, et dépendantes soit des conditions dans lesquelles les individus se trouvent placés, soit de leurs habitudes et de leur régime ordinaire. Reste à déterminer par des analyses ultérieures le rapport immédiat des métaux trouvés dans l'économie avec la nature des divers circumfusa qui ont pu les fournir. C'est une source de recherches toute tracée pour les expérimentateurs.

Des blessures de l'artère mammaire interne, sous le point de vue médico-légal. — On ne trouve que de rares ou vagues indications dans les traités classiques de chirurgie, tant sur les conséquences que sur les moyens de traitement des blessures de l'artère mammaire interne, et à l'exception du Traité de médecine légale de M. Orfila, où le pronostic et les caractères diagnostiques de cette lésion sont formulés avec la netteté habituelle à cet illustre professeur, les auteurs de médecine légale sont en général muets sur cette lésion, susceptible cependant de soulever des points délicats et difficiles à interpréter. M. le professeur Tourdes (de Strasbourg), ayant eu l'occasion d'observer un cas de ce genre qui nécessita son intervention auprès des magistrats, a saisi cette occasion pour rechercher dans les archives de la science tous les cas de cette nature susceptibles de fournir par leur rapprochement des lumières à la fois utiles à l'art et à la justice.

M. Tourdes a groupé dix observations de blessure de l'artère mammaire interne recueillies dans divers auteurs, ce qui porte à onze le nombre des faits qui forment la base de son travail. Voici comment ces 11 cas se distribuent par rapport à l'issue qu'ils ont eu : une guérison prompte, une guérison survenue à la suite d'accidents graves, mais sans opération, 3 guérisons par l'empyème consécutif, 2 morts rapides, 2 morts à la suite d'accidents prolongés, 2 morts après empyème. Ces faits démontrent, d'une manière péremptoire, toute la gravité de cette lésion et confirment le pronostic prononcé à leur égard par M. Orfila dans son Traité de médecine légale. La cause du danger de ces blessures gît tout entière dans l'hémorrhagie et dans le siége de l'épanchement (la plèvre, le péricarde, le médiastin ou même l'abdomen). Dans le plus grand nombre des cas, l'épanchement a eu lieu dans la plèvre (9 fois sur 11), et sur ces 9 cas 5 ont été suivis de mort. Par quel mécanisme l'épanchement dans la plèvre a-t-il occasionné la mort ? Telle est la question qu'examine M. Tourdes. On a contesté que l'accumulation du sang dans une seule des cavités pleurales pût produire d'une manière immédiate la mort. L'auteur se prononce pour l'affirmative, et en se fondant sur ce fait expérimentalement constaté, que l'épanchement, lorsqu'il est considérable, annihile les fonctions respiratoires en comprimant les poumons, directement du côté où il a lieu, et par l'intermédiaire du médiastin du côté opposé, de sorte que les blessés succombent dans ce cas à une véritable asphyxie, indépendamment de la part d'influence qui revient à l'action débilitante de l'hémorrhagie elle-même.

Cependant telle n'est pas le plus souvent la cause immédiate de la mort à la suite des blessures dont il s'agit. Ainsi dans le cas recueilli par M. Tourdes, la malade a succombé à une syncope le deuxième jour de la blessure. Le plus souvent l'épanchement fait périr par la pleurésie secondaire. Dans les 9 cas d'épanchement pleural, un seul malade a survécu sans avoir subi l'opération de l'empyème, et encore a-t-il traversé les chances périlleuses d'une pleurésie chronique.

L'épanchement du sang dans le péricarde constitue une complication aussi grave au moins, sinon plus grave même que l'épanchement dans la plèvre. Il se développe dans ce cas une péricardite presque toujours mortelle, ainsi que l'auteur en rapporte un exemple d'après Larrey.

Le pronostic varie, du reste, suivant la manière dont le vaisseau a été divisé. L'auteur montre par des exemples qu'il est moins grave quand le vaisseau est divisé en totalité que lorsqu'il n'est qu'ouvert seulement, surtout lorsque l'artère est blessée par derrière dans la partie de son calibre qui repose sur la plèvre, car lorsque l'hémorrhagie est extérieure, elle menace rarement la vie.

M. Tourdes, après avoir recherché le lien pathologique qui existe entre la blessure et le résultat final, recherche ensuite les influences accidentelles qui sont susceptibles de troubler l'ordre naturel des faits et d'amener des résultats que la blessure seule n'eût pu produire ; d'où il est conduit à parler du traitement que peut exiger cette lésion.

Le travail de M. Tourdes n'intéressera pas moins les chirurgiens que les médecins légistes qui trouveront sous le double point de vue pratique et médico-légal, des détails aussi précis que concluants sur une question que les uns et les autres n'avaient qu'incomplétement explorée jusqu'ici.

Appréciation médico-légale de l'action de l'éther et du chloroforme. — Tel est le titre d'une note dans laquelle M. Bayard, après avoir résumé l'histoire des phénomènes produits par l'inhalation de l'éther et du chloroforme, s'est principalement proposé d'envisager la question de l'éthérisation dans ses rapports avec la médecine légale. On connaît les quelques travaux entrepris déjà sous ce point de vue, notamment le mémoire que M. le professeur Bouisson a publié sur ce sujet dans la Gazette médicale, en 1847, et le parti que le savant professeur de Montpellier propose de tirer de l'anesthésie artificielle pour la recherche de certains cas de maladies simulées. L'auteur soulève à cette occasion la question délicate de savoir si, soit dans un intérêt administratif, quand il s'agit par exemple de découvrir la simulation d'une maladie prétextée pour échapper au service militaire, soit dans l'intérêt de la justice, pour surprendre des révélations involontaires, le médecin a le droit de plonger malgré lui un individu dans l'ivresse éthérée. Il la résout négativement.

C'est un point trop important pour être apprécié incidemment. Nous nous bornons à enregistrer l'opinion de M. Bayard, sauf à revenir à l'occasion sur cette question qui soulève un des plus graves problèmes peut-être que le médecin ait à aborder en présence de la justice. Quant aux questions médico-légales qui peuvent être soulevées à l'occasion des abus criminels de l'usage de l'éther ou du chloroforme, M. Bayard les considère comme analogues, pour la théorie et la pratique, à celles qui ont pour objet l'abus des narcotiques ou des alcooliques.

Enfin nous mentionnerons, pour terminer cette longue liste de travaux de médecine légale contenus dans ces deux volumes : un article sur la sophistication des farines, qui fait partie du Dictionnaire des falsifications de M. Chevallier, dont nous avons rendu compte ; des observations médico-légales sur un cas de tentatives répétées de suicide, par M. Bayard ; un mémoire sur l'examen du squelette dans les recherches médico-légales concernant l'identité, par M. Tardieu ; un mémoire du même auteur sur les modifications physiques et chimiques que détermine, dans certaines parties du corps, l'exercice des diverses professions, pour servir à la recherche médico-légale de l'identité ; et une consultation médico-légale sur une validité de testament, par M. Devergie.

H. Brochin.

— M. Édouard Robin ouvrira, le 21 janvier, pour la physique expérimentale, la chimie et l'histoire naturelle, une nouvelle série de cours préparatoires au baccalauréat ès sciences, au premier examen de fin d'année et au troisième examen de médecine. Ils auront lieu tous les jours, le jeudi et le dimanche exceptés. Le cours de chimie sera commencé à deux heures un quart, celui de physique à une heure, celui d'histoire naturelle à trois heures et demie, et ceux de mathématiques à midi.

Lorsque le cours de chimie générale sera terminé, le professeur exposera les nouvelles applications de la chimie à la thérapeutique et à la toxicologie.

Le rédacteur en chef, JULES GUÉRIN.

REVUE HEBDOMADAIRE.

ASSEMBLÉE NATIONALE : DE LA LOI RELATIVE A LA PUBLICATION D'UNE STATISTIQUE SUR L'ÉTAT SANITAIRE DE L'ARMÉE. — ACADÉMIE DE MÉDECINE : DE LA SUSCEPTIBILITÉ DE L'OUÏE DANS LA PARALYSIE DU NERF FACIAL.

Dans sa séance du 20 janvier, l'assemblée nationale, sur la proposition de M. Desjobert, a adopté un projet de loi ainsi conçu :

« A l'avenir le compte rendu annuel relatif au recrutement présentera des renseignements statistiques sur l'état sanitaire de l'armée, dans des tableaux indiquant pour chaque corps :

» 1° L'effectif moyen pendant l'année;

» 2° Le nombre d'hommes traités aux hôpitaux et aux infirmeries régimentaires, et celui des journées de traitement;

» 3° Le nombre d'hommes réformés;

» 4° Le nombre d'hommes décédés;

» 5° L'indication des causes (maladies, blessures ou infirmités) qui auront déterminé l'admission aux hôpitaux ou aux infirmeries, les réformes et les décès. »

Nous n'avons pas besoin de faire ressortir l'importance de cette loi, franchement acceptée par le gouvernement, et appelée à préparer de notables réformes dans l'hygiène de l'armée, et à grandir le rôle des médecins militaires.

Pendant longtemps les plus incroyables erreurs ont eu cours sur les pertes de l'armée.

« Le gouvernement et les chambres, dit le général Paixhans, d'accord en-
» semble, SE FÉLICITAIENT *de l'heureuse situation des choses*. Les décès annuels
» étaient évalués A PEINE *à trente pour cent*. On admettait que, dans la popula-
» tion civile, la mortalité dépassait ce chiffre. Enfin, on concluait que la profes-
» sion militaire était favorable à la conservation de l'homme (1). »

Ainsi, tandis que, dans la population civile mâle de 20 à 30 ans, la mortalité est en réalité de 10 à 12 décès sur 1,000 individus, le gouvernement et les chambres se félicitaient, en admettant que l'armée perdait A PEINE 30 hommes sur 100, c'est-à-dire 300 sur 1,000 (2) !

Cette déclaration du général Paixhans n'a pas besoin de commentaires; elle prouve, mieux que ne le feraient tous les raisonnements, où peut conduire la privation de documents statistiques, jointe au défaut de connaissance des lois de mortalité de la population.

Frappé du grand intérêt de ces importantes questions, je publiai en 1845 un résumé de documents officiels sur l'état sanitaire et la mortalité des armées de terre et de mer.

(1) MONITEUR UNIVERSEL du 3 avril 1846, discours prononcé à la chambre des députés par le général Paixhans.

(2) Le MONITEUR dit textuellement trente sur *cent*, et non trente sur *mille*. Au reste, même en admettant cette dernière proportion, les félicitations officielles n'en restent pas moins très-curieuses.

A peu près à la même époque, le gouvernement communiquait aux chambres, à l'appui de divers projets de loi, le chiffre de la mortalité de l'armée française depuis 1842. Cette mortalité s'élevait *dans l'intérieur* (1) :

En 1842,	à	24,6	décès sur 1,000 hommes.
1843,		20,4	—
1844,		15,6	—
1845,		14,8	—
1846,		17,6	—

Ces cinq années donnaient une moyenne de 18,6 décès sur 1,000 hommes. Cette mortalité est loin d'avoir diminué, si nous en jugeons d'après le rapport présenté à l'assemblée nationale le 23 novembre 1849 par M. le général Oudinot. D'après ce document, les décès étaient encore :

En 1847,	de	19,1	sur 1,000 hommes.
1848,		21,3	—

Dès le 5 juillet 1847, M. Desjobert signalait à la tribune de la chambre des députés la gravité des faits officiels connus et demandait la publication régulière de documents statistiques, semblables à ceux qui avaient été publiés par le gouvernement anglais, afin de fixer la chambre sur le chiffre réel et sur les causes des pertes de l'armée. Dans la séance du 13 juillet, il adressait au ministre de la marine une demande analogue que l'on promit de prendre en sérieuse considération.

Peut-être la proposition de l'honorable député de Neufchâtel eût-elle, dès cette époque, abouti à un résultat efficace; mais non content de demander des chiffres, M. Desjobert avait en même temps réclamé l'aération et le chauffage régulier des casernes, l'élévation du minimum de la solde du soldat à 43 centimes, enfin la rigoureuse observation de la loi de 1791 qui fixe à six le minimum des nuits de repos que doit avoir le soldat entre deux gardes. C'était peut-être demander beaucoup à la fois. Néanmoins des mesures furent prises dès la fin de 1847 pour satisfaire au moins à la première partie de la réclamation de M. Desjobert. Nous ajouterons que le général Trézel, alors ministre de la guerre, impressionné par les beaux résultats auxquels avaient conduit les documents anglais, nous exprima l'intention formelle d'examiner sérieusement cette question. Survint la révolution de février, qui fit oublier ce projet comme, au reste, beaucoup d'autres.

Cependant, dans les premiers jours de janvier 1851, M. Desjubert jugea le moment venu de reprendre sa proposition. On sait que l'honorable représentant de la Seine-Inférieure n'abandonne pas facilement une idée, quand il la croit bonne. Mettant à profit l'expérience du passé, il réduisit sa demande à la simple publication de documents statistiques sur l'état sanitaire de l'armée de terre. Cette fois la proposition, loyalement acceptée par le gouvernement, a été votée par l'assemblée.

La loi recevra son effet, et l'avenir prouvera que M. Desjobert a bien mérité de l'armée et du pays.

Dr BOUDIN.

(1) En Algérie, la mortalité a été, pendant cette période, trois à quatre fois plus considérable, sans que les pertes par le feu de l'ennemi puissent en revendiquer une part notable. Ainsi, par exemple, il résulte de divers documents officiels que les pertes se sont élevées à *vingt-sept* hommes tués, à la fameuse bataille d'Isly, et à *huit* hommes à l'affaire de la Smala.

Feuilleton.

LOUECHE (SUISSE) (1).

Les touristes avides de surprises et d'émotions, ceux qui aiment la nature primitive, les passages escarpés, les ascensions périlleuses, ceux enfin pour lesquels la conscience du danger n'est souvent qu'un aiguillon du plaisir, devront se hâter de visiter les quelques contrées de la Suisse où le génie de l'homme ne s'est point fait sentir encore. Partout en effet, dans les Alpes comme dans les Pyrénées, les sites les plus sauvages revêtent l'aspect de la civilisation. C'est ainsi qu'il y a deux ans, quand je me rendis aux eaux de Louëche, il me fallut descendre dans la profondeur de la vallée par un sentier rocailleux et sans direction, puis remonter aussi péniblement aux sommets opposés, longeant à tout instant les bors d'affreux précipices. Quels changements aujourd'hui ! Un pont a été jeté, comme celui de la Caille, au-dessus de l'abîme; de nouvelles routes ont été construites, et vous arrivez jusqu'à Louëche en chaise de poste !

Les eaux minerales sourdent vers l'extrémité de la vallée, dans le point où elle s'élargit en forme de bassin, en face de la fameuse chaîne du Gemmi. Immédiatement au-dessus du village qui se présente en amphithéâtre, la vallée prend sa direction vers l'orient pour mourir au pied du glacier de Balm.

Les sources de Louëche sont très-nombreuses. Elles fournissent une quantité d'eau si considérable qu'on l'estime à plus de dix millions de litres par vingt-quatre heures.

La source Saint-Laurent est la principale et la plus abondante. Elle sort d'un lit d'ardoises, sur la place même du village, au-dessous d'une petite chapelle. Sa température, au griffon, est de 51° c. C'est la source dont on boit. Elle fournit également à la plupart des bains. Je ne puis mieux donner une idée de son volume qu'en disant, avec Collinus, qu'elle suffirait à elle seule pour faire tourner la roue d'un moulin.

Tout près de celle-ci, dans l'intérieur même du vieux bain, se trouve la source d'Or qui n'est probablement qu'un filet de la source Saint-Laurent. Son nom lui vient de la propriété qu'elle a de communiquer aux pièces d'argent une couleur jaune dorée, propriété du reste commune à toutes les eaux minérales de Louëche (1).

(1) Ce travail est extrait d'un ouvrage *sur les principales eaux minérales d'Europe*, qui doit paraître sous peu de jours, à la librairie de Fortin Masson.

(1) Ce phénomène de coloration est dû à un peu de l'oxyde de fer, en dissolution dans l'eau minérale, lequel se dépose à la surface du métal.

— Il y a trente ans que M. le professeur Roux, affecté alors d'une hémiplégie faciale, signala parmi les symptômes de la maladie « une disposition de la membrane du tympan à être douloureusement impressionnée par les sons un peu forts. » Cette remarque avait été oubliée, quand M. Longet fut conduit, par ses études physiologiques, à l'exhumer, pour ainsi dire, et à chercher l'explication du fait dans les dispositions anatomiques du nerf facial. Mais cela ne suffit pas encore pour éveiller l'attention des observateurs, et aux yeux de beaucoup de personnes, M. Landouzy (de Reims) parut annoncer une nouveauté quand il indiqua *l'exaltation de l'ouïe* parmi les symptômes habituels de l'hémiplégie faciale. Il est juste d'ajouter que l'honorable médecin de Reims a rendu son nom inséparable de cette question de physiologie pathologique, par l'habileté persévérante avec laquelle il l'a étudiée.

La communication orale qu'il a faite mardi dernier à l'Académie de médecine n'a rien ajouté au contenu du mémoire naguère présenté à l'Académie des sciences; mais elle a été pour M. le professeur Bérard l'occasion de quelques remarques sur l'explication du phénomène. M. Bérard n'ayant pas encore pris connaissance du mémoire détaillé de M. Landouzy, ainsi qu'il s'est empressé de le déclarer, peut-être la courte controverse engagée entre eux ne reposait-elle pas sur des termes parfaitement entendus de part et d'autre. S'il est vrai, comme l'a démontré Savart, que la membrane du tympan, privée de l'action du muscle interne du marteau, éprouve, sous l'influence d'un corps sonore, des vibrations considérables, désordonnées, au point de lancer des grains de sable à quelques centimètres de hauteur, tandis que la même membrane, tendue par le muscle, ne vibre que très-légèrement; si cela est vrai, il était naturel de penser que la paralysie du nerf facial à son origine, impliquant celle du petit nerf pétreux qui va, à travers le ganglion otique, animer le muscle interne du marteau, entraîne le relâchement de ce muscle, partant la disposition de la membrane du tympan à des vibrations exagérées, et que ce sont ces vibrations exagérées, sous l'influence de sons un peu forts, qui produisent une sensation pénible de l'oreille. Telle est l'explication de M. Longet, adoptée par M. Landouzy. On voit qu'ici le nerf facial, dans la portion située au delà du premier coude, ou *genou*, est considéré comme un nerf du mouvement. C'est ce que M. Bérard, d'accord en cela avec quelques physiologistes allemands, refuse d'admettre. Mais il importe de faire remarquer que M. Longet ne nie pas le caractère *mixte* de la corde du tympan, et que s'il regarde le facial comme fournissant le filet moteur du muscle interne du marteau, il le fait provenir originairement du nerf intermédiaire de Wrisberg, lequel, adhérant d'abord au nerf acoustique, s'en sépare au fond du conduit auditif et s'unit au facial pour s'engager avec lui dans le conduit de Fallope. Ce serait, suivant ce physiologiste, le nerf intermédiaire qui porterait, à travers le ganglion otique, le principe du mouvement au muscle du marteau, et le phénomène appelé par M. Landouzy *exaltation de l'ouïe* dépendrait de la participation de ce nerf à la paralysie du facial. On comprend qu'ainsi l'explication de M. Longet ne contredirait pas l'opinion de M. Bérard sur le nerf facial. Néanmoins on va voir que nous partageons, sous un certain rapport, les doutes du savant professeur de physiologie.

Loin de nous la prétention de nous porter juges dans cette épineuse question d'anatomie et de physiologie; nous voulons faire remarquer seulement qu'avant de la faire intervenir dans le débat, il faut d'abord s'assurer qu'elle est réellement soulevée par la nature du phénomène. Or il est possible que ce phénomène soit tel que l'explication en soit beaucoup moins compliquée qu'on ne l'a cru tout d'abord. S'agit-il en réalité d'une *exaltation de l'ouïe*, ou seulement d'une *sensation pénible* dans l'oreille? L'exaltation de l'ouïe, on en a des exemples dans certaines affections cérébrales, ou chez les sujets soumis à l'action du hachisch. Alors l'oreille perçoit à de grandes distances des bruits très-légers, et la parole semble résonner avec une extraordinaire intensité. Observe-t-on quelque chose d'analogue chez les individus atteints d'hémiplégie faciale? Non. Ces individus sont désagréablement impressionnés par le bruit; la détonation d'une capsule produit sur l'oreille du côté malade une sensation pénible, que n'éprouve pas l'oreille du côté sain. Voilà tout. Or il nous semble, premièrement, qu'un pareil effet peut s'expliquer sans la supposition de vibrations anormales de la membrane du tympan; secondement, que cette supposition, de quelque manière qu'on se représente les fonctions des nerfs de l'oreille, n'est pas parfaitement d'accord avec les faits.

Le nerf facial communique dans le canal de Fallope avec les branches maxillaires du trijumeau. Il n'est guère possible qu'une affection de ce nerf ne porte pas simultanément sur ses filets moteurs et sur ses filets sensitifs. Dès lors, quoi d'étonnant qu'un son qui met en mouvement l'appareil de l'audition y détermine en même temps une sensation pénible? Supposons que le mécanisme indiqué par MM. Longet et Landouzy ne se produise pas, que la membrane du tympan ne vibre pas d'une manière exagérée; le jeu normal de l'appareil pourra encore être douloureux. Il y a eu, dans le fait propre à M. Roux, une circonstance qui vient à l'appui de cette interprétation. On sait que le facial ne communique pas seulement avec le trijumeau, qu'il reçoit aussi des filets du glosso-pharyngien dans le canal de Fallope et du lingual au-dessous du trou stylo-mastoïdien. Or qu'est-il arrivé? C'est que M. Roux a éprouvé une saveur métallique sur le côté de la langue correspondant à la paralysie. Les nerfs de la sensibilité spéciale de la langue avaient donc participé à la maladie du nerf facial, et cette sensibilité avait été altérée. Pourquoi une participation des nerfs de la sensibilité générale n'entraînerait-elle pas une trop vive impressionnabilité à l'ébranlement de l'appareil auditif, sous l'influence des sons? Qu'on ne s'étonne pas d'entendre accuser une affection nerveuse de nature paralytique, d'exalter la sensibilité du nerf. C'est ainsi que débutent la plupart des affections paralytiques; et, pour ce qui concerne spécialement l'hémiplégie faciale, il est facile de s'assurer que le plus souvent, dans les premiers temps de l'affection, le nerf est douloureux à sa sortie du trou stylo-mastoïdien. M. Landouzy remarque lui-même que la sensibilité de l'oreille est surtout prononcée *dans les premiers jours de l'hémiplégie.*

Nous avons ajouté que l'explication adoptée par notre confrère n'est pas d'accord avec les conditions reconnues du phénomène. En effet, si la sensation pénible tenait principalement à des vibrations exagérées de la membrane du tympan, par suite d'un relâchement du muscle du marteau, elle serait d'autant plus prononcée que la paralysie serait plus complète. Or c'est précisément le contraire qui arrive. C'est quand l'hémiplégie est ancienne, confirmée, que la prétendue *exaltation* diminue, *devient latente*, pour nous servir d'une expression un peu contradictoire de M. Landouzy. Il faut alors des coups de pistolet pour la réveiller. Cela se conçoit dans notre interprétation, en admettant avec une paralysie plus ou moins complète des filets moteurs du facial, un endolorissement des filets sensitifs; cela jure complétement avec la théorie adoptée.

— Au début de la séance, un jeune médecin militaire, auquel la science

---

Il existe au-dessus du village, dans une prairie marécageuse, trois autres sources qui sont appelées, on ne sait pourquoi, la source des Bains de Pieds, celle des Lépreux et celle des Guérisons. Ces sources, excepté la dernière qui est amenée par des conduits à l'hôtel des Alpes, ne sont point utilisées. Il en est de même de plusieurs autres qui vont se perdre dans le torrent de la Dala, sans servir à aucun usage.

En résumé, la source Saint-Laurent est celle qui doit spécialement nous intéresser; aussi est-ce surtout à elle que s'appliquera ce que nous avons à dire des sources minérales de Louëche.

Cette eau est peu gazeuze, sans odeur, et d'une parfaite limpidité. Sa saveur est à peu près nulle; cependant, bue le matin et à jeun, c'est-à-dire à l'instant où le palais est le plus impressionnable, elle m'a paru offrir un petit goût amer, très-légèrement astringent.

Dans les diverses analyses auxquelles la source Saint-Laurent a été soumise, on y a constaté environ 2 grammes de sel par litre. Le sulfate de chaux y figure pour 1 gramme 52 centig., et le reste est formé de sulfates de soude, de potasse, de strontiane, d'un peu de fer, de quelques carbonates alcalins et autres sels insignifiants, aux doses les plus minimes. Quant au soufre, on n'en a pas trouvé de traces.

C'est donc à tort que ces eaux ont été rangées dans la classe des eaux sulfureuses. Elles ne sont que salines, et encore très-faiblement. Si quelquefois elles dégagent, dans les piscines, une espèce d'odeur de gaz sulfhydrique, cette odeur est due à la décomposition d'un peu de sulfate de chaux par l'action désoxygénante de la matière sébacée et de la transpiration. Ce sont par conséquent les malades eux-mêmes qui, par leur long séjour dans le bain, altèrent l'eau minérale et la sulfurent.

On boit peu les eaux de Louëche, ou du moins la boisson ne constitue qu'une partie tout à fait secondaire du traitement. Elles ne paraissent avoir d'autre action que de porter à la peau. Ordinairement on en prend un ou deux verres, à la source, avant de se rendre au bain, puis encore deux ou trois verres pendant le bain, en puisant l'eau à un robinet spécial qui s'ouvre dans la piscine.

Les bains sont administrés dans quatre établissements principaux : ce sont le bain Neuf ou bain Werra, le bain Vieux, le bain des Zurichois et le bain de l'hôtel des Alpes. C'est la source Saint-Laurent qui alimente ces divers établissements, à l'exception du bain des Alpes que nous avons dit recevoir la source des Guérisons.

L'habitude à Louëche est de se baigner dans des piscines. Celles-ci représentent de grands carrés, d'une profondeur d'environ 1 mètre, et pouvant contenir de trente à quarante personnes. Il y a en général quatre piscines dans la même pièce; elles sont séparées les unes des autres par des cloisons qui empêchent l'eau de passer d'un bassin dans l'autre. Une galerie, bordée d'une balustrade en bois, traverse l'édifice dans toute sa longueur et permet aux visiteurs de venir, pendant le bain, faire la conversation avec les malades. La toiture est formée d'une charpente grossière dont les poutres tristes et sombres donnent à l'ensemble de ces bâtiments l'aspect d'un vaste hangar.

Il existe, à côté de chaque grand carré, un cabinet de douches; mais celles-ci sont organisées de la manière la plus défectueuse.

Comme l'eau minérale serait beaucoup trop chaude pour pouvoir être em-

doit de bons travaux d'anatomie pathologiques, M. J. Parise, avait lu un intéressant travail sur une espèce d'étranglement intestinal interne, non décrite par les auteurs. On en trouvera la description à notre compte rendu.

A. DECHAMBRE.

RÉFORME PÉNITENTIAIRE.

DE L'INFLUENCE DES PEINES GRADUÉES, DE L'ORGANISATION DU TRAVAIL, DE L'ÉDUCATION SUR LE PHYSIQUE ET LE MORAL DES CONDAMNÉS A UNE LONGUE RECLUSION ; lu à l'Académie nationale de médecine, le 21 janvier, par M. A. FOURCAULT.

La réforme pénitentiaire soulève des questions dignes de fixer l'attention des législateurs, des économistes, des médecins et de tous ceux qui se préoccupent de la conservation et de l'amélioration des intérêts moraux et matériels de la société. Nos lois répressives et nos institutions sont insuffisantes pour atteindre ce double but, pour prévenir les délits et les crimes engendrés par la misère, l'ignorance et de funestes passions. La sévérité poussée à l'excès n'est point moralisatrice, elle jette le découragement, le désespoir dans l'âme des condamnés, et les peines prolongées s'opposent à leur réformation par l'uniformité même de leur inflexible rigueur. En vain l'école de Pensylvanie, dans l'espérance d'être à la fois répressive et moralisatrice, a-t-elle remplacé la torture physique par la torture morale ; l'emprisonnement prolongé dans la cellule étend injustement tous les reclus sur un lit de Procuste, et ajoute trop souvent la peine de mort aux souffrances de la captivité. D'ailleurs, dans cette position, les condamnés n'ont aucun intérêt à s'amender, et leur fatale destinée doit s'accomplir, *intus et extra*, quelle que soit la sincérité de leur repentir. Une autorité respectable a déclaré que l'emprisonnement individuel prolongé, inventé par les Romains, est nuisible à la santé, funeste à l'intelligence et contraire au vœu de l'humanité. Je viens confirmer cette déclaration par des faits et par des chiffres qui n'ont rien à redouter de l'examen le plus sévère. Aujourd'hui je suis heureux de pouvoir mentionner, en faveur de l'opinion que je viens d'émettre, les travaux de plusieurs observateurs d'un grand mérite, de MM. Léon Faucher, Lucas, Ferrus, Coindet, Gosse, Verdeil, Bonnet, Vingtrinier, Morichini, et Parson, membre du parlement d'Angleterre.

Des faits et des considérations que je ne puis exposer dans cette courte analyse montrent la nécessité de diviser le temps de la reclusion prolongée en trois périodes distinctes, dont la durée doit varier suivant l'état de santé, les dispositions morales et intellectuelles des prisonniers. Dans la première période, ils expieront leurs méfaits dans la cellule, la nuit et le jour, dans la plus profonde solitude ; ensuite, des consolations, des occupations, une éducation morale et intellectuelle spéciale contribueront à leur réformation : une gymnastique cellulaire, appropriée, entretiendra l'activité des forces musculaires, des fonctions dépuratoires de la peau, préviendra les effets funestes de l'étiolement et d'un repos absolu. Dans la seconde période, ils passeront dans de vastes ateliers industriels, et, lorsque leur santé l'exigera, ils se livreront aux travaux de l'horticulture. Dans cette vie en commun, à laquelle ils seront convenablement disposés par les effets de cet encellulement préparatoire, commenceront les épreuves morales, impossibles ou trop souvent trompeuses dans le premier temps de la reclusion, où ceux qui sont amendés sont ordinairement confondus avec les hypocrites, par les hommes les plus habiles, éclairés par une longue expérience. Pendant le travail, le silence régnera dans ces ateliers, et la conversation ne sera permise que dans les préaux, sous la surveillance des gardiens. Au pourtour d'une vaste salle servant, comme à Petit-Bourg, d'atelier, de réfectoire et de préau couvert, seront construits des *dortoirs cellulaires*, où les prisonniers seront renfermés pendant la nuit. Un *calorifère-ventilateur* préviendra la stagnation et l'altération de l'air, si préjudiciables à la santé, et entretiendra en ces lieux une douce température.

La troisième période de la vie pénitentiaire se terminera dans une colonie agricole et industrielle, que l'on peut considérer comme un véritable lazaret ; là les reclus soumis à un travail et à un régime salutaires rétabliront et entretiendront leurs forces ; là ils seront soumis, dans un état de demi-liberté, à de nouvelles épreuves, ayant pour but de prévenir cette contagion morale, qui est loin d'être aussi dangereuse dans les prisons que dans les repaires ouverts aux crimes dans les grandes villes. Les colons, maintenus par la discipline militaire, obtiendront, par leur conduite et leur activité, des emplois, des grades, des encouragements et des récompenses accordées avec la plus grande équité ; on cherchera ainsi à élever le niveau de leur intelligence et de leur moralité, à développer l'instinct de sociabilité qui tend à s'éteindre dans la captivité. Au milieu de ces épreuves morales, il sera facile de distinguer les sujets réformés par le travail et l'éducation pénitentiaires de ceux chez lesquels l'incarnation du crime est accomplie ; ces incurables doivent être séquestrés de la société comme les aliénés dangereux, et pour eux le conseil de surveillance remplira les fonctions du conseil de famille ; ils seront renvoyés devant des juges nommés *ad hoc*, qui statueront définitivement sur leur sort. On ne doit point oublier que ces mesures rigoureuses, étrangères aux délits politiques, ne sont applicables qu'à des criminels endurcis. Avant tout, la société doit être épurée, protégée et sauvegardée.

A l'expiration de leur peine, les *réhabilités* par la pénitence seront divisés en deux catégories : les uns, ayant des moyens d'existence, deviendront libres et ne seront soumis à aucune surveillance légale ; les autres, sans ressources, pourront être dirigés vers des colonies libres, fondées en Algérie pour les ouvriers sans travail. En adoptant ces mesures, commandées par la nécessité, par le sentiment impérieux de l'humanité, on cessera de placer les libérés entre la faim et le vol, entre le suicide et l'assassinat ; on diminuera en grande proportion le nombre des récidives, et par conséquent celui des délits et des crimes ; on effacera de notre code pénal la loi la plus révoltante et la plus barbare, et on guérira enfin la plaie la plus hideuse, sinon la plus dangereuse, du corps social.

Quant aux récidivistes les plus redoutables, aux incurables, à ceux qui doivent la conservation d'une vie flétrie au bénéfice des circonstances atténuantes, la loi conservera contre eux ses justes rigueurs, dans l'intérêt bien compris de l'humanité ; ils doivent trouver l'enfer ici-bas, et c'est sans doute pour eux que Dante a écrit : *Laissez ici l'espérance.* Ils expieront donc leurs forfaits dans les colonies pénales de l'Algérie, où l'on conservera, par mesure disciplinaire, le système des peines graduées, et les trois modes de reclusion déjà indiqués. Ces colonies seront fondées dans les contrées les plus fertiles ; elles seront protégées par des forteresses cellulaires élevées

---

ployée en bains, au sortir de la source, on remplit, la veille au soir, les piscines, et pendant la nuit, on laisse les fenêtres et les portes tout ouvertes, afin que l'eau soit suffisamment refroidie pour le bain du lendemain. Cette méthode est d'autant plus défectueuse que l'eau, par l'évaporation, perd la presque totalité de ses gaz.

C'est entre quatre et cinq heures du matin qu'on se rend aux piscines. Arrivés au vestiaire, les malades se débarrassent de leurs vêtements, revêtent une longue tunique de laine, puis descendent dans le bassin par une sorte de plan incliné et dans une attitude courbée, de sorte que la tête seule est hors de l'eau. Le bassin se peuple ainsi graduellement de nouveaux arrivants, et bientôt il est rempli. Comme on est libre de choisir le carré qui convient le mieux, chacun s'arrange de manière à se trouver réuni avec les personnes de sa société ou de sa connaissance.

Pénétrons maintenant dans le bâtiment des bains au moment où les piscines sont au complet. Quel étrange coup d'œil !

Figurez-vous des jeunes filles, des enfants, des vieillards, des prêtres, des militaires, des religieuses, que sais-je ? Enfin, toutes les conditions et tous les âges assemblés pêle-mêle dans le même bassin. Les uns chantent, les uns lisent, les autres travaillent ou méditent. C'est un feu roulant de plaisanteries et d'anecdotes. Chaque baigneur a une table flottante, espèce de nacelle où il dépose son mouchoir, sa tabatière ou son goûter. Mais que de naufrages sur ce petit océan ! A voir cette multitude de têtes s'agiter à la surface de l'eau, on dirait presque une réunion de tritons.

Cette méthode de se baigner en commun existe à Louèche de temps immémorial. Elle a pour avantage d'entretenir l'esprit dans une sorte de liberté, de donner aux idées une direction agréable, et d'abréger, par la distraction, les longues heures du bain. Seulement, en admettant ainsi, dans les mêmes piscines, des personnes de sexe différent, n'a-t-on pas un peu légèrement passé sur les plus simples règles de la convenance et des mœurs ? Je sais combien la police des bassins est sévèrement faite par les baigneurs eux-mêmes ; mais je sais aussi, et mes renseignements à cet égard sont parfaitement exacts, que, tels qu'on les administre aujourd'hui dans des carrés communs, ces bains présentent des abus sérieux qu'il importe de réformer. Pourquoi ne pas établir à Louèche, comme on l'a fait à Plombières et à Baréges, des piscines séparées pour les hommes et pour les femmes ? Ce que le bain perdrait en originalité, il le gagnerait, et au delà, en bienséance.

Du reste, on a la facilité de se baigner seul dans des cabinets particuliers. Il y a aussi, surtout à l'hôtel des Alpes, de petites piscines pouvant contenir de cinq à six personnes, qui conviennent très-bien pour une famille, et qu'on peut louer pour le temps que l'on veut.

La durée de ces bains est beaucoup moins longue qu'elle ne l'était autrefois à Louèche, où l'on passait presque toute la journée dans l'eau. Voici comment on procède aujourd'hui.

On commence par des bains d'une demi-heure, puis on augmente d'une heure par jour jusqu'à ce qu'on arrive à y rester sept à huit heures, savoir : cinq à six le matin, et deux l'après-midi, avant de dîner. C'est alors ce qu'on appelle la *haute baignée*. On continue de la sorte pendant douze à quinze jours ; puis on diminue successivement et dans la même proportion le nombre

sur les points stratégiques les plus importants. Tenter la colonisation pénale, avec des criminels endurcis, sans les soumettre à un emprisonnement cellulaire préparatoire, sans des moyens suffisants de défense et de répression, c'est exposer des établissements d'une grande utilité, pouvant offrir des objets indispensables à l'habillement, à l'équipement, à l'armement de l'armée, aux périlleuses éventualités de l'avenir ; c'est vouloir favoriser la paresse, les vices, les crimes, et établir des bagnes dans une autre situation, dans un autre climat ; c'est enfin renouveler les essais malheureux, sinon ruineux des Anglais à Botany-Bay, refuser de profiter de leurs fautes et de l'exemple qu'ils nous donnent à Pentonville. Suffisamment éclairés par leurs expériences et par les nôtres, nous pouvons perfectionner aujourd'hui le système de colonisation qu'ils ont adopté, réformer nos lois et nos institutions pénales, sans nous livrer à des essais onéreux et superflus.

Cette échelle des peines est nécessairement descendante et ascendante, suivant les progrès des prisonniers dans la voie du repentir, suivant leur résistance aux moyens de répression et de moralisation. Dans cette organisation se trouve la base de l'éducation pénitentiaire, dont il est facile d'entrevoir les rapports avec le système des peines et des récompenses auquel on attribue une céleste origine ; les législateurs de l'antiquité, les fondateurs de religions, ont montré une connaissance approfondie de la nature de l'homme, de sa faiblesse, en le plaçant constamment entre deux pôles opposés, l'espérance et la crainte, pour diriger sa volonté et mettre un frein salutaire à ses passions. — La loi accordera nécessairement au conseil de surveillance, au médecin qui en fera partie, la faculté de modifier la pénalité, d'après l'état physique, intellectuel, moral, des condamnés, et suivant le degré de leur perversité. Le cruel supplice du piton et les autres châtiments douloureux encore en usage dans quelques maisons centrales seront supprimés et remplacés par la douche froide, si favorable pour combattre l'exaltation furieuse de la folie ; la douche portera, au besoin, le calme dans l'âme des insoumis, des rebelles dangereux qu'aucune peine morale ne saurait atteindre et qui jetteront le désordre dans les ateliers. Toutefois, en proposant de combattre la violence homicide des condamnés comme l'exaltation des aliénés, nous avons surtout en vue d'offrir au médecin et à l'administration un moyen précieux d'intimidation.

Ce système mixte nous paraît être à la fois le plus répressif et le plus moralisateur, le plus productif et le plus économique ; l'organisation du travail et les exercices, favorisant le développement des forces, préviendront une foule de maladies ; des encouragements, des récompenses, une alimentation plus variée, entretiendront parmi les colons une activité féconde qui remplacera cette funeste indifférence, cette redoutable incurie des forçats qui s'oppose à leur réformation et à l'exécution fructueuse des grands travaux de colonisation. On pourra utiliser la plupart des maisons centrales situées à la campagne, ou environnées de vastes jardins, et près desquelles on a placé des adolescents se livrant avec ardeur à l'agriculture ; on comprendra facilement la nécessité de les éloigner de ces lieux et de les remplacer par des adultes, devant être soumis, comme eux, à un travail hygiénique et moralisateur. On rendra ainsi à l'industrie ce qui appartient à l'industrie, à l'agriculture ce qui appartient à l'agriculture ; enfin, par l'ensemble de ces mesures, en diminuant, dans une proportion considérable, le nombre des récidivistes et l'impôt du vol, on éteindra ces foyers de corruption ouverts dans les grandes villes aux plus implacables ennemis de la société.

En 1847, j'ai posé ces principes devant le congrès pénitentiaire de Bruxelles ; mais l'occasion était peu favorable pour faire entendre la vérité et pour porter la conviction dans les esprits ; la majorité de ce congrès se composait des disciples les plus distingués et les plus fervents de l'école de Pensylvanie.

Quelques critiques, paraissant étrangers à la question que je viens de soulever pour la troisième fois, ont fait insidieusement l'éloge de mes sentiments philanthropiques, en affirmant que mes recherches doivent rester stériles. A cette assertion gratuite, j'opposerai par un fait dont je puis garantir l'authenticité :

En 1842, M. le docteur Bénit écrivait des États-Unis à M. Edwards, membre de l'Académie des sciences morales et politiques, une lettre dans laquelle on trouve le passage suivant : « Vous vous rappelez, mon cher » ami, qu'un jour arriva chez vous un médecin qui a obtenu un prix Montyon pour des recherches sur les fonctions de la peau ; il a prouvé qu'en » enduisant un animal d'une substance imperméable, il mourait en peu de » jours, etc. Je n'ai pas perdu cela de vue dans mes recherches sur les pénitenciers ; je me suis assuré que la plupart des condamnés sont affectés » de tubercules, de pleurésies lentes avec épanchement, de pneumonies, etc., qui enlèvent les plus anciens reclus. Ces résultats tiennent évidemment au manque de fonction de la peau. J'ai communiqué mes idées » au directeur du pénitencier de Philadelphie, en lui parlant des belles » expériences de votre ami, il en a été frappé, et il m'a assuré qu'il en ferait un rapport à la commission. Je sais que depuis on a préparé, ajoute » M. Bénit, un local spacieux qui se trouve au pourtour du bâtiment pour » faire faire de l'exercice aux reclus. »

Ce précieux document, que je dois à une obligeante communication, semblerait prouver que mes recherches expérimentales et statistiques n'ont point été sans influence sur le sort des prisonniers ; la France s'est empressée, sous ce rapport, de suivre l'exemple des États-Unis ; et on a ouvert des préaux pour donner de l'air, de la lumière et de l'exercice aux jeunes détenus renfermés dans les cellules de la Roquette. Les découvertes et les perfectionnements importants d'origine française seront-ils donc toujours accueillis avec plus d'empressement à l'étranger que dans notre patrie? *Le système des peines et des récompenses graduées* doit-il subir la même loi? Devra-t-il recevoir ses lettres de naturalisation en Angleterre ou en Amérique avant d'être adopté en France? L'avenir donnera la solution de ce problème.

En résumé, si le plan que je propose ne répond pas, je dois le croire, à toutes les nécessités pénitentiaires, il renferme au moins le principe fondamental qui doit surgir un jour du conflit des opinions ; car il réunit les trois systèmes de répression suivant l'ordre qu'ils doivent conserver dans la gradation naturelle des peines. Par leur application méthodique et intelligente, ces trois systèmes seront appréciés à leur juste valeur ; la fausse expérience ne donnera plus ses faits tronqués, ses chiffres artificieusement groupés ; car les passions, l'amour-propre blessé des fondateurs d'établissements ou de doctrines ne viendront plus systématiquement obscurcir la vérité, et sans aucune entreprise aventureuse, sans sacrifices trop considérables, l'État satisfera à ces exigences : *répression, moralisation, hygiène, colonisation.*

---

des heures, de manière à revenir au point de départ. Cette période décroissante a reçu le nom de *débaignée*. La durée totale du traitement est en moyenne de vingt-cinq jours ; mais on comprend qu'il n'y a rien d'arbitraire à cet égard, et que beaucoup de circonstances peuvent obliger le médecin à la modifier. La plus importante de toutes est sans contredit la poussée. Donnons quelques détails sur ce singulier phénomène.

La poussée est l'éruption cutanée produite par les eaux ; elle se montre habituellement du sixième au douzième jour. Les prodromes en sont quelquefois imperceptibles ; mais le plus souvent ils s'annoncent par l'état saburral des premières voies. La langue est chargée, la bouche pâteuse, l'appétit diminué. Il y a de l'insomnie et un vague sentiment de tristesse et d'inquiétude. Dans cette période, un vomitif produit souvent d'excellents effets. Bientôt une rougeur assez vive, accompagnée de démangeaisons et de chaleur, se montre aux genoux et aux coudes. De là elle se répand sur le trajet des masses musculaires, aux bras, aux cuisses, aux avant-bras, au ventre, à la poitrine et surtout au dos. Elle envahit ainsi graduellement le corps tout entier, épargnant seulement les mains et le visage.

A cette rougeur succède une véritable éruption. A mesure qu'elle paraît, on voit le mouvement fébrile et les autres symptômes diminuer, quoique la poussée continue de s'étendre.

Celle-ci ne revêt pas toujours le même aspect : elle se présente, dans quelques cas, sous l'apparence de petites plaques rouges, disparaissant par la pression du doigt et rappelant assez les caractères de l'érythème. A un degré plus fort, elle se rapproche davantage de l'érysipèle. Alors, au lieu d'une simple cuisson, les malades accusent une chaleur âcre et mordicante. La peau, dans ces endroits, est tantôt sèche, tantôt recouverte d'un enduit glutineux.

Une forme plus fréquente et moins douloureuse que la précédente est celle dans laquelle l'éruption est constituée par l'agglomération de petites vésicules dont la base est entourée d'une aréole luisante. Au bout de vingt-quatre heures, un point blanc se montre à leur sommet ; il s'ouvre et laisse suinter une liqueur visqueuse et purulente qui se dessèche et tombe en lamelles furfuracées. Quelquefois, au lieu de vésicules, ce sont de petites élevures noueuses et dures, d'apparence pustuleuse ; elles ne forment pas toujours une saillie au dehors. Souvent elles se dessinent simplement au-dessous de la peau, qu'elles rendent rugueuse au toucher et comme chagrinée. Cette nature d'éruption qui provoque plutôt une piqûre incommode qu'une douleur aiguë, met un peu plus de temps à disparaître.

Il est très-rare qu'on voie ces différentes variétés exister simultanément chez le même individu. Presque toujours on a l'une ou l'autre. D'un autre côté, il est des malades chez lesquels l'éruption présente des caractères si complexes qu'on ne sait plus à quelle classe la rattacher : ce qu'on appelle, par exemple, la poussée blanche n'est autre chose qu'une augmentation de la sécrétion sébacée des follicules de la peau.

Il y a des cas où la poussée prend de telles proportions que cette membrane se distend, se fendille et même se crevasse. Les plaies qui en résultent laissent suinter une matière âcre et brûlante qui la corrode et qui fait cruellement souffrir les malades, surtout pendant les insomnies de la nuit. Des fomentations avec des compresses imbibées d'eau thermale sont le meilleur calmant. J'ai vu aussi

OBSTÉTRIQUE.

CONVIENT-IL DE SUBSTITUER LA VERSION PELVIENNE AU FORCEPS, DANS LE CAS OU LA TÊTE SE PRÉSENTE AU DÉTROIT SUPÉRIEUR RÉTRÉCI, MAIS MESURANT AU MOINS SEPT CENTIMÈTRES (DEUX POUCES ET DEMI) ANTÉRO-POSTÉRIEUREMENT? par M. le docteur CHAILLY-HONORÉ.

Tous les accoucheurs se sont accordés jusqu'à ce jour à regarder les vices de conformation comme un motif d'exclusion de la version pelvienne, à tel point que quelques-uns ont conseillé d'insister dans ces cas, plus qu'on ne le doit à mon avis, sur la version céphalique, quand la tête, dans les vices de conformation, n'occupe pas le détroit supérieur. C'est assez dire combien ces accoucheurs redoutaient la version pelvienne faite dans un bassin rétréci; cette opération n'était tout au plus autorisée, dans ce cas, que lorsque le bassin présente cette disposition oblique ovalaire qui a été décrite par M. Naegelé et que M. Danlau nous a fait connaître par son excellente traduction, parce que dans cette forme particulière, en engageant le produit vers le côté amplifié, on pouvait, avec de l'habitude, extraire le produit plus facilement pour l'accoucheur et plus favorablement pour la mère et pour l'enfant même, que par l'application du forceps au détroit supérieur, qui est, comme on le sait, difficile pour l'accoucheur et dangereux pour la mère et l'enfant. Les choses en étaient là, quand M. Simpson d'Édimbourg vint dans ces derniers temps poser des principes tout à fait opposés; il conseille la version pelvienne dans les cas de rétrécissement du bassin présentant des dimensions supérieures à 7 centim. L'autorité de cet accoucheur si justement célèbre, et dont la parole est de nature à entraîner, impose à l'homme de l'art, qui regarde comme dangereuse la version pelvienne admise comme règle générale dans les vices de conformation, l'obligation d'exposer les raisons et les faits qui tendent à faire proscrire la version pelvienne dans ces cas.

M. Simpson cite aussi des faits à l'appui du principe qu'il cherche à faire prévaloir, et certes des faits qui émanent d'une semblable source ne peuvent être contestés; mais ils sont cependant bien loin d'avoir l'autorité qu'on pourrait leur attribuer, car de ce qu'une main aussi exercée a pu, même avec un mauvais procédé, obtenir de meilleurs résultats qu'une main moins exercée, bien qu'elle se servît d'un bon procédé, en faut-il conclure que le procédé suivi par la main exercée est le meilleur? Non sans doute.

Et j'espère prouver (bien qu'on ait dit brutal comme un fait) que ces faits ne sont pas sans réplique. Il s'agit de substituer à une méthode généralement consacrée par l'expérience un autre procédé qu'on voudrait aussi faire adopter d'une manière générale; voyons si ce dernier procédé, la version pelvienne, dans les vices de conformation du bassin, peut être conseillé généralement.

Que M. Simpson, que d'autres moins exercés puissent, dans la plupart de ces cas, tirer la mère d'affaire par la version pelvienne sans lui faire courir de dangers sérieux, c'est ce qu'on ne peut contester, c'est ce que les faits cités par M. Simpson obligent d'admettre, c'est ce que les accoucheurs constatent chaque jour lorsque la version ayant été faite intempestivement, ils sont appelés pour délivrer la mère; mais en sera-t-il de même pour toutes les mains? et ce précepte, conseillé à la généralité des accoucheurs et des sages-femmes, ne deviendrait-il pas dans leurs mains une arme meurtrière pour la mère? Cela ne me paraît pas douteux, et c'est ce que j'espère prouver.

Maintenant, quant à l'enfant, il est bien certain que ce procédé compromettra presque toujours sa vie, quelque habile que soit la main de l'opérateur. Les faits observés chaque jour dans la pratique des hôpitaux et de la ville nous en ont donné la conviction, et cette conviction sera partagée par tout observateur non prévenu qui voudra se rendre un compte exact des lois qui régissent le passage de l'enfant à travers un bassin vicié, et des faits si nombreux qui viennent appuyer ces lois.

En effet, la tête de l'enfant est la partie qui donnera les difficultés les plus sérieuses; qu'elle se présente la seconde après l'extraction du tronc, ou la première spontanément, il faudra toujours qu'elle franchisse le détroit supérieur. Le franchira-t-elle plus facilement et par conséquent plus favorablement si elle se présente après le tronc, ou si elle occupe le détroit supérieur en premier lieu? Toute la question est là.

Si la tête se présente la première, que se passe-t-il? Si la tête est réductible, petite, si les contractions utérines sont énergiques, l'expulsion du produit peut avoir lieu spontanément, circonstance éminemment favorable à la mère et à l'enfant. Cette terminaison spontanée n'est pas rare à un degré peu prononcé de rétrécissement; elle se rencontre même quelquefois au-dessous de 9 centimètres (3 pouces).

Maintenant, si la nature est insuffisante à déterminer l'expulsion, l'art est obligé d'intervenir; mais il ne le fait que lorsque cette insuffisance est bien constatée, et alors c'est au forceps qu'il faut avoir recours. Cet instrument permettra souvent d'avoir l'enfant vivant au-dessus de 3 pouces, quelquefois même (quoique cela soit très-rare) au-dessous de cette dimension, et si l'instrument est appliqué convenablement, si les tractions sont exercées avec mesure, le forceps sera le plus ordinairement innocent pour la mère (1).

(1) Quand la tête est aussi élevée, on n'arrive à placer les branches d'une manière tout à fait sûre que par le procédé de M. F. Hatin, auquel une pratique de quinze années, dans un quartier populeux, a donné une grande habitude des opérations obstétricales. Ce procédé consiste à guider deux branches de la même main, et à les introduire toutes deux avec l'autre.

Pour cela l'opérateur, après avoir graissé la main et le tiers inférieur de l'avant-bras gauche, l'introduit jusque dans l'utérus à gauche et en arrière; la main droite saisit la branche à pivot, la glisse sur la partie antérieure du poignet de la main gauche, et de là dans cette main, sans jamais avoir la crainte de rencontrer le col de l'utérus et de s'engager dans le cul-de-sac du vagin. Cette branche est conduite ainsi par la main gauche à la place qu'elle doit occuper, c'est-à-dire sur le côté gauche; puis cette main gauche, abandonnant la cuiller de la branche à pivot, va se placer à droite et en arrière, bien entendu sans sortir de l'utérus. Alors la branche à mortaise est aussi saisie par la main droite et glissée comme la précédente sur le poignet et le creux de la main gauche; puis elle est placée par cette main sur le côté droit du bassin. Cela fait, la main gauche est retirée; on articule, puis on extrait.

Ce procédé, le seul que je mette maintenant en pratique dans ces circonstances, est bien préférable à celui qui est généralement suivi; il permet de placer avec sûreté, ce qu'on n'est pas toujours certain de faire quand on ne dirige les cuillers qu'avec l'extrémité des doigts, et chacun sait combien la seconde branche surtout est difficile à placer sûrement; car quelques doigts seulement peuvent pénétrer dans le vagin pour la guider.

Ce procédé permet aussi de reconnaître la position quand elle n'a pas été con-

des personnes, qui en étaient arrivées au point de ne plus savoir quelle attitude prendre, se faire porter au bain et éprouver un soulagement immédiat.

Lorsque la poussée est parvenue à son apogée, elle diminue successivement, et alors commence la période de desquammation. Avec elle commence également la débaignée. Le traitement touche à sa fin.

A quels principes doit-on attribuer le développement de cette éruption? Est-elle seulement le produit de l'action irritante de l'eau thermale, si innocente pourtant à l'analyse, et de la longue macération que la peau subit par ces bains chauds et prolongés? Nul doute que ces circonstances, surtout cette dernière, y contribuent puissamment. Cependant remarquons que l'apparition de la poussée et son intensité ne sont pas toujours en rapport avec la durée et la température du bain. Notons surtout, car ceci est tout à fait concluant, qu'elle s'est quelquefois manifestée chez des malades qui n'avaient pas pris un seul bain et s'étaient contentés de boire l'eau minérale.

Si donc j'ai insisté sur les caractères de cette éruption, c'est que je la regarde comme un phénomène spécifique, appartenant en propre aux eaux de Louêche et constituant le cachet même de la médication. Vous verrez à Schinznach, à Pfeffers et à quelques autres sources un exanthème survenir; mais ce n'est pas la poussée de Louêche: ce sont plutôt de simples efflorescences de la peau, qui apparaissent vers la fin de la cure et non à son début, et qui se rattachent rarement à ces mouvements critiques indiquant de la part de l'économie un véritable travail d'élimination.

Est-ce à dire que la poussée soit indispensable au succès de la cure? Ce serait aller trop loin. Cependant on ne peut méconnaître que ce soit là spécialement le but qu'on se propose, et que, dans l'immense majorité des cas, l'apparition régulière et la marche bien dirigée de l'éruption coïncident avec les résultats heureux du traitement.

Les détails dans lesquels je viens d'entrer, en même temps qu'ils indiquent le mode d'action de ces sources si justement célèbres, font déjà pressentir dans quelles circonstances on en conseillera l'usage.

On comprend combien elles seront utiles, principalement chez les individus lymphatiques ou scrofuleux, en provoquant vers la peau une puissante dérivation, et en appelant à l'extérieur certaines humeurs dont la répercussion entretenait la maladie, si même elle n'en avait été le point de départ. Aussi les vante-t-on spécialement pour les affections cutanées. Elles agissent, comme moyen perturbateur, en substituant à un état chronique, rebelle aux traitements, un état aigu, facile à guérir, et qui le plus souvent disparaîtra de lui-même. Elles réussissent aussi contre les vieilles plaies, les vieux ulcères, surtout quand il existe un état variqueux.

Dans certains engorgements des viscères abdominaux où l'on peut soupçonner quelque diathèse dartreuse, arthritique ou autre, ces eaux produisent souvent d'excellents résultats, en dégageant les tissus profonds. Mais que l'on prenne garde si c'est la rate qui est entreprise. Les eaux de Louêche ont le triste privilége de réveiller les anciennes fièvres intermittentes et de leur communiquer une malignité plus grande. C'est au point que quelquefois, au début de la cure, elles déterminent des accès de toute pièce chez des personnes qui n'en avaient jamais eu jusqu'alors. Il est vrai que ces accès disparaissent, pour ne plus revenir, aussitôt que la poussée se montre. Mais il n'en serait pas de même

statée d'une manière certaine par le doigt seul. Ceux de mes élèves qui ont eu l'occasion d'user de ce procédé en ont reconnu, comme moi, l'excellence; aussi l'un d'eux, mon ami le docteur Devilliers, s'est-il empressé de le signaler dans un article de la REVUE MÉDICALE, année 1844.

Si le volume trop considérable de la tête, si son ossification avancée ou le rétrécissement trop prononcé rendent l'extraction à l'aide du forceps impossible, après avoir exercé des tractions assez énergiques pour prouver l'insuffisance de l'instrument, mais cependant compatibles avec la sûreté de la mère, on cesse les tractions, et s'armant de résolution, on se résigne à diminuer le volume du produit pour délivrer la mère, jusque-là les procédés employés ont pu permettre de ménager la vie de l'enfant; mais continuer plus longtemps les tractions à l'aide du forceps, c'est à coup sûr tuer l'enfant, et par suite des contusions que les tractions feraient éprouver aux parties molles qui tapissent le détroit supérieur, enlever aussi à la mère des chances de salut que la perforation du crâne et même que la céphalotripsie lui donneront presque certainement.

Cette perforation du crâne sera des plus faciles : une suture, une fontanelle, et à leur défaut les os du crâne, céderont facilement sous les ciseaux de Smellie; la main la moins exercée, pourvu qu'elle agisse aussi perpendiculairement que possible à la tête, pratiquera toujours cette opération avec sûreté. J'ai coutume, dans ce cas, de ne jamais retirer le forceps, et d'opérer la perforation dans les mors de l'instrument; puis, la perforation achevée, le forceps sert à réduire la tête, à l'engager et à l'extraire. (Voy. les exemples neuvième et dixième, rapportés à la fin de ce travail.) Enfin, quoiqu'il soit rare de se voir obligé de recourir au céphalotribe au-dessus de 2 pouces et demi (7 centimètres), si cependant l'excès de volume de la tête et sa résistance mettaient dans cette obligation, on aurait à faire une opération assez délicate. L'instrument est plus difficile à bien guider que le forceps, si on se sert des procédés ordinaires; mais avec le procédé Hatin, les difficultés disparaissent en grande partie, et dans l'immense majorité des cas, on peut encore sauver la mère par cette opération.

Qu'arriverait-il maintenant si on pratiquait la version pelvienne dans ces cas?

1° Rien n'est laissé à la nature, si bienfaisante pour l'enfant et pour la mère dans les circonstances où elle se suffit à elle-même, et ces circonstances sont fréquentes à un degré peu prononcé de rétrécissement; elles se rencontrent quelquefois aussi dans le cas où l'on est le moins en droit d'attendre une terminaison spontanée. L'expérience de chaque jour oblige à admettre cette vérité. Eh bien! l'accoucheur ira, dès le début du travail, se substituer à la nature, et je dis dès le début du travail, car à une époque plus avancée, la version ne pourrait plus être pratiquée le plus ordinairement sans violences plus ou moins préjudiciables à la mère et mortelles pour l'enfant. Mais avant de pratiquer cette version, un aura dû établir par une mensuration exacte du bassin la nécessité de l'opération. Et d'abord cette mensuration donnera-t-elle des résultats assez exacts pour qu'on puisse à l'avance statuer d'une manière certaine sur la nécessité de l'intervention?

Certes il est possible, dans la plupart des cas, de déterminer d'une manière précise l'étendue d'un bassin rétréci. Déjà, à première vue, l'inspection des jambes du sujet viendra fournir des indications précises : ainsi, suivant la loi posée par M. Jules Guérin, loi que pas un seul fait n'est venu démentir, si les jambes sont incurvées, le bassin est nécessairement mal conformé. Mais le bassin peut être rétréci, les membres inférieurs étant parfaitement droits; de plus, il est des circonstances où cette fixation des diamètres échappe à tous les moyens d'investigation (1). Enfin, quand bien même cette appréciation des dimensions du bassin aurait été faite, on ne serait pas encore pourvu de toutes les connaissances qui peuvent permettre d'établir le pronostic.

En effet, la configuration du bassin peut exercer une grande influence sur les résultats de l'accouchement, et cette configuration n'est pas toujours facile à déterminer exactement. Le degré d'énergie des contractions utérines, le volume de la tête de l'enfant, sa réductibilité, toutes circonstances dont la connaissance serait cependant indispensable pour établir le pronostic, tant leur influence est grande sur le résultat de l'accouchement, ne peuvent en aucun cas être appréciés à l'avance. Les gens les plus exercés manqueront donc souvent d'éléments suffisants pour se guider au milieu de ces difficultés, et il arrivera qu'en donnant comme un précepte général de faire la version dans ces cas, on exposera les accoucheurs à intervenir souvent quand la nature se serait suffi à elle-même, et on mettra ce procédé dans les mains de tous les opérateurs, qui seront souvent inhabiles à apprécier l'opportunité de l'application du procédé. La version est d'ailleurs si facile à pratiquer, et comme elle est en outre du ressort de la sage-femme, elle serait pratiquée dans tous les rétrécissements du bassin indistinctement, jusqu'à ce que de tristes et trop nombreux enseignements aient fait rentrer dans la bonne voie. Les accoucheurs, moins exclusifs que M. Simpson, auraient beau spécifier les cas qui excluent l'usage de la version, ils auraient beau ne conseiller cette version que lorsque le bassin a gagné d'un côté ce qu'il a perdu de l'autre, ces appréciations minutieuses de configuration du bassin échapperaient au plus grand nombre, et la version serait pratiquée dans les circonstances qui se prêtent le moins à son exécution. Que de fois n'avons-nous pas vu amener à l'hôpital des femmes chez lesquelles la tête était encore retenue dans le bassin, le tronc ayant été depuis longtemps extrait et ayant résisté à des tractions énergiques! Que de fois, en ville, n'avons-nous pas été appelé pour délivrer des femmes placées dans cette fâcheuse position! Les conséquences d'une version faite dans de semblables circonstances sont incalculables.

Les accoucheurs mieux inspirés qui, dans ces cas, avant de faire la version, voudront au moins constater l'insuffisance des contractions utérines, ne pourraient tenter cette opération que lorsque le retrait de l'utérus rendrait la version difficile, dangereuse, souvent impossible; et alors ils seront obligés d'y renoncer. Et ceux qui, moins bien avisés, persisteront, auront

(1) La GAZETTE DE STRASBOURG du 20 janvier 1842, p. 13, a signalé un exemple qui a été observé par un homme dont la rare expérience est connue de tous, M. Stoltz, professeur de la Faculté.

Le bassin de la femme qui fait le sujet de cette observation était rétréci par une exostose placée derrière la symphyse du pubis. Les dimensions du diamètre antéro-postérieur et les circonstances fâcheuses qui s'étaient rencontrées dans les accouchements précédents de cette femme déterminèrent M. Stoltz à pratiquer l'accouchement prématuré artificiel; mais le résultat ne fut pas celui sur lequel on devait compter. Des difficultés tout à fait inattendues se rencontrèrent lors de l'extraction du produit; la femme succomba, et l'autopsie permit de constater que le bassin était bien plus rétréci qu'on ne l'avait cru à sa partie supérieure par cette exostose très-volumineuse, que le doigt ne pouvait atteindre dans ce point.

---

si, avant de venir aux eaux, les malades avaient déjà été atteints de fièvres intermittentes.

C'est à tort qu'on a vanté les eaux de Louëche dans le traitement de la gravelle; elles seraient plutôt nuisibles qu'utiles.

Elles conviennent dans quelques cas d'asthme, à la condition que l'asthme soit indépendant de toute affection du cœur, et qu'il n'y ait pas menace de tubercules pulmonaires. En effet, ces eaux sont fatales aux phthisiques; elles ne feraient non plus que hâter les progrès de toutes altérations organiques, sous quelque forme qu'elles se présentassent.

Les eaux de Louëche fournissent surtout un précieux et excellent moyen de faire reconnaître les anciennes affections syphilitiques dont rien ne trahit la présence au sein de l'économie. Je crois même que, à cet égard, je leur accorderais plus de confiance encore qu'aux eaux sulfureuses Combien de jeunes gens se marient pleins de santé en apparence, et qui portent en eux, sans le savoir, de tristes germes qu'ils transmettront à leurs enfants chétifs et malades? Quand il existe, sous ce rapport, le moindre sujet d'inquiétude, je ne saurais trop recommander l'épreuve des eaux de Louëche. Le virus est-il complétement neutralisé, ces eaux ne feront que fortifier l'organisme. Si, au contraire, il en reste quelques traces, vous verrez la maladie reparaître aux mêmes endroits et avec les mêmes caractères qu'à l'époque où elle fut contractée. Les eaux, dans ce cas, ne la guériront point, mais, chose immense, elles la rendront guérissable. Ce sera ensuite aux médicaments spécifiques qu'il faudra s'adresser.

Le voile du palais et les amygdales sont les endroits où se manifestent d'habitude les premiers symptômes du retour des accidents.

Si l'on avait recours aux eaux de Loëche pour une affection syphilitique à sa période aiguë, il pourrait en résulter les plus fâcheuses conséquences. Un bon observateur, M. le docteur Mengis, m'a cité plusieurs exemples où les eaux, prises dans ces conditions et à l'insu du médecin, ont aggravé considérablement les accidents, ou même ont entraîné la mort des malades.

Il résulte des détails dans lesquels nous venons d'entrer que ces eaux sont à la fois toniques et dépuratives. C'est surtout vers la peau que s'opère la dérivation : aussi est-ce à elle qu'on s'adresse de préférence quand on veut recourir aux émissions sanguines. De là l'usage si fréquent des ventouses.

Celles-ci sont appliquées par un maréchal du village, qui est certainement l'homme le plus habile en ce genre qu'on puisse rencontrer. En un clin d'œil, il vous aura posé cinquante à soixante ventouses scarifiées; chiffre énorme, j'en conviens, ce qui n'empêche pas que presque toujours le lendemain il en fera une nouvelle et aussi considérable application à la même personne.

Je n'ai plus rien à dire de particulier sur l'action des bains (1) : un mot seulement sur les bains eux-mêmes.

Il est bien à désirer qu'on achève le nouvel établissement, afin de réformer l'ordonnance des piscines, de refroidir l'eau par un procédé meilleur, et surtout d'en amener de nouvelle pendant la durée du bain. Conçoit-on que, dans des carrés où l'on reste le matin cinq à six heures tous ensemble, l'eau ne soit pas

(1) Consulter, pour plus de détails, les intéressants opuscules sur Louëche, des docteurs Bonvin et Grillet.

souvent, avec l'insuccès, les plus grands malheurs à déplorer : la rupture de l'utérus et du vagin.

Mais supposons qu'on ait agi dès le début, et c'est ce qui arriverait le plus ordinairement si cette méthode prenait quelque crédit.

Le premier temps de la version sera facile, en général; l'extrémité pelvienne franchira le détroit supérieur sans grandes difficultés, quelquefois très-facilement; mais il faut alors dégager rapidement les bras. Ici commencent les difficultés. Cette opération, qui devrait, dans l'intérêt de l'enfant, être pratiquée avec promptitude, ne peut être effectuée dans un bassin vicié qu'avec difficulté, et le premier retard dans l'extraction de l'enfant déterminera déjà bien souvent sa mort; mais supposons le dégagement effectué sans que la vie de l'enfant ait été compromise. La tête s'arrête au détroit supérieur, nouveau retard, nouvelle chance de mort pour l'enfant.

Alors, ou cette tête se place transversalement (c'est le cas le plus ordinaire dans les vices de conformation par aplatissement antéro-postérieur, les plus communs aussi), le plus grand diamètre de la tête occipito-mentonnier, 13 centimètres (5 pouces) se met en rapport avec le diamètre transverse du bassin, qui a un peu moins de 13 centimètres dans le bassin normal, et qui, ici, a le plus souvent beaucoup moins. Qu'on juge alors des difficultés de l'engagement; il faudra exercer sur la tête des tractions presque toujours meurtrières pour l'enfant: et le plus ordinairement cet engagement pourra être effectué. Nous verrons dans un instant ce qu'il convient de faire alors.

Si la tête, ce qui est rare, prenait une mauvaise direction, la main devrait pénétrer jusqu'au détroit supérieur et ramener la tête transversalement; cette opération exige une main adroite et très-petite. Ces conditions sont si rarement réunies que quelques accoucheurs ont mis en doute la possibilité de cette réduction de position si heureusement pratiquée cependant par madame Lachapelle, et depuis par quelques autres.

Supposons encore cette réduction opérée, souvent après cette induction l'accoucheur fera de vains efforts pour déterminer l'engagement, et il sera obligé d'y renoncer.

Recourrait-il au forceps? Cet instrument n'est pas applicable sur la tête quand le tronc bouche l'excavation; il ne peut l'être qu'après qu'un allongement du cou de l'enfant a permis au tronc de franchir la vulve, et cet allongement déterminera à coup sûr la mort de l'enfant: c'est alors que l'enfant ayant succombé, le forceps doit être appliqué; mais le forceps, si la tête est volumineuse et irréductible, peut être insuffisant, et l'accoucheur se voit dans la nécessité de réduire le volume de l'enfant. Dans ces cas, comme je le dirai, je compte si peu sur le forceps, que je préfère perforer la tête et épargner à la mère les douleurs, et je dirai les dangers de cette application.

Mais là, plus de fontanelle, plus de sutures faciles à perforer, et à leur défaut plus d'os du crâne peu résistants; c'est par la base du crâne qu'il faut agir, et l'opération est alors délicate, difficile et dangereuse si elle est pratiquée par une main peu exercée. Je ne me suis, dans ce cas, constamment trouvé bien que d'un seul procédé, qui, à ce que je crois, n'est conseillé nulle part, et qui consiste à abaisser la mâchoire inférieure de l'enfant et à faire pénétrer les ciseaux de Smellie par la voûte palatine. C'est le seul moyen de pratiquer cette perforation avec sûreté. (Voy. les obs. 1 et 2.)

Cette perforation suffira le plus ordinairement, il faut en convenir, aidée des tractions qu'on exercera sur le tronc; mais enfin, s'il en était autrement et si la base du crâne devait être réduite par le céphalotribe, cette opération sera d'une exécution moins facile quand le tronc a été extrait le premier. Je sais bien qu'on a donné dans ce cas le précepte de séparer le tronc de la tête; mais bien que cela soit infiniment rare, cette section du cou peut donner lieu à de telles difficultés, à des accidents si redoutables pour la mère, que pour rien au monde je ne me déciderais à pratiquer cette section. Et d'ailleurs, si l'introduction des branches est plus difficile quand le tronc obstrue en partie l'excavation, la tête peut être saisie bien plus facilement, parce que, par des tractions exercées sur le tronc, ou fixe la tête sur le détroit supérieur, tandis que la mobilité excessive de la tête, abandonnée dans l'utérus, crée des difficultés souvent insurmontables par des moyens compatibles avec le salut de la mère.

Supposons maintenant (et nous devons le faire) une main volumineuse et inhabituée aux prises avec de semblables difficultés, et vous jugerez des tortures infligées à la mère et des dangers que lui feront courir bien souvent des efforts impuissants. On ne manquera pas d'objecter à tout ceci que le forceps lui-même est loin d'être innocent pour l'enfant, et quelquefois pour la mère, et cela est vrai; mais, outre qu'il y a déjà une grande différence, à mon avis, entre ces deux procédés, et que l'avantage est tout au forceps, abstraction faite de toutes circonstances accessoires, ces circonstances suffiraient seules à faire préférer le forceps. En effet, on n'intervient avec le forceps qu'après avoir laissé à la mère et à l'enfant les chances d'un accouchement spontané, alors qu'il est bien démontré que la nature est insuffisante. Les quelques faits très-rares d'enfants vivants extraits par la version pelvienne, ceux même qui sont cités par le célèbre accoucheur d'Édimbourg, se rapportent tous à des cas où le bassin, vicié dans sa forme, ne l'était pas dans tous ses diamètres, où les enfants avaient la tête petite et réductible: mais combien d'autres faits ne sont-ils pas observés chaque jour où une appréciation exacte de la forme du bassin n'ayant pas été faite, où, quoique le bassin ait été bien mesuré, le volume de la tête, son irréductibilité, sont venues créer les difficultés les plus sérieuses!

L'excellent ouvrage de madame Lachapelle contient quelques-uns de ces faits; la pratique de M. P. Dubois fourmille de faits semblables. La relation succincte de quelques-uns de ceux que j'ai observés le plus récemment va me servir à résumer et à mieux préciser les raisons que je viens de faire valoir.

(*La fin au prochain numéro.*)

CORRESPONDANCE MÉDICALE.

HÉMORRHAGIE NASALE ARRÊTÉE A L'AIDE DU RHINOBION, ET DERNIÈRES CONSIDÉRATIONS SUR LE PARALLÈLE QU'A ÉTABLI M. DIDAY ENTRE LA VESSIE A TAMPONNEMENT ET LE RHINOBION; par M. MARTIN SAINT-ANGE.

Monsieur et honoré confrère,

La lecture de votre intéressant journal a stimulé le zèle des praticiens au

---

renouvelée une seule fois? Au moins en y entrant, on avait trouvé de l'eau vierge; mais pour la baignée du soir, c'est mieux encore. Comme il y aurait trop peu de temps entre les deux bains pour que l'eau pût être suffisamment refroidie, on ne vide les piscines qu'à moitié, puis on les remplit avec de l'eau venant directement de la source. De cette manière, vous êtes condamné à rester ainsi plongé jusqu'au cou dans une eau qui a déjà en partie servi aux bains du matin. Or il serait très-facile, en construisant des réservoirs, de remédier à un inconvénient si contraire aux habitudes les moins exigeantes des baigneurs.

La vie qu'on mène à Louèche est assez monotone, car une grande partie de la journée est consacrée au traitement. Quand le temps est beau, les personnes qui ont la poussée peuvent sortir comme les autres, sans craindre de la faire répercuter: mais il faut être de retour de bonneheure, car les soirées sont froides. On se réunit alors dans les salons des divers hôtels, et principalement dans celui de l'hôtel de France qui est le plus animé, et où l'on donne les plus jolies fêtes. On fait de la musique, on danse. Le dirai-je? La poussée n'exclut pas du tout la robe de bal, et une peau tigrée par une *belle* éruption devient presque un objet de coquetterie et un motif de compliments.

Deux routes conduisent à Louèche, l'une par Martigny, Sion et la vallée du Rhône, l'autre par le canton de Berne, Thune et Kandersteg. Comme on est obligé, en arrivant par cette dernière voie, de descendre le Gemmi, prodigieux amas de rochers taillés à pic comme une tour gigantesque, j'engage fortement les malades sujets au vertige à prendre le premier chemin qui est celui dont j'ai parlé au commencement de cet article.

CONSTANTIN JAMES.

— Le gouvernement anglais vient d'accorder une pension de 2,500 fr. à la veuve du célèbre Liston, qui est mort sans fortune.

— MUTATIONS DANS LE CORPS DES OFFICIERS DE SANTÉ MILITAIRES. — M. Milon, pharmacien principal de deuxième classe à l'hôpital de Lille, a été désigné pour les ambulances de la division d'Alger.

M. Vassilière, médecin ordinaire de première classe à l'hôpital de Strasbourg, a été désigné pour les salles militaires de l'hospice civil d'Arras.

M. Bonnafont, chirurgien-major de première classe aux salles militaires de l'hospice civil d'Arras, a été désigné pour l'hôpital du Gros-Caillou.

M. Garapon, chirurgien aide-major de deuxième classe aux ambulances de la division d'Oran, a été désigné pour le 5e chasseurs.

M. Dubois, chirurgien aide-major de deuxième classe au 5e chasseurs, a été désigné pour les ambulances de la division d'Oran.

M. Grignon, pharmacien aide-major de première classe à l'hôpital de Marseille, a été désigné pour les ambulances de la division de Constantine.

M. Lantenois, pharmacien aide-major de deuxième classe à la succursale des Invalides, à Avignon, a été désigné pour l'hôpital de Marseille.

sujet du tamponnement des fosses nasales dans les cas graves d'épistaxis, et ne fût-ce que ce résultat, il y aurait à s'applaudir d'avoir à plusieurs reprises entretenu vos lecteurs de méthodes hémostatiques à placer au premier rang.

L'observation qui fait le sujet de cette communication m'a été adressée par M. le docteur Noël; je la donne ici textuellement, en la faisant suivre de quelques réflexions en réponse aux objections et aux questions qui m'ont été faites par M. Diday dans la GAZETTE MÉDICALE du 11 janvier.

OBS. — Le 3 novembre dernier, je fus appelé, dit M. le docteur Noël, à dix heures du matin, chez M. X., rue des Billettes, n° 17. Le malade, atteint d'affection du cœur, perdait abondamment du sang depuis la veille par la narine gauche. Muni de la sonde de Belloc et du rhinobion du docteur Martin Saint-Ange, je donnai la préférence à ce dernier instrument. Après m'être assuré que la vessie qui garnissait le rhinobion était intacte, je la trempai dans de l'eau; je pris ensuite dans ma trousse un petit stylet boutonné que j'introduisis dans la sonde du rhinobion. Je tendis de cette manière la vessie, et j'introduisis l'instrument *avec la plus grande facilité*. Après avoir retiré le stylet, j'insufflai la vessie, et *à l'instant* le sang cessa de couler dans la bouche et ne sortit plus que par la narine. Je tamponnai celle-ci, et j'eus la satisfaction de voir cette hémorrhagie s'arrêter avec la plus *grande promptitude*.

Je retirai l'instrument au bout de trente-six heures, sans douleur ni gêne pour le malade.

Dorénavant je mettrai la sonde de Belloc de côté, et je garderai le rhinobion dans ma trousse.

Comme on le voit, le rhinobion ne présente aucune difficulté dans son emploi et le résultat est aussi prompt qu'efficace. M. Diday pourtant lui préfère la vessie à tamponnement de M. Gariel, tant au point de vue *restreint*, dit-il, du manuel opératoire, qu'au point de vue de son utilité réelle. Et pourtant il ressort clairement déjà du parallèle qu'il a établi et fait connaître dans le dernier n° 2 de la GAZETTE MÉDICALE, p. 22, que plusieurs temps de l'opération du tamponnement sont en moins du côté du rhinobion. A la vérité, M. Diday, dans sa manière rigoureuse d'exposition, m'en a fait oublier deux, celui qui consisterait à retirer la charpie du nez, *afin de ne pas livrer ce soin aux agents de l'absorption*, comme il le dit fort spirituellement, et celui qui serait relatif au déplacement du petit curseur. Or, à ce sujet, j'ai dit : « pour *lever l'appareil il suffit* d'ouvrir le robinet de l'instrument, etc. » Lever l'appareil ne suppose pas qu'on laisse de la charpie dans la narine; comment retirerait-on le rhinobion en laissant le tampon de charpie? Et d'un autre côté, de quelle nécessité serait le déplacement du curseur? Ainsi, on le voit, il n'y a rien d'oublié dans le manuel opératoire que j'ai indiqué, et qui est tout en faveur de mon procédé. Mais examinons les choses au point de vue de l'utilité réelle de chaque méthode; à ce sujet, M. Diday établit d'abord que la vessie à tamponnement se trouve partout, qu'on se la procure au prix de 2 fr., tandis que le rhinobion n'est pas aussi à la portée des praticiens. Je répondrai à cela que, pour une somme de 10 fr., on peut avoir dans sa trousse de quoi suffire à toute une carrière chirurgicale, eu égard au tamponnement des fosses nasales.

Après cela, M. Diday cherche à établir que, quant à la régularité de l'action hémostatique, l'infériorité du rhinobion ressortirait, d'une part de ce que la tige qui maintient les deux tampons *n'est pas flexible*, et de l'autre de ce que la vessie en baudruche ne saurait s'adapter sur le pourtour de l'orifice aussi bien que le fait la poche en caoutchouc. Ce raisonnement tout théorique reste sans aucune valeur devant les faits observés par MM. Martin-Solon, Fischer (de Londres), Delmas, Noël et moi. Et d'ailleurs, comprend-on pourquoi une tige non flexible, qui maintient rapprochées deux forces opposées, le ferait avec moins d'avantages qu'une tige élastique? Enfin le rhinobion, suivant M. Diday, irriterait, par sa nature, la pituitaire, beaucoup plus que ne le fait la tige en caoutchouc. Ici encore on ne s'est pas rendu suffisamment compte des choses, car il suffit de jeter les yeux sur le calibre de la sonde d'argent pour se convaincre qu'elle doit pouvoir traverser les cavités nasales sans même en toucher les parois. Resterait un dernier inconvénient, celui d'avoir au bout du nez une tige rigide qui peut recevoir, au grand péril du tamponnement, le choc ou l'ébranlement que *mille* accidents imprévus peuvent lui communiquer. N'y a-t-il pas là de l'exagération? car enfin, on peut supposer qu'un malade exsangue ne va pas se promener sur les boulevards. Non, ce ne sont pas là de bonnes et sérieuses objections; celle qui aurait pu être faite au rhinobion, c'est qu'il en faut plus d'un pour parer aux éventualités. A cet égard, je demanderai à mon tour s'il serait prudent d'employer la même vessie à tamponnement dans le cas où celle ci aurait déjà servi à un syphilitique, à un morveux, à un dartreux, etc. Quant aux nombreux moyens que M. Diday indique comme pouvant servir à poser l'appareil qu'il préconise, tels que allumette, épingle à cheveux, aiguille de bas, stylet, etc., je ne les ai pas trouvés applicables dans le but que l'on se propose, pas plus que la pince à pansements. Les praticiens, au surplus, jugeront les faits et apprécieront à leur juste valeur les deux méthodes en question.

Agréez, etc.

REVUE DES JOURNAUX DE MÉDECINE.

JOURNAUX FRANÇAIS.

III. BULLETIN GÉNÉRAL DE THÉRAPEUTIQUE.

NOTE SUR L'OZÈNE ET SUR SON TRAITEMENT ; par le docteur MAX SIMON.

Quelques auteurs réservent le nom d'ozène pour la punaisie accompagnée d'ulcération de la muqueuse nasale, renvoyant au coryza, à la carie ou aux vices de conformation du nez les autres cas de fétidité nasale. D'autres comprennent sous la même dénomination toutes les punaisies, quelle qu'en soit l'origine. Entre les premiers et les seconds, la dissidence est, comme on voit, de pure forme. Mais une question plus litigieuse est celle de savoir si, en l'absence de carie, ou de vice de conformation (nez épaté) ou d'ulcérations, la fétidité est toujours liée au coryza chronique, à l'inflammation et au boursouflement de la muqueuse, ou si elle ne dépend pas quelquefois d'un simple vice de sécrétion, analogue à celui qui produit ces infectes transpirations des pieds qu'on remarque chez certains individus. M. Cazenave (de Bordeaux), à qui l'on doit de précieuses recherches sur la matière, penche vers cette dernière opinion. M. Trousseau va plus loin : il croit que les lésions variables qui accompagnent ordinairement la fétidité n'en sont pas la cause directe et immédiate et ne font que provoquer une sécrétion vicieuse qui pourrait exister et existe quelquefois sans elles. M. Max Simon est de cet avis, que nous partageons également. L'absence de punaisie dans des cas avérés de coryza chronique, d'ulcération de la muqueuse, de vice de conformation ou de carie du nez, montre bien que ces lésions ne sont pas la condition essentielle de la fétidité. La démonstration serait plus complète encore si l'on produisait des exemples authentiques de punaisie en l'absence de toute lésion matérielle. Ce qu'on peut affirmer à coup sûr, c'est que beaucoup d'individus exempts de carie des os nazaux, de coryza chronique, et ayant le nez bien conformé, sont néanmoins punais. A cet égard, pas la moindre incertitude. En peut-on dire autant de l'ulcération? Est-on en droit d'affirmer qu'aucune altération de ce genre ne se cachait dans les sinus ou derrière les cornets chez les sujets à fétidité nasale chez lesquels l'inspection ne montrait qu'une surface entièrement saine? Nous sommes fort disposé à l'admettre pour notre compte, et notre opinion sur ce point est presque forcée par la croyance où nous sommes que l'existence même de lésions matérielles du nez ne donne pas toute l'explication de la fétidité, aussi bien que par l'analogie empruntée aux autres exemples de sécrétion fétide constatée dans d'autres parties du corps. Néanmoins l'extrême difficulté ou plutôt l'impossibilité d'une exploration complète de la membrane de Schneider, même au moyen du crochet mousse conseillé par M. Cazenave, ne permet pas une affirmation positive. Ce serait à l'anatomie pathologique à vider la difficulté.

L'observation publiée par M. Simon, où l'on voit la guérison d'une punaisie amenée uniquement par l'établissement de la menstruation, rend plus vraisemblable encore la possibilité d'une absence d'ulcération, d'autant plus que le nez ne fournissait pas trace de croûtes, circonstance importante dans la question actuelle. Voici, en abrégé, cette observation.

OBS. — Une demoiselle de 14 ans, d'une constitution délicate, était affectée depuis plusieurs années de punaisie, à l'époque où M. Simon la connut. Rien n'expliquait cette infirmité. Le nez examiné vingt fois, tant à l'extérieur qu'à l'intérieur, n'offrait aucune lésion. La muqueuse était plutôt pâle qu'injectée; elle n'était aucunement épaissie; on n'y découvrait pas d'ulcération. Le mucus sécrété ne différait pas en apparence du mucus normal; sa quantité n'était pas ordinairement plus considérable; parfois, cependant, elle augmentait d'une manière sensible, mais sans aucun signe d'irritation ou inflammation locale. Malgré divers moyens successivement employés et consistant surtout en injections médicamenteuses, le mal résista opiniâtrément; on parvint seulement à le masquer à l'aide de soins de propreté. Guersant père, consulté, conseilla des injections au ratanhia, des bains salés, l'iodure de potassium à l'intérieur. Le tout fut exécuté sans beaucoup de succès. Cependant la malade arriva à l'époque de la menstruation. L'organisme se fortifia; la taille s'allongea; les chairs devinrent plus fermes et mieux nourries. En même temps, la punaisie diminua; elle finit par disparaître entièrement quinze ou dix-huit mois après la première époque menstruelle.

QUELQUES CONSIDÉRATIONS THÉORIQUES ET PRATIQUES SUR LE TRAITEMENT DU RHUMATISME ARTICULAIRE AIGU ; par le docteur LEGROUX.

Ce travail est une sorte d'examen critique de la discussion qui a eu lieu

l'année dernière à l'Académie de médecine, sur le rhumatisme articulaire aigu. L'auteur s'occupe successivement de la nature du rhumatisme et de son traitement. Le soin que nous avons mis à nous expliquer sur ces deux points, à l'époque de la discussion que nous venons de rappeler, abrégera singulièrement notre tâche. Aussi, en ce qui concerne la nature du rhumatisme aigu, que M. Legroux considère comme essentiellement inflammatoire, il nous suffira de renvoyer aux considérations par lesquelles nous avons cherché à établir, au contraire, que l'élément *phlegmasique* (expression sur laquelle il y aurait d'abord à s'entendre) n'est pas l'élément essentiel, fondamental, du rhumatisme. Mais nous nous arrêterons quelque temps sur la question thérapeutique à laquelle M. Legroux apporte le tribut d'une expérience étendue et déjà ancienne; car on sait que ce travail n'est pas le premier qu'on lui doive sur la matière.

Se plaçant à un point de vue purement pratique, M. Legroux distingue dans le rhumatisme articulaire aigu trois éléments principaux : 1° l'élément *pyrétique*, représenté par la fièvre et les troubles fonctionnels qui l'accompagnent, et anatomiquement par la surabondance de la fibrine du sang; 2° l'élément *inflammatoire* ou *congestif* et *fluxionnaire* ; 3° l'élément *douleur*. Au début de la maladie, ces trois éléments sont inséparables; le pyrétique est dominant. En l'attaquant, on a la chance d'atteindre les deux autres. Néanmoins il n'en est pas toujours ainsi. La douleur peut diminuer, la fluxion tomber, et la pyrexie générale se maintenir, même en l'absence de toute congestion interne. D'autres fois c'est l'élément pyrétique qui s'*isole*, ou bien l'élément douleur. Ce dernier cas est le plus commun.

Ces considérations servent de règle à l'auteur pour l'examen des méthodes thérapeutiques qui ont été tour à tour vantées contre le rhumatisme, et pour la détermination d'un traitement rationnel. Il montre les antiphlogistiques généraux (la saignée principalement) et les altérants dirigés surtout contre l'élément pyrétique; les saignées et les ventouses, contre la fluxion : l'opium, contre la douleur. Puis, après quelques remarques très-sensées, relatives aux difficultés des appréciations numériques en matière de thérapeutique, il aborde la question spéciale des médications mises en cause à l'Académie de médecine.

Ces médications sont ou générales ou locales.

Parmi les médications générales, M. Legroux n'a expérimenté avec suite que la saignée, le tartre stibié, le sulfate de quinine et l'opium. Or, comme moyen sédatif propre à arrêter le mouvement pyrétique, le sel de quinquina lui a paru préférable à la saignée. Il repousse avec énergie la méthode dite des saignées *coup sur coup*, qu'il accuse d'éterniser la convalescence, de condamner pour longtemps les sujets à une fâcheuse débilité, de favoriser les congestions internes. Le sulfate de quinine n'a pas ces inconvénients, et guérit plus sûrement et plus vite. Quelquefois pourtant, ses effets curatifs ne sont pas manifestes au bout de cinq ou six jours; il faut alors y renoncer et recourir à une autre médication générale. Restent l'opium et le tartre stibié. M. Legroux n'a retiré aucun avantage durable de ce dernier médicament; mais il accorde quelque confiance à l'opium, non pas à titre de spécifique antirhumatismal, mais comme agissant puissamment sur l'élément nerveux et pouvant aider à la résolution des engorgements articulaires.

Entre les moyens locaux, l'auteur s'arrête surtout aux déplétifs locaux (ventouses et sangsues) et aux vésicatoires. Il n'a pas de peine à démontrer l'inefficacité du premier ordre de moyens, dirigé contre des congestions mobiles qui fuient quelquefois tout à coup une articulation pour y revenir le lendemain. Quant aux vésicatoires multiples, tels que les conseille M. Dechilly, il en a retiré de bons effets, mais comme moyens adjuvants d'autres médications, notamment de la saignée, dont ils permettraient de diminuer les doses.

Ce court exposé résume assez complétement le mémoire de M. Legroux, qui se borne à des énonciations générales. En adoptant la décomposition indiquée plus haut des éléments symptomatologiques du rhumatisme, il serait peut-être possible de pénétrer plus avant dans le phénomène de l'*isolement* dont l'auteur a fait une heureuse source d'indications; de mieux rattacher ce phénomène à la nature et au mode de développement de la maladie; enfin d'asseoir sur des bases encore plus rationnelles le choix des médications, et de les mieux approprier aux divers éléments morbides. Chacun des éléments a son importance relative : il y en a de subordonnants, il y en a de subordonnés. Quelque horreur qu'on puisse avoir pour les explications, il faut connaître exactement la valeur de chaque terme, dans une maladie donnée, pour lui faire une juste part dans l'ensemble du traitement.

NOTE SUR UNE PINCE DESTINÉE A ARRÊTER LES HÉMORRHAGIES PROVENANT DE LA BLESSURE DE L'ARCADE PALMAIRE; par M. GALIAY.

Cet instrument rappelle absolument pour sa forme une paire de pincettes à feu, ou, si l'on préfère un objet plus semblable par ses dimensions, à une pince à sucre. Seulement un mécanisme particulier a été ajouté pour permettre de rapprocher à volonté les deux branches et de les tenir fixées au degré voulu de rapprochement. Ce mécanisme consiste en une tige à pas de vis, solidement fixée à l'une des branches, à 2 pouces de son extrémité, et qui traverse l'autre par un trou assez large. Enfin, un écrou à oreilles, placé à l'extrémité libre de cette tige en dehors de la branche percée, donne au chirurgien la facilité de rapprocher autant qu'il est nécessaire, et avec toute la force désirable, les deux petites plaques qui terminent les branches.

L'application est des plus faciles à comprendre. On garnit d'abord le lieu de la blessure artérielle de quelques disques superposés d'agaric, puis d'une compresse graduée; on matelasse de même le point opposé, c'est-à-dire le dos de la main, si la plaie existe à la région palmaire. Il ne reste plus alors qu'à adapter les plaques terminales au lieu voulu, puis à faire jouer l'écrou, et à fixer définitivement l'appareil en place.

M. Galiay a déjà appliqué deux fois cet instrument, et deux fois avec le plus grand succès. Son premier malade était un jeune homme chez qui la blessure, traitée pendant plusieurs jours par les moyens ordinaires de compression, avait déterminé des hémorrhagies graves et mis l'existence en danger. Au bout de huit jours, la pince amena la guérison sans avoir laissé reparaître le sang. Le second, chez qui les accidents étaient moins sérieux, guérit avec la même facilité.

On conçoit, sans qu'il soit besoin de les énumérer, les nombreux avantages que cet instrument — reproduction exacte pour cette région du *compresseur* de Dupuytren — présente sur les moyens habituellement employés contre ces hémorrhagies. Outre la sûreté qu'il donne, qualité principale, contre le retour des pertes de sang, il a encore en sa faveur le peu de souffrance qu'il détermine, en comparaison des douleurs souvent atroces et de l'impotence prolongée qu'une compression circulaire maintenue huit ou dix jours entraîne à sa suite.

EXTRACTION D'UN CROCHET A BRODER DU FOND DE LA PAUME DE LA MAIN PAR UN PROCÉDÉ PARTICULIER; par M. GERDY.

OBS. — Une jeune personne s'était enfoncé un crochet à broder dans la paume de la main jusque sous l'aponévrose dorsale interosseuse, où on le sentait arrêté sous la peau et l'aponévrose, qu'il n'avait pas traversées. La tige était longue de 11 centimètres. Après beaucoup de tentatives et de débridements demeurés inutiles, M. Gerdy essaya de conduire une sonde cannelée sans cul-de-sac le long du crochet et du côté opposé à la dent du crochet. Y étant parvenu, non sans avoir d'abord échoué plusieurs fois, il écarta légèrement l'une de l'autre par leur extrémité externe la sonde et la tige, tout en maintenant solidement la pointe du crochet dans la cannelure de la sonde; alors il imprima un demi-mouvement de rotation sur son axe à la tige du crochet pour amener la dent vers l'intérieur de la cannelure de la sonde. A peine avait-il exécuté ce mouvement qu'il sentit le crochet glisser de l'intérieur à l'extérieur dans la cannelure et qu'il sortit sans difficulté et sans douleur.

— Les lenteurs et les hésitations qui ont, dans ce cas, précédé l'extraction, prouvent assez que la conduite de M. Gerdy ne réussira qu'exceptionnellement, et devra souvent être suppléée par le procédé, beaucoup plus méthodique, de M. Boinet. La raison de ces difficultés est bien simple. Les tissus compris dans la concavité du crochet mettent obstacle à ce qu'on le fasse tourner; et alors même qu'il a accompli ce mouvement de demi-rotation, les mêmes tissus peuvent encore s'opposer à ce qu'il cède aux tractions exercées par l'opérateur pour l'amener au dehors. — Néanmoins dans ce procédé, si les essais en divers sens ne parvenaient pas à dégager la pointe, nous proposerions de conduire le long de la sonde cannelée un mince ténotome à pointe aiguë, avec lequel on diviserait les tissus qui empêchent l'extraction du crochet. Le reste de la manœuvre s'exécuterait ensuite comme dans l'observation précédente.

IV. REVUE MÉDICO-CHIRURGICALE.

Les numéros de juillet, aout et septembre 1850 contiennent les travaux originaux suivants ; 1° *Etudes cliniques et expérimentales sur les maladies de l'orifice aortique*; par M. Monneret. 2° *De l'exostose sous-unguéale et des opérations qui leur conviennent*; par M. Legoupil. 3° *Lettre sur une luxation ilio-pubienne récente avec autopsie, avec des considérations sur cette espèce de luxations*; par M. Gély. 4° *Des indications qui doivent faire préférer l'arsenic ou le quinquina dans le traitement des fièvres intermittentes*; par M. Dufour. 5° *Lettre sur un nouveau procédé pour la cure radicale des hernies inguinales*; par M. Valette. (Nous avons récemment publié, au compte rendu de l'Académie des sciences, la description de cet ingénieux procédé. M. Valette y joint trois observations, de son propre aveu trop récentes pour prouver absolument l'efficacité de ce nouveau mode opératoire, mais qui établissent au moins son innocuité.) 6° *Mémoire sur une opération nouvelle dirigée contre les polypes naso-pharyngiens*; par M. Botrel. 7° *Note sur le trai-*

tement de la scarlatine épidémique par la cautérisation du pharynx; par M. Abel Robert. 8° *Lettre sur le régime des opérés en Russie, et sur les résultats donnés par quelques grandes opérations;* par M. Arendt. 9° *Recherches sur les symptômes locaux de sensation dans les maladies externes;* par M. Gerdy. 10° *Du traitement du varicocèle par la cautérisation;* par M. Hervier.

ÉTUDES CLINIQUES ET EXPÉRIMENTALES SUR LES MALADIES DE L'ORIFICE AORTIQUE; par le docteur MONNERET.

L'auteur, à qui l'on doit déjà de belles recherches sur les phénomènes acoustiques qui se passent dans les appareils respiratoire et circulatoire, s'applique, dans le présent mémoire, à démontrer : qu'il n'existe pas de maladies spéciales auxquelles on doive conserver les noms de *rétrécissement* de l'orifice aortique et d'*insuffisance* des valvules sygmoïdes; que les maladies de l'aorte, de ses valvules d'occlusion, de la valvule auriculo-ventriculaire gauche, de la substance charnue du cœur et de son feuillet séreux, ou de simples troubles fonctionnels, n'agissent sur la circulation qu'en modifiant la vitesse normale du sang rouge à sa sortie du cœur et dans tout le système vasculaire, en produisant soit un rétrécissement, soit une dilatation dans le tuyau d'écoulement du sang artériel; que le rétrécissement a pour effet, d'abord d'accélérer en un point la vitesse du sang et de lui faire rendre un son, pourvu que cette vitesse soit assez grande; en second lieu, de ralentir plus loin cette vitesse et de diminuer la dépense à l'orifice d'écoulement; que les dilatations générales ou partielles du tube aortique ont aussi pour effet de ralentir la vitesse normale du sang. (Si ces dilatations sont précédées d'un rétrécissement prononcé, il se forme un bruit hydraulique en ce point.)

Le ralentissement définitif du sang est donc, pour M. Monneret, l'effet capital de la maladie, qu'elle produise un rétrécissement ou une dilatation. Les bruits de courant, quand ils existent, ne sont que des signes tout à fait secondaires, qui peuvent manquer quand le ralentissement de la circulation est considérable, exister quand la circulation générale n'est pas troublée, ou se lier à de simples troubles fonctionnels. Vouloir faire aboutir invariablement le diagnostic vers un rétrécissement ou une insuffisance, c'est méconnaître la signification des faits.

Cela posé, l'auteur énumère les affections susceptibles de modifier la vitesse du sang rouge, et de produire les symptômes qu'on a, dit-il, rapportés au rétrécissement ou à l'insuffisance. Ce sont : 1° la coarctation congénitale ou acquise de l'aorte dans sa portion thoracique ou abdominale; 2° la dilatation partielle de la portion ascendante et de la crosse de l'aorte; 3° l'anévrisme vrai et faux; 4° la dilatation du tronc brachio-céphalique et de la plus grande partie des vaisseaux artériels; 5° la dilatation de l'orifice aortique qui accompagne presque toujours l'altération du tube artériel; 6° les maladies des valvules sygmoïdes caractérisées par l'incrustation calcaire, l'épaississement, l'induration, le défaut de mobilité, la rupture, l'ulcération, l'état criblé, les végétations, l'arrachement, l'atrophie morbide ou congénitale d'une ou de plusieurs de ses membranes d'occlusion; 7° le trouble dynamique ou de la contractilité dévolue aux parois de l'aorte et à ses valvules (douées de fibres musculaires); 8° diverses maladies de l'orifice auriculo-ventriculaire gauche; 9° certaines affections du cœur lui-même et de ses annexes. Cette partie du mémoire renferme douze observations de lésions de l'orifice aortique dégagées de toute complication, c'est-à-dire sans dérangement des conditions normales des autres orifices et de leurs valvules. Elles sont destinées à montrer, et ce sont les conclusions qu'en tire l'auteur, qu'il est impossible de déterminer d'une manière certaine, par la considération seule des bruits, le siége, la forme, la nature de la lésion, et qu'on ne saurait reconstruire la symptomatologie en voyant les altérations que présente le cadavre. Les maladies de l'aorte, ajoute-t-il, toujours comme déduction des faits cités, ont pour résultat, soit l'agrandissement du diamètre du vaisseau, soit la diminution du même diamètre, soit la formation de produits morbides qui rendent inégale et rugueuse la surface interne du tuyau d'écoulement, sans que celui-ci soit agrandi ou rétréci. Les bruits de souffle ou autres qui s'y produisent dépendent de la vitesse plus grande qu'acquiert le sang à son passage sur un endroit rétréci ou agrandi, mais inégal et altéré, de l'aorte; ils ne peuvent donc servir à diagnostiquer autre chose qu'une lésion capable de modifier la vitesse des courants sanguins. Le fait essentiel au point de vue clinique est le ralentissement de la vitesse du sang, au delà du lieu rétréci ou inégal, dans les vaisseaux artériels, puis dans les capillaires de tous les parenchymes, ralentissement traduit au dehors par les symptômes locaux et généraux. Des considérations analogues, mais sans observations à l'appui, sont présentées au sujet des maladies de l'orifice auriculo-ventriculaire gauche et du cœur lui-même.

Arrêtons-nous ici; car là est la partie fondamentale et originale du travail de M. Monneret. On peut y reconnaître une application et une extension des idées qu'il a émises dans un autre mémoire *sur les bruits cardiaques et vasculaires dans l'état physiologique* (voir. GAZ. MÉD., 1850, p. 777), où les bruits de courants vasculaires étaient représentés comme étant en raison directe de la vitesse du liquide. Nous avons fait alors quelques réserves au sujet des théories soutenues dans ce mémoire, soit relativement aux bruits du cœur, soit relativement aux bruits vasculaires; nous ne pouvons laisser passer les assertions contenues dans celui-ci sans y joindre quelques observations.

Et d'abord nous ne voyons rien, dans tout ce qui précède, dont on puisse s'autoriser pour dire « qu'il n'existe pas de maladies spéciales auxquelles on doive conserver les noms de rétrécissement ou d'insuffisance. » M. Monneret ne nie pas le rétrécissement; cela va sans dire, et l'on vient d'ailleurs d'en avoir la preuve. Nie-t-il davantage l'insuffisance des valvules aortiques? Non assurément. Nous verrons même tout à l'heure qu'il assigne à cet état morbide certains symptômes caractéristiques. Or si ces deux états, rétrécissement et insuffisance, isolément ou simultanément, peuvent être le point de départ d'une série de phénomènes pathologiques, pourquoi ne les retiendrait-on pas dans le cadre des affections organiques du cœur? M. Monneret affirme qu'ils aboutissent l'un et l'autre à un ralentissement de la vitesse du sang rouge dans les artères et les capillaires, et que ce ralentissement domine toute la symptomatologie, même les phénomènes acoustiques. Quand cela serait, nous n'y voyons pas de raison pour ne pas appeler d'une dénomination spéciale l'altération de laquelle découlent tous les troubles fonctionnels. Ceux qui cherchent à découvrir chez un malade s'il y a ou non ralentissement ou insuffisance de l'orifice aortique, ne s'engagent pas pour cela à ne tenir aucun compte des modifications qui peuvent en résulter dans la vitesse et la distribution du sang artériel. La stéthoscopie les trompe souvent dans cette recherche; cela est vrai, nous en tombons d'accord avec l'auteur; l'interprétation des bruits anormaux du cœur et des gros vaisseaux est sujette à erreur; mais encore une fois, parce qu'un état morbide offre des difficultés de diagnostic, ce n'est pas un motif pour refuser de le consacrer dans la nosographie.

Ainsi les affections appelées *rétrécissement* et *insuffisance* de l'orifice aortique doivent être maintenues; elles doivent être maintenues, mais non présentées comme les deux types invariables des maladies du cœur et des gros vaisseaux. Est-ce ainsi que font les pathologistes? M. Monneret l'affirme. Nous ne pouvons l'accorder. Nous ne sachons pas, par exemple, qu'aucun pathologiste assimile de tout point à un rétrécissement certaines irrégularités de la surface interne de l'aorte. Et à y regarder de près, il nous semble qu'en admettant un accroissement de la vitesse du courant sanguin au niveau de ces irrégularités, d'où la production d'un bruit pathologique et un ralentissement en *aval*, l'auteur sacrifie plus qu'un autre *au culte du rétrécissement;* car il n'y a qu'un endroit rétréci qui puisse imprimer de telles modifications au courant qui le traverse.

Ceci nous mène à une autre question. L'accroissement de vitesse est-il réellement la condition essentielle de la production d'un bruit anormal? Les doutes que nous avons exposés en rendant compte du premier mémoire nous reviennent ici. Dans l'exemple cité il y a un instant, est-il facile de comprendre que quelques inégalités à la surface interne de l'aorte aient pour résultat une plus grande rapidité du courant sanguin en ce point? La théorie de l'auteur sur la production des bruits vasculaires l'exige; mais vraiment le contraire paraît plus probable, et les pathologistes qui, dans les cas de ce genre, expliquent tout simplement ces bruits par le brisement du flot sanguin contre les aspérités, nous semblent moins attaquables. Les observations citées par l'auteur ne prouvent pas du tout, comme il le croit et le dit, la justesse de sa théorie; elles donnent simplement les éléments de la question, à savoir des bruits anormaux d'un côté et des altérations vasculaires de l'autre, mais non la démonstration de l'accroissement de vitesse du courant sanguin.

Le reste du mémoire est consacré à l'étude des principaux symptômes déterminés par l'altération de la vitesse du sang rouge dans les maladies de l'orifice ventriculo-artériel. Ces symptômes sont examinés successivement: 1° dans le système vasculaire à sang rouge; 2° dans les capillaires et les parenchymes; 3° dans les veines. Toute cette partie pratique, qui se sent peu du contre-coup de la théorie, mérite les plus grands éloges. Nous regrettons que le défaut d'espace ne nous permette pas de nous y arrêter longtemps. Bien que l'auteur, préoccupé du ralentissement que les lésions organiques peuvent apporter dans le courant sanguin, ne tienne pas assez de compte, dans l'explication des congestions viscérales, de l'obstacle apporté par la plupart des maladies du cœur, même du côté gauche, au dégorgement du système veineux dans les cavités droites, tous les développements cliniques dans lesquels il entre à ce sujet sont empreints d'une saine et large observation. Nous disions tout à l'heure qu'il insistait sur un signe d'*insuffisance* des valvules aortiques; ce signe est l'oscillation alternative du sang en avant et en arrière dans les tubes artériels, phénomène qui donne lieu, lorsqu'on tâte le pouls, à la sensation d'un double mouve-

ment, l'un diastolique ou d'expansion, l'autre concentrique ou de retrait. La cause principale de ce phénomène, ajoute l'auteur, doit être cherchée dans le reflux du sang qui, n'étant plus soutenu par les valvules, ne l'étant qu'incomplétement, *repasse dans le cœur au moment de la systole des artères* (insuffisance).

DE L'EXOSTOSE SOUS-UNGUÉALE ET DES OPÉRATIONS QUI LUI CONVIENNENT; par M. LEGOUPIL.

M. Legoupil annonce en commençant l'intention et l'espoir de faire sur cette affection un travail plus complet qu'aucun de ceux qui s'en sont occupés avant lui. Cependant parmi les notions qu'il a rassemblées sur ce sujet, il en est bien peu qui offrent le caractère de la nouveauté, et surtout celui d'une utilité pratique incontestable.

La plus intéressante donnée qui ressorte de ses recherches est peut-être celle relative à l'historique de la maladie. Ainsi, avant Dupuytren (à qui on accorde généralement en France l'honneur de la priorité sur ce point), avant Liston, avant A. Cooper, un chirurgien de Versailles, André, avait, en 1756, donné la description d'une tumeur de ce genre dont il fit l'ablation avec succès.

La cause de cette exostose n'a pas été expliquée jusqu'ici d'une façon bien satisfaisante. La pression prolongée par une chaussure trop courte et trop étroite en rendrait pourtant rationnellement compte. Or comme la maladie est incomparablement plus commune chez les femmes et surtout chez les jeunes femmes, la présomption qui vient d'être exprimée devient presque une certitude, puisque, ainsi que M. Legoupil le fait remarquer, c'est dans ces conditions que l'instinct plus développé de la coquetterie fait supporter le plus longtemps l'assujettissement d'une chaussure serrée.

Les signes de la maladie sont très-exactement exposés par l'auteur. Le relief de la tumeur, son aspect soit par-dessous, soit à côté de l'ongle, la déformation de celui-ci, la compression si douloureuse de sa racine, permettront toujours de diagnostiquer l'exostose sous-unguéale, et de la distinguer d'avec une verrue pour laquelle on l'a quelquefois prise.

Quant au traitement, M. Legoupil ne fournit qu'un seul document nouveau. C'est un fait inédit, appartenant à M. Lenoir, dans lequel ce chirurgien, au lieu de tenter l'ablation de l'exostose, amputa la dernière phalange dans son articulation avec la première.

L'amputation, comme bien l'on pense, eut un plein succès soit comme opération soit comme moyen curatif. Mais pourquoi, demandera sans doute le lecteur, pourquoi M. Lenoir se décida-t-il pour ce parti en apparence plus grave que la simple extirpation, toujours suivie de réussite entre les mains de Dupuytren?.. C'est, répond M. Legoupil, parce que M. Lenoir était effrayé par le souvenir d'un cas où il avait vu l'abrasion de la tumeur, pratiquée par M. Blandin à l'hôpital Beaujon, déterminer la mort. Mais lui, M. Legoupil, partage-t-il cette opinion? juge-t-il que l'amputation doive être immédiatement proposée avant tout autre moyen?... A ces questions, il répond seulement: « J'ai exposé les différents moyens de curation, laissant aux chirurgiens le soin de les apprécier. »

— Pour nous, sans avoir entrepris sur cette affection une monographie, nous avons un assez bon souvenir de la pratique qui suffisait à Dupuytren pour ne pas hésiter à dire que l'ablation, telle qu'il la pratiquait, doit être préférée dans tous les cas; qu'un exemple malheureux, dont on ne rapporte d'ailleurs point les détails, ne saurait infirmer ce précepte; que l'amputation d'une phalange est une opération, en soi, plus grave soit pour l'existence, soit pour l'intégrité des fonctions du membre; que par conséquent, elle doit rester comme ressource exceptionnelle réservée aux cas compliqués, ou à ceux sur lesquels l'abrasion méthodiquement pratiquée aurait déjà échoué.

DES INDICATIONS QUI DOIVENT FAIRE PRÉFÉRER L'ARSENIC OU LE QUINQUINA DANS LE TRAITEMENT DES FIÈVRES INTERMITTENTES; par le docteur DUFOUR (de Lyon).

Dans ce travail, un peu trop concis peut-être, M. Dufour se borne à résumer, au point de vue exprimé dans le titre ci-dessus, les résultats des expériences entreprises soit par M. Teissier, soit par M. Rodet, soit par lui-même. Il se demande d'abord si l'arsenic influence l'organisme comme agent perturbateur ou comme antipériodique à la manière du quinquina. La vertu antipériodique de l'arsenic lui paraît mise hors de doute par son action sur les fièvres intermittentes récentes; mais il la déduit surtout d'expériences fort curieuses, en effet, auxquelles M. Teissier a pris une grande part propres à démontrer la grande efficacité de l'arsenic contre les douleurs ostéocopes, alors que le médicament n'exerce aucune action spéciale sur la syphilis elle-même. Ces faits sont nouveaux, à ce qu'il nous semble, et nous les recommandons à l'attention des syphilographes.

Quant à l'opportunité de la médication arsenicale dans les fièvres intermittentes proprement dites, M. Dufour la définit dans les deux propositions suivantes, dont la dernière est appuyée de quelques observations détaillées:

1° Le quina est bien préférable à l'arsenic pour le traitement des fièvres intermittentes simples, quotidiennes, tierces, pernicieuses.

2° L'arsenic est supérieur au quina dans le traitement des fièvres à type quarte; de celles, quel que soit leur type, qui sont compliquées d'un état d'irritation ou subirritation de l'estomac, des intestins et des voies biliaires, ou dans les cas de saturation par la quinine, avec perte d'appétit et langueur des fonctions digestives.

Nous avons plusieurs fois indiqué, comme un utile sujet de recherches, la détermination des conditions respectives d'emploi du quinquina et de l'arsenic. Le travail de M. Dufour est, dans cette voie, un jalon important qui attend de nouvelles expériences.

MÉMOIRE SUR UNE OPÉRATION NOUVELLE, DIRIGÉE CONTRE LES POLYPES NASO-PHARYNGIENS; par M. BOTREL.

Les polypes qui naissent des parois du pharynx ou de la partie postérieure des fosses nasales créent aux chirurgiens des difficultés toujours sérieuses, quelquefois insurmontables. Le lieu reculé, presque inaccessible de leur implantation, rend le diagnostic extrêmement embarrassant. Puis, la détermination du siége une fois faite tant bien que mal, l'extirpation demeure nécessairement incomplète; car pour détruire radicalement ces excroissances (il n'est ici question que des polypes durs) il faudrait enlever la partie même d'où ils émanent. Or la ligature, l'excision, la torsion, l'arrachement, ne remplissent pas ces conditions. Et la cautérisation consécutive même, quand on est ainsi forcé de la pratiquer sans l'aide de la vue ni du toucher, ne remédie que très-imparfaitement à l'insuffisance de l'opération principale. Aussi rien n'est plus commun que d'observer des récidives après ces tentatives, quelque laborieuses, quelque multipliées qu'elles aient été.

C'est donc, selon nous, un service réel que M. Nélaton a rendu aux malades placés au sein de circonstances aussi graves, que d'introduire dans le cadre des opérations réglées une méthode qui lève la plupart des difficultés auxquelles on a alors affaire. Ce secours, très-souvent indispensable, rend, il est vrai, l'opération plus longue, plus pénible pour le malade, plus fatigante pour le chirurgien. Mais, en somme, elle n'ajoute pas une chance de plus à celles qui pèsent sur l'opéré, et elle apporte au diagnostic une précision dont l'influence est toute puissante sur le succès définitif de l'opération. A ces qualités incontestables, on ne peut méconnaître le droit de cette importante addition à prendre rang parmi les ressources que tout praticien doit connaître, parce qu'il peut en avoir à chaque instant besoin, et qu'elles agrandissent en réalité, la sphère d'application des procédés jusqu'ici connus pour la cure des polypes profonds des fosses nasales.

Voici comment le plan opératoire a été indiqué par M. Nélaton. Son but est de reséquer partiellement la voûte palatine et d'inciser le voile du palais afin de mettre à découvert le pédicule du polype et d'en détruire les dernières racines.

PREMIER TEMPS. — La bouche étant largement ouverte, le chirurgien saisit le voile du palais avec une pince, le divise sur la ligne médiane, à l'aide du bistouri, et prolonge cette incision sur la voûte palatine dans l'étendue de 2 centimètres, en la faisant pénétrer jusqu'aux os.

DEUXIÈME TEMPS. — A l'extrémité antérieure de cette première incision, il en fait une seconde transversale, également longue de 2 centimètres; puis il décolle la muqueuse à droite et à gauche avec un grattoir, un crochet mousse ou une spatule.

TROISIÈME TEMPS. — A l'aide des ciseaux droits dirigés transversalement le long du bord postérieur de la voûte, il sépare de ce bord la lame supérieure ou ligne d'insertion du voile du palais, dans l'étendue de un centimètre de chaque côté, et sans toucher en rien aux lambeaux palatins décollés.

QUATRIÈME TEMPS. — Chacun de ces lambeaux est accroché d'une érigne maintenue par un aide. La voûte est perforée avec un poinçon aux deux extrémités de la section palatine transversale; et, d'un seul coup, la pince de Liston fait éclater la portion osseuse intermédiaire aux deux perforations, et avec elle une bonne partie du vomer.

En enlevant les pièces d'os restées adhérentes à la muqueuse des fosses nasales, il faut bien prendre garde d'emporter celle-ci. On doit se borner à la diviser sur la ligne médiane; car, plus tard, accolée à la muqueuse palatine, elle donnera naissance à une sécrétion osseuse ou fibro-cartilagineuse, destinée à remplacer les os du palais.

Grâce à ces incisions, on obtient, en relevant et écartant leurs bords, une vaste échancrure médiane au fond de laquelle l'œil et le doigt découvrent les parois postérieure et latérales du pharynx, les trompes d'Eustachi, l'apophyse basilaire, le corps du sphénoïde, le vomer en partie reséqué, le bord postérieur et la face interne des apophyses ptérygoïdes, l'extrémité postérieure des cornets inférieurs et moyens. Or ces divers points étant ceux

sur lesquels a lieu l'origine des polypes naso-pharyngiens, on comprend aisément la facilité que cette opération préliminaire donne au chirurgien, soit pour reconnaître le volume, la situation, les embranchements, l'implantation de l'excroissance polypeuse, soit pour l'exciser, soit pour détruire ensuite ses débris à l'aide du cautère actuel ou des caustiques.

Chez deux malades, M. Nélaton a obtenu, en agissant ainsi, un résultat opératoire complet, qu'il eût, sans aucun doute, été impossible de réaliser sans cet auxiliaire.

Après avoir été jusque-là simple narrateur, M. Botrel propose au procédé de M. Nélaton deux corrections ou modifications. La première porte sur le premier temps. Considérant que la staphyloraphie — qu'il faut ensuite pratiquer, une fois le polype guéri — a plus de chances de réussite quand le voile du palais n'est qu'incomplétement divisé, il demande s'il ne serait pas possible de produire entre les lambeaux latéraux un écartement suffisant tout en arrêtant l'incision médiane du voile palatin, de manière à laisser son extrémité inférieure intacte. — Ceci serait, en effet, très-rationnel; et nous estimons que le chirurgien devra toujours procéder d'abord ainsi, sauf à fendre complétement ensuite le voile du palais si les difficultés persistantes de l'opération lui montraient qu'il faut se donner le plus de jour possible.

La seconde modification, beaucoup moins importante, consisterait à réunir l'incision du voile du palais avec les serres-fines, au lieu de la suture ordinaire.

A. Dechambre et P. Diday.

TRAVAUX ACADÉMIQUES.

ACADÉMIE DES SCIENCES.

Séance du 27 janvier.

Cette séance a été consacrée à des objets entièrement étrangers à la médecine.

ACADÉMIE DE MÉDECINE.

Séance du 28 janvier. — Présidence de M. Orfila.

Le procès-verbal de la dernière séance est lu et adopté.

La correspondance comprend les pièces suivantes :

1° Une lettre du ministre de la guerre, avec envoi d'un mémoire rédigé par MM. Gillet, pharmacien major, Dusseuil, pharmacien aide-major, et Monsel, chirurgien sous-aide, sur les eaux et boues de Viterbe (États romains). Ce travail contient les résultats de l'analyse que ces messieurs ont faite, à Viterbe, desdites eaux et boues. (Comm. des eaux minérales.)

2° M. le ministre de l'agriculture et du commerce adresse : un rapport de M. le docteur Penaut, médecin des épidémies de l'arrondissement de Vervins (Aisne), sur une épidémie de fièvre typhoïde qui a régné dans la commune de Barzy, du 25 janvier au 20 août 1850. (Comm. des épidémies.)

Un deuxième rapport du même médecin sur une épidémie variolique dont la commune de Rocquigny a été atteinte, du 10 janvier au 1er mai 1850. (Même comm.)

Un rapport de M. le docteur Bobillier, médecin des épidémies de l'arrondissement de Gray (Haute Saône), sur une épidémie de fièvre typhoïde qui a régné dans la commune de Delain, pendant les mois d'août, septembre et octobre derniers. (Même comm.)

Deux rapports rédigés par MM. Martineau et Saint-Yves, médecins des épidémies des arrondissements de Meaux et de Melun, relatifs à des épidémies varioliques qui ont régné en septembre dernier à Crouy et à La Chapelle. (Même comm.)

Un rapport des officiers de santé en chef de l'hôpital militaire de Baréges (Hautes-Pyrénées), sur les maladies auxquelles les eaux minérales de cette localité ont été administrées pendant la saison de 1849. (Comm. des eaux minérales.)

Une demande d'avis sur l'analyse des eaux minérales de Contrexeville. (Même comm.)

Une demande d'avis sur une source située à Beton-Bazoches (Seine-et-Marne). (Même comm.)

Deux demandes d'avis sur des remèdes secrets pour le traitement des plaies et des ophthalmies. (Comm. des remèdes secrets.)

Deux pièces pour être réunies à l'envoi du 16 décembre 1850, relatif à la source d'eau des Batignolles. (Même comm.)

3° Le ministre de l'instruction publique transmet :

Un paquet cacheté contenant la formule d'un remède contre les hernies. (Comm. des remèdes secrets.)

Un mémoire sur les appareils ouatés de M. le professeur Burggraeve (de Gand), avec demande d'avis à l'Académie. (Commissaires : MM. Gerdy, Poiseuille et Bouvier.)

4° M. le préfet de police transmet un rapport rédigé par les membres du conseil de salubrité, sur un cas de mort attribué à la contagion de la morve aiguë, et que la commission croit devoir attribuer aux suites d'une affection morale causée par la misère.

M. de Frouvielle, missionnaire apostolique, soumet à l'appréciation de l'Académie un système nouveau propre à rendre l'eau de mer potable. (Commiss. : MM. Orfila, Soubeiran et Robinet.)

M. Fayé (d'Alger) envoie une note sur un nouveau traitement de la fièvre intermittente, de la dysenterie et du choléra. (Commiss. : MM. Jolly, Michel Lévy et Émery.)

Traitement de la kératite vasculaire interstitielle par la scarification des vaisseaux.

M. Tavignot adresse sur ce sujet la note suivante :

Tous les traités spéciaux sont là pour l'attester, la chirurgie est restée, jusqu'à présent, impuissante dans le traitement de la *kératite vasculaire interstitielle*. Cette affection, abandonnée aux moyens médicaux ordinaires, se prolonge en quelque sorte indéfiniment, et entraîne presque toujours la perte de l'œil.

On sait qu'il n'en est pas de même dans la kératite vasculaire superficielle : l'excision et la cautérisation des vaisseaux forment deux méthodes de traitement dont l'efficacité est loin d'être révoquée en doute.

Dans la kératite vasculaire interstitielle, le but à atteindre est le même, l'oblitération des vaisseaux; tout le monde le savait, mais personne n'ignorait aussi que l'*excision et la cautérisation* sont tout à fait inapplicables dans l'espèce.

L'idée m'est venue de pratiquer une nouvelle opération très-simple d'ailleurs, bien que d'une exécution assez délicate. Cette opération, qui m'a très-bien réussi, n'est autre que la *scarification* des vaisseaux disséminés dans l'épaisseur même de la cornée.

Le malade et le chirurgien sont placés en face l'un de l'autre; un aide relève la paupière supérieure pendant que l'opérateur abaisse lui-même la paupière inférieure; si besoin est, on immobilise l'œil avec une pince destinée à saisir un repli de la conjonctive.

L'instrument dont je me sers ressemble beaucoup à l'aiguille à cataracte ordinaire; tenu comme une plume à écrire, il est présenté en regard de l'œil et prêt à agir; le lieu d'élection pour scarifier les vaisseaux est la circonférence de la cornée et à peu de distance de la sclérotique : là, en effet, on atteint le tronc vasculaire avant les divisions et subdivisions qu'il fournit.

Pour ouvrir le vaisseau *parallèlement à sa longueur*, on imprime au fer de lance de légers mouvements de va-et-vient, de manière à intéresser la cornée, en quelque sorte lamelle par lamelle; la longueur de l'incision est d'environ 3 millimètres.

L'opération est terminée dès que l'on a suffisamment incisé le vaisseau, ce dont on s'aperçoit, dans quelques cas, à l'écoulement d'une petite nappe de sang à la surface de l'œil.

Une précaution qui me paraît importante, *pour éviter la perforation de la cornée*, est de présenter toujours le fer de lance obliquement à la surface de cette membrane, de manière à agir par l'un de ses bords tranchants et non par sa pointe.

On peut pratiquer à différents jours d'intervalle la scarification des vaisseaux de la cornée, dans le but d'éviter une réaction trop vive. Toutefois, cette réaction elle-même n'est guère à redouter, et j'ajoute avec confiance qu'elle serait plutôt favorable que nuisible pour le résultat que l'on se propose, l'inflammation adhésive des ramifications vasculaires.

Le 5 juin dernier, le docteur Body, médecin à Champeaux (Seine-et-Marne), m'adressa l'un de ses malades, âgé de 52 ans, atteint d'une kératite vasculaire interstitielle. Cette affection chronique avait succédé à une irido-kératite aiguë des plus intenses. Quatre troncs principaux partant de la circonférence de la cornée alimentaient le réseau vasculaire qui existait dans l'épaisseur même de cette membrane. La scarification indiquée plus haut fut pratiquée successivement sur chacun de ces vaisseaux; j'ai même été obligé de répéter plusieurs fois la même opération sur le même vaisseau. Le traitement a duré un mois, et le malade était en bonne voie de guérison lorsqu'il a quitté Paris. Je l'ai revu, il y a quelques jours, c'est-à-dire sept mois environ après l'opération; les vaisseaux oblitérés ont disparu d'une manière complète; la cornée a repris sa transparence normale. Tous les accidents qui accompagnaient la kératite vasculaire interstitielle ont disparu avec elle.

Sur le mécanisme de l'étranglement intestinal par nœud diverticulaire.

M. le docteur J. Parise lit un mémoire sur le mécanisme de l'étranglement intestinal par nœud diverticulaire.

L'auteur s'est proposé, dans ce mémoire, d'étudier le mécanisme de l'étranglement par nœud diverticulaire, c'est-à-dire de celui qui est le résultat d'un nœud plus ou moins compliqué, formé par un diverticulaire intestinal.

Le rôle des diverticules dans les étranglements varie, d'après l'auteur, selon qu'il se rapporte à l'une ou à l'autre des circonstances suivantes. Dans un cas, le diverticule saisit une anse intestinale et forme avec elle un nœud simple à rosette c'est : l'étranglement par nœud diverticulaire à anse simple dans un second cas, deux anses sont engagées dans le nœud, dont la formation est beaucoup plus difficile à comprendre : c'est l'étranglement par nœud diverticulaire à anse double.

L'auteur rapporte cinq observations détaillées, dont quatre appartiennent à la première catégorie, et une, qui est unique dans la science, à la seconde; puis il étudie le mécanisme de ces étranglements.

Deux conditions anatomiques sont nécessaires à la production de l'étranglement diverticulaire : 1° une certaine longeur du diverticule, 8 à 9 centi-

mètres au moins; 2° un calibre assez grand à son extrémité libre. Il faut, en effet, que le diverticule soit assez long pour embrasser une anse intestinale; il faut aussi que son extrémité puisse se dilater en ampoule pour constituer le renflement fixateur. La première condition est nécessaire à la formation du nœud; la seconde à sa solidité.

Quant aux conditions physiologiques favorables à la formation du nœud diverticulaire, il faut sans doute les chercher dans les mouvements irréguliers et de l'intestin lui-même et de son appendice, mouvements combinés avec des impulsions extérieures, avec des ballottements, avec certaines pressions des muscles abdominaux.

Pour former le nœud diverticulaire à anse simple, le diverticule saisit l'anse intestinale qui lui est immédiatement supérieure ou inférieure, en contourne le pédicule, passe au-dessous de son origine et s'évase en ampoule. Le diverticule, avec l'anse qu'il étreint, constitue un véritable nœud simple à rosette.

Le nœud diverticulaire à anse double embrasse deux anses d'intestin, l'une immédiatement supérieure, l'autre immédiatement inférieure à l'origine du diverticule. Ces deux anses n'ont pas un rôle également important dans le mécanisme de l'étranglement; l'une est essentielle, l'autre n'est qu'accessoire.

L'auteur exprime la production de ce mode d'étranglement par la formule suivante: «L'anse rotatoire, préalablement enroulée sur son pédicule, saisit » avec son diverticule l'anse nodale et forme avec elle un nœud simple à » rosette.

Voici en résumé les conclusions par lesquelles l'auteur résume ce mémoire:

1° Les diverticules de l'iléon peuvent se nouer autour de l'intestin et l'étrangler: c'est l'étranglement par nœud diverticulaire;

2° Cet étranglement se présente sous deux formes, selon qu'il est à anse simple ou à anse double;

3° Dans la première forme, le diverticule contourne le pédicule d'une anse intestinale et constitue avec cette anse un nœud simple à rosette;

4° Dans la deuxième, deux anses sont étranglées, l'une supérieure, l'autre inférieure à l'origine du diverticule; de ces deux anses, l'une entre dans le nœud par une rotation préalable (anse rotatoire), l'autre se noue avec le diverticule comme dans la première forme (anse nodale);

5° Dans les deux cas, la solidité du nœud est due à la dilatation ampullaire de l'extrémité libre du diverticule: cette ampoule est la clef de l'étranglement;

6° Les accidents qui en résultent sont ceux des étranglements internes; leur début est brusque, leur marche rapide, leur terminaison constamment funeste;

7° Manifestation brusque des accidents, douleur fixe dans le côté droit de l'abdomen, entre l'ombilic et le cæcum; ballonnement limité à cette région; absence de toute circonstance capable de faire croire à l'existence de corps étrangers, de brides pseudo-membraneuses, de rétrécissements organiques, d'invagination, etc.: tels sont les signes qui peuvent faire présumer l'étranglement diverticulaire.

8° L'étranglement par nœud diverticulaire, comme tout étranglement interne proprement dit, quelle qu'en soit la nature, s'il suit une marche rapide, est au-dessus des ressources de l'art.

9° Si sa marche est moins rapide, s'il est probable qu'il a son siége à la partie inférieure de l'iléon, et si la péritonite n'est pas encore généralisée, il y a indication d'opérer.

10° C'est dans ces circonstances que la gastrotomie *régularisée*, ainsi que je l'exposerai, me paraît applicable.

(L'auteur se propose, dans un deuxième mémoire, de soumettre à l'Académie un procédé nouveau de gastrotomie qui lui a été suggéré par l'étude attentive des faits qui sont l'objet de la présente communication. (Comm.: MM. Jobert, Michel Lévy et Malgaigne.)

DE L'EXALTATION DE L'OUÏE DANS LA PARALYSIE DU NERF FACIAL.—DE L'AMAUROSE DANS L'ALBUMINURIE.

M. Landouzy fait verbalement, sur ces deux sujets, la communication suivante:

Depuis le travail que j'ai adressé à l'Académie sur l'exaltation de l'ouïe du côté paralysé, dans la paralysie du nerf facial, j'ai eu l'occasion d'observer deux nouveaux faits, et la difficulté qu'a éprouvée un médecin distingué, à constater ce symptôme dans l'un de ces cas, m'engage à dire quelques mots sur le meilleur procédé à employer pour déterminer nettement l'existence de l'hypercousie dans les cas où elle n'est pas évidente de prime-abord. Je rappellerai d'abord que j'ai consigné dans mon mémoire huit observations, dont deux ont trait à des médecins affectés eux-mêmes de paralysie de la septième paire (M. le professeur Roux et M. le docteur Duval, médecin de l'Hôtel-Dieu de Reims); que le dernier fait m'a été adressé par notre savant collègue M. Larrey, et que, dans ces huit cas, l'hypercousie s'est manifestée de la manière la plus précise, la plus constante et la plus régulière du côté paralysé.

Je ne reviendrai pas sur les explications physiologiques ni sur les applications cliniques de ce nouveau phénomène, car ces données sont traitées avec détail dans mon mémoire; le seul point sur lequel je veux appeler l'attention de l'Académie, c'est la constatation du symptôme. En effet, si dans les premiers jours de l'hémiplégie cette exaltation de l'ouïe est assez intense pour se manifester sous l'influence des bruits ordinaires ou des sons un peu forts, il n'en est plus de même après cette première période. Mais l'exaltation, quoique latente alors, n'en existe pas moins, et pour la déterminer d'une manière catégorique, il suffit d'impressionner l'ouïe par un bruit éclatant. Ce bruit devra être d'autant plus intense qu'on s'éloignera davantage du début de l'hémiplégie.

Lors donc que les bruits ordinaires sont insuffisants, je fais détoner derrière le malade une simple capsule fulminante. Si cette détonation est insuffisante, je fais tirer un coup de pistolet chargé à poudre. Quelquefois, au bout de quinze jours, l'hypercousie est déjà tellement éteinte qu'elle ne se manifeste pas même sous cette dernière influence; d'autres fois la simple détonation d'une capsule permet de la constater encore au bout de trois mois.

Ce nouveau symptôme m'a paru assez important pour qu'il ne fût pas inutile d'indiquer à l'Académie le meilleur moyen de le constater d'une manière rigoureuse.

Je profite de la bienveillante attention que vent bien me prêter l'Académie pour lui rappeler une autre communication relative à la néphrite albumineuse.

Les nombreux faits publiés depuis mon mémoire mettent hors de doute aujourd'hui la coexistence de l'amaurose et de la néphrite albumineuse.

Hier encore M. Arrhonson signalait, dans les mémoires de l'Académie de Strasbourg, de nouvelles observations à l'appui des miennes, et tout à l'heure, en entrant en séance, M. Robert, notre savant collègue, me citait deux cas d'amaurose albuminurique prise d'abord pour une amaurose simple.

Le seul fait que je veuille exposer aujourd'hui, c'est le trouble de la vue coexistant avec l'albuminurie cantharidienne. J'avais prévu cette circonstance dans mon dernier travail, et je possède maintenant plusieurs observations dans lesquelles les troubles de la vue les plus manifestes surviennent sous l'influence de larges vésicatoires appliqués à la région lombaire.

Cette amaurose, déterminée par l'albuminurie cantharidienne, disparaît dans l'intervalle de quelques heures à quelques jours, et un fait important à noter, c'est qu'elle existe encore après la disparition de l'albumine dans le sang.

M. Bérard: Le fait de l'exaltation de l'ouïe dans l'hémiplégie faciale, signalé par M. Landouzy, est très-intéressant; mais je ne crois pas qu'on puisse admettre l'explication qu'il donne de ce phénomène. D'après M. Landouzy, cette exaltation de l'ouïe serait le résultat du relâchement de la membrane du tympan par suite de la paralysie du muscle interne du marteau. Ce phénomène se trouverait ainsi placé sous l'influence de la lésion du nerf de Wrisberg, qui, suivant M. Landouzy, animerait ce muscle. Mais il faudrait, dans cette hypothèse, que le nerf de Wrisberg fût un nerf de mouvement; or il existe un assez grand nombre de faits dans la science qui tendent à établir que ce filet est plutôt un nerf du sentiment. C'est ce qui résulte, en particulier, des expériences récentes de M. Duchenne (de Boulogne). L'explication de M. Landouzy me paraît donc tout au moins contestable.

M. Roux rappelle qu'il a été atteint lui-même, dans le temps, d'une paralysie faciale durant laquelle il fut frappé d'une exaltation particulière de l'ouïe, qui se compliquait d'une sensation désagréable dans le côté correspondant de la langue. Ayant communiqué, à cette époque, cette particularité à Béclard, ce savant anatomiste considéra alors ce fait comme unique dans la science. J'ai eu l'occasion, ajoute M. Roux, de constater depuis lors ce phénomène chez quelques malades atteints de paralysie faciale, mais il ne m'a pas paru qu'il fût constant.

M. Ricord: J'ai eu de fréquentes occasions d'observer la paralysie faciale chez des vénériens chez qui elle est très-commune. Je n'en ai jamais rencontré un seul qui ait accusé l'exaltation de l'ouïe; chez quelques-uns, au contraire, j'ai constaté de la surdité, ainsi que l'altération particulière du goût dont a parlé M. Roux.

M. Landouzy: C'est au point de vue purement pathologique que j'ai envisagé l'exaltation de l'ouïe, de sorte que je n'attache aucune importance à la théorie physiologique que j'ai adoptée pour l'expliquer. Je dirai cependant que l'attribution donnée par M. Bérard à la corde du tympan ne détruit nullement celle que M. Longet donne au nerf intermédiaire, et que quel que soit le nerf moteur du muscle interne du marteau, qu'il procède de l'intermédiaire ou qu'il procède de la cinquième paire, ou même de la septième, il suffit que ce muscle soit paralysé pour qu'il survienne une exaltation de l'ouïe.

Quant aux faits que vient de citer M. Ricord, ils n'infirment en rien ce que j'ai dit. M. Ricord, en effet, parle de cas dans lesquels existe une compression cérébrale; j'ai commencé par les exclure et par dire que je ne parlais que de l'hémiplégie exempte de toute influence cérébrale. M. Ricord parle d'hémiplégies produites ou par des caries, ou par des nécroses, ou par un vice syphilitique; je ne parle que d'hémiplégies faciales simples, c'est-à-dire dans lesquelles la septième paire est seule paralysée. Il est bien évident que si la huitième paire est également atteinte, il y aura au lieu de l'hypercousie une diminution de l'ouïe qui pourra aller jusqu'à la surdité.

RACHITISME DU FOETUS.

M. Depaul, candidat à la place vacante dans la section d'accouchements, lit un travail qui a pour titre: Mémoire sur une maladie spéciale du système osseux, développée pendant la vie intra-utérine, et qui est généralement décrite sous le nom de rachitisme. Vu l'étendue de ce travail, l'auteur n'en fait connaître à la lecture que les points principaux qui se résument dans les conclusions suivantes:

1° Les altérations que peut subir le squelette pendant la vie intra-utérine ont des origines très-diverses.

2° Celles qui ont été généralement décrites sous le nom de rachitisme congénital ne paraissent pas avoir le même point de départ que celles qui caractérisent le rachitisme qui se développe après la naissance.

3° La forme et la direction des courbures, la structure intime des os, etc., tout se réunit pour établir une ligne de démarcation bien tranchée.

4° Tandis que, dans la maladie développée pendant la vie fœtale, tout s'explique par l'absence ou l'irrégularité du dépôt de la matière calcaire, dans le véritable rachitisme, l'état morbide s'adresse à des os déjà en grande partie constitués, trouble momentanément la marche régulière de leur développement et

leur fait subir un ramollissement notable qui peut être considéré comme la cause première des déviations qu'ils subissent.

5° Les émotions morales de la mère, aussi bien que son imagination, sont sans influence directe sur les vices de conformation qui nous occupent. Une superstition et une crédulité qui ne sont plus de notre époque ont pu seules propager et entretenir une opinion contraire.

6° On ne peut les rattacher non plus à des lésions des centres nerveux et à des rétractions musculaires qui en seraient la conséquence, quoiqu'il me paraisse incontestable qu'un grand nombre de déviations osseuses congénitales aient une pareille origine

7° D'après les faits consignés dans la science, la santé de la mère est tout à fait étrangère à leur développement. Dans aucun cas on n'a constaté l'existence des scrofules, du rachitisme ou de la syphilis.

8° Il est bon de noter toutefois que, dans plusieurs circonstances, la maladie s'est manifestée dans des grossesses gémellaires, et cette particularité n'est probablement pas étrangère à sa production.

9° Les faits qui ont été donnés comme des exemples de fractures congénitales ont été mal interprétés; ils ne sont qu'une variété d'une seule et même lésion, et s'expliquent par l'absence complète, mais limitée, du dépôt de la matière calcaire, qui, dans certains points, au contraire, peut s'effectuer avec exubérance et constituer des renflements qu'on a eu tort de donner comme la preuve d'un travail de consolidation.

10° Les altérations du squelette qui font l'objet de ce mémoire sont beaucoup plus fréquentes qu'on ne le croit généralement; j'en connais maintenant près de 40 observations, et je ne doute pas qu'en cherchant encore on ne parvînt à en grossir la liste.

11° Elles ne sont pas graves seulement par les changements qu'elles apportent dans la conformation des membres, mais elles peuvent, en déformant la poitrine, empêcher les phénomènes mécaniques de la respiration, et en privant le cerveau d'une protection convenable, l'exposer à des lésions qui ne permettront pas à la vie extérieure de s'établir. (Comm. : MM. P. Dubois, Danyau et J. Guérin.)

— M. Bouillaud commence la lecture d'un rapport sur la suite des communications de MM. Homolle et Quevenne relatives à la digitaline. La suite de la lecture, vu l'heure avancée, est remise à la prochaine séance.

— La séance est levée à cinq heures.

BIBLIOGRAPHIE.

De l'existence habituelle de l'urée et de l'acide hippurique dans le sang normal de l'homme. (Thèse inaugurale); par M. Paul Hervier.

Nous l'avons dit plus d'une fois, l'hématologie, qui ne peut guère porter que sur des quantités et n'atteint que très-indirectement la qualité, qui en outre constate plus souvent les résultats des causes morbides que les causes elles-mêmes, l'hématologie n'a qu'une importance limitée. C'est pour nous une raison de plus de lui rendre en toute occasion la justice qui lui est due. On peut se faire aujourd'hui une idée assez exacte des services qu'est appelée à rendre à la physiologie, à la pathologie et à la thérapeutique la détermination des quantités proportionnelles des éléments constituants du sang : sérum, fibrine, albumine, globules. Les travaux poursuivis sur ce point sont nombreux; ils ont acquis un notable degré dépréciation : on peut donc apprécier leur valeur. Il ne faut pas l'exagérer; mais il y aurait peu d'équité et de sens à la dédaigner. Le sang, après tout, est de tous les organes celui qui, primitivement ou consécutivement, activement ou passivement, doit jouer le plus grand rôle dans les maladies; les changements physiques et chimiques qui s'y opèrent donnent jusqu'ici la meilleure définition de ce rôle, et ils sont par cela même aussi utiles pour le moins à connaître que toutes ces variations de couleur, de volume, de consistance ou de texture qui forment le bagage de l'anatomie pathologique.

Depuis quelque temps l'hématologie essaye de faire un nouveau pas. Instruite des changements que subissent, dans les maladies, les parties essentielles ou constituantes du sang, elle veut connaître plus à fond sa composition normale et anormale, elle veut déterminer la nature et la qualité de tous ses principes, en quelque petite quantité qu'ils s'y trouvent. C'est particulièrement l'objet des recherches de MM. Verdeil et Dollfus, dont la première partie a été communiquée à l'Académie des sciences en juin dernier. Ils ont pensé avec raison qu'un phénomène chimique, de très-minime importance quant aux quantités engagées dans l'opération, pouvait en avoir une très-grande au point de vue physiologique et pathologique. Le résultat de ces études n'est pas encore considérable; mais, tel qu'il est, il n'est pas de nature à décourager.

C'est aussi « à rechercher dans le sang des principes immédiats autres que ceux qui y sont connus, » que s'applique M. Hervier, dont la confiance dans l'hématologie et dans l'anatomie pathologique en général nous paraît, soit dit en passant, un peu exagérée. On ne sait pas positivement si l'urée, l'acide hippurique, la créatine, la créatinine, l'acide urique et les matériaux de la bile font partie du sang *normal* de l'homme. L'auteur paraît s'être proposé d'étendre à tous ces points son investigation ; mais le présent travail ne concerne que l'urée.

L'urée a été trouvée chez l'homme dans plusieurs liquides autres que le sang, ou dans l'épaisseur des tissus, à l'état de concrétion. L'auteur rappelle l'urate de soude dans les tophus, l'acide urique dans les sueurs, l'urée dans la matière des vomissements (Nysten) ; la même substance dans un liquide qu'un malade perdait à la fois par l'oreille, la mamelle et l'ombilic (Salmon Arnold) ; dans les humeurs de l'œil (Millon), dans la sérosité des hydropiques par maladie de Bright (Guibourt, Christison, etc.). Tout récemment encore, M. Regnauld, professeur agrégé de la Faculté de médecine de Paris, en a trouvé dans le liquide amniotique (voir Gazette médicale, 1850, p. 616). On a aussi constaté la présence de l'urée dans le sang lui-même, chez des chlorotiques (Marchand) et chez des sujets atteints de maladies des reins (Grégory). Le docteur Constancio en a trouvé dans le sang menstruel.

Tous ces résultats, comme on voit, sont relatifs à des cas pathologiques, et ne peuvent résoudre la question de l'existence de l'urée dans le sang humain à l'état normal. Bien que le fait ait été affirmé par quelques auteurs, il n'a pas encore été démontré. On serait d'autant plus fondé à en faire le sujet de recherches directes que, dans le travail rappelé tout à l'heure, MM. Verdeil et Dollfus sont parvenus à obtenir l'urée du sang de bœufs *bien portants*, en agissant sur de grandes quantités de liquide. Ce résultat, autrement significatif que la constatation du même principe dans le sang de chiens auxquels on a préalablement enlevé les reins (Prévost et Dumas), constitue une forte présomption en faveur de l'existence de l'urée dans le sang normal de l'homme; mais il manque la preuve expérimentale.

M. Hervier ne la donne pas encore ; car ses expériences portent sur le sang de trois individus affectés, l'un de rhumatisme articulaire, l'autre de pneumonie, le troisième d'un érysipèle. C'est donc surtout comme addition aux faits pathologiques connus et comme élément nouveau de probabilité en faveur du fait physiologique, qu'elles méritent d'être notées. Elles ont été faites dans le laboratoire même de MM. Verdeil et Dollfus, et à l'aide de leur procédé d'analyse. Bien que nous ayons décrit ce procédé à la page 439 du dernier tome de la Gazette Médicale, nous croyons utile de rappeler, pour l'intelligence du sujet, les différents temps de l'opération.

On commence par éliminer la fibrine; puis on mélange le sang défibriné avec son volume d'eau distillée et l'on chauffe au bain-marie jusqu'à coagulation de l'albumine et de la matière colorante. Filtration de la masse sur un linge. Evaporation au bain-marie du liquide filtré, jusqu'à consistance sirupeuse. On laisse refroidir. Addition d'alcool qui précipite des chlorures, des phosphates et une matière que M. Verdeil considère comme de l'albumine modifiée (albuminose de M. Mialhe). On laisse reposer la solution alcoolique pendant vingt-quatre ou trente-six heures ; puis on distille. L'alcool ainsi dégagé, on verse sur la liqueur concentrée de l'acide sulfurique très-dilué. Il se forme une substance insoluble qui nage à la surface du liquide et qui présente au microscope des globules graisseux d'oléate de soude et des cristaux imparfaitement déterminés. On filtre de nouveau pour enlever la matière grasse et l'on neutralise l'excès d'acide sulfurique par du carbonate de chaux ; puis on évapore à siccité et dans le vide sur l'acide sulfurique.

Il s'agit enfin d'extraire l'*urée* de cette masse parfaitement desséchée. Pour cela, il suffit d'y verser de l'alcool absolu froid, qui n'entraîne que ce principe. On le reconnaît au moyen du microscope en formant, à l'aide des acides oxaliques et azotique, des cristaux d'oxalate et d'azotate d'urée. Les cristaux obtenus par l'auteur ont été examinés par M. Ch. Robin et reconnus par lui identiques à ceux qu'il avait trouvés dans l'urine de l'homme (Gaz. Méd., 1850, p. 331).

L'urée a pu être ainsi constatée dans 250 grammes de sang seulement.

Nous le répétons, ces expériences ne décident pas encore la question physiologique, et à cet égard, l'auteur a eu tort peut-être d'annoncer comme un fait avéré « l'existence *habituelle* de l'urée et de l'acide hippurique dans le sang *normal* de l'homme.» La probabilité, comme nous le disions, est très-grande; elle s'accroît encore par les nouvelles expériences de l'auteur ; mais elle n'équivaut pas à la certitude. Il serait bon aussi, dans les recherches ultérieures, d'analyser, en même temps que le sang et chez le même individu, les autres liquides principaux de l'économie, particulièrement l'urine. Pour être en droit d'affirmer que l'urée trouvée dans le sang y est à titre de principe *habituel* ou *normal*, il faut avoir constaté qu'il n'a pas disparu du liquide urinaire où il est avéré qu'il entre physiologiquement. Il restera ensuite à déterminer les applications du fait chimique à la physiologie et à la thérapeutique; ce qui ne sera pas la besogne la moins difficile.

A. Dechambre.

Le rédacteur en chef, JULES GUÉRIN.

REVUE HEBDOMADAIRE.

ACADÉMIE DE MÉDECINE. — ACTION DE LA DIGITALINE.

Les honneurs de la dernière séance de l'Académie de médecine ont été pour M. Bouchardat, qui a entamé par une remarquable lecture la discussion depuis longtemps attendue sur le goître et le crétinisme. Contrairement à l'opinion de la commission de Sardaigne, à celle de M. Ferrus, à celle de la plupart des pathologistes modernes, M. Bouchardat attribue, dans la production du goître endémique et du crétinisme, une action prépondérante aux eaux potables. Le lecteur peut prendre dès aujourd'hui connaissance des conclusions de l'honorable académicien ; mais nous ne croyons pas devoir entrer encore dans le débat. Plusieurs orateurs se proposent d'occuper la tribune, quelques-uns armés de volumineux manuscrits. La question sera sans doute remuée à fond. Nous attendrons que le terrain de l'argumentation ait été bien déterminé pour y faire intervenir nos humbles appréciations.

Avant la communication de M. Bouchardat, M. Bouillaud avait lu un long rapport sur un mémoire de MM. Homolle et Quévenne relatif à l'action physiologique et thérapeutique de la digitaline. Ce mémoire ne nous a pas paru ajouter sensiblement aux résultats des précédentes recherches des auteurs, résultats déjà fréquemment communiqués aux Académies, et que la Gazette Médicale a enregistrés. Le rapport lui-même, en apportant à ces données l'autorité d'un observateur expert et de nouvelles expériences, ne les accroît pas beaucoup. Il est à peu près unanimement reconnu que la digitaline exerce sur les mouvements du cœur une action, régulatrice assez souvent, modératrice presque toujours ; en d'autres termes, sous son influence, le nombre des battements cardiaques diminue, et, s'ils étaient irréguliers, ils reviennent au rhythme normal. Les observations de MM. Rayer, Bouchardat, Sandras, Hervieux et autres s'accordent parfaitement, sous ce rapport, avec celles de M. Bouillaud et de MM. Homolle et Quévenne. Depuis assez longtemps, ces deux derniers expérimentateurs se sont efforcés d'établir que la digitaline est le seul principe actif de la digitale, dont elle représente toute l'action physiologique et thérapeutique. Ce qu'on peut dire sur ce point, c'est que les autres principes extraits par eux de la digitale, à savoir la digitalose, le digitalin et la digitalide, administrés ensemble ou séparément, mais sans addition de digitaline, ne paraissent exercer aucune influence sur les mouvements du cœur. Mais cela autorise-t-il à affirmer que les parties de la plante autres que ce dernier principe sont absolument dépourvues de toute action physiologique comme de toute action thérapeutique ? Nous croyons que c'est aller un peu loin. La chimie est une science très-respectable, sans contredit ; elle décompose une substance avec beaucoup de dextérité et lui fait subir toutes sortes de transformations curieuses ; mais il n'est pas bien sûr que les produits qu'elle ramasse dans son alambic ou sur son filtre, additionnés, représentent exactement la substance décomposée ; que, par exemple, les principes appelés digitaline, digitalose, digitalin et digitalide, réunis, équivalent rigoureusement à la poudre de digitale. La preuve, c'est qu'en mettant ensemble tous ces principes, on ne refait pas de la digitale. Voilà pour le côté chimique de la question. Quant à la comparaison des effets physiologiques et thérapeutiques, si la digitale en substance n'est pas en réalité une simple combinaison des principes qu'en extrait la chimie, il est bien possible, théoriquement, qu'elle n'exerce pas exactement la même action que tel ou tel de ces principes ; et, pratiquement, des observateurs recommandables doutent encore qu'une exacte assimilation, sous ce rapport, soit actuellement autorisée par les faits. Puis la digitale n'est peut-être pas uniquement un agent modérateur des battements cardiaques. Des expérimentateurs lui ont, par exemple, attribué des vertus antipériodiques, et M. Bouillaud est de ce nombre. S'il en est ainsi, ce que nous n'osons affirmer, est-on bien certain que cette vertu réside aussi tout entière dans la digitaline ? Et si, par hasard, elle n'y résidait pas tout entière, il ne serait donc pas exact d'attribuer à ce principe toutes les vertus de la plante.

M. le rapporteur n'attribue pas à la digitale une action diurétique très-prononcée. Du moins ne s'est-il expliqué sur ce point qu'avec beaucoup de réserve, exprimant le regret que cette action n'ait pas été *plus exactement déterminée*. Ce regret nous autorise à signaler à l'attention de M. Bouillaud un mémoire publié en 1848 dans les Archives générales de médecine, et dont il nous semble, sauf distraction, qu'il n'a pas parlé dans son historique. Dans ce mémoire, dû à la plume de M. Hervieux, la question de la propriété diurétique de la digitaline se trouve posée dans des termes exacts et étudiée à l'aide d'expériences assez précises. M. Hervieux la résout par l'affirmative.

On a fait remarquer, dans la courte discussion qui a suivi le rapport, que la digitale loin de ralentir les mouvements du cœur les accélère, si elle est administrée à des sujets atteints de phlegmasie ; c'est un fait bon à noter, mais qui n'apprend absolument rien sur la vertu propre, spécifique, du médicament. A parler rigoureusement, la digitale n'accélère *jamais* les battements du cœur ; si un tel effet peut suivre l'administration du remède, ce n'est que par une influence tout à fait indirecte, en mettant en jeu dans l'organisme quelque autre cause d'accélération du pouls. Une expérience physiologique, thérapeutique ou autre, a ses conditions déterminées, obligatoires, rationnelles, en dehors desquelles le résultat obtenu ne saurait être considéré comme l'effet propre et légitime de la cause expérimentée. Nous n'adressons pas cette réflexion à l'honorable membre qui a rappelé le fait en question et qui ne l'envisage pas sans doute autrement que nous ; mais peut-être n'est-elle pas inutile à une époque où, sous prétexte de dévotion à l'*expérience*, on ne s'effraye pas trop de l'impossible et du contradictoire.

Il n'y a rien certes de contradictoire dans l'opinion exprimée par M. Delafond, que la digitale diminue le nombre des respirations en même temps que celui des battements du cœur. Nous craignons bien, au contraire, qu'il n'y ait entre les deux ordres de faits plus de rapport que n'en a soupçonné l'honorable membre, et ce pourrait être encore un thème à dissertation sur les conditions essentielles d'une expérience rigoureuse. Les mouvements respiratoires deviennent moins fréquents après l'administration de la digitale ; mais en même temps la circulation se ralentit. Est-ce à dire que la digitale agit spécifiquement sur les organes respiratoires comme elle agit sur le cœur ? En aucune façon. Il est même extrêmement probable, sinon certain, que le ralentissement de la respiration n'est qu'une conséquence de celui de la circulation centrale, c'est-à-dire, comme tout à l'heure l'accélération du pouls, un effet indirect. On voit, en tout cas, que si l'on ne voulait pas s'en tenir sur ce point à l'induction, et si on en appelait à l'expérience, la question serait loin d'être résolue.

A. Dechambre.

Feuilleton.

MISCELLANÉES.

Quoi qu'en disent certains anatomistes et physiologistes, il est certain qu'il y a en nous une force propre, organisatrice, savante, sans instruction acquise, qui dirige nos fonctions vitales, indépendamment de notre liberté, ou même souvent contre nos volontés particulières. Elle coordonne les actes vitaux, elle établit entre eux des rapports sympathiques dont l'intermédiaire nous échappe ; elle est présente partout, dans la plus petite fibre, comme dans les plus grands organes. Au moyen de cette *conspiration universelle*, elle aperçoit aussitôt le mal dans une partie, elle s'y recueille, pour ainsi dire, afin de combattre, d'expulser, s'il est possible, la cause nuisible à l'intégrité de l'économie. Sans elle, tout s'altère, ou plutôt rien ne s'organise. Au fond, c'est l'harmonie organique qui produit tout, protége tout dans un corps animé. Ainsi les parties constitutives de tous les animaux sont dans un *état de vie* tant que l'animal auquel elles appartiennent y est lui-même en son entier et qu'elles contribuent à le former ; elles participent *à sa vie*, elles ont *de la vie* sans avoir *une vie*. Elles ne sont pas des *êtres vivants*, mais une portion de la machine d'un *être vivant* dont l'animation les met en *état de vie*. Qu'on le croie bien, ces considérations, plus développées, sont plus importantes qu'on ne croit ordinairement dans la pratique.

— Ce qu'il y a de rare, d'infiniment rare dans notre époque, ce sont des hommes qui, comme on en voyait jadis, sacrifiaient tout à la science ; ils avaient un but à atteindre, et leur fortune, leurs forces, leur vie, tout contribuait au sacrifice. Bernard de Palissy, qui du reste s'est moqué si mal à propos des médecins, était un de ces hommes phénomènes. Voulant découvrir je ne sais quelle composition d'émail, il pensa périr à la peine, ce qu'il raconte avec une naïveté pleine de charmes. « J'étois, dit-il, en une telle angoisse, que je ne sçaurais dire, car j'étois tout tari et desséché, à cause de la chaleur du fourneau. Il y avoit plus d'un mois que ma chemise n'avoit séché sur moi ; encore pour me consoler, on se moquoit de moi, etc., etc. » « Aussi, en travaillant à de telles affaires, je me suis trouvé, l'espace de plus de dix ans, si fort écoulé de ma personne, qu'il n'y avoit aucune forme ni apparence de bosse aux bras et aux jambes. Ains étoient mes dictes jambes toutes d'une venue..... et j'allois souvent pourmener dans les prairies de Saintes en considérant mes misères et ennuys, et ce qu'il y a de pire, c'est qu'on se moquoit de moi, etc. » Enviez donc maintenant cette couronne d'épines qui appartient tôt ou tard au génie !

— Il y a certainement, dans la manière de faire des habiles praticiens, de ces choses, *quæ nec dici nec scribi possunt*. J'ai vu Corvisart prescrire des

PATHOLOGIE INTERNE.

DE L'EXALTATION DE L'OUÏE DANS LA PARALYSIE DU NERF FACIAL; par M. H. LANDOUZY, professeur à l'École de médecine de Reims, etc.

Malgré les beaux travaux de Savart et Flourens sur l'audition, de Ch. Bell, Magendie, Bérard, Longet, etc. sur la septième paire, un phénomène curieux et important est resté omis jusqu'à ce jour par les cliniciens, c'est l'exaltation de l'ouïe dans la paralysie du nerf facial.

M. le professeur Roux rendant compte, il y a trente ans, à l'Institut, d'une hémiplégie faciale dont il était lui-même le sujet, avait bien signalé « un ébranlement douloureux de la membrane du tympan par les sons un peu forts; » mais ce fait était resté isolé et l'exaltation de l'ouïe n'avait jamais été notée par aucun pathologiste, comme symptôme de l'hémiplégie faciale, lorsqu'il y a deux ans, j'en fis l'objet d'une communication verbale à la Société médicale de Reims.

Plusieurs observations nouvelles ayant, depuis, confirmé mes premières conclusions, on peut inscrire aujourd'hui l'exaltation de l'ouïe au nombre des signes les plus fréquents et les plus intéressants de l'hémiplégie faciale, indépendante de toute affection cérébrale.

Le premier fait qui frappa mon attention remonte à 1840. Je galvanisais la septième paire chez une femme affectée d'hémiplégie faciale consécutive à l'action d'un courant d'air froid, et la malade ne s'était jamais plainte d'aucune sensibilité de l'ouïe, lorsque remplaçant un jour la pile à auges par la machine de Clarke, je vis madame ... porter tout à coup la main à son oreille, se plaignant d'une sensation douloureuse du côté paralysé.

Je pensai qu'une secousse trop violente avait agi sur le nerf auditif, et je fis ralentir la rotation; la sensibilité diminua, et elle avait cessé en même temps que la galvanisation, lorsque la machine de Clarke, étant mise de nouveau en mouvement pour un amaurotique, la première malade accusa de nouveau une sensation pénible causée par le bruit de la machine du côté paralysé.

Cette douleur, que j'avais attribuée quelques instants auparavant à l'excitation produite par le galvanisme, tenait donc simplement à une exaltation de l'ouïe du côté paralysé.

Je m'expliquai cette exaltation de l'ouïe par une hyperesthésie du nerf auditif, qui pouvait avoir été affecté en même temps que le nerf facial, quoique d'une manière différente, et je me promis d'étudier ce phénomène curieux à la première occasion. Je l'avais presque oublié, lorsque recevant, quelques années après, l'ouvrage de M. Longet (1), j'y trouvai de ce fait une explication physiologique beaucoup plus rationnelle, et je ne doutai pas que s'il avait échappé à l'attention des pathologistes, c'est que l'hémiplégie faciale n'est pas très-fréquente, et que la diminution de l'ouïe paraissant, *à priori*, plus naturelle dans ce cas que l'exaltation, ce dernier phénomène aura été regardé comme un accident spécial au malade plutôt qu'à la maladie.

Effectivement, j'ai observé depuis cette époque cinq autres faits d'hémiplégie faciale; M. Larrey, chirurgien en chef de l'hôpital du Gros-Caillou, vient de m'en adresser un sixième, et, dans ces six nouveaux cas, l'exaltation de l'ouïe a été des plus manifestes du côté paralysé.

OBS. I. — Un voyageur, âgé de 25 ans, vint me consulter le 2 janvier 1846, pour une paralysie de la face datant de huit jours. Ayant couru assez longtemps pour rejoindre la diligence, il avait ouvert le vasistas en remontant en voiture et avait dormi plusieurs heures. Le lendemain matin, il s'aperçoit seulement, en se rasant, qu'il a le côté droit de la figure complétement dévié. Un médecin mandé aussitôt le confirme dans l'idée qu'il est atteint d'une attaque d'apoplexie due à la course qu'il a faite la veille après quelques excès alcooliques; on le saigne immédiatement et on ordonne, les jours suivants, des sangsues à l'anus, des purgatifs, un vésicatoire au bras droit, etc.

Ce traitement n'ayant en rien diminué les symptômes de la paralysie de la face, on engage le malade à retourner à son pays, et, à son passage à Reims, il vint me consulter, offrant tous les signes de l'hémiplégie faciale la mieux caractérisée.

Les traits sont fortement tirés à gauche; le côté droit du front ne peut se plisser ni l'œil droit se fermer complétement. La vue et l'odorat sont à l'état normal; la luette ne paraît éprouver aucune déviation; le goût est manifestement diminué. Quant à l'ouïe, elle est tellement exaltée du côté paralysé, qu'en voiture M. X. est forcé de prier ses compagnons de parler moins haut, tant le bruit des conversations lui est pénible, et qu'à l'hôtel il s'est résigné à prendre ses repas dans sa chambre pour éviter le bruit de la table d'hôte.

Malgré mon désir de faire des épreuves comparatives sur chaque oreille, le malade partant quelques instants après, je n'eus que le temps de le rassurer et de lui écrire quelques conseils.

Je regrettais beaucoup d'avoir échappé cette occasion de posséder une observation complète, lorsque, apprenant qu'un de mes collègues de l'Hôtel-Dieu venait d'être atteint d'une hémiplégie faciale (novembre 1848), je m'empressai de lui demander s'il éprouvait quelque sensation particulière du côté de l'ouïe. Voici sa réponse textuelle :

« J'ai une telle sensibilité de l'ouïe du côté paralysé (côté gauche) que, malgré mon habitude d'entendre les cris des femmes en couche, je suis obligé de me boucher les oreilles ou de me retirer dans une pièce voisine. Il en est de même des cris des enfants, de l'aboiement des chiens et de tous les sons perçants ou exagérés. Ainsi, passant hier dans une rue où arrivait un détachement de garde nationale, j'ai été forcé de retourner sur mes pas pour fuir le bruit du tambour. »

On conçoit l'importance de cette remarque de la part d'un médecin éclairé et dépourvu de toute idée préconçue.

Cette hémiplégie s'était déclarée chez le docteur D., un matin pendant le déjeuner. Elle avait été précédée de violentes douleurs d'oreille, répondant surtout au niveau de l'apophyse mastoïde. Ces douleurs avaient duré environ quatre ou cinq jours, et elles avaient complétement cessé depuis deux jours quand survint l'hémiplégie. Il n'existait aucune diminution dans la sensibilité; aucune modification appréciable du goût ni de l'odorat. Le globe de l'œil était douloureux au toucher et la vue un peu moins bonne.

L'hémiplégie dura six à sept mois; mais au bout de trois mois l'exaltation de l'ouïe avait complétement cessé. Ce dernier symptôme reparut tout à coup, vers le 15 août de cette année, sans récidive de paralysie faciale. Nous reviendrons plus loin sur cette circonstance.

Quelque temps après (février 1849), les internes de l'Hôtel-Dieu m'aver-

(1) ANATOMIE ET PHYSIOLOGIE DU SYSTÈME NERVEUX, t. II, p. 454.

---

traitements qui nous étonnaient, nous confondaient, et les résultats prouvaient la haute sagesse pratique de ses combinaisons. Le danger de cette méthode est la nécessité du succès; or la nature des maladies est si peu connue, si obscure, que ce succès est toujours incertain, et s'il n'a pas lieu, alors le blâme ne manque pas d'arriver.

— Il est connu, il est vulgaire que les passions offusquent le jugement et intervertissent même les sensations; il y a ici une véritable hallucination, et rien n'est plus commun. Un jeune homme pria avec instance Averrhoës de lui accorder sa fille en mariage. Que savez-vous, lui dit ce médecin, si ma fille est belle ou laide? Je le sais, répondit le jeune homme avec enthousiasme. Non, répliqua Averrhoës, je crains que votre *ardeur impétueuse* ne vous ait empêché de la *connaître*.

— Écoutez madame de Sévigné : « Je suis toujours couperosée, dit-elle, et je fais toujours des remèdes; mais comme je suis entre les mains de Bourdelot, qui me purge avec des melons et de la glace, et que tout le monde vient me dire *que cela me tuera*, cette pensée me met dans une telle incertitude, qu'encore que *je me trouve bien* de ce qu'il m'ordonne, je ne le fais encore qu'en tremblant. » Ne reconnaît-on pas là les gens du monde, en fait de médecine, avec leurs opinions erronées, leurs caquets, leurs médisances, leurs propos légers et insolents, enfin leurs décisions tranchantes entées sur leur ignorance?

— La difficulté la plus forte, la moins facile à résoudre en fait de phrénologie, est et sera toujours celle-ci : Comment, avec tant d'organes divers, se fait-il qu'il n'y ait *qu'une seule* conscience de l'être, un seul *moi?* Gall et ses partisans ont répondu à cette écrasante objection, mais comment y ont-ils répondu? De là tant d'erreurs, tant d'inconséquences dans la cranioscopie. Un homme de lettres ayant des prétentions à la phrénologie, il y a près de vingt ans avait eu occasion de voir le crâne du marquis de Sade, cet homme d'exécrable mémoire : selon lui, ce crâne ressemblait à tous les crânes des vieillards; c'était un mélange singulier de crimes et de vertus, de bienfaisance et de crimes, de haine et d'amour. Cette tête que j'ai sous les yeux, ajoute-t-il, est petite, bien conformée: on la prendrait pour la tête d'une femme au premier abord, d'autant plus que les organes de la *tendresse maternelle* et de l'amour des enfants y sont aussi saillants que sur la tête même d'Héloïse, ce modèle de tendresse et d'amour.

— L'habitude du travail fait qu'on arrive au besoin du travail; ce besoin devient peu à peu si vif, si pressant, si actif qu'on y consacre tous les instants de la journée et même une partie des nuits. Cuvier en était arrivé à ce point extrême d'activité intellectuelle. Rester oisif un seul instant lui était impossible. Un jour qu'il posait pour le portrait qui se trouve en tête de l'édition in-4° de son discours sur les révolutions du globe, mademoiselle Duvancel lui lisait les AVENTURES DE NIGEL, par Walter Scott, et il avait près de lui une carte de Londres sur laquelle il suivait toutes les courses du héros.

— Que les jeunes sachent attendre, que les impatients se calment, que les

tirent qu'il y avait, depuis un mois, une paralysie de la face dans les salles de M. le docteur Petit.

Obs. II. — Le sujet était une jeune fille de Pévy, âgée de 9 ans, et qui était entrée à l'hôpital le 24 janvier.

Voici les détails que donne cette enfant sur le commencement de sa maladie : je les transcris textuellement des notes prises devant moi par M. Ondinet, interne du service :

« Le dimanche qui a précédé mon entrée à l'Hôtel-Dieu, ma nourrice (la petite malade est une enfant trouvée) s'est aperçue que j'avais la bouche de travers. Je me portais parfaitement la veille, et je m'étais toujours très-bien portée.

» Je couchais dans un petit cabinet terrassé par un jardin; nous étions deux dans le même lit; j'étais dans la ruelle, et le côté qui s'est paralysé était habituellement tourné contre le mur.

» Le dimanche matin, ma nourrice m'a demandé pourquoi je faisais des grimaces; j'ai répondu que je ne savais pas, que je ne faisais pas de grimaces. Elle m'a montré alors dans un miroir que j'avais la bouche toute tournée, et le médecin qui est venu a déclaré que c'était une paralysie, et qu'il faudrait m'envoyer à l'Hôtel-Dieu. »

— « Avez-vous toujours entendu également bien des deux oreilles? »

— « Aussitôt que j'ai été paralysée, j'avais comme un *carillonnement* dans les oreilles quand on me parlait.

» Dès le premier jour, je demandais à ma nourrice pourquoi elle parlait si haut et pourquoi ça me carillonnait si fort. »

État actuel. — Sensibilité normale dans toute la face; déviation prononcée du côté gauche du visage vers le côté droit, même à l'état de calme complet; déviation beaucoup plus prononcée quand l'enfant parle et surtout quand elle rit; impossibilité de fermer complètement l'œil gauche; larmoiement habituel, surtout sous l'influence de la lumière.

Déviation de la luette du côté non paralysé; déviation de la langue du côté paralysé, malgré les efforts que fait l'enfant, sur nos instances, pour la tirer en ligne droite; mastication difficile; aucune altération appréciable du goût ni de l'odorat; motilité et sensibilité parfaites des membres et de toutes les autres parties du corps.

L'enfant, interrogée de nouveau sur l'état de l'ouïe, répond que la parole, même ordinaire, résonne plus fortement du côté paralysé. Il en est de même du tic-tac d'une grosse montre que j'applique alternativement contre son oreille.

A dessein, je dis à l'enfant qu'elle n'est peut-être pas bien certaine de ce qu'elle rapporte, qu'elle devrait au contraire entendre moins bien du côté de la paralysie; ses réponses sont toujours aussi précises et aussi affirmatives.

Sachant l'hémiplégie déjà ancienne, et ne m'attendant pas à trouver de différence dans l'audition des sons ordinaires, j'avais apporté un pistolet. Une simple capsule est tirée par l'interne derrière l'enfant, à son insu, et immédiatement elle porte la main à l'oreille gauche, se plaignant d'un retentissement beaucoup plus fort de ce côté.

L'épreuve est répétée deux fois avec le même résultat.

Après le troisième coup, l'enfant entend moins distinctement la parole du côté gauche que du côté droit.

Cinq minutes après le troisième coup, le bourdonnement persiste encore du côté gauche et n'existe plus du côté droit.

Dans l'observation suivante, que j'ai prise avec l'aide de M. Decès fils, élève distingué de notre école, l'exaltation de l'ouïe, quoique se manifestant seulement sous l'influence de bruits plus violents, n'a pas été moins tranchée.

Obs. III. — Le nommé F..., âgé de 30 ans, garçon meunier au moulin à eau d'Isles-sur-Suippe, jouissait de la meilleure santé, lorsqu'un soir, à son retour de Reims, où il venait d'assister à l'inauguration de la statue du maréchal Drouet, il s'aperçut qu'il avait le côté droit de la face paralysé.

Il ne sait s'il a été exposé à un courant d'air, s'il a été refroidi, etc.; mais, quoique ses souvenirs soient assez confus, il est certain qu'il n'a éprouvé aucune douleur, et que c'est seulement en se voyant dans la glace, et en mangeant, qu'il s'est aperçu de sa maladie.

Le 5 novembre, le malade, quoique éprouvant déjà une amélioration très-notable, m'est adressé par mon confrère, M. Urban, qui me savait occupé d'un travail sur ce sujet.

État actuel. — Sensibilité et mouvements naturels dans tous les membres; sensibilité égale des deux côtés de la face; sensibilité plus vive de l'œil droit que de l'œil gauche; épiphora à droite; prononciation difficile; déviation très-marquée de la commissure labiale et de l'aile du nez, qui sont fortement tirés à gauche.

Déviation notable des piliers droits, sans déviation de la luette ni de la langue.

Le malade ne peut ni plisser le côté droit du front, ni fermer l'œil droit, ni porter les lèvres à droite, ni souffler, ni siffler.

La mastication est longue, difficile, et F. est obligé de pousser les aliments avec le doigt pour débarrasser les arcades dentaires du côté paralysé. Le goût et l'odorat ne sont pas sensiblement modifiés.

L'ouïe paraît égale des deux côtés; F. a continué ses travaux au moulin sans faire aucune attention au bruit des engrenages.

La détonation d'une capsule derrière lui, dans mon cabinet, produit la même résonnance dans chaque oreille.

Un premier coup de pistolet chargé à poudre produit une résonnance plus forte du côté paralysé.

Cette résonnance exagérée du côté paralysé est beaucoup plus marquée au deuxième et au troisième coup, et produit, dans l'oreille droite seule, un retentissement durable.

Au quatrième et au cinquième coup, il n'y a plus de différence au moment de la détonation, mais le retentissement dure toujours du côté paralysé.

Galvanisation pendant cinq minutes, l'excitateur négatif étant placé au niveau du trou stylo-mastoïdien, le positif étant promené sur tous les muscles animés par la septième paire.

Après la galvanisation, deux coups de pistolet produisent, dans chaque oreille, une résonnance égale, mais le bruissement est toujours beaucoup plus marqué et beaucoup plus durable du côté paralysé.

Le 14 novembre, F. vient me voir. La paralysie a notablement diminué sous l'influence de l'électrisation; cependant la déviation de la commissure labiale est encore prononcée même à l'état de repos complet de la physionomie, et il existe encore plus d'un demi-centimètre de diamètre entre les paupières, malgré les efforts du malade pour les fermer.

Deux coups de pistolet résonnent d'une manière égale dans les deux oreilles, et le retentissement n'est pas plus durable d'un côté que de l'autre.

Voici, en peu de mots, le dernier fait que j'aie eu occasion d'observer.

Obs. IV. — Une enfant de Verzenay, âgée de 7 ans, dont la santé avait toujours été bonne jusqu'alors, ressentit pendant deux jours de violents maux de tête, auxquels on ne put trouver de cause appréciable. Les deux jours suivants s'étaient passés sans aucun malaise, sans aucune souffrance, quand tout à coup elle fut prise, dans l'oreille gauche, de vives douleurs qui durèrent trois jours et trois nuits, et qui furent suivis, le quatrième jour, d'une paralysie du côté gauche de la face.

Aujourd'hui 28 août, c'est-à-dire un mois après le début de la maladie, l'hémiplégie est peu apparente quand la physionomie est à l'état de calme complet;

---

candidats espèrent; j'ai sous les yeux le très-petit *annuaire* de l'Académie de médecine, fait en 1825, et j'ai rayé comme le destin les membres qui n'existent plus; eh bien! ce petit livre semble aujourd'hui un monceau de ratures. Quel abatis! quel cimetière! Combien la mort a hâte de faucher nos pauvres et frêles existences :

Que vous êtes pressante, ô déesse cruelle!
(La Fontaine.)

—Il y a, surtout en médecine, je ne sais quelle fade vulgarité de diction, quel langage aride, sec, nauséabond, qu'ils appellent simplicité de style. Dieu vous en garde, ô mes amis! d'une pareille simplicité! la science et le bon sens assaisonnés d'esprit, voilà le ton vrai, le seul qui obtient le succès et qui le mérite.

— Ceux qui n'ont pas vécu en 93 ne concevront jamais cette épouvantable époque où la France n'avait pas un jour d'assuré devant elle. Jamais ils ne comprendront comment on pouvait vivre et respirer dans cette atmosphère de passions enflammées, de haine, de fange et de sang; dans ce temps où l'on exaltait les bourreaux en maudissant les victimes, lorsqu'on était sous la domination d'une faction politique ayant pour loi sa volonté, pour justice sa colère, et pour moyen de gouvernement l'échafaud. Certains hommes surtout avaient acquis une puissance démesurée, et parmi eux, ce grand coupable Robespierre. Son nom seul faisait frémir, et cependant tout le monde s'adressait à lui à cause de son extrême et fatale influence. Voici les fragments d'une lettre que lui adressa un médecin :

Soissons, 8 ventôse, 2e année de la République française, une et indivisible (26 février 1794).

Lepreux, premier médecin de l'armée de l'intérieur et du camp sous Péronne,

au citoyen Robespierre, représentant.

« Digne montagnard!

» C'est sur ton âme vertueuse et sensible, et vraiment républicaine que je veux » faire retentir une plainte formée par la justice et l'honneur, etc.... » Il termine ainsi : « Continue, brave républicain, ta glorieuse carrière. Abats toutes » les têtes de l'hydre aristocratique; ne fais grâce à aucune. Sois la voix de » celui qui brise les cèdres du Liban, *vox confringentis cedros Libani*. Salut » fraternité. Lepreux. » Or ce même médecin, si amateur de la liberté, devenu plus tard, si je ne me trompe, médecin de l'Hôtel-Dieu à Paris, fit des vers latins où la louange était extraordinairement prodiguée à l'empereur Napoléon, qui en revanche lui accorda la croix de la Légion d'honneur. *E sempre bene*. C'est là ce qu'on a vu et ce qu'on voit encore dans notre cher pays, à travers ces grands mots, ces grandes phrases que des niais ou des dupes nomment la doctrine du *progrès infini de l'humanité*.

— Bordeu est souvent original et plaisant, surtout quand il s'emporte contre les théories de la chimie appliquée à la médecine. « Nos écoles physiques et chimiques, dit-il, ont tout brouillé...; elles ont distrait les observateurs de la route qui les conduisait plus utilement et plus sûrement au but. J'ai vu, dans

mais l'enfant vient-elle à parler, à rire et surtout à pleurer que la difformité reparait avec les signes les plus caractéristiques.

Malgré les efforts de la petite malade pour fermer les yeux, il reste près d'un centimètre d'ouverture entre les paupières du côté paralysé.

La mastication est difficile, en raison du séjour des aliments en dehors des arcades dentaires gauches.

Aucune déviation de la luette, ni des piliers, ni de la langue.

Aucune modification appréciable du goût ni l'odorat (1).

L'ouïe paraît égale des deux côtés pour la perception de la parole et des bruits ordinaires. L'enfant ne s'est pas aperçue de la moindre différence à cet égard, au début de la paralysie ni depuis.

Mon estimable confrère, M. Mozer (de Verzy), qui donne des soins à la malade, et M. A. Mennesson, élève de l'hôpital de Lille, observent avec moi les résultats suivants :

Un coup de pistolet, tiré à deux pas derrière la malade, cause une impression douloureuse seulement du côté paralysé.

Un deuxième coup, chargé un peu plus fortement, produit une impression plus douloureuse encore du même côté.

Un troisième coup produit absolument le même effet.

Cinq minutes après le dernier coup, la résonnance dure du côté de l'hémiplégie; il n'en existe aucun vestige du côté opposé, et elle disparaît complétement quelques minutes après.

L'enfant nous quitte pour assister à une grande revue de la garde nationale. Au moment du passage des tambours d'un bataillon, elle entraîne ses parents d'un autre côté, se plaignant d'une sensation pénible uniquement dans l'oreille gauche.

Le soir, quand l'enfant revient me voir, elle se plaint encore de la persistance de cette sensation.

J'insiste beaucoup sur mes questions, en lui disant qu'ayant entendu pendant plusieurs heures le bruit des tambours (c'était le jour du passage du président de la République), elle doit éprouver du bourdonnement dans les deux oreilles, et elle persiste à assurer qu'elle ne ressent absolument rien dans l'oreille droite.

J'en étais là de mes observations lorsque, parcourant il y a quelques jours le compte rendu d'une séance de la Société médicale du 10e arrondissement de Paris (2), j'y vis que M. H. Larrey avait, dans son service du Gros-Caillou, un militaire affecté d'hémiplégie faciale avec altération du goût et de l'odorat. J'écrivis immédiatement à mon savant confrère, en le priant d'examiner ce malade sous le rapport de l'ouïe, et j'en reçus la réponse suivante :

« .... Je m'empresse de vous adresser l'observation que vous voulez » bien me demander et que je voudrais vous offrir avec plus de développe» ment. Elle laisse à désirer sous quelques rapports, parce que mon aide » de clinique, M. Savy, qui l'a recueillie, a été forcé de quitter le service » pendant un mois; mais bien qu'elle soit incomplète, *elle vous suffira*, » *j'espère, pour confirmer la remarque intéressante que vous avez* » *faite sur l'exaltation de l'ouïe du côté paralysé de la face.* Ce phé» nomène avait singulièrement frappé mon attention, lorsque j'ai, à plu» sieurs reprises, insisté auprès du malade, pour en constater la réalité. Je » regrette seulement de ne pouvoir plus faire les expériences de détonation » que vous me conseillez, puisque le malade est sorti de l'hôpital au mois » de juin. Il était, sinon guéri, du moins en voie de guérison assez pro» noncée, pour que l'hémiplégie restât peu appréciable, en même temps » que la faculté auditive avait recouvré à peu près son état normal.

» Voilà, mon cher confrère, ce que je puis ajouter à la note ci-jointe. »

» HÉMIPLÉGIE FACIALE.

» OBS. V. — Thévenin, soldat au 25e de ligne, entré à l'hôpital du Gros-Caillou le 25 avril 1850 (service de M. Larrey). Ce militaire était atteint d'une carie dentaire pour laquelle on lui a enlevé deux dents six semaines avant son entrée à l'hôpital. Depuis lors, et sans autre cause appréciable, il est survenu une paralysie complète du côté droit de la face. La maladie a débuté brusquement; elle a existé quelques heures sans que le malade en ait eu conscience; ses amis l'en ont fait apercevoir. Il n'a ressenti ni malaise, ni céphalalgie, ni douleur; seulement la région parotidienne du côté droit est sensible et un peu tuméfiée.

» Tous les muscles du côté droit de la face, auxquels le nerf de la septième paire fournit des rameaux, sont plus ou moins affectés; ainsi le muscle sourcilier et la partie antérieure de l'occipito-frontal, cessant de se contracter, on remarque que le sourcil est situé plus bas que celui du côté opposé, et qu'il est incliné vers la ligne médiane; la moitié correspondante du front ne peut plus se rider. Le muscle orbiculaire de la paupière étant aussi paralysé ne peut plus contre-balancer l'action de l'élévateur; aussi le malade cesse de pouvoir clore l'œil; la paupière supérieure s'abaisse davantage, et l'inférieure se renverse légèrement en dehors; il suit de là que les points lacrymaux, l'inférieur surtout, étant parfois déviés, il existe un épiphora. Tous les muscles qui meuvent le nez participent à la paralysie. La narine du côté droit est privée de tout mouvement et ne peut plus se dilater pendant les inspirations. La lèvre supérieure du côté droit est un peu tuméfiée, mais sans déviation. La langue a conservé sa forme et sa direction normales; la moitié droite de cet organe a perdu toute sensation de sapidité; le malade accuse de la fraîcheur dans cette partie.

» *Une particularité à noter dans cette observation, c'est l'exaltation de l'ouïe; depuis le développement de la paralysie, l'ouïe a acquis une finesse très-grande, le malade perçoit les moindres bruits à une grande distance.*

» Thévenin est d'un tempérament sanguin; il n'a jamais eu d'affection syphilitique; il a été atteint, peu de temps après son entrée au service, d'une carie vertébrale pour laquelle il a été soigné à l'hospice de Lyon et dont il ne reste aucune trace.

» Traitement : Saignée de 400 grammes; ventouses scarifiées, vésicatoires et moxas à la nuque; sangsues derrière les oreilles; vésicatoires à la région temporale; fumigations émollientes dans la bouche et sur le côté de la face paralysé; embrocations huileuses, léger massage, etc.

» Le malade sort du Gros-Caillou, en voie de guérison, dans le courant de juin. »

Voilà donc, en y comprenant, quoique rétrospectives, les observations de M. Roux et de ma première malade, 8 cas d'hémiplégie faciale, dans lesquels l'exaltation de l'ouïe s'est manifestée de la manière la plus précise, la plus constante et la plus régulière du côté paralysé.

(La fin au prochain numéro.)

(1) Mes recherches ne portant pas sur ce point délicat de l'histoire de l'hémiplégie faciale, je m'en suis rapporté simplement à la déclaration des malades, sans faire aucune de ces expériences qui exigent du temps, de la précision, et dont il eût été difficile d'ailleurs de tirer des conclusions certaines chez les deux petites filles. Il faudrait donc n'invoquer qu'avec réserve mes observations, sous le rapport de l'état du goût et de l'odorat dans la paralysie de la septième paire, et ne considérer ces résultats que comme l'expression des sensations ordinaires des malades.

(2) UNION MÉDICALE du 24 septembre 1850.

mon enfance, vilipender jusqu'au langage des anciens qui avaient peint la nature; et les plus acharnés contre eux, n'étaient que des polissons ou de petits *scioles* qui jamais n'avaient vu un malade.» Mais que dirait Bordeu aujourd'hui? Combien est augmenté le nombre de ces petits *scioles* qui avec la physique et la chimie se moquent hardiment des anciens!

— Voici une assez curieuse statistique des dépenses d'un fumeur. Un fumeur ordinaire brûle par jour 15 centimes de tabac, soit par mois 4 fr. 50 c.; il use quatre paquets d'allumettes chimiques à 5 c., et 20 c., et trois pipes au moins par mois, ci 15 c.; total : 4 fr. 85 c. ou 58 fr. 20 c. par an, sans compter le temps perdu et les vêtements brûlés. Si une famille est composée d'un père et de deux fils fumeurs, voilà une dépense annuelle de 174 fr. 60 c. en fumée. Cette somme payerait 1,746 livres de pain à 2 sous la livre; c'est la nourriture de quatre enfants. Sait-on le revenu que fait chaque année à l'État les fumeurs, les priseurs, les chiqueurs? *Cent deux millions de francs.* Ce calcul peut être vrai; mais si d'un autre côté, on met en regard que cette pipe ou ce cigare combat sans cesse ce perpétuel ennemi du genre humain, ce monstre qui s'appelle l'*ennui*, on concevra que la question se présente sous une tout autre face. Il ne s'agit point ici de cet ennui profond qui parfois conduit au suicide et sur lequel M. Brierre de Boismont a si savamment disserté, mais de cet ennui quotidien qui s'empare de vous à chaque instant, sans cause connue, et que madame de Staël nomme si bien *une diminution de la vie.* Certes celui-là on le combat assez heureusement avec le vin, avec l'opium, avec le bétel et surtout avec le tabac; l'abus seul est à redouter. Si à côté du calcul précédent, on mettait en regard la douce ivresse, les sensations agréables, les illusions produites par ce léger excitement du cerveau résultat assuré que produit le tabac, on trouverait que le profit est encore immense. Demandez à un fumeur en quoi consiste le plaisir qu'il éprouve en aspirant quelques gorgées d'une fumée âcre, fournie par une *herbe puante*, comme l'appelait Jacques II, il repondra : Je ne sais et je ne puis m'en passer. Sa pipe est son remède, son espérance, sa consolation contre ces petits maux si multipliés, si agaçants de la vie journalière. Un vieux poëte français, Charleval, a parfaitement exprimé ces pensées dans une pièce de vers que les amateurs de tabac me sauront peut-être gré d'insérer ici :

Doux charme de ma solitude,
Charmante pipe, ardent fourneau,
Qui purge d'humeurs mon cerveau,
Et mon esprit d'inquiétude,
Tabac dont mon âme est ravie,
Quand je te vois te perdre en l'air,
Aussi promptement qu'un éclair,
Je vois l'image de la vie.

Tu remets dans mon souvenir
Ce qu'un jour je dois devenir,
N'étant qu'une cendre animée;
Et tout confus, je m'aperçoi,
Que courant après ta fumée,
Je passe aussi vite que toi.

OBSTÉTRIQUE.

CONVIENT-IL DE SUBSTITUER LA VERSION PELVIENNE AU FORCEPS, DANS LE CAS OU LA TÊTE SE PRÉSENTE AU DÉTROIT SUPÉRIEUR RÉTRÉCI, MAIS MESURANT AU MOINS SEPT CENTIMÈTRES (DEUX POUCES ET DEMI) ANTÉRO-POSTÉRIEUREMENT? par M. le docteur CHAILLY-HONORÉ.

(Suite et fin. — Voir le numéro précédent.)

OBS. I. — Chez une primipare, l'enfant s'était présenté par l'épaule. Au mépris de toutes les règles ou par suite d'une erreur de diagnostic, si commune, l'épaule avait été prise pour la tête, et le forceps avait été appliqué sur cette épaule; le forceps ayant glissé, on était revenu à la charge; enfin, un autre accoucheur, mieux avisé, retira le forceps et pratiqua la version pelvienne; mais il se trouva dans l'impossibilité absolue d'engager la tête au détroit supérieur; le bassin étant vicié dans son diamètre antéro-postérieur, il avait cependant encore 3 pouces moins un quart environ; le diamètre transverse avait conservé ses dimensions normales; tout était dans les conditions les plus désirables pour permettre l'application du procédé de M. Simpson. La tête s'était placée transversalement (ce qui arrive presque toujours en pareil cas); son plus grand diamètre en rapport avec le plus grand diamètre du bassin, et cependant l'extraction de la tête n'avait pu être faite. C'est dans cet état que je trouvai les choses à mon arrivée: c'étaient le diamètre bi-pariétal et l'occipito-mentonnier qui mettaient obstacle à l'engagement; l'enfant avait cessé de vivre. Le tronc obstruait en partie l'excavation. J'introduisis la main droite jusqu'au détroit supérieur, vers le côté gauche que regardait le menton, et, pour éviter l'occipito-mentonnier qui a 13 centimètres (5 pouces), diamètre qui excède le diamètre transverse du bassin, quand le bassin est garni de ses parties molles et du segment inférieur de l'utérus, j'accrochai la mâchoire inférieure et je l'abaissai. Le menton s'engagea le premier, et la tête se présenta par son diamètre fronto-occipital, qui n'a que 11 centimètres (4 pouces). Malgré cette réduction et malgré des tractions énergiques faites avec les doigts fortement fixés sur la mâchoire inférieure, et l'autre main appliquée sur le cou et sur les épaules, la tête resta comme clouée au détroit supérieur. Il fallut pratiquer la perforation, je mis en usage le procédé que j'ai décrit plus haut, je perforai la tête par la voûte palatine avec la plus grande sûreté. La tête céda alors aux tractions, et la femme fut délivrée.

Ces tentatives avaient demandé peu de temps et avaient été à peine senties par la mère, circonstance dont j'avais la certitude à l'avance, et qui fit que je n'employai pas le chloroforme.

Cette dame s'est rétablie, mais elle a constamment éprouvé depuis cette époque une douleur vive au côté droit, douleur qui rend souvent la marche impossible, et qui semble résulter d'une lésion déterminée par les tentatives de placement de la branche droite: tel fut l'avis de MM. Moreau et Hervez de Chégoin, qui furent consultés depuis par cette dame.

OBS. II. — M. le docteur A. Belin a pu observer tout dernièrement avec moi un cas à peu près semblable. Le forceps avait été bien placé sur la tête, au détroit supérieur. Cette tête inclinée et jointe au bras se prêtait mal à une application de forceps régulière; l'instrument avait été cependant bien placé par l'accoucheur, mais les cuillers avaient glissé en arrière de chaque côté de l'angle sacro-vertébral, prenant le côté de la tête par leur bord postérieur, assez solidement fixées cependant pour ne pas lâcher, la tête faisant l'office d'un coin. Le forceps ayant ainsi glissé n'avait aucun résultat, parce que la tête n'était pas embrassée par les cuillers, et que l'effort exercé par le forceps ne portait que sur le côté de la tête et l'angle sacro-vertébral, circonstance bien regrettable pour la femme.

Lorsque nous arrivâmes, des tractions très-énergiques avaient été faites sur le forceps; nous ne renouvelâmes pas ces tentatives, nous retirâmes l'instrument pour le réappliquer plus régulièrement, mais lorsque j'eus introduit la main tout entière dans le bassin pour placer la première branche, je trouvai le bras joint à la tête. Frappé d'ailleurs de la configuration oblique du bassin, et trouvant quelque facilité à pénétrer jusqu'aux pieds, je pratiquai la section pelvienne.

L'enfant était mort, je n'avais donc plus à m'occuper que de la mère; c'est ce qui me décida à agir ainsi, certain que j'étais de tirer la mère d'affaire aussi bien en procédant ainsi que par le forceps. J'étais d'ailleurs tenu en réserve par les premières tentatives inutiles, faites avant notre arrivée, et la crainte de ne pas placer le forceps plus solidement.

La version fut des plus faciles dans ses deux premiers temps, évolutions et extraction du tronc; mais la *tête* s'arrêta au détroit supérieur. J'agis comme dans le cas précédent, et en quelques minutes la perforation était faite par la voûte palatine, et la femme délivrée.

Le peu d'efforts que j'avais faits, la promptitude de l'opération, le peu de douleur produite pourraient sembler venir appuyer l'opinion de M. Simpson; je répondrai que, dans ce cas, il n'est pas douteux qu'une main exercée parvienne toujours à délivrer la mère; mais si, par un autre procédé, nous pouvons ménager la vie de l'enfant en faisant courir à la mère moins de risques encore, il n'est pas douteux qu'on ne lui doive donner la préférence.

La femme succomba quelques jours après, probablement aux conséquences de la contusion que le forceps ou la tête avaient fait éprouver au segment postérieur de l'utérus.

Les autres cas que je pourrais citer ont trop d'analogie avec les précédents pour que je puisse m'y arrêter. Dans tous, les enfants ont succombé, et quelquefois les mères ont eu plus ou moins à souffrir des procédés mis en usage par des mains inhabiles.

Maintenant, si on place en regard les faits où la conduite de l'accoucheur a été tout autre, on verra que l'application du forceps, quoique pratiquée au détroit supérieur, donne pour l'enfant des résultats bien plus satisfaisants, et pour la mère, il n'y a pas la moindre comparaison à établir; quant à la perforation et au céphalotribe, leur usage assure encore à la mère un pronostic plus favorable quand la tête se présente la première.

C'est au moins le résultat que m'ont donné les faits que j'ai observés. Je me borne à citer un exemple des plus concluants, à l'appui de chacune des propositions que je viens de développer.

OBS. III. — L'accouchement prématuré artificiel est pratiqué, le 10 février 1844, à sept mois et demi, sur une dame de la rue de Bussy, par M. le professeur Dubois, assisté de M. le docteur Saintard, et après consultation prise auprès de MM. Hervez de Chégoin et Velpeau. Et certes, en supposant (ce qui n'est pas) qu'il y ait eu erreur, on pourrait se tromper en moins bonne compagnie.

Le bassin était assez rétréci pour que M. P. Dubois crût de son devoir d'insister, dans l'intérêt de la mère, pour que cette opération fût pratiquée dans une seconde grossesse. Cependant, le 3 juin 1845, cette dame accouchait spontanément, à terme, d'un enfant qui pesait 7 livres, mais dont la tête était probablement fort réductible. Une sage-femme, madame G., dont la conduite me paraît inexplicable, assura à cette dame, dès le début de cette seconde grossesse, qu'elle accoucherait spontanément à terme. Elle ne craignit pas d'assumer sur elle une responsabilité aussi grande, et elle ne frémit pas, dans sa témérité, à l'idée des accidents qui auraient pu résulter d'un accouchement à terme accompli dans de semblables circonstances. Elle croit peut-être qu'elle a donné là une preuve d'habileté, et certes elle n'a pas eu de peine à le persuader aux gens qui environnaient la malade; car le succès est tout pour les gens du monde, tandis qu'à mon sens, en comptant, contre toute raison, sur les ressources inespérées de la nature, qui, par miracle, ne lui a pas fait défaut, elle a par ce fait démontré claire-

---

— Il est un moyen thérapeutique puissant, mais dont on a singulièrement abusé, surtout chez les enfants: c'est le *vésicatoire* d'une application prolongée. Il y a dans cet usage des inconvénients multiples, dont on commence à s'apercevoir, mais pas assez, il me semble. Dans les premières années de ce siècle, la plupart des enfants malades étaient couverts de vésicatoires, vésicatoires qu'ils gardaient pendant des mois, des années, et assurément sans résultats avantageux. De deux choses l'une: ou ce vésicatoire prolongé n'a provoqué que peu ou point de suppuration; alors quel est son objet? ou bien la surface en est large, excitée, suppurante; alors c'est un véritable ulcère qui influe à la longue sur la santé, sur l'accroissement de l'enfant, entretenant dans son économie un fond d'irritation perpétuelle: de là la maigreur, le défaut de sommeil, la perte d'appétit, etc. C'est donc un très-blâmable usage de recourir à un pareil moyen, ce qui n'a lieu souvent que d'après d'anciens préjugés sur les humeurs et sur l'insistance des parents.

— La douleur morale s'exprime avec plus ou moins de vivacité, et j'ai rapporté (1) les formes quelquefois bizarres qu'elle affecte dans ses manifestations. Cependant je ne crois pas qu'il y en ait une qui se soit prononcée avec une plus poignante ironie que celle de Lessing, après avoir perdu un fils qui périt des suites d'un accouchement très-laborieux. Après ce douloureux événement, il écrit à un de ses amis: « Mon bonheur n'a pas duré, et je l'ai perdu avec bien du regret ce fils! car il avait tant d'esprit! Oui, tant d'esprit!... Ne croyez pas que les quelques heures de ma paternité aient fait de moi une sorte de singe de père. Je sais ce que je dis... Je vous le demande, n'était-ce pas de l'esprit à lui de se laisser amener dans ce monde comme à regret et avec des pinces de fer? d'avoir si promptement reconnu le malaise de notre société?... N'était-ce pas de l'esprit d'avoir saisi la première occasion d'en sortir? J'ai voulu être heureux une fois comme les autres hommes: cela ne m'a pas réussi. »

— Nous avons dans la société, disait le philosophe Diderot, deux ordres de personnes, les médecins et les cuisiniers, dont les uns travaillent sans cesse à conserver notre santé et les autres à la détruire; mais il y a cette énorme différence que les derniers sont infiniment plus sûrs de leur fait que les premiers.

— Fuyez ces malades diserts qui disent plutôt ce qu'ils pensent que ce qu'ils sentent. Le conseil est bon, mais est-il toujours praticable? J'en doute. Il y a souvent de l'humanité à laisser longuement parler un malade de sa maladie, dût-il ne parler qu'en ignorant, ce qui est le plus ordinaire. Que voulez-vous? les médecins sont destinés à subir toute espèce de tortures.

— Bonaparte fut élu membre de l'Institut le 5 nivôse an VI (26 décembre 1797), et il y parut le lendemain. Pour son début, il fut nommé, avec Monge et Prony, membre d'une commission pour examiner une mécanique d'un M. Haoin, nommée *cachet typographique*. En Égypte, il signait ses lettres *le général en chef de l'armée d'Égypte, membre de l'Institut*. Plus tard, quand il eut placé sur sa tête la couronne impériale, sur une pétition d'un membre de l'Institut, on lisait cette formule: « *Sire et illustre confrère.* » Il y a bien des réflexions à faire sur cet objet, le lecteur voudra bien s'en charger.

RÉVEILLÉ-PARISE.

(1) Voyez ÉTUDES DE L'HOMME SAIN ET MALADE, t. II, p. 1, ESSAI DE MÉDECINE MORALE.

ment qu'elle ignore tous les accidents qui sont à redouter dans un cas semblable, et elle a établi pour la mère un précédent qui pourra peut-être avoir un jour les conséquences les plus funestes.

Bien que la conduite qui a été tenue lors du deuxième accouchement soit blâmable, cette observation, en établissant cependant combien sont infinies les ressources de la nature, vient prouver qu'avant d'agir, il faut, de toute nécessité, constater par une expectation raisonnable, l'insuffisance de la nature.

Obs. IV. — La nommée Scion (Octavie), rachitique, et chez laquelle l'incurvation très-prononcée des membres inférieurs vient révéler, d'après la loi posée par M. J. Guérin, une viciation très-prononcée du bassin, fut admise, en 1848, à la clinique d'accouchement de la Faculté, au terme d'une première grossesse, et ne put être délivrée par M. Dubois que par la céphalotripsie.

Enceinte de nouveau, elle entre, le 8 mars 1850, à l'hôpital Sainte-Marguerite, dans le service de M. Marotte. Elle était déjà en travail. Le lendemain soir, malgré les efforts énergiques longtemps continués de la part de l'utérus et de la femme, la tête, en position occipito-iliaque gauche, presque transversale, était encore au détroit supérieur. La patiente était épuisée, le pouls fréquent, la peau chaude, la voix éteinte, les pommettes colorées. Il était indispensable de mettre fin à cet état de choses. Justement préoccupé des antécédents de cette femme, l'interne fit prévenir M. Marotte, qui lui-même voulut s'assurer du concours de M. Chailly, pour le cas où M. Denonvilliers, qu'il faisait prévenir en même temps, ne serait pas libre. Il en fut autrement, M. Denonvilliers put se rendre à l'hôpital; et après avoir conféré avec M. Marotte et M. Chailly, de la gravité du cas, il voulut bien confier à M. Chailly le soin de délivrer cette pauvre femme. Elle fut chloroformée en quelques secondes. Tout était préparé pour une perforation du crâne presque certaine, pour une céphalotripsie bien probable. Toutefois, l'enfant étant encore vivant, M. Chailly crut devoir tenter une application du forceps. L'instrument fut porté très-haut afin de bien embrasser la tête, et un quart d'heure de tractions énergiques, séparées par quelque temps de repos, permit d'amener une fille vivante en état d'asphyxie, et qui, au bout de quelques minutes, était complètement ranimée. La tête de l'enfant était réductible, il est vrai, mais elle présentait encore 3 pouces 1 ligne pour le diamètre bi-pariétal, et 4 pouces 1 ligne pour le diamètre occipito-frontal, dimensions qui sont celles d'un fœtus à terme; le diamètre des épaules est de 4 pouces. Quant aux mesures du bassin de la mère, elles ont été prises avec la plus rigoureuse exactitude, à l'aide du doigt, du pelvimètre de Vanheuvel et de celui de Baudelocque. Le diamètre antéro-postérieur du détroit supérieur n'a présenté par ces trois modes de mensuration, que 2 pouces et demi. On voit, par ce fait, combien il est difficile de statuer sur le choix des procédés à mettre en usage, car le degré de rétrécissement du bassin de cette femme semblait exclure la possibilité de l'application du forceps.

Cette quatrième observation prouve de quelle importance il est de recourir au forceps avant de procéder à la perforation, après qu'il est bien démontré que la nature est impuissante.

Obs. V. — Madame W., rue Vieille-du-Temple, 108, ne présente au détroit supérieur que 3 pouces de passage entre les pubis et l'angle sacro-vertébral qui est trop saillant.

L'excavation a à peu près ses dimensions normales. Enceinte une première fois, elle arriva à terme en mai 1847; rien dans son extérieur n'était venu révéler l'existence de cette proéminence de l'angle sacro-vertébral; le toucher seul, au moment du travail, vint rendre évidente l'existence de ce vice de conformation. Cette malheureuse dame, après une journée pénible, fut en proie toute la première partie de la nuit à des douleurs intolérables; plus de quinze heures après la rupture des membranes, la dilatation étant complète, je pratiquai l'application du forceps au-dessus du détroit supérieur; la patiente fut chloroformée. L'enfant, extrait avec de grandes difficultés, avait succombé : c'était un garçon.

Cette année 1849, cette dame redevint enceinte; je la soumis à un régime alimentaire très-restreint, je lui ordonnai des bains fréquents, et un exercice journalier, je lui fis une saignée chaque mois, pour expérimenter encore une fois ces moyens, dont M. Moreau dit s'être quelquefois bien trouvé pour diminuer le volume de l'enfant. Arrivée à terme, elle fut prise, le matin du samedi 5 janvier 1850, des premières douleurs de l'accouchement. Le travail se manifesta de la même manière que la première fois. Le soir, survinrent encore des douleurs aussi intolérables qu'en 1847. J'avais été si péniblement impressionné par l'affreuse nuit passée deux ans avant auprès de cette pauvre dame, qu'immédiatement je fis usage du chloroforme inspiré. La malade était couchée; aussitôt qu'elle sentait la douleur venir, elle se précipitait sur le flacon que je lui présentais, inspirait avec force le chloroforme, et cette contraction, productive quelques minutes avant, d'une douleur insupportable, passait presque inaperçue, madame W. conservait sa gaîté pendant les intervalles des inspirations, et toute sa présence d'esprit pendant l'inspiration : « Comme je sens, disait-elle souvent, que cette douleur aurait été forte! »

En effet, l'utérus se contractait avec une énergie rare et avec une régularité parfaite. Vers le milieu de la nuit, les forces de la malade n'étant pas abattues comme la première fois; les battements du cœur du fœtus conservant leur intégrité, je résolus, malgré l'inefficacité des contractions, de laisser à la nature tout ce que je pouvais encore lui accorder. Mais je priai mon ami, M. Belin, de venir me suppléer; il continua pendant tout le restant de la nuit à faire respirer à madame W. de la même manière, pendant que je pris quelque repos. Trente-cinq grammes de chloroforme furent ainsi inspirés dans la nuit; enfin, à dix heures du matin, la tête n'ayant fait aucun progrès et restant toujours fortement serrée au détroit supérieur, nous endormîmes la malade et j'appliquai le forceps comme la première fois, mais avec un résultat bien différent. C'était une fille vivante, que j'eus de la peine à extraire, mais qui se ranima au bout de quelques secondes; elle se porte aujourd'hui très-bien, trois semaines après l'accouchement. La mère qui, comme en 1847, n'avait rien senti, s'est réveillée cette fois au premier cri de son enfant, sans avoir éprouvé la moindre douleur. Elle est parfaitement rétablie.

Les difficultés, malgré le régime, ont été les mêmes que la première fois. Le volume de l'enfant était aussi le même; le travail présenta absolument les mêmes phases.

Comme la première fois, les contractions furent si énergiques, si soutenues, que l'enfant présenta, au moment de sa naissance, sur le haut du pariétal droit, un enfoncement dans lequel on aurait pu loger un petit œuf de poule. M. Baron, qui fut appelé quinze jours après la naissance de l'enfant pour le traiter d'une bronchite, put constater comme nous cet enfoncement déterminé par l'angle sacro-vertébral. Certainement les contractions avaient dû être bien énergiques, pour avoir produit cet enfoncement; le chloroforme ne les avait donc pas empêchées.

Cette pauvre dame, au lieu d'être livrée à des angoisses inexprimables, d'être véritablement à la torture pendant les longues heures d'une nuit entière, a pu entretenir la conversation avec nous comme s'il se fût agi de simples mouches d'un commencement de travail, les assistants jouirent d'une tranquillité d'esprit qu'ils étaient bien loin d'avoir la première fois, et aucune douleur en rapport avec l'énergie des contractions ne venait révéler à cette dame le combat si constant et si énergique que l'utérus livrait en elle, contre un obstacle qu'il s'efforçait en vain de vaincre.

Enfin, je crois que le résultat plus heureux pour l'enfant peut encore être attribué, à l'atténuation des douleurs par le chloroforme. En effet, lors du premier accouchement, les douleurs étaient devenues si intolérables, l'état de désespoir auquel la femme et les assistants se livraient était tel que je dus agir plus tôt que je ne l'ai fait cette année, je cédai la première fois à la crainte de voir ces douleurs si exagérées déterminer des convulsions. Et il faut bien le dire aussi, je cédai aux supplications de la patiente et de sa famille, et à l'émotion bien vive que j'éprouvais moi-même, je n'eus pas le courage de continuer inutilement une semblable torture. Mais la tête de l'enfant ne s'était pas encore moulée sur le détroit supérieur; elle fut plus difficile, et par conséquent plus longue à engager, et ce dernier point est capital pour l'enfant. La compression de la tête par le forceps, si différente de cette compression graduée que les contractions exercent sur la tête de l'enfant, fut presque instantanée; aussi la lenteur de l'extraction et la compression de la tête déterminèrent-elles la mort. Le travail, en 1847, s'était déclaré le matin, et ce fut vers trois heures du matin que je terminai. En 1850, il commença de même le matin et ne fut terminé que le lendemain à dix heures du matin. Pendant les sept heures de prolongation du travail, la tête se moula au détroit supérieur; il fallut une compression moins énergique et des tractions moins longtemps continuées pour l'engager et l'extraire, et l'enfant survécut. Sans le procédé d'atténuation de la douleur, aurais-je eu le courage de laisser cette malheureuse femme se tordre encore pendant sept mortelles heures sous des douleurs sans nom, telles enfin qu'on les voit souvent se produire dans les cas de vices de coofarmation du bassin.

Cette dame respira du chloroforme, de huit heures du soir à dix heures du matin, c'est-à-dire pendant quatorze heures; enfin elle fut complètement anesthésiée à dix heures (en s'arrêtant toutefois, comme je le fais toujours, à la première insensibilité), et cela avec des avantages immenses pour la mère et pour l'enfant.

Il est évident que s'il survient chez cette dame une troisième grossesse, il y aura indication bien précise de pratiquer l'accouchement prématuré à huit mois, opération sur laquelle on peut, à mon sens, bien plus légitimement compter que sur le régime conseillé par M. Moreau; le régime échoue souvent, ou quand il réussit à diminuer le volume de l'enfant, ce n'est qu'en l'exagérant au point de porter souvent de graves atteintes à la santé de la mère. L'accouchement prématuré artificiel ménage sûrement les intérêts des deux individus.

Ce cinquième exemple établit l'innocuité du forceps pour la mère dans deux accouchements, bien que le forceps ait été appliqué au détroit supérieur; on y voit aussi qu'il fut innocent pour l'enfant au deuxième accouchement.

Obs. VI. — Dans la même rue, tout en face de la personne qui fait le sujet de l'exemple précédent, demeure madame Ha..., dont j'ai rapporté l'observation dans la deuxième édition de mon traité.

Cette dame, d'une petite stature, a le bassin sensiblement rétréci, mais régulier dans sa déformation. Le diamètre antéro-postérieur n'a pas plus de 9 centim. et demi (3 pouces et demi) d'étendue. A sa première couche, elle ne put être délivrée qu'après une succession d'introduction de forceps et de glissements qui durèrent depuis cinq heures du soir jusqu'à minuit.

L'enfant était mort; la mère, dangereusement malade, parvint enfin à se rétablir.

Cependant, malgré ces antécédents fâcheux, dans deux grossesses successives, à la suite d'un travail long et prolongé, elle accoucha spontanément d'enfants vivants, peu développés et qui avaient la tête très-réductible. Après chacune de ces couches, elle fut encore extrêmement malade.

Enfin, en 1842, dix-huit ans après le troisième accouchement, elle devint enceinte, mais les choses ne se passèrent pas aussi favorablement dans cette

grossesse que dans les deux dernières. Parvenue à terme, l'ayant même certainement dépassé de quelques jours, cette dame me fit appeler; et après un travail qui avait duré vingt-quatre heures, après douze heures de contractions soutenues et énergiques, la tête n'ayant pas avancé d'un millimètre, je me vis contraint d'appliquer le forceps au-dessus du détroit supérieur. Je fis demander M. Brazier, mon prosecteur, pour m'aider dans cette opération. La tête était en position occipito-iliaque gauche antérieure; j'appliquai les branches sur les côtés du bassin avec facilité; l'articulation seule fut assez difficile à effectuer. La tête solidement prise, j'exerçai des tractions énergiques, qui eurent pour résultat de l'engager dans le détroit, mais sentant que l'instrument lâchait prise, je le retirai et réappliquai de nouveau. Cette seconde application suffit pour dégager la tête; le périnée, soutenu par M. Brazier, n'eut pas la plus légère atteinte, mais l'enfant fit quelques inspirations et expira. Cependant l'opération n'avait en tout duré que vingt minutes. Une circonstance fâcheuse a pu, aussi bien que le forceps, contribuer à la mort de l'enfant: le cordon s'était échappé au-dessous de la tête.

La mère s'est rétablie parfaitement et plus rapidement qu'après les deux accouchements spontanés; elle jouit aujourd'hui d'une bonne santé. M. le professeur Denonvilliers a pu le constater quand il vint donner des soins au mari de cette dame.

Les difficultés qui se sont présentées dans le quatrième accouchement dépendaient du rétrécissement du détroit supérieur et surtout du volume énorme de la tête de l'enfant et de sa solidité; elle était tellement ossifiée que les sutures et les fontanelles étaient à peine sensibles.

Ce sixième exemple est du même ordre que le précédent; il prouve la parfaite innocence du forceps bien appliqué pour la mère, et laisse voir qu'il n'est pas toujours sans danger pour l'enfant.

Obs. VII. — Madame L..., arrivée au terme d'une première grossesse, après un travail très-prolongé, n'avait pu être délivrée qu'à l'aide d'une application de forceps, que je fis après que la tête avait déjà subi un certain degré d'engagement. L'enfant vécut; il a aujourd'hui 5 ans. Sa tête, très-petite et très-réductible, s'était cependant allongée considérablement pendant un engagement pénible, effectué dans un bassin uniformément petit, qui ne présentait que 8 cent. et demi (3 pouces et quart) environ au diamètre antéro-postérieur des deux détroits et de l'excavation.

Madame L..., devenue de nouveau enceinte cette année, douée d'un fort appétit, le satisfit dans tout le cours de sa grossesse, pendant laquelle, du reste, elle n'éprouva aucune incommodité. Prévenu en temps utile de l'état de grossesse de madame L..., je conseillai à M. le docteur L. de pratiquer l'accouchement prématuré artificiel. Cette proposition ne fut pas acceptée de prime abord. M. le docteur L. se fondait sur ce que le premier enfant était venu au monde petit, offrant une tête petite et très-réductible; il y avait tout lieu d'espérer qu'on rencontrerait à un second accouchement des circonstances aussi favorables, et qu'alors, surtout à une deuxième couche qui est en général plus facile, l'enfant serait probablement expulsé ou extrait plus favorablement que la première fois. Je cherchai à combattre ces raisons, et quelques semaines après je revins encore à la charge; mais les mêmes raisons me furent alléguées, et j'ai à me reprocher, dans cette seconde occasion, de n'avoir pas insisté plus encore que je ne l'ai fait. Indécis et se laissant aller à des espérances qu'on ne pouvait malheureusement pas combattre avec énergie, tant le résultat est incertain en pareille circonstance, M. le docteur L. laissa arriver le terme de la grossesse. Mais ses espérances ne se réalisèrent pas: après un travail très-prolongé, pendant lequel des douleurs énergiques et des plus vivement perçues s'exercèrent inutilement pendant plus de dix-huit heures après la rupture des membranes et la complète dilatabilité du col, la tête s'était légèrement engagée par son sommet allongé, moins encore que la première fois, et elle resta ainsi comme clouée au détroit supérieur, sans faire le plus petit progrès, malgré l'énergie et la continuité des douleurs. Il nous parut indispensable, à M. le docteur L... et à moi, de mettre fin à un travail aussi prolongé et aussi complétement inutile. J'appliquai donc le forceps; cette application fut des plus faciles et presque exempte de douleurs, malgré l'élévation de la tête; j'ai rarement fait une opération qui m'ait autant satisfait. Mais le forceps une fois articulé, quand il fallut extraire la tête, je rencontrai une résistance que je ne pus vaincre qu'à l'aide d'efforts considérables. Vingt minutes de tractions énergiques, y compris les temps de repos nécessaires, me permirent d'extraire un enfant des plus volumineux, qui fit quelques inspirations et ne put être ranimé par aucun moyen; la tête de l'enfant était énormément développée et surtout tout à fait irréductible.

Pendant l'extraction, la mère avait ressenti des crampes très-vives dans le membre inférieur gauche.

Les trois premiers jours, l'état de la nouvelle accouchée fut des plus satisfaisants; la fièvre de lait se manifesta en son temps et avec toute la régularité désirable; le ventre resta constamment affaissé et indolore; mais bientôt la malade ressentit de légères douleurs dans toute l'étendue du membre inférieur gauche et seulement à la surface, et peu à peu la sensibilité devint si excessive que le plus léger contact faisait pousser des cris à la malade; ces douleurs ne lui laissaient que des intervalles d'un repos incomplet. Tous les moyens furent mis en usage pour modifier cette vive sensibilité. MM. les docteur Honoré, Bouillaud, Velpeau, Baudelocque, Michon, furent successivement consultés. mais en vain, l'autre membre devint également le siége de douleurs aussi atroces; puis la paralysie ne se borna pas aux deux membres inférieurs, elle se manifesta bientôt précédée de vives douleurs dans les deux membres supérieurs.

Des symptômes de méningite avec accès de délire furieux se manifestèrent, et la mort vint après plusieurs mois mettre un terme à cet état d'angoisse et de souffrance inexprimables.

Il est plus que certain que l'accouchement prématuré artificiel aurait permis d'éviter un aussi déplorable résultat, qui certainement n'a été dû qu'à une compression subie par les nerfs cruraux, les branches antérieures des nerfs sacrés et les vaisseaux lymphatiques, au moment de l'engagement de cette tête si volumineuse, et cette compression a été d'autant plus funeste quelle s'est exercée, non pas seulement au détroit supérieur, comme dans le cas où le détroit seul est rétréci, mais dans toute l'étendue du canal, depuis le détroit supérieur jusqu'au détroit inférieur, le bassin étant uniformément petit.

Il faut bien en effet que cette circonstance ait eu l'influence que je lui attribue, et que de plus elle ait rencontré chez la malade de fâcheuses prédispositions, pour qu'on ait vu des accidents aussi formidables se manifester.

Que de fois, en effet, n'ai-je pas vu des femmes soumises, avant leur entrée à l'hôpital, à des applications de forceps mal dirigées, pratiquées à plusieurs reprises et bien plus longtemps continuées, éprouver à peine de légers accidents, et que de fois j'ai appliqué le forceps à des degrés aussi prononcés de rétrécissement, sans que j'aie eu un semblable résultat à déplorer! Le fait ne prouve pas pour la version dans ces cas, malgré l'insuccès qui suivit la deuxième application de forceps; car la première application a été heureuse pour la mère et pour l'enfant. Seulement il prouve que, malgré le premier succès, l'accoucheur en saine et bonne pratique devait la deuxième fois pratiquer l'accouchement prématuré.

Obs. VIII. — La naine Leprati, âgée de 21 ans, que chacun a pu voir figurer sur un de nos petits théâtres, parvenue à terme, n'avait pu être délivrée malgré les tentatives de quatre médecins qui l'assistaient. Le bassin présentait chez elle à peu près 8 centimètres (3 pouces). M. P. Dubois l'accoucha à l'aide du forceps seulement, au milieu du coma qui avait succédé à plusieurs accès d'éclampsie. L'enfant avait cessé de vivre.

Cette petite femme, à laquelle je fus chargé de donner les soins ultérieurs que réclamait son état, se rétablit parfaitement. Je pus, quelque temps après cet accouchement, la faire voir à M. Montgoméry, à Paris à cette époque.

Devenue enceinte de nouveau, elle réclama les soins de M. P. Dubois en temps utile, et il fut possible de la faire accoucher prématurément d'une petite fille bien portante que la mère avait même commencé de nourrir, mais qu'elle ne put continuer d'allaiter.

M. P. Dubois a publié la relation de ce fait remarquable (Bulletin de l'Académie royale de médecine. Paris, 1840, t. V, p. 25 et suiv.). Ce fait, qui appartient à M. P. Dubois et que je me borne à énoncer, prouve l'innocuité du forceps dans un premier accouchement et cependant vient corroborer le précepte de pratiquer l'accouchement prématuré dans ces cas malgré un premier succès.

Obs. IX. — Dans l'hiver de 1848, par une nuit pluvieuse, on vint me chercher en charrette pour une femme de Colombes, village près de Paris. Cette femme était depuis trente-six heures en travail. Le sommet se présentait en position transversale, à un détroit supérieur vicié, et ne présentait que 8 centim. (un peu moins de 3 pouces).

M. le docteur Giraud avait tenté l'application du forceps, mais l'élévation de la tête, le manque absolu d'aides intelligents, avaient rendu ces tentatives infructueuses; je réappliquai l'instrument au-dessus du détroit supérieur toujours en me servant du procédé de M. F. Hatin, et lorsque la tête fut solidement embrassée, j'exerçai des tractions énergiques pendant près d'une demi-heure sans aucun résultat. Comme on le pense bien, ces tractions n'avaient pas été exercées d'une façon continue. Je ne retirai pas le forceps; mais convaincu de l'inutilité de mes efforts et des dangers que pourraient faire courir à la mère des tractions plus longtemps continuées, je pratiquai la perforation du crâne avec les ciseaux de Smellie introduits entre les mors du forceps. Les ciseaux retirés, des tractions énergiques exercées sur le forceps et aidées d'un doigt introduit dans l'ouverture du crâne amenèrent non sans peine la tête au dehors; l'enfant était d'un volume très-considérable.

Je lis à cette femme la recommandation expresse de prévenir M. Giraud si elle devenait de nouveau enceinte, et de me prévenir à sept mois, lui expliquant qu'après ce terme expiré il nous serait très-possible de la faire accoucher facilement d'un enfant vivant; elle le promit et n'en fit rien. M. Giraud ne put vaincre ses craintes; elle laissa encore arriver à terme une deuxième grossesse qui se termina, pendant l'hiver de 1849, comme la première et dans des circonstances exactement les mêmes, si ce n'est que la femme chloroformisée ne ressentit aucune douleur; mais cette fois je lui ai affirmé que si a une troisième grossesse elle ne me prévenait pas à sept mois elle ne devrait pas compter sur moi à terme.

Comme la dernière fois, cette femme s'est parfaitement et très-promptement rétablie, et cela bien qu'elle ait subi deux opérations de forceps au-dessus du détroit supérieur; je ne parle pas de la perforation du crâne qui, dans ces cas, est, comme je l'ai dit, tout innocente pour la mère.

Cet exemple prouve l'innocuité du forceps pour la mère dans deux ap-

plications faites au détroit supérieur et suivies de perforation du crâne.

En résumé, il ne me paraît pas rationnel de conseiller la version pelvienne dans les cas de vices de conformation présentant même des dimensions supérieures à 7 centimètres. Cette méthode prive l'enfant et la mère des bienfaits d'un accouchement naturel possible, d'une intervention par le forceps, innocente pour la mère et pour l'enfant. Dans bien des cas, lorsque le sacrifice de l'enfant est inévitable, elle prive la mère de la ressource d'opérations faciles pour l'accoucheur et innocentes le plus ordinairement pour elle, telles que la perforation du crâne et même la céphalotripsie si elle est pratiquée en temps utile. Ce précepte est en opposition avec tous les conseils, tous les exemples que j'ai reçus de mes maîtres, MM. Capuron, Dubois, Velpeau, Moreau, en opposition aussi avec tous les faits observés chaque jour, et je crois que justement à cause de l'autorité du nom de Simpson, il était utile d'appeler sur ce précepte l'attention de l'Académie.

CORRESPONDANCE MÉDICALE.

Réflexions à l'occasion d'un cas de vertige marin; par M. Sémanas (de Lyon).

Nous recevons de M. le docteur Sémanas (de Lyon) les réflexions suivantes sur un cas de *vertige marin terrestre*, communiqué par le même auteur et qui a déjà été inséré dans la Gazette Médicale (Voyez 1850, p. 760).

Monsieur le rédacteur,

Je lis dans votre numéro en date du 5 octobre 1850, le compte rendu que vous avez bien voulu donner de mon livre intitulé : Du mal de mer, recherches, etc.

Dans ce compte rendu, à l'impartialité et à la bienveillance duquel je me plais à rendre hommage, l'auteur croit pouvoir conclure néanmoins au rejet ou à peu près de la théorie miasmatique donnée par moi du mal de mer.

Mon intention n'est point d'examiner ici si les conclusions de votre honorable collaborateur sont bien légitimes et si elles résultent d'une appréciation vraiment rigoureuse et approfondie de tous les termes de la question. En fait de théorie, en médecine comme partout, il y a longtemps qu'on l'a dit, on peut tout prouver et tout nier. Les faits seuls se prouvent et ne se nient pas.

La théorie du mal de mer, formulée au point de vue de l'existence d'un miasme marin, est faite jusqu'à nouvel ordre; c'est maintenant aux faits, et aux faits seuls, qu'il appartient de prononcer; d'eux seuls désormais nous attendons l'infirmation ou la confirmation de nos vues. C'est dire assez que nous déclinons à l'avance tout jugement pour ou contre qui, dans l'espèce, n'aura pas les faits pour appui.

Parmi ces derniers, il en est dont l'importance est telle qu'elle pourrait à elle seule ruiner, s'il y a lieu, la théorie en question. Ce sont ceux qui appartiennent à la catégorie des cas de mal de mer à terre, désignés par nous (*op. cit.*) sous le nom de *vertige marin terrestre*.

De toute évidence, si le mal de mer ordinaire est une *intoxication marine*, semblable mal ne peut manquer d'apparaître à des degrés divers, dans tous les lieux autres qu'un bâtiment, lieux voisins de la mer, tels que ports, littoral, etc. Nous avons rapporté en effet de nombreux cas de ce genre (Voyez *op. cit.*) Ces cas, tout réels qu'ils sont, ont cependant un défaut commun que nous ne faisons nulle difficulté d'avouer : c'est d'avoir été observés en Algérie, contrée éminemment sujette aux endémies palustres.

Ce défaut n'a pas échappé à l'honorable auteur du compte rendu précité, puisqu'il dit (p. 739) : « Quant à l'existence de cette affection vertigineuse qu'il considère comme étant de même nature que le vertige marin » et qui ne serait suivant lui, qu'on nous passe cette expression, que le » mal de mer à terre, il est impossible qu'on ne soit pas frappé de ce fait » qu'elle a été observée dans une contrée essentiellement sujette aux fièvres » intermittentes....., tandis que sur une infinité d'autres points du littoral » soit de la Méditerranée soit de l'Océan, où *ne règnent point endémiquement les fièvres intermittentes, rien de semblable n'a été signalé.* »

Nous soulignons à dessein cette fin de phrase, parce qu'il en résulte que, dans l'opinion de notre honorable confrère, les cas de vertige marin terrestre observés par nous à Alger avaient leur raison d'être dans la constitution palustre propre à cette localité : de là à conclure qu'en l'absence d'une telle constitution semblables cas n'auraient pu apparaître, il n'y a qu'un pas.

En premier lieu, notre honorable confrère, si exact d'ailleurs, oublie de mentionner une circonstance grave sur laquelle nous avons pourtant fortement insisté (V. *op. cit.*, p. 188 et *sq.*), c'est que, pour la grande majorité des cas dont il s'agit, l'époque de leur apparition coïncidait précisément avec celle de la cessation complète du règne ordinaire de l'influence palustre.

Nous rappelons seulement en passant cette circonstance capitale à notre confrère; qu'il la fasse concorder avec son opinion s'il le peut.

Notre intention, nous le répétons, étant de ne pas discuter, nous nous bornerons à faire remarquer que, de ce qu'aucun cas de vertige marin terrestre n'a encore été signalé dans les points du littoral exempts de foyers palustres, il ne s'ensuit pas pour cela que semblables cas ne s'y développent jamais; car ceux-ci ont fort bien pu être jusqu'ici ou négligés, attendu leur peu de gravité réelle, ou rapportés à une origine différente. En outre, qu'on veuille bien y prendre garde, ici comme à l'égard de tout phénomène qu'on veut surprendre sous sa manifestation la plus tranchée, certaines circonstances dont la réunion n'est pas toujours constante sont indispensables à la production *type* de ces cas. Ces circonstances, que nous avons longuement discutées (V. *op. cit.*, p. 190 et *sq.*) et que nous rappellerons seulement pour mémoire, sont : 1° un vent de mer de force modérée et soutenu; 2° un séjour prolongé de plusieurs heures au bord de la mer; 3° un sujet fortement prédisposé au mal de mer ordinaire; ajoutons (parce que l'observation suivante nous en fournira un exemple) et étranger ou absent depuis longtemps de la localité marine.

Nous ignorons si, depuis la publication de nos recherches sur le mal de mer, des cas de vertige marin terrestre ont été constatés ou non par les observateurs en position de le faire. Quant à nous, si nous en croyons nos convictions, formées à cet égard à des renseignements de source certaine, rien ne serait plus commun que ces cas exprimés à des degrés divers au sein des littoraux et ports de mer quelconques, et cela, à tel point qu'on pourrait dire qu'il n'y a qu'à vouloir se baisser pour en prendre.

S'il en est ainsi de ces faits, ils ne pourront manquer d'apparaître tôt ou tard en grand nombre. En attendant, et pour ce qui est de la possibilité des cas de vertige marin terrestre apparaissant ailleurs qu'au sein des littoraux en possession de foyers palustres dominants, nous citerons le fait suivant, né d'hier, et venu en quelque sorte comme tout exprès pour appuyer cette possibilité.

Pour les détails de ce fait (V. Gaz. Méd., *loc. cit.*), nous le résumerons comme il suit :

Obs. — Sujet de 29 ans; bonne santé habituelle; prédisposition forte au mal de mer ordinaire; habitation prolongée hors des contrées maritimes. Retour à Marseille pendant neuf jours consécutifs. Durant le même espace de temps, le sujet éprouve trois atteintes nocturnes d'une affection absolument semblable au mal de mer ordinaire. Nulle circonstance déterminante autre que trois stations de plusieurs heures près des bords de la mer pendant les jours correspondants.

Cette observation est suffisamment caractéristique, à notre avis, pour se passer de longs commentaires. Au surplus, nous avons hâte d'abréger. Nous nous bornerons donc à prier notre honorable confrère de vouloir bien comparer l'observation qu'il vient de lire avec celles relatées par nous (*op. cit.*) parmi les cas que nous avons désignés sous le nom de vertige marin terrestre; nous ne pensons pas qu'il fasse ensuite difficulté à leur trouver, je ne dirai pas analogie, mais identité complète. De part et d'autre, en effet, les circonstances principales sont les mêmes, à part seulement que pour la plupart des cas de vertige marin terrestre relatés dans *op. cit.*, l'influence marine alla chercher les sujets, tandis que, pour l'observation actuelle, ce fut le sujet qui vint chercher l'influence. Mais à l'égard du moins de cette dernière observation, il est sûr que la présence d'une constitution palustre dominante ne saurait être invoquée; cela étant, nous le demandons, à quelle influence autre qu'à celle de la mer, en face surtout d'un cortége symptomatique aussi significatif, pourrait-on avoir recours?

En attendant, et jusqu'à preuve du contraire, nous persisterons donc à regarder la possibilité des cas de vertige marin terrestre en présence de l'influence marine seule comme certaine et démontrée; et cette démonstration qui, si elle nous eût fait défaut, pouvait ruiner notre théorie, servira, une fois obtenue et consentie, à l'asseoir sur des bases inébranlables.

En effet, s'il est vrai qu'il existe des cas de mal de mer à terre, il est vrai aussi qu'il existe une influence toxique marine, tranchons le mot, un miasme marin. Mais s'il existe un miasme marin, le mal de mer peut donc être considéré comme une intoxication marine. Mais si le miasme marin a le pouvoir d'engendrer le mal de mer, ne pourrait-il donc, à l'égal d'autres miasmes pour lesquels cela est implicitement admis, et avec l'aide aussi de circonstances atmosphériques, climatériques et autres, encore mal connues, engendrer nombre d'affections plus grandioses, quoique analogues encore au mal de mer dont ce dernier serait comme le type en tant qu'expression diminutive morbide la plus générale? Vous le voyez, cher confrère,

c'est comme la pierre qui, lancée sur la pente, roule irrésistiblement jusqu'au bas.

Nous avions donc raison de le dire en commençant : la question de la théorie miasmatique du mal de mer, dans les termes où nous l'avons posée (*op. cit.*) n'est plus qu'une question de fait. Attendons donc les faits ; s'ils existent, ils viendront sûrement. Jusque-là prenons patience, cher confrère, et suivons cette maxime sage : *In dubio abstine*.

Agréez, etc.

REVUE DES JOURNAUX DE MÉDECINE.

JOURNAUX ANGLAIS.

I. LONDON MEDICAL GAZETTE.

Les numéros du premier semestre de 1850 contiennent les articles originaux suivants : 1° *Considérations sur les contractions musculaires qui arrivent après la mort par le choléra* ; par M. W. Barlow. 2° *Cas d'éléphantiasis du scrotum* ; par M. Child. (Tumeur énorme ; ablation après chloroformisation ; mort au bout de quatre heures.) 3° *Considérations sur les bandages* ; par M. Teale. 4° *Dégénération graisseuse des petits vaisseaux sanguins du cerveau et ses rapports avec l'apoplexie* ; par M. Paget. 5° *Hernie réduite en masse ; opération* ; par M. Luke. 6° *Sur l'état présent des établissements d'aliénés, et sur la nature et le traitement de l'aliénation mentale* ; par M. Smith. 7° *Cas de bronchite épidémique aiguë chez un enfant de 13 jours ; menace de suffocation ; emploi malheureux d'un moyen non usuel* ; par M. Robinson. 8° *Cas de tétanos idiopathique traité par le galvanisme* ; par M. Halley. 9° *Cas de présentation du placenta et des pieds* ; par M. Bourne. 10° *Sur l'emploi du chloroforme par les voleurs* ; par M. John Snow. 11° *Histoire et dissection d'un cas de malformation de la vessie urinaire, avec remarques* ; par M. M'Whinnie. 12° *Le choléra à Plimouth* ; par M. Soltan. 13° *De certains phénomènes physiologiques et pathologiques liés à l'acte de la respiration* ; par M. Trayer. 14° *Ulcération scrofuleuse de la carotide primitive ; ligature de l'artère ; mort le quatrième jour* ; par M. Fr. Robinson. (Une hémorrhagie très-alarmante survenue par un petit ulcère du cou obligea de lier immédiatement la carotide. Le sang reparut néanmoins. A l'autopsie, on reconnut une perforation du vaisseau, siégeant juste au-dessous de sa bifurcation.) 15° *Pathologie des valvules semilunaires de l'aorte et de l'artère pulmonaire* ; par M. Moore. 16° *Sur les* nævi materni *et les dilatations des vaisseaux des téguments* ; par M. Coste. 17° *Du col de l'utérus et du traitement moderne de ses maladies* ; par M. Williams. 18° *Cas de fièvre rhumatismale ; péritonite et endocardite aiguë ; symptômes de méningite* ; par M. Dewes. 19° *Hernie ascendante ou intermusculaire* ; par M. Luke. 20° *Deux mots sur le choléra dans les villages indiens* ; par M. Moore. 21° *Réflexions sur le soulagement des paralytiques* ; par M. Bould. 22° *Sur le diagnostic du croup et de certaines affections concomitantes des organes respiratoires* ; par M. Kesteven. 23° *De la rareté des adhérences du péricarde comparativement à la fréquence de la péricardite* ; par M. Kirkes. 24° *Du narcotisme par l'inhalation de vapeurs* ; par M. John Snow. 25° *Cas de déplacement de l'angle inférieur de l'omoplate* ; par M. Rose. 26° *Sur la moelle épinière* ; par M. Swan. 27° *Sur l'emploi local du nitrate d'argent dans les affections de l'utérus* ; par M. Oke Clark. 28° *Empoisonnement par l'arsenic ; mort en trente-six heures ; influence de l'arsenic sur la digestion ; rémission des symptômes* ; par M. Greaves. 29° *Observations pratiques* ; par M. Mayo. 30° *Muscle non décrit de l'omoplate* ; par M. Brown. (L'auteur donne une description spéciale d'un petit faisceau qui s'insère sous l'épine de l'omoplate et va de là se rendre à la capsule de l'articulation scapulo-humérale. C'est une portion du sous-épineux, laquelle, à la vérité, et ainsi que M. Brown le fait remarquer, est en général distincte du reste de ce muscle.) 31° *De l'hémorrhagie par l'ombilic après la séparation du cordon* ; par M. Mauley. (L'auteur cite un cas où cet accident, survenu douze jours après la naissance, ne put être arrêté ni par la compression, ni par les astringents, ni par le fer rouge, et fit périr l'enfant. La ligature en masse ne put être faite, parce que le sang sortait d'une tumeur molle, comme fongueuse, que le fil aurait sans doute déchirée.) 32° *Cas de rupture de l'artère iliaque primitive droite* ; par M. Hiks. 33° *Psychologie des maladies nerveuses, spasmodiques et convulsives* ; par M. W. Smith. 34° *Cas fatal d'empoisonnement par le tartre émétique* ; par M. Pollock. 35° *Sur le traitement des femmes dans l'accouchement trop lent, avec des remarques sur les bons effets de l'opium et les inconvénients du chloroforme* ; par M. Craig. 36° *Sur la différence qui, dans l'état morbide, existe entre les substances grise et blanche du cerveau* ; par M. Swan. 37° *De l'introduction de l'air dans les veines* ; par M. Lane. 38° *Sur le développement de la graisse* ; par M. Handfield Jones.

HERNIE RÉDUITE EN MASSE ; OPÉRATION ; par M. LUKE.

OBS. — Un gentleman, âgé de 77 ans, fut pris, le 27 décembre 1849, de vomissements après son dîner. M. Callaway, appelé seulement le 30, trouva que les vomissements avaient continué depuis le premier jour ; il n'avait pas eu d'évacuation alvine à partir du 28.

Il avait une hernie inguinale gauche, pour laquelle il avait porté un bandage plusieurs années. M. Callaway constata que, le 25, elle était sortie et que le patient l'avait fait rentrer sans difficulté. Mais celui-ci attribuait son malaise au repas du 27, et était tellement persuadé que la hernie n'y était pour rien qu'il éludait obstinément toutes les questions destinées à éclaircir ce point par une foule de divagations. Il n'y avait ni tuméfaction, ni sensibilité du ventre, ni tympanite. (Pilules bleues et coloquinte.)

31 décembre. Les pilules ont été rejetées ; le malaise augmente. (Lavements copieux et calomel.)

1er janvier 1850. Les vomissements sont devenus stercoraux. En pressant au-dessus de l'anneau abdominal à gauche, M. Callaway découvre dans ce point une légère sensibilité, mais sans tuméfaction.

M. Luke, qui vit alors pour la première fois le malade en consultation, constata comme M. Callaway, que malgré l'endolorissement de la partie désignée, il était impossible d'y trouver la moindre tumeur. Le canal inguinal paraissait également libre. Mais d'importantes notions résultèrent de l'examen de l'anneau externe et du cordon.

L'anneau externe fut trouvé suffisamment large pour admettre aisément l'introduction du bout du doigt, tandis que le cordon, soit dans l'anneau, soit au-dessous de lui, se montrait nettement limité et sans aucun sac herniaire couvrant sa face antérieure. Cette circonstance autorisait à conclure que le sac, que, d'après les commémoratifs, on savait avoir existé là peu de jours auparavant, avait abandonné cette situation et était retourné dans l'abdomen avec son contenu.

Ainsi une forte présomption, pour le moins, établissait que la hernie avait été réduite en masse, pendant que les symptômes actuels confirmaient l'existence d'un étranglement. D'après ces données, et l'inutilité de nouveau éprouvée du calomel associé à l'opium, on décida qu'une opération exploratrice était indiquée. Mais le consentement du malade fut refusé jusqu'au 2 janvier. On avait, en attendant, essayé de faire sortir la hernie en engageant le malade à faire des efforts ; mais rien ne se montra au dehors ; il paraissait seulement alors une plénitude plutôt qu'une véritable tumeur au-dessus de l'anneau abdominal, et la pression du doigt la faisait disparaître sans aucune douleur.

On incisa longitudinalement la peau, les couches sous-cutanées, puis la paroi antérieure du canal inguinal. A ce moment, une petite tumeur arrondie se présenta à l'anneau interne et grossit, ou pour mieux dire, devint de plus en plus apparente à mesure que les incisions lui permirent davantage de s'épanouir au dehors. Une petite ponction en fit sortir de la sérosité sanguinolente ; le doigt passé à travers cette ponction agrandie amena en vue une anse intestinale, et put reconnaître à la partie supérieure de ce sac, à 2 pouces environ de l'anneau abdominal un contour contracté qui encerclait et étranglait l'intestin. Le bout de l'indicateur introduit, non sans quelque difficulté, à travers ce collet, servit de conducteur à un bistouri boutonné qui coupa l'orifice constricteur. Ceci fait, il fut facile de repousser l'intestin du sac dans la grande cavité péritonéale. La plaie fut fermée par deux points de suture, des bandelettes agglutinatives et un bandage.

Le ventre s'ouvrit peu de temps après l'opération par des évacuations qui rendirent inutile l'emploi des purgatifs. L'épuisement et la faiblesse diminuèrent rapidement.

Au bout de huit jours, le bon état des fonctions digestives ne se démentant pas, et la plaie se trouvant presque entièrement réunie par première intention, M. Luke cessa de voir le malade.

Nous avons, à dessein, souligné l'énoncé du nouveau signe que M. Luke propose pour éclairer le diagnostic de la réduction en bloc. Ce signe est fondé sur le fait bien notoire que dans la réduction ordinaire, normale, les viscères rentrent dans l'abdomen et le sac reste au dehors. Par conséquent, lorsque les commémoratifs apprennent, lorsque la dilatation considérable de l'anneau externe prouve qu'il existait précédemment une hernie, si dans ces circonstances on ne retrouve plus le sac au devant du cordon, il devient par cela seul vraisemblable, comme l'exprime judicieusement l'auteur, que la hernie est rentrée en masse.

Contre la valeur de ce signe, M. Reid (de Canterbury) avance que de la graisse déposée dans le cordon, les kystes qu'on y trouve parfois, le varicocèle pourraient alors simuler la présence du sac et tromper le praticien. M. Luke répond à ceci que les diverses tumeurs dont M. Reid parle sont adhérentes au cordon et suivent ses mouvements, tandis que le sac herniaire en demeure indépendant.

— A cette réfutation, nous ajouterons une autre remarque entièrement confirmative de l'importance que M. Luke attache à cet élément de diagnostic. Le varicocèle se dissipe par le repos et la situation horizontale suffisamment prolongée. Les kystes et les tumeurs graisseuses pourraient donc seuls être une cause d'erreur, et nous admettons en effet qu'elles puissent quelquefois le devenir pour un praticien peu expérimenté. Mais il

n'en est pas moins vrai que ces lésions sont assez rares, et que dans tous les cas où elles n'existeront point, l'absence du sac, au milieu des circonstances bien spécifiées dont il s'agit, doit être considérée comme un excellent moyen de constater l'existence d'une réduction en masse, comme un précieux renseignement pour établir l'indication d'une opération dont l'utilité est souvent alors fort difficile à déterminer.

DE L'USAGE DU CHLOROFORME PAR LES VOLEURS; par M. JOHN SNOW.

Ç'a été pendant quelque temps un bruit généralement accrédité que les malfaiteurs trouveraient dans le chloroforme un sûr moyen de dépouiller à leur insu les victimes qu'ils choisissent. Il aurait suffi de jeter sur la figure d'un homme qui se promène paisiblement dans la rue un mouchoir imbibé de chloroforme pour le stupéfier instantanément. Ce préjugé s'est tellement répandu en Angleterre que M. Snow n'a pas jugé inutile de le combattre scientifiquement, d'autant plus que, comme il le fait remarquer, une présomption semblable de la part des juges a certainement pu les engager à punir plus sévèrement ceux qu'ils croyaient capables d'avoir eu recours à cette odieuse manœuvre.

Or le chloroforme possède à la vérité une odeur agréable, mais il a cependant aussi quelque chose de piquant qui porte le patient à le repousser dès la première inspiration. On ne peut donc l'administrer à personne sans qu'il s'en aperçoive. Si l'on veut le faire respirer à un enfant qui est endormi, quelque soin qu'on ait pu prendre de ménager le dégagement et la pénétration de la vapeur, constamment il s'éveillera avant d'être devenu insensible. Ainsi, en supposant même le cas où un voleur chercherait à vous appliquer, à vous retenir de force sur le visage un mouchoir imbibé de chloroforme, vous pourriez toujours vous débattre assez longtemps, en retenant votre respiration, pour attirer du secours.

Comment donc cette opinion s'est-elle propagée ? Voici l'explication tout assaisonnée de sel britannique qu'en donne M. Snow : « Vraisemblablement ce sera un homme qui, ayant fait dans la rue une chute suivie de perte de connaissance, se sera rappelé en revenant à lui qu'un mouchoir a été alors approché de sa face, et sur une telle donnée aura attribué au chloroforme l'insensibilité qu'il vient d'éprouver, quoique n'ayant eu en réalité qu'une attaque. Mais cette idée, on le comprend, était du nombre de celles qui sont destinées à faire fortune ; car il serait bien commode pour se justifier, par exemple, d'avoir été trouvé en mauvaise compagnie, au lieu de l'excuse banale qu'on avait *un peu trop dîné* ce jour-là, de pouvoir alléguer qu'on a été chloroformisé malgré soi. »

OBSERVATIONS DE HERNIE ASCENDANTE OU INTERMUSCULAIRE; par M. LUKE.

Il ne s'agit ici que de cette variété de hernie inguinale que, depuis Dupuytren et M. Cl. Dance, on connaît sous le nom de *intra-pariétale*. M. Luke s'efforce d'éclairer le mécanisme de sa formation et les difficultés que son diagnostic peut susciter, principalement dans le cas d'étranglement.

C'est particulièrement chez les femmes que cette déviation de la hernie inguinale ordinaire est observée; ce qui s'explique par le moindre développement du canal et de l'anneau chez elle que chez l'homme. En effet, un obstacle quelconque apporté à la libre progression de la hernie peut devenir cause de cette anomalie de situation. Ainsi les viscères sortis par l'anneau inguinal interne éprouvent-ils quelque empêchement à franchir l'anneau externe, peu à peu, ils remonteront en haut et en dehors entre les couches dont se compose la paroi abdominale.

On comprend que la hernie étant alors recouverte d'une couche musculaire, il est plus difficile d'en discerner la nature; aussi peut-on la prendre pour une autre tumeur, formée par le cœcum ou le colon distendus ou dépendant d'une inflammation des tissus contigus à ces intestins.

La connaissance de ce fait suggère quelques précautions à prendre lorsqu'on applique un bandage pour une hernie inguinale commençante. Dans une hernie ancienne et complète, on sait en général qu'il faut faire porter la pelote à la fois sur les deux anneaux, qui, du reste, sont alors placés presque directement en face l'un de l'autre. Mais si la hernie est de date récente, on a quelquefois de la tendance à espérer que la simple compression sur l'anneau externe pourra suffire. Rien n'est, au contraire, plus préjudiciable; car les viscères retenus dans le canal, cédant d'ailleurs à l'effort qui les chasse au dehors, remonteront et s'insinueront entre les divers feuillets de la paroi abdominale, et constitueront enfin la variété de hernie dont il est ici question.

Il n'y a, dit M. Luke, que deux moyens de prévenir cet inconvénient : le premier serait de supprimer tout bandage et de laisser la hernie suivre librement son cours à l'extérieur; le second, bien préférable, consiste à construire et à appliquer la pelote de manière que la pression s'exerce en même temps sur l'anneau externe, le canal et l'anneau profond.

CAS DE DÉPLACEMENT DE L'ANGLE INFÉRIEUR DE L'OMOPLATE; par M. C. ROSE.

OBS. — Un agriculteur, âgé de 40 ans, de complexion faible, vint consulter M. C. Rose en mars 1848 pour des douleurs de la partie supérieure de l'omoplate du côté droit, s'étendant en haut à l'épaule et à la partie postérieure du cou, sans chaleur, ni enflure de la région; sa santé générale était bonne. Au moment où il ressentit pour la première fois ces douleurs, il était laborieusement occupé à ébrancher et à courber en bas une haie ; mais il ne se souvenait pas d'avoir distendu ou forcé aucune des parties qui avoisinent l'épaule.

Dans le milieu de l'été de la même année, il revint se plaignant que le bras de ce côté avait perdu de sa force, principalement lorsqu'il voulait se servir de sa main élevée au-dessus de la tête.

En l'examinant, M. Rose trouva que lorsqu'il portait la main au-dessus du niveau de l'épaule, l'angle inférieur de l'omoplate droite quittait sa situation naturelle, ses rapports normaux avec les côtes, et se projetait, en formant avec le tronc un angle d'au moins 45 degrés. Quand ses bras restaient pendants sans être retenus par leurs côtés, toute la base de l'omoplate droite faisait une saillie plus grande que celle de la gauche. La gêne ou l'impotence partielle qu'il ressentait dans toutes les occupations qui nécessitent l'élévation de la main au-dessus de la tête était si prononcée qu'il se servait de préférence du membre gauche.

Considérant cette incommodité comme causée par la paralysie du grand dentelé, M. Rose jugea à propos d'employer le galvanisme. Mais, après une seule application, le malade cessa de s'y prêter; et M. Rose le perdit de vue durant quelques mois. Au bout de ce temps, trouvant les choses dans le même état, il lui fit construire une plaque bien rembourrée, maintenue fixe par derrière sur l'omoplate au moyen de bretelles et d'autres courroies passant sur le sternum, de manière à retenir l'omoplate en place, sans cependant empêcher l'action du grand dentelé et des autres muscles affaiblis, s'ils venaient à recouvrer leur puissance. Il porta cet appareil six mois, en continuant de travailler. Mais alors, trouvant que les mouvements de la respiration en étaient gênés, il le mit de côté. Cependant il paraît qu'il l'avait gardé assez longtemps pour en obtenir un grand bénéfice; car maintenant, après avoir travaillé tout l'été et moissonné sans appareil, il a fait constater par M. Rose que l'omoplate a recouvré sa position normale, et la garde pendant les mouvements du bras; de telle sorte que cet homme n'est plus incapable de se livrer aux occupations de son métier.

M. Rose explique l'incommodité qu'offrait son malade par un affaiblissement des muscles grand dentelé et grand dorsal. Quant à cet affaiblissement lui-même, il résulterait de la contraction excessivement prolongée à laquelle ces muscles avaient été sujets pendant les mouvements du bras. En effet, ces mouvements, dont il a été question au commencement de l'observation, ne peuvent s'exécuter sans que l'omoplate soit invariablement et fortement fixée contre le tronc. Or c'est aux deux muscles susnommés que cet office est dévolu. Il n'est donc pas étonnant qu'un exercice qui provoquait leur action énergique et répétée, ait lassé leur puissance et déterminé leur affaiblissement.

DE L'INTRODUCTION DE L'AIR DANS LES VEINES; par M. LANE.

Les cas de guérison après l'introduction de l'air dans le système circulatoire sont assez peu nombreux; la plupart d'entre eux prêtent même à la contestation, de sorte que, pour certains critiques, par cela seul que le malade a guéri, il y a lieu de douter que la pénétration du gaz se soit réellement effectuée. Les observations de cet ordre ont cependant une importance pratique indéniable, comme exemple de ce qui a réussi et par conséquent de ce qu'il conviendrait de faire dans l'une des plus graves circonstances où le chirurgien puisse se trouver.

Sentant parfaitement les lacunes de la science sur ce point, M. Amussat, dans sa remarquable monographie, exprimait le regret que les observations de guérison fussent *trop brèves*. Nous tâcherons d'éviter ce reproche en reproduisant la relation de M. Lane telle qu'il l'a donnée.

OBS. — Madame Simkiss, âgée de 46 ans, de constitution délicate, mais jouissant d'une bonne santé habituelle, mère de huit enfants, avait depuis quelques années dans l'aisselle gauche une tumeur dure, qui peu à peu devint douloureuse au point qu'elle demanda à en être débarrassée. M. Gay fit cette opération le 7 février 1848. La patiente étant assise et préalablement chloroformisée, il divisa les téguments en travers, mit à découvert une volumineuse masse glandulaire, la disséqua des parties adjacentes et l'excisa. On lia trois petites artères, et il y eut très-peu de sang de perdu. Comme il restait encore au fond de la plaie une partie de tissu morbide qu'on jugea utile d'enlever, on la saisit avec le ténaculum et on la tira en bas, en tenant le bras de la malade relevé afin de mieux éclairer les objets. Pendant la dissection, une branche tributaire de la veine axillaire fut blessée près de la poitrine; cependant l'ouverture fut petite. M. Gay et moi, nous *vîmes* (sees) (1) l'air entrer dans l'orifice, s'accompagnant d'un bruit sourd particulier que tous les assistants purent entendre. Ce bruit était entièrement ca-

(1) Sans doute l'expression est figurée; mais nous n'en devions pas moins la citer textuellement. (NOTE DU RÉDACTEUR.)

ractéristique de l'entrée de l'air à travers une ouverture resserrée, on d'un gaz passant à travers un liquide. Il ressemblait au gargouillement ou sifflement qui se fait au moment où l'on verse les dernières gouttes du liquide d'un vase dans une seringue.

On observa au même instant un grand changement dans la contenance de la patiente. La circulation tomba. La malade, qui se remettait des effets du chloroforme (dont on n'avait pas continué l'action jusqu'à la fin de l'opération), devint excessivement faible et retomba sur sa chaise. M. Gay abandonna aussitôt la portion de glande qu'il était occupé à extirper, et pressa sur la veine blessée, andessus du point où elle était ouverte. A ce moment, le pouls était imperceptible; la face avait une pâleur mortelle. On donna de l'eau-de-vie en quantité; la plaie fut fermée aussi rapidement que possible, le bras rapproché du tronc et la malade placée dans une position déclive. La surface du corps devint froide; la malade semblait à peine respirer. On approcha de l'ammoniaque des narines; on mit des bouteilles d'eau chaude aux pieds; des frictions furent continuellement pratiquées sur les jambes et les bras, les mains et les pieds plongés dans l'eau chaude. On versa sur la poitrine de l'eau chaude mêlée d'eau-de-vie, puis de l'éther sulfurique.

Au bout d'une heure et demie d'emploi de ces moyens, le pouls reparut au poignet, battant régulièrement. La malade commença à recouvrer la connaissance qu'elle avait perdue immédiatement après l'entrée de l'air dans la veine. Elle tomba alors dans des accès hystériques, qui bientôt s'apaisèrent. Au bout de deux heures on put la recoucher, appliquer une compresse sur la plaie et maintenir par un bandage le bras contre le côté. Le pouls battait 80 à la minute, régulier, mais faible. (Aromatiques et mixture camphrée toutes les quatre heures.)

A sept heures du soir (trois heures après l'opération), elle se plaint de douleur et de tension vers l'épaule, tenant peut-être à ce que le bandage est trop serré. Pouls à 100. (10 gouttes de la solution opiacée sédative de Battley, à donner le soir.)

Le 8 (lendemain de l'opération), elle s'est assoupie pendant la nuit, mais se plaint encore beaucoup de l'épaule. Il n'y a pas eu d'autre saignement que quelques gouttes qui ont coulé après l'application de la bande, et seulement assez pour la roidir. Langue chargée; pouls à 98, régulier, de force modérée; peau un peu chaude, ventre libre. (Appliquer de la glace sur la partie; boisson avec de l'acétate d'ammoniaque et du nitrate de potasse, indépendamment de la mixture camphrée.)

Le 9, elle s'est fréquemment assoupie la nuit, mais s'éveillait toujours avec une douleur dans l'épaule; pouls à 104, régulier et plus plein; langue revêtue d'un enduit blanc, brunâtre et se desséchant un peu; encore une évacuation. (Même prescription.)

Le 10, elle a mieux dormi; pouls à 100, mou et plein; un peu de toux; la plaie suppure.

Le 11, elle a eu la nuit dernière du malaise qui a été suivi de frissons de deux heures de durée. On dépanse la plaie; elle offre un état satisfaisant. Les ligatures sont enlevées, et on rapproche doucement le bras du corps.

Depuis ce temps, la guérison continua sans aucun fâcheux symptôme; et le 28 du même mois la plaie était entièrement cicatrisée. Depuis lors il n'y a pas eu de récidive; sa santé générale est même meilleure qu'avant l'opération.

On consultera avec intérêt, à côté de cette observation, un autre cas de guérison, dans les mêmes circonstances, rapporté par M. Bransby Cooper.

Obs. II. — En amputant un bras dans l'articulation de l'épaule, dit-il, j'entendis un sifflement pareil à celui que produit l'air sortant d'une bouteille à goulot étroit. La malade, jeune fille de 19 ans, émaciée, tomba à l'instant dans un collapsus faisant craindre une mort prochaine. Le corps était pâle; les pupilles fixées et immobiles; pouls petit, irrégulier; respiration précipitée, faible, entrecoupée par moments de soupirs. Elle revint en partie à elle au bout d'une heure. Pendant ce temps, on l'avait couchée horizontalement : le lambeau avait été rabattu sur la plaie et fixé par les agglutinatifs. On jeta aussi de l'eau froide sur la face, on mit de l'ammoniaque sous les narines, et une éponge imbibée de vin sur les lèvres. Elle guérit complétement des suites de l'opération, mais succomba plus tard à une maladie de l'épine.

P. Diday.

(La suite au prochain numéro.)

TRAVAUX ACADÉMIQUES.

ACADÉMIE DES SCIENCES.

SÉANCE DU 3 FÉVRIER.

HYDROPHOBIE RABIQUE.

M. Ed. Sanderet, professeur d'hygiène et de médecine légale à l'École de médecine de Besançon, adresse la relation d'un cas d'hydrophobie rabique, vainement traité par le remède rapporté de Choa ou de Devratabor par M. Rochet d'Héricourt. Voici cette observation :

Un enfant, âgé de 9 ans, a été mordu il y a quarante-deux jours par un chien qui a également maltraité plusieurs enfants du même âge. L'animal a été immédiatement traqué et abattu, sans qu'on ait pris le temps de s'assurer s'il était enragé. L'enfant avait été saisi au visage, la lèvre inférieure était déchirée près de la commissure droite, une seconde plaie existait dans le milieu de la joue, une troisième sur la pommette. Ces plaies ont été cautérisées dans la demi-heure qui a suivi l'accident, mais avec l'ammoniaque et par un homme qui n'est pas médecin.

Le vendredi 17 janvier 1850, l'enfant a commencé à éprouver une douleur de tête et de la langueur; il se couche sans manger. Samedi matin, il est mieux; il se lève, joue et mange. Mais dans l'après-midi, nouvelles plaintes; il demande à se coucher, accuse de nouveau une douleur de tête avec tournoiement, il a un peu de fièvre, et dès le soir apparaît l'impossibilité d'avaler une gorgée de liquide sans effort et sans douleur.

Le dimanche 19, à trois heures de l'après-midi, M. Sanderet constate à l'examen que les cicatrices sont encore élevées et dures, mais ni rouges ni douloureuses. Elles n'ont subi aucun changement dans les deux derniers jours.

L'enfant accuse des douleurs sous l'oreille, à l'angle des mâchoires, à une dent; la langue est un peu chargée, l'arrière-gorge très-légèrement colorée; il ne s'en plaint qu'au moment de la déglutition. La bouche n'offre rien à noter. Pouls 120, petit. Quand on s'approche de l'enfant, il éprouve un sanglot, un sursaut de respiration qu'il ne peut contenir et qui s'accompagne d'une expression d'anxiété.

On lui présente un vase contenant de l'eau sucrée froide; il dit qu'il ne peut boire; on le presse, il saisit le vase à la hâte et en tremblant, avale rapidement quelques gouttes; mais au mouvement de déglutition il se soulève, fait effort en agitant ses bras et en se roidissant et avale enfin, puis se rejette sur son lit avec une expression de douloureux étonnement. L'essai répété avec l'eau tiède donne un même résultat.

Cet enfant, qui est d'ailleurs très-intelligent, ne paraît pas se douter de son état, n'a pas dit encore un mot de ses morsures et semble sans inquiétude.

0,45 centigr. de la poudre de M. Rochet d'Héricourt lui sont administrés dans du miel; il prend le remède avec un peu de difficulté, mais entièrement. (On a diminué d'un quart la dose indiquée pour un adulte.)

On laisse auprès du malade un homme intelligent avec le texte de la formule qui devra être exactement suivie.

De cinq à sept heures, un peu de chaleur et d'assoupissement. A sept heures, on donne le reste de la dose, 15 centig.

Pas une nausée, point de vomissements, point de selles, aucun des effets annoncés.

A neuf heures, l'homme de garde fait prendre du petit-lait qui est péniblement accepté. Pouls très-fréquent; somnolence.

A onze heures, l'enfant est parfaitement éveillé; il urine, se lève de lui-même, son esprit est complétement lucide.

A minuit, respiration convulsive, sans provocation. A une heure, il demande du pain qu'il mange en petite quantité. Une selle.

Lundi 20, sept heures du matin, pouls 120, respiration plus fréquente, même gêne dans la déglutition; il consent à essayer de boire, car il a soif, se précipite sur la tasse et avale brusquement, puis il suffoque, s'agite, a les yeux hagards. Le sanglot arrive aujourd'hui spontanément, souvent il est soulevé de son lit par ce singultus répété. Il écarte ceux qui l'approchent.

On renouvelle l'administration de la racine abyssinienne à 0,60 centig., dose d'adulte. A une heure, le médicament n'a donné aucun résultat. Préoccupé de cette circonstance que des évacuations abondantes doivent survenir, M. Sanderet entreprend de les obtenir; à cet effet il conseille l'ingestion de 0,10 centig. de tartre stibié qui sont administrés dans du miel.

A cinq heures, point d'effets sensibles; seulement quelques besoins de garderobe.

Le sanglot persiste. L'enfant accuse des besoins pressants de bâiller qu'il ne peut satisfaire; il est agité, cause à l'excès, se plaint du nombre des personnes qui le visitent. Pouls 124, irrégulier; respiration très-fréquente et toujours suspirieuse. Il exprime l'espoir d'être bientôt guéri, se promettant alors de boire de l'eau froide à longs traits. On lui offre de le faire; il accepte; mais quand le vase est apporté, il se rejette vivement sur son lit en refusant; il cède enfin; il essaye de boire; toujours mêmes contorsions.

21, sept heures du matin. Il y a eu sept selles. Nuit sans sommeil, agitée. Même difficulté pour boire; sentiment de suffocation; un peu de sputation. (1 gram. 20 centigr. de la poudre.)

Le soir de ce jour, à quatre heures, rien de changé.

Mardi 22, cinq heures du matin. L'enfant est au plus mal. On n'a pu le retenir dans son lit dont il veut toujours descendre. Il est couché sur le dos, la face profondément altérée, les yeux cernés, injectés, d'une fixité effrayante; une salive écumeuse sort de ses lèvres agitées par des plaintes et des paroles inintelligibles; ses mouvements sont incessants. Quelquefois il s'exalte; il a frappé, nous dit-on, et cherché à mordre. Le pouls est imperceptible, la respiration fréquente à l'excès, l'intelligence perdue.

On constate pour la première fois un emphysème général sous-cutané.

L'enfant meurt à dix heures du matin, soixante-deux heures après la première visite de M. Sanderet, le quatrième jour depuis les premiers symptômes.

ÉTIOLOGIE DU MAL DE MER.

M. Pellarin a lu il y a quatre ans, à l'Académie des sciences, un mémoire dans lequel il attribuait le mal de mer à un état hypohémique du cerveau, c'est-à-dire à une diminution de l'afflux du sang vers ce centre nerveux; et ce trouble de la circulation, l'auteur le faisait dépendre essentiellement du mouvement du navire.

Il restait à démontrer que les balancements du navire doivent avoir, en effet, pour résultat de retarder le cours du sang. Cette démonstration va se trouver fournie par l'application des lois de l'hydrodynamique à ce qui se passe chez les individus soumis aux conditions physiques qui causent le mal de mer.

On sait que, pour parcourir le champ circulatoire, le sang reçoit de la contraction du cœur une impulsion qui équivaut à une force donnée, force, d'après les expériences de M. Poiseuille, capable de faire équilibre à une colonne de mercure de 16 centim., soit à une colonne d'eau de 6 pieds environ. L'effet de l'impulsion donnée au sang par le cœur, autrement de la force dont il s'agit, se trouve modifié d'une façon notable rien que par l'attitude qu'on prend. Se tient-on debout ou assis, l'effet sera contrarié, diminué, parce que cette attitude ajoute aux autres résistances que doit surmonter le courant sanguin, celle de la pesanteur du liquide lui-même. Est-on courbé, le résultat opposé se produira. D'où le précepte de placer les personnes atteintes de syncope dans la position horizontale qui favorise, accélère le cours du sang dans la direction du cerveau.

Voyons maintenant ce qui se passe dans les colonnes de liquide qui remplissent les gros vaisseaux sanguins lorsqu'on subit les mouvements imprimés au navire par une mer agitée. Les molécules du sang, au lieu d'obéir seulement à l'impulsion en sens vertical qu'elles reçoivent de la pression du cœur, se trouvent sollicitées par une force centrifuge, et elles prennent la direction de la résultante de ces deux forces. Elles décrivent une courbe, une sorte de spirale qui allonge d'autant le chemin qu'elles ont à parcourir et qui diminue par conséquent leur vitesse ascensionnelle; ce changement dans leur direction augmente aussi leur frottement contre les parois des tubes artériels. Double cause de ralentissement de l'ondée sanguine qui monte vers la cavité crânienne.

La conséquence physiologique de cette arrivée moindre de sang au cerveau, c'est une diminution de l'influx nerveux cérébral, et c'est là ce qui donne lieu au vertige, au malaise, aux nausées, à la prostration, en un mot à tout le cortége de symptômes qui constituent le mal de mer.

CHOLÉRA.

M. le docteur Duchesne adresse une histoire statistique du choléra dans le 11e arrondissement de Paris pendant l'épidémie de 1849.

De ce travail, l'auteur conclut :

1° Pour le 11e arrondissement, la mortalité a été moins forte dans les quartiers élevés que dans les quartiers bas et plus rapprochés de la rivière ;

2° Que la mortalité est moins considérable dans les rues perpendiculaires à la Seine que dans les rues qui sont parallèles à ce fleuve ;

3° Que le choléra paraît et sévit plus cruellement sous l'influence des vents d'ouest ;

4° Que la mortalité est moins grande dans la deuxième enfance (de 5 à 15 ans), et qu'elle est plus grande dans l'âge viril (de 30 à 45 ans);

5° Que le choléra n'est pas contagieux.

ACADÉMIE DE MÉDECINE.

SÉANCE DU 4 FÉVRIER. — PRÉSIDENCE DE M. ORFILA.

Le procès-verbal de la dernière séance est lu et adopté.

GOÎTRE ET CRÉTINISME.

M. le docteur Niepce, médecin des eaux sulfureuses d'Allevard, adresse la lettre suivante, à l'occasion du mémoire de M. Ferrus, sur le goître et le crétinisme.

Depuis trois années, dit-il, que je m'occupe de recherches sur ces deux infirmités, dans les vallées des Alpes françaises comprenant les départements de l'Isère, des Hautes-Alpes et des Basses-Alpes; dans toutes celles de la Savoie, du Piémont et dans les plaines de la vallée du Pô, j'ai parcouru le Valais, j'ai visité à Interlacken le bel établissement du docteur Juggembülh, et dans ce moment, je fais imprimer mon travail sur le goître et le crétinisme.

J'ai recherché avec le plus grand soin quelles pouvaient être les causes qui pouvaient donner lieu au développement du goître et du crétinisme. J'ai reconnu que ces causes étaient multiples; mais en présence de la théorie absolue de M. le docteur Grange, qui affirme de la manière la plus absolue que la *cause unique* du goître et du crétinisme, réside dans la présence de la magnésie dans les eaux, j'ai fait de nombreuses analyses d'eaux servant exclusivement de boissons aux populations des vallées les plus infectées. Dans ce moment nous faisons, au laboratoire de chimie de la Faculté des sciences de Grenoble, des analyses des eaux des vallées des environs de cette ville, où existent beaucoup de goîtreux et de crétins, afin de rechercher si réellement la magnésie se trouve dans ces eaux, et malheureusement pour la théorie de M. Grange, nous constatons que presque toutes les eaux n'en contiennent pas.

M. le préfet des Hautes-Alpes nous a envoyé des eaux recueillies dans diverses localités de son département où le goître et le crétinisme sont tellement répandus que, sur 189 communes qui dépendent de son administration, il n'y en a pas une qui en soit exempte. Voulant bien apprécier l'action des différentes conditions dans lesquelles se trouvent les populations infectées, l'énergie des causes qui, suivant moi, tendent à faire dégénérer l'espèce humaine et à produire le goître et le crétinisme, qui sont le résultat de cette dégénérescence, je fais des recherches sur ce que deviennent les enfants trouvés de ces trois départements, qui sont envoyés en nourrice dans les vallées infectées. J'ai déjà réuni de nombreux documents à ce sujet, que je ferai connaître dans un travail que je me propose d'envoyer à l'Académie.

— M. Boucher (d'Amiens) adresse un paquet cacheté dont le dépôt est accepté.

— M. Bertherand adresse un mémoire sur quelques points du traitement des plaies d'armes à feu.

L'auteur traite, dans ce travail, de l'extraction des corps étrangers, de l'extraction des esquilles, et du trajet des balles, de leurs déviations et de leur fractionnement. (Comm. : MM. Jobert et Bégin.)

PROPRIÉTÉS PHYSIOLOGIQUES ET THÉRAPEUTIQUES DE LA DIGITALINE.

M. Bouillaud termine la lecture de son rapport sur le troisième mémoire de MM. Homolle et Quévenne relatif aux propriétés physiologiques et thérapeutiques de la digitaline.

Dans ce nouveau mémoire, les auteurs se sont proposé d'établir que la digitaline est le seul principe actif de la digitale, qu'elle en présente toutes les propriétés physiologiques et thérapeutiques, et que la constance de ses effets, aussi bien que son inaltérabilité lui donnent sur les préparations pharmaceutiques de la digitale un avantage incontestable.

Les recherches expérimentales auxquelles MM. Homolle et Quévenne se sont livrés se résument dans les propositions fondamentales suivantes :

1° La digitaline préparée convenablement représente toutes les propriétés thérapeutiques de la digitale.

2° La digitaline exerce une action régulatrice sur la circulation et en ralentit les mouvements. Cette action essentielle et à peu près constante n'exige que de faibles doses (ordinairement de 2 à 5 milligrammes par vingt-quatre heures chez les adultes).

3° Lorsque l'on dépasse la dose de 4 à 5 milligr. par vingt-quatre heures, la digitaline exerce une action émético-cathartique, tantôt brusque et soudaine, tantôt lente et graduée.

4° La digitaline détermine une action toxique lorsqu'elle est absorbée à haute dose. Cette action a été produite en injectant dans les veines d'un chien 1 centigramme de cette substance. Mais lorsque l'administration a lieu par l'estomac, l'action toxique ne paraît pas aussi redoutable qu'on est généralement disposé à le croire, l'excès du médicament se trouvant expulsé de l'économie par le fait même de l'intolérance.

5° Comparée à la poudre de digitale, considérée comme la meilleure préparation pharmaceutique de cette plante, la digitaline doit lui être préférée, attendu qu'elle offre une plus grande facilité d'ingestion, une action plus certaine et une tolérance plus constante.

6° MM. Homolle et Quévenne ajoutent en note que la digitaline produit encore deux autres ordres de phénomènes : une action diurétique et une excitation des centres nerveux, mais que cette double action étant loin d'être constante, ils ne croient pas devoir la rappeler ici.

7° Enfin, parmi les actions de la digitaline, MM. Homolle et Quévenne signalent une action spéciale sur les yeux, qui se traduit par un obscurcissement de la vue et une action sur la peau dénudée de son épiderme.

M. le rapporteur s'est lui-même livré à des expériences, dans le but d'étudier l'action de la digitaline sur les sujets atteints, soit de simples névroses du cœur, soit principalement d'affections chroniques organiques plus ou moins graves de ce viscère et de l'aorte, soit de fièvres intermittentes bien constatées. Sur 150 à 200 malades, il a constaté un ralentissement plus ou moins considérable des battements du cœur et des artères, ralentissement qu'on ne pouvait attribuer à aucune autre cause que l'administration de ce médicament; 3 malades seulement ont fait exception; mais chez ces 3 malades, il existait une phlegmasie fébrile.

M. le rapporteur pense que ce n'est point d'une manière secondaire ou consécutive que la digitaline jouit de cette propriété de ralentir, de modérer et de régulariser les battements du cœur, comme l'ont prétendu divers expérimentateurs, mais d'une manière primitive, immédiate.

M. le rapporteur termine par les conclusions suivantes :

Le nouveau mémoire de MM. Homolle et Quévenne considéré surtout sous le point de vue des expériences physiologiques nous paraît devoir être placé sur la même ligne que celui dont nous avons entretenu l'Académie au mois de janvier de l'année qui vient de s'écouler. Aussi, bien que la partie clinique laisse quelque chose à désirer, proposons-nous à l'Académie, ainsi que nous l'avions fait pour le premier mémoire, de donner aux auteurs un témoignage de sa haute approbation en renvoyant leur dernier mémoire au comité de publication.

M. Rochoux : La digitale n'a pas toujours pour effet de déprimer le pouls, il est des circonstances où, au contraire, elle l'accélère ; tel est le cas des maladies phlegmasiques. Il importe de ne pas méconnaître cet effet qui contre-indique l'emploi de la digitale dans les maladies inflammatoires.

M. Delafond : D'après M. Bouillaud, les médecins ne seraient pas d'accord relativement à l'influence de la digitaline sur la sécrétion urinaire. Nous avons fait à Alfort des expériences sur des chevaux et sur des chiens auxquels nous avons administré de la digitaline, et nous avons constaté dans tous les cas une augmentation notable de la sécrétion urinaire qui commence à se manifester au bout de six heures environ, et qui ne disparaît qu'assez longtemps après la cessation du médicament.

Je signalerai encore à l'Académie un autre fait sur lequel M. Bouillaud ne me paraît pas avoir porté son attention. La digitaline, chez les animaux, a non-seulement la propriété de diminuer la force et la fréquence des pulsations, mais elle diminue aussi le nombre des respirations. Ainsi, pendant que, sous l'in-

fluence de cet agent, les pulsations tombent de 38 à 40, à 30 ou même 20, la respiration descend de 9 ou 10 à 6, et même 5 inspirations par minute. Enfin, le pouls présente, dans ces cas, un phénomène particulier que je n'ai pas entendu signaler par M. Bouillaud, c'est une intermittence dont le type est tantôt régulier, tantôt irrégulier.

M. BOUILLAUD: L'action diurétique de la digitale des plus évidentes chez le cheval, d'après l'expérience de M. Delafond, n'est pas aussi constante chez l'homme. Néanmoins cette propriété est généralement admise; il est seulement à regretter qu'elle n'ait pas été plus exactement déterminée. La commission a déclaré d'ailleurs que son examen porterait principalement sur la propriété capitale distinctive de la digitale et de la digitaline, savoir son action sur le cœur. Quant au ralentissement de la respiration, c'est un fait nouveau très-curieux, qui n'a pas encore fixé l'attention des médecins et que le rapporteur ne manquera pas d'étudier.

Les conclusions du rapport sont mises aux voix et adoptées.

SPÉCULUM DE LA BOUCHE.

M. RICORD lit un rapport sur un spéculum de la bouche, présenté à l'Académie par M. Mathieu, fabricant d'instruments de chirurgie. Ce spéculum est formé de deux branches assez étendues et garnies d'étain, dans les gouttières qui répondent aux arcades dentaires. Ces branches articulées par un pivot s'ouvrent parallèlement au moyen d'une vis de pression latérale qui ne masque aucun point de l'intérieur de la bouche et rend plus facile les opérations qui s'y pratiquent.

M. le rapporteur propose d'adresser une lettre de remercîments à M. Mathieu pour sa communication. (Adopté.)

SUR L'ACCOUCHEMENT PRÉMATURÉ DANS LES CAS D'ÉTROITESSE DU BASSIN.

M. VILLENEUVE lit un rapport sur le mémoire que M. Chailly-Honoré a lu récemment à l'Académie concernant les moyens de s'opposer au développement du fœtus dans le cas d'étroitesse du bassin et les résultats de l'accouchement prématuré artificiel dans la même circonstance.

M. le rapporteur pense avec l'auteur du mémoire que l'accouchement prématuré artificiel, pratiqué surtout par des mains habiles, est appelé à rendre les plus grands services à l'humanité et à faire espérer que les mutilations d'enfant et les opérations sanglantes pratiquées sur les mères deviendront de plus en plus rares.

M. Villeneuve termine en disant que l'Académie jugera sans doute avec les commissaires que l'auteur a rendu un nouveau service à la science et à l'humanité en appelant de nouveau l'attention sur une méthode importante relative à l'art des accouchements qu'il pratique avec distinction. (Adopté.)

GOÎTRE ET CRÉTINISME.

M. BOUCHARDAT lit un travail intitulé : DE L'INFLUENCE DE LA QUALITÉ DES EAUX SUR LA PRODUCTION DU GOÎTRE ET DU CRÉTINISME. Ce travail, dit l'auteur, a été entrepris dans le but de répondre au désir manifesté par M. Ferrus lors de la lecture de son mémoire sur le goitre et le crétinisme, qu'une discussion s'ouvrît devant l'Académie sur ce sujet. Après avoir examiné et discuté les diverses théories émises sur l'origine du goitre et du crétinisme, M. Bouchardat résume son opinion dans les conclusions suivantes :

Contrairement aux conclusions du travail de la commission de Sardaigne et du mémoire de M. Ferrus, je crois qu'il faut attribuer une action prépondérante aux eaux potables dans la question du goitre et du crétinisme. Des témoignages recueillis dans toutes les contrées du monde où règne épidémiquement le goitre et le crétinisme, des *expériences faites* établissent cette funeste prépondérance.

Si on recherche quels sont les principes dont la présence ou l'absence donnent aux eaux la funeste propriété de produire le goitre, on trouve de grandes difficultés. Les expériences qu'on a eu indirectement l'occasion de faire, doivent inspirer des doutes sérieux sur l'opinion de M. Grange, qui attribue aux sels de magnésie cette funeste influence. S'il fallait se prononcer, je serais plutôt porté à en accuser le sulfate de chaux. Quant à l'opinion qui consisterait à admettre que l'eau serait nuisible parce qu'elle ne contiendrait pas un principe utile, tel que l'iode, le brome, le fer, l'oxygène en quantité suffisante, les analyses quantitatives manquent complètement pour avoir une opinion précise à ce sujet.

Sous le rapport de la préservation, rien de mieux, comme l'ont conseillé tous ceux qui ont vu dans les mauvaises eaux l'origine du crétinisme, que de faire tout ce qui est possible pour distribuer à ces villages des eaux reconnues salubres par un long usage, ou, si cela est impraticable, de suivre le conseil donné par M. Boussingault et par M. Grange, de faire distribuer à ces populations des sels iodifères.

De nombreuses recherches, des analyses quantitatives multipliées, où les petites quantités seront dosées, sont indispensables pour décider une foule de questions qui se rapportent à l'influence des eaux potables sur la production du goitre et du crétinisme. Je crois que le gouvernement ne peut encourager de plus utiles travaux. Vous avez une commission, celle de l'annuaire des eaux de la France, qui a mission de recueillir tous les documents sur l'hydrologie. Attribuant aux eaux potables une action dominante sur la production du crétinisme, il est bien évident que dans mon opinion il n'est pas de commission mieux placée qu'elle pour imprimer une direction utile à ces importantes recherches.

M. ROCHOUX soutient cette opinion déjà énoncée dans le travail de M. Ferrus, que le crétinisme n'est qu'une variété de l'idiotie, et il appuie ce rapprochement sur des faits empruntés à la symptomatologie et à l'anatomie pathologique.

Quant à la prophylaxie et au traitement proposés contre le crétinisme, M. Rochoux récuse les prétendus succès de l'orthophrénie; il appuie, comme seule exécutable, l'idée proposée par M. Ferrus, de soumettre les crétins à toutes les dispositions législatives déjà appliquées aux idiots.

L'argumentation de M. Rochoux se termine par cette conclusion qui la résume: Le crétinisme analogue ou plutôt identique à l'idiotie par son caractère fondamental, l'abolition plus ou moins complète de l'intelligence, et par la nature des lésions anatomiques dont il dépend, ne s'y rattache pas moins par son incurabilité.

M. CAVENTOU: Je crois qu'il ne faut, quant à présent, admettre qu'avec la plus grande réserve l'opinion que la principale cause du goitre et du crétinisme est due à l'influence des eaux potables, jusqu'à ce que des analyses exactes nous aient parfaitement renseignés sur ce qu'on entend par eaux salubres et eaux insalubres par rapport au développement ou à l'absence du goitre et du crétinisme. De nouveaux documents ne tarderont pas à arriver à l'Académie. Quant au fait cité par le docteur Grange du développement du goitre chez des habitants de Montméliart qui faisaient usage d'eau de puits, et chez lesquels le goitre aurait diminué ou disparu depuis qu'ils en ont abandonné l'usage pour boire de l'eau de fontaine, je dirai que le docteur Niepcé a été sur les lieux et qu'il a constaté par l'analyse que cette eau de fontaine contient une quantité notable de magnésie, ce qui est tout à fait contraire à l'opinion exclusive de M. Grange.

M. FERRUS : Avant que la discussion aille plus loin, je demande à faire une simple réserve. M. Bouchardat, en terminant son mémoire, dit que, contrairement à mon opinion et à celle de la commission sarde, il attache une grande importance à l'influence des eaux sur le crétinisme. Je tiens à faire remarquer que loin de contester cette influence, j'en ai tenu compte dans mon travail.

La suite de la discussion est renvoyée à la séance prochaine.

ARRÊT DE DÉVELOPPEMENT D'UN TESTICULE.

M. GOSSELIN met sous les yeux de l'Académie les voies spermatiques d'un homme récemment condamné à mort et exécuté pour viol suivi d'assassinat. Cet individu n'avait à droite qu'un rudiment de testicule, tandis que le testicule gauche présentait un volume considérable. Le testicule proprement dit manquait entièrement à droite, mais l'épididyme y existait. Malgré l'absence complète de vaisseaux séminifères, les autres voies excrétoires étaient à l'état normal. La vésicule séminale correspondant à l'arrêt de développement était pleine d'un liquide jaunâtre, mais sans spermatozoaires. M. Gosselin présente cette pièce comme servant à prouver qu'il n'y a pas de relation absolue entre le développement du testicule et celui des voies excrétoires, et que l'absence des vaisseaux séminifères n'entraîne pas nécessairement l'absence de l'épididyme, du canal déférent et de la vésicule séminale; qu'enfin l'épididyme est incapable de sécréter de véritable sperme.

La séance est levée à 5 heures 1/4.

BIBLIOGRAPHIE.

REPORT OF THE GENERAL BOARDS OF HEALTH, ON THE EPIDEMIC CHOLERA OF 1848 AND 1849 (RAPPORT DU COMITÉ GÉNÉRAL D'HYGIÈNE SUR LE CHOLÉRA ÉPIDÉMIQUE DE 1848 ET 1849.)

Ce travail, présenté aux deux chambres du parlement anglais par MM. Ashley, Edwin Chadwick et T. Southwood Smith, consiste en un résumé critique d'une foule de documents recueillis sur la marche, les causes, le mode de propagation, les symptômes précurseurs, la prophylaxie et le traitement du choléra pendant la dernière épidémie. Il a pour base principale deux rapports particuliers présentés par les docteurs Grainger et Sutherland, médecins-inspecteurs qui ont été chargés de l'application des mesures de santé dans les diverses parties du royaume. Néanmoins il ne se borne pas à l'étude du fléau dans la Grande-Bretagne et fait de fréquentes excursions dans les autres parties du globe, empruntant à l'étranger des documents et des témoignages. C'est une œuvre considérable, qui, avec les deux rapports annexés, sous le titre d'*appendices*, au rapport général, ne forme pas moins de trois volumes in-8. Elle embrasse d'ailleurs une des questions qui intéressent le plus l'hygiène publique et la pathologie. Sous tous ces rapports, elle mérite un examen des plus sérieux. Nous allons d'abord donner un exposé succinct des principaux faits qui y sont contenus, des déductions que les auteurs en ont tirées, afin que le lecteur, avant de porter avec nous un jugement, ait sous les yeux tous les documents de la cause; nous examinerons ensuite jusqu'à quel point les déductions, dont quelques-unes contredisent les opinions soutenues par la GAZETTE MÉDICALE, sont légitimées par les faits observés.

Le rapport commence par un tracé de l'itinéraire du choléra depuis le moment où il se manifesta avec une grande violence dans le Caboul, pendant l'été de 1845, jusqu'à son arrivée dans la Grande-Bretagne. Les premières grandes manifestations épidémiques, parties du Caboul et des provinces du nord-ouest de l'Indoustan comme d'un centre, balayèrent l'Afghanistan, la Perse et la partie sud-ouest de la Turquie asiatique. Arrêtées pendant quelque temps dans les provinces de l'Asie Mineure, elles se répandirent de nouveau dans toutes les directions au printemps de 1847,

envahissant, d'un côté, les villes de l'Asie Mineure, la Perse, l'Arabie et l'Égypte; de l'autre, la Géorgie, la Circassie et le sud de l'empire russe. L'embranchement septentrional de l'épidémie continua sa marche de manière à embrasser toute la Russie d'Europe; après quoi il envahit la Finlande et la Suède, tandis que, dans une autre direction, il parcourut les rivages de la mer Noire, décima les populations des villes du bas Danube, s'avança à travers l'Autriche, l'Allemagne et le Hanovre, et en même temps frappa Constantinople. On peut se former une idée de l'étendue géographique de cette épidémie en remarquant que, dans le même mois, elle ravagea Constantinople, Berlin, Saint-Pétersbourg et le Caire. Ce fut au commencement d'octobre 1848 qu'elle franchit la mer du Nord et passa de Hollande à Édimbourg, d'où elle s'étendit en peu de jours aux villes du voisinage, Newhaven, Portobello, Loanhead, etc. Dans les premiers jours de novembre, elle se montra à Glascow, puis dans un grand nombre de villes manufacturières et de villages du Lanarkshire, de l'Ayrshire, du Dumfriesshire et d'autres contrées du sud et de l'ouest de l'Écosse. Dès cette époque, la maladie pouvait être considérée comme installée dans la Grande-Bretagne. Des cas isolés s'étaient déjà montrés à Londres, et l'on verra plus loin qu'ils c'était depuis assez longtemps.

Dans toutes les villes européennes où le fléau s'est déclaré, on a observé à l'avance des signes certains de son approche. Une augmentation extraordinaire dans le nombre et la gravité des maladies qui précèdent habituellement le choléra permettait de prédire son arrivée et son degré d'intensité. A Moscou, à Saint-Pétersbourg et dans d'autres villes de Russie, l'épidémie fut précédée par la grippe, les fièvres intermittentes et la diarrhée. A Berlin, la fièvre intermittente, la dyssenterie, mais surtout encore la diarrhée, régnaient épidémiquement. Les mêmes maladies, plus particulièrement cette fois la grippe, les fièvres intermittentes, et, en outre, la scarlatine, avaient été fréquentes à Hambourg. A Londres il y avait eu, pendant les cinq années précédentes, une augmentation progressive de toutes les maladies *zymotiques* (fièvre éruptive, choléra sporadique, grippe, etc.), et la mortalité par le typhus, qui s'élevait déjà en 1846 bien au-dessus du chiffre de 1845, s'accrut encore en 1847 et 1848. La mortalité par la scarlatine était au-dessus de la moyenne, et telle fut la gravité de la grippe en 1847 et 1848 qu'elle emporta presque autant de jeunes sujets que le choléra. Mais l'affection qui sévit avec le plus d'intensité, en même temps qu'elle montra le plus de persistance, c'est la diarrhée. La mortalité amenée par cette maladie, pendant les cinq années de 1843 à 1848, monta à 7,580 cas, tandis que, dans les cinq années précédentes, il y en avait eu seulement 2,828.

Dans cette épidémie, comme dans beaucoup d'autres, des cas sporadiques de l'affection qui allait régner se sont présentés longtemps avant que la présence réelle du fléau eût été constatée. Les auteurs du rapport font remarquer qu'on n'aime pas généralement à reconnaître l'invasion d'un mal épidémique : toutes les classes de la société s'entendent pour fermer les yeux. Les premiers cas sont ou dissimulés ou présentés sous un faux jour; la tromperie est d'autant plus commode qu'ils n'ont pas toujours une caractéristique fortement accentuée. Nous avons vu cela en France : on l'a vu également en Angleterre. Ainsi, quoique le premier exemple de choléra avoué à Londres ne remonte pas au delà du mois de septembre 1848, cependant des preuves incontestables établissent que le choléra indien avait fait bien antérieurement plusieurs victimes. On suit sa trace jusqu'au mois de juillet, où quatre cas ont été notés dans un seul district de Londres.

Préoccupés de la juste importance qu'on attache à l'observation exacte des premières manifestations d'une épidémie dans le but d'apprécier son mode de propagation, les membres du comité général d'hygiène ont institué, par avance, une enquête spéciale sur chaque cas qui arriverait dans la métropole, et en ont confié le soin au docteur Parkes, qui a une grande expérience du choléra de l'Inde. Il importe de rappeler ici que, malgré ce qui a été dit plus haut de l'entrée du choléra dans le royaume par la mer du Nord, les premiers cas observés à Londres étaient de deux ou trois mois antérieurs aux premiers cas constatés à Hull sur un navire arrivant de Hambourg.

Le résultat général de l'enquête à Londres (résultat conforme, ajoutent les auteurs, à ce qui a été observé dans les principales villes d'Angleterre) est, disons-le tout de suite, contraire à l'opinion de la contagionabilité. Telle est du moins la conclusion adoptée par le rapport. Voici les faits sur lesquels il s'appuie :

A Londres, les premiers cas furent isolés, séparés même par d'assez grandes distances jusqu'au 5 octobre. A partir de ce jour, la maladie s'étendit rapidement, et on enregistrait à la fin du même mois 116 cas de mort par choléra et 145 par diarrhée. Nous nous bornons, pour le moment à constater que le rapport, après avoir reconnu que le choléra s'était montré à Londres deux ou trois mois plus tôt qu'à Hull (car le navire ne toucha Hull que dans la seconde quinzaine de septembre), ne fait pas remonter l'enquête de Londres au delà d'un cas de choléra constaté le 22 septembre.

A Édimbourg, au commencement d'octobre, deux cas se montrèrent simultanément, l'un au rez-de-chaussée d'une maison située à l'extrémité de Leith-Walk, l'autre dans une maison garnie, derrière King-Street; puis survinrent deux autres cas précisément dans la même chambre de Leith-Walk où le premier cas avait eu lieu. En un jour ou deux, plusieurs quartiers d'Édimbourg furent envahis; et, en même temps, la maladie apparaissait au village des pêcheurs de Newhaven, situé à deux lieues de la ville. Plus tard, enfin, elle attaqua, *par cas isolés*, bon nombre d'autres localités éloignées les unes des autres, traînant en longueur avant de devenir épidémique.

A Glascow, vers le 5 novembre, un cas *importé* se présenta dans une maison de Garngad-Road, au nord de la ville, et se termina par la mort. Aucune personne du voisinage ne fut atteinte, et l'on ne put saisir aucun rapport entre ce cas et les suivants. Six jours après, le 11 novembre, deux personnes habitant le rez-de-chaussée d'une maison de campagne humide, à deux milles à l'ouest de la première localité, furent soudainement prises de diarrhée grave qu'elles négligèrent jusqu'au 13; toutes deux moururent le jour suivant.

A Manchester, la première atteinte eut lieu dans la seconde semaine de juin; il n'y en eut pas de nouvelles pendant la semaine suivante; mais à la fin du mois, on avait enregistré 5 décès; le 1er juillet, 2 décès, puis un répit de quinze jours; dans la semaine suivante, on enregistra 8 décès. L'affection ne devint décidément épidémique qu'à la fin d'août.

Le rapport ajoute qu'à Dundee, Bristol, Liverpool, Hull et toutes les villes de la Grande-Bretagne dans lesquelles les premières manifestations de l'épidémie furent observées avec soin, le mode d'invasion fut le même que dans les localités précédentes. Il cherche en outre à montrer que, dans un grand nombre de cas, des individus cholériques arrivèrent dans des localités non infectées et y moururent sans communiquer la maladie à personne. Ainsi, à Dundee, le premier exemple de choléra fut observé chez un homme venu d'Alloa (Écosse) sur un petit navire; cet homme mourut à l'hôpital le 12 septembre 1848. Il n'y eut pas d'autre cas dans le pays ni dans les environs; le choléra ne devint épidémique à Dundee que l'année suivante. Le cas importé à Hull est du 23 août 1848; il ne s'en est pas déclaré d'autre avant le 7 septembre; ceux qui suivirent furent séparés par d'assez longs intervalles. A Liverpool, la maladie fut importée de Dumfries, le 10 décembre 1848, par une famille irlandaise composée d'un homme, d'une femme et de six enfants, dont trois succombèrent. Un homme *qui avait veillé les morts* fut frappé à son tour le 14 du même mois et mourut le lendemain. Le rapport fait remarquer que le choléra se déclara en même temps dans une autre famille irlandaise qui n'avait eu avec la première aucune communication.

Ainsi, selon le rapport, l'étude des cas isolés conduit à nier la coulagion, soit comme mode d'invasion, soit comme mode de propagation. Le résultat est encore le même, à ses yeux, en étudiant la marche suivie par le fléau dans l'envahissement d'une contrée plus ou moins étendue. Dans la dernière épidémie, le choléra s'est montré à la fois sur plusieurs points d'Angleterre éloignés les uns des autres, pour la plupart sans communications directes. Ainsi, on l'a observé le même jour à Lasswade, près d'Édimbourg; à Sunderland, à Hounslow; le jour suivant à Falkirk, Tynemouth et Chelmsford; le troisième jour à Groenock, Preston-Kirk, Mouckland, Blantyre, Thornhill, Cambridge et d'autres localités.

Pour en finir avec la marche du fléau, nous consignerons ici une remarque très-intéressante du rapport. Le choléra, dans la dernière épidémie, s'est montré dans les mêmes contrées, les mêmes villes, les mêmes rues, *les mêmes maisons, les mêmes chambres*, qu'il avait ravagées en 1832. Il est vrai qu'un grand nombre de localités envahies avaient échappé à la première épidémie, mais un très-petit nombre de celles qu'avait visitées le choléra de 1832 a été oublié par celui de 1848. Le premier cas observé à Leith à cette dernière époque a eu lieu dans les mêmes maisons et à la distance de quelques pieds du lieu même où avait commencé la précédente épidémie. A son retour dans la ville de Pallokshaws, la première victime du fléau fut enlevée *dans la même chambre et le même lit* qu'en 1832. A Oxford, dans les deux épidémies, le premier cas eut lieu dans la prison du comté. A Groningen en Hollande, les deux seules maisons qui aient été envahies en 1832 l'ont été également en 1848.

Enfin, la maladie se concentrait souvent sur des parties limitées des districts qu'elle envahissait. On l'a vue, à Bedford, à Bristol, à Saint-Pétersbourg borner ses ravages à un côté de rue, l'autre côté restant parfaitement intact; circonstance qui établit un ressemblance frappante entre le choléra et le typhus.

A. DECHAMBRE.

(*La fin au numéro prochain.*)

Le rédacteur en chef, JULES GUÉRIN.

REVUE HEBDOMADAIRE.

CONCOURS POUR UNE CHAIRE DE CLINIQUE CHIRURGICALE A LA FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS.

DEUXIÈME ÉPREUVE. — PREMIÈRE LEÇON CLINIQUE.

Nous avons dû attendre pour rendre compte de cette épreuve quelle fût terminée. Il s'agit d'une leçon clinique sur deux malades tirés au sort, et différents pour chaque candidat. La comparaison ne peut donc pas porter sur les particularités de chaque épreuve : nous sommes obligés, pour rencontrer des points communs à toutes, de dégager leurs données les plus générales, les seules qui permettent quelques rapprochements.

Autre remarque.

Le public n'est pas admis à l'interrogation des malades. Il ne peut donc contrôler ni le diagnostic porté par le candidat, ni juger de sa méthode d'exploration. Il serait superflu de démontrer les inconvénients d'une telle restriction ; mais on peut se demander ce qui l'a motivée. On sait que le jury détermine lui-même d'avance le diagnostic des cas soumis au candidat. On ne peut croire qu'il ait craint de soumettre son infaillibilité au contrôle du public ; ce serait ne pas se rendre justice, et diminuer d'autant l'autorité d'un jugement qui n'a toute sa valeur qu'autant qu'il est porté en face de tous et discutable par tous.

Cette double circonstance de la diversité des malades pour chaque candidat, et de l'impossibilité de tout contrôle, quant aux deux faits les plus importants de l'épreuve, la méthode d'exploration et le diagnostic, rendent la tâche de la critique extrêmement difficile. Pour la simplifier cependant, nous avons cru bien faire de publier séparément le compte rendu purement historique des leçons, et les remarques générales dont chacune d'elles nous a semblé pouvoir être l'objet.

Il faut distinguer, dans une leçon clinique, quatre choses principales : 1° la *méthode d'exposition*; 2° la *précision diagnostique*; 3° la *science pratique* (nous ne disons pas l'habileté, puisqu'il ne s'agit pas de l'application manuelle des procédés de l'art) ; 4° le *talent du clinicien*. On verra plus loin le sens précis qu'il convient d'attacher à ces quatre ordres de qualités. Bornons-nous à faire remarquer pour le moment que, malgré les deux difficultés ou lacunes signalées plus haut, dans les éléments d'appréciation laissés à la critique, il ne lui est pas impossible de comparer la méthode, la précision et la science pratique de chaque candidat, ainsi que son talent de clinicien, aux prises avec deux malades distincts pour chacun d'eux.

La méthode d'exposition clinique ne consiste pas seulement à dire clairement et avec ordre ce que tout le monde peut savoir sur l'état d'un malade. Ceci est le mérite vulgaire; c'est le mérite qu'on rencontre dans certains ouvrages dits classiques, qui exposent d'une manière méthodique et intelligible pour tous ce qui est à la portée de tous et appréciable par tous. Il y a, en fait de méthode d'exposition clinique, un mérite d'un autre ordre : c'est celui qui sépare nettement les faits, les circonstances matérielles des faits, des interprétations auxquelles ils peuvent donner lieu; qui exhibe d'une manière impartiale les particularités concrètes, sensibles de la maladie ; c'est celui surtout qui indique les différents ordres de causes éloignées et prochaines, dans leurs rapports d'importance et d'évolution avec les effets auxquels elles ont donné naissance ; qui différencie et catégorise d'une manière ferme et tranchée les phénomènes appartenant à chacune d'elles, de manière à présenter le tableau expérimental, étiologique et logique d'un cas à déterminer.

La précision diagnostique doit avoir un sens plus large et plus élevé que celui qu'on a coutume d'attacher à ce mot dans l'école de Paris. En chirurgie comme en médecine, on entend à Paris, par diagnostic précis, la détermination rigoureuse du caractère anatomique, matériel, de la lésion chirurgicale dans ses rapports avec la symptomatologie locale qui l'exprime. Les lecteurs de la GAZETTE MÉDICALE connaissent depuis longtemps les reproches qu'on est en droit de faire à ce genre de précision diagnostique. Nous voulons quelque chose d'autre et quelque chose de plus ; nous voulons surtout un diagnostic plus complet en étendue, et mieux spécifié par rapport à la cause. La lésion matérielle n'est souvent autre qu'une manifestation locale d'une affection générale. De plus, elle procède la plupart du temps, ou elle se complique, d'une cause particulière qui lui imprime une différence de fond rejaillissant toujours sur la forme. Ces deux remarques, qu'il est superflu de développer, l'école de Paris n'y a point assez égard. Et pourtant, nous ne saurions nous dispenser de le dire, au point de vue même du caractère matériel et local de la lésion, et par conséquent au point de vue de la précision du diagnostic anatomique, la considération de la généralité et de la spécificité des causes serait encore d'une importance très-grande et très-positive.

La science du praticien ne consiste pas seulement à connaître et à énumérer plus ou moins fidèlement le catalogue des méthodes, des procédés, des médications proposées contre tel ou tel ordre de lésions, mais surtout à savoir déterminer les conditions à la préférence de telle méthode sur telle autre. C'est la science réelle des indications chirurgicales. On aperçoit immédiatement la liaison qui doit exister entre la science pratique, ainsi considérée, et la précision du diagnostic comme nous l'avons formulée : l'une est justement la conclusion de l'autre.

Le talent du clinicien n'implique pas seulement la réunion des qualités que nous venons d'énumérer, il en suppose surtout une qui est extrêmement difficile à rencontrer, car elle suppose l'alliance à un haut degré du talent de l'observateur avec celui du généralisateur. Avoir à disserter sur un malade, c'est d'abord avoir à disserter sur la maladie dont il est affecté, mais ensuite et surtout, c'est avoir à distinguer toutes les nuances, toutes les diversités, toutes les circonstances personnelles du cas particulier, qui font toujours de la maladie chez le malade une variété dans l'espèce. Le professeur qui ne se pénètre pas de cette vérité fait une leçon de pathologie en place d'une leçon de clinique, et substitue ainsi l'idéal factice à la réalité vivante.

Les termes de cette formule générale acquerront un sens plus précis par les applications que nous allons en faire à chaque candidat.

M. Boulsson, que le sort a désigné le premier, a parlé sur deux malades, dont l'un atteint d'une lésion physique à l'épaule, l'autre d'une maladie du genou. Son exposition claire et méthodique a été remarquable par une analyse fine, comme on en fait à Montpellier.

En présence d'une lésion traumatique dégagée de toute complication constitutionnelle et morbide (fracture de l'extrémité supérieure de l'humérus), il a concentré toute son attention sur le caractère anatomique de cette lésion. On verra avec quelle sagacité étiologique il a déterminé le siége et

---

Feuilleton.

NAISSANCE, PROGRÈS ET DÉCADENCE DES SYSTÈMES EN MÉDECINE ; BOUTADE A L'OCCASION DE L'HYDROSUDOPATHIE.

Wer badet und trinket so kalt wie der Fish
Der bleibet, wie er, so gesund und so frisch.
Wünschest gesund du zu werden und kräftig, und alt,
Trinke viel Wasser und wasche und bade dich kalt.

OERTEL.

On dit : il est heureux comme un poisson dans l'eau ;
Suivez donc cet exemple aussi sain qu'il est beau ;
Prise en bain, en boisson, en lotion sans cesse,
L'eau froide vous rendra santé, vigueur, jeunesse.

Nous ne serions pas étonnés si beaucoup de nos lecteurs n'avaient jamais entendu le nom tant soit peu barbare placé en tête de cet article, et cependant si le nom est bizarre la chose ne l'est pas moins, car c'est un nouveau système médical, c'est toute une nouvelle médecine, devrions-nous dire. Et, en effet, il ne sera plus question désormais des partisans de Broussais et de Rasori. La querelle n'est plus entre les allopathes et les homéopathes ; l'hydrosudopathie vient remplacer tous les systèmes morts ou mourants, et, comme ceux-ci, elle se présente hardiment pour guérir tous les maux de la pauvre humanité ; elle suffit à tout et n'aspire à rien moins qu'à changer la face du monde. Désormais, s'écrie un hydrosudopathe.... l'eau fera disparaître jusqu'aux traces des maladies chroniques qui tourmentent l'espèce humaine; celle-ci gagnera en taille, en force et en beauté; les hôpitaux seront dès lors inutiles. Avec la propreté et la santé qui régneront dans les sociétés soumises au régime de l'eau, l'on verra disparaître les délits et les crimes qui feront place à la moralité et à l'innocence. La paix, la joie, l'égalité des fortunes et le goût des plaisirs nobles régneront sans partage dans cette heureuse société. La vie humaine se prolongera bien au delà des bornes connues, et, pour tout dire, en un mot, un nouvel âge d'or aura paru sur notre terre désolée (1). Mais une triste pensée vient assaillir l'esprit de l'hydromane au milieu de rêves si réjouissants, c'est le sort déplorable de ces pays assez déshérités de la nature pour n'avoir pas autant d'eau que le demandent les nouveaux besoins de l'hydrosudopathie, et il s'affligeait déjà sur leur malheur, lorsque l'idée des puits artésiens vient le rassurer. Il ne doute plus désormais que le bonheur universel ne soit le partage des sociétés soumises au régime de l'eau.

Voilà donc le but auquel tendent les hydrosudopathes. Voyons quel est le levier d'Archimède avec lequel ils espèrent soulever le monde : le moyen est aussi simple qu'il est puissant. C'est l'eau froide appliquée en grand à la médecine, et, pour parler avec Oertel, l'un des apôtres de la doctrine :

(1) Granichstadten. HANDBUCH DER WASSERHEILLEHRE, Wien 1837, p. 403 et suivantes.

le mode particulier de cette fracture à l'exclusion des autres lésions avec lesquelles on aurait pu la confondre. Peut-être aurait-il pu, dans cette voie, pousser plus loin la finesse d'analyse qui lui est si familière : déterminer, par exemple, si la fracture était extra ou intra-capsulaire. Cette recherche lui eût permis d'approfondir davantage les rapports des signes directs avec les conditions mécaniques de leur existence. On a remarqué surtout le parti qu'a su tirer M. Bouisson de la circonstance de l'hémiplégie dont la malade était dès longtemps atteinte, pour expliquer le genre de fracture exceptionnelle qu'elle offrait. Le savant professeur aurait pu compléter ses déductions à cet égard, en signalant, jusque sur le retard et la difficulté de la consolidation de la fracture, l'influence de la paralysie.

L'exposition du cas de son second malade n'aurait pas moins bien satisfait aux conditions d'une bonne leçon clinique si l'heure ne l'avait interrompue. Même clarté, même précision, même sagacité dans l'interprétation des causes et des effets. Peut-être aurait-on pu attendre de la part du professeur de Montpellier une appréciation plus nette et plus ferme de l'ensemble des accidents qu'il avait exposés et analysés avec tant de soin et de précision. Il y a, dans ces maladies du genou avec douleurs sourdes, gonflement général, hydarthrose, flexion permanente, quelque chose qui relie tous ces symptômes; et il eût été digne du représentant d'une école où la conception générale ne manque jamais au besoin de reconstituer ce que l'analyse souvent un peu arbitraire a détruit, de rechercher une génération et une filiation des symptômes un peu moins mécanique que celle qu'il a donnée. Ce qu'il a fait a mieux convenu peut-être à son auditoire; ce qu'il aurait dû faire eût mieux convenu à la vérité. Il n'a manqué du reste à cette première leçon clinique du savant professeur, pour être à la hauteur de son épreuve précédente, qu'un peu plus d'animation, qu'un peu plus de confiance dans les excellentes choses qu'il a dites. Mais il était dominé par une de ces préoccupations douloureuses que l'esprit le plus vigoureux ne parvient pas à surmonter (1).

Les mérites et les défauts de la leçon de M. Gosselin, venu après M. Bouisson, diffèrent totalement de ceux qu'on a reconnus chez ce dernier candidat.

Le premier malade de M. Gosselin souffrait des suites d'une plaie pénétrante de la poitrine. Ce cas permettait une discussion diagnostique et thérapeutique riche des acquisitions les plus précieuses de la science moderne. Disons que, malgré une analyse qui n'a paru négliger aucun détail, une discussion pleine de chaleur et de verve, une abondance d'aperçus et de rapprochements qui dénotent un grand savoir, M. Gosselin n'a déterminé nettement aucune des circonstances de l'état de son sujet, ni des indications à remplir. La réserve commandée par les obscurités du sujet peut empêcher la solution précise des questions, mais elle n'empêche pas de les poser. Or le premier malade de M. Gosselin permettrait d'en soulever un certain nombre, et des plus importantes. Et d'abord, en présence d'un cas des plus difficiles, des plus complexes, nous le reconnaissons, n'aurait-il pas dû faire une large coupe entre les circonstances de l'état pathologique primitif et celles de l'état présent. Il aurait ainsi échappé à une confusion pénible qui l'a empêché d'éclairer ce qui pouvait l'être, et d'élaguer ce qui ne pouvait être suffisamment déterminé. Quelles ont été les causes de l'épanchement? Y a-t-il eu pneumonie, pleurésie? A-t-on bien ou mal fait de fermer la plaie? Toutes ces questions, quoique importantes, devaient céder le pas à celles-ci : Y a-t-il épanchement? quel en est le siége? quelle est son étendue? quelle est sa nature, sa consistance? quel rapport existe entre la lésion locale et les symptômes généraux? quelles méthodes générale et locale devaient être employées? Tout cela pouvait être discuté, non avec plus de connaissances, mais avec moins de confusion, non avec plus de détails, mais avec une méthode plus lumineuse et plus de résolution.

A propos de la thoracentèse, M. Gosselin a discuté les indications et les procédés avec le même vague, et nous lui demanderons pardon d'ajouter, avec une connaissance infiniment moins sûre du sujet. Si l'honorable candidat avait mieux connu les ressources de la thoracentèse sous-cutanée, il n'aurait pas été aussi embarrassé pour se renseigner sur la nature et la consistance du liquide épanché ; et la difficulté de faire sortir un épanchement de sang par la canule ne l'aurait pas autant préoccupé. Mais nous aurons plus d'une occasion de regretter que les procédés les plus efficaces qui sont nés en dehors du cercle de l'école ne soient pas ceux qu'on y connaisse et que l'on apprécie le mieux.

Le second malade examiné par M. Gosselin portait une tumeur de la mâchoire inférieure. Après une discussion approfondie, plus nette et plus méthodique que pour son premier malade, l'honorable candidat a écarté l'idée du kyste pour donner la préférence à une tumeur purement osseuse, cancroïde ou autre. Des explorations postérieures auraient conduit à un diagnostic opposé.

M. Michon a continué, dans sa leçon clinique, à révéler les qualités précieuses que nous avons été heureux de signaler, dans sa composition écrite. Sens droit, méthode, clarté, précision dans la recherche diagnostique, sagesse du praticien, sobriété savante du clinicien, rien n'eût manqué à son épreuve, si toutes ces qualités s'étaient exercées dans une sphère plus neuve et plus élevée.

A l'occasion de sa première malade, atteinte d'une maladie de l'utérus, M. Michon a fait et dit ce qu'aurait fait et dit, dans ses meilleurs jours, par exemple, son ancien maître Marjolin. Mais n'y avait-il pas quelque chose de plus à rechercher et à atteindre? A supposer que cette femme eût un cancroïde du col et n'eût que cela, ce que M. Michon a paru disposé à admettre, il y avait en outre de la diarrhée et des phénomènes d'anémie. Quel rapport d'origine, de coïncidence et de gravité existe entre ces différents ordres de symptômes? quelles indications surtout en ressortent pour le traitement? M. Michon, à l'exemple d'Osiander, de Dupuytren et de Lisfranc, que l'honorable candidat s'est abstenu de citer on ne sait trop pourquoi, serait disposé à enlever le col de l'utérus, espérant ainsi entailler le mal juste à sa racine. Mais il sait bien ce que vaut ce moyen, plus téméraire qu'efficace, même aidé des *onze* cautérisations que l'honorable candidat a dit avoir *utilement* employées chez une de ses malades. N'était-ce pas le cas de rechercher, si, à défaut d'une *exécution* chirurgicale par trop douteuse, il n'existe pas des méthodes générales qui empêchent ces sortes de maladies de progresser quand elles ne les font pas rétrograder. Nos chirurgiens ne considèrent peut-être pas assez, aujourd'hui surtout, ce que peut l'action de l'état général sur l'état local, et ce que doivent mériter de préférence, dans ces cas désespérés, les méthodes médicales sur les méthodes chirurgicales. Nous connaissons, pour notre compte, un assez bon nombre de ces lésions dévolues à l'arrêt classique du bistouri, et que le régime, la médication purgative continue, l'hydrothérapie, avec ou sans médications spécifiques, ont fait rétro-

(1) M. Bouisson venait de recevoir la nouvelle de la mort de sa mère.

Prise en bain, en boisson, en lotion, sans cesse,
L'eau froide vous rendra santé, vigueur, jeunesse.

On pourrait penser qu'après un programme aussi merveilleux et après des descriptions aussi brillantes, c'est bien peu que de l'eau froide pour réaliser tout cela ; mais l'on se tromperait étrangement si l'on croyait que les systématiques se laissent arrêter par une remarque aussi naïve ; pour eux, le moyen qu'ils emploient est toujours le remède à tous les maux, la panacée universelle. Il n'y a pas de maladie assez invétérée ou assez mal apprise pour résister à leur remède. Et, de fait, il ne faut pas leur en vouloir, car autrement qui voudrait se fier à eux, s'ils avaient la modestie de l'humble savant, s'ils se renfermaient dans le doute philosophique et s'ils employaient les formules surannées : J'estime, j'espère, il est probable que vous guérirez. Mieux vaut cent fois le sans-douleur de l'arracheur de dents ou l'aplomb imperturbable du commis-voyageur qui vous offre le beaune ou le bordeaux. Ceux-là, du moins, ne doutent de rien.

Et, quant aux systématiques, s'ils ne vous affirmaient pas que dans huit jours, dans six semaines ou dans trois mois vous serez radicalement guéri, y croiriez-vous véritablement et auriez-vous le courage de vous soumettre à des épreuves douloureuses et à un traitement que vous eussiez appelé barbare s'il vous eût été présenté par d'autres que par ceux dont la langue dorée sait faire vibrer en vous la corde toujours tendue de l'espérance.

Il est vrai qu'après les illusions vient la réalité et que lorsque le masque tombe, l'homme reste et la maladie que l'on croyait déjà bien loin se trouve encore au chevet du malade lorsqu'il se réveille de son rêve trompeur.

Pauvre médecine! que les systématiques lui font de mal; sans eux l'on aurait compris qu'en se renfermant dans les limites du vrai, la médecine conserve encore un assez beau rôle ; que la guérison d'un grand nombre de malades, le soulagement journalier de ceux qui portent pendant de longues années un mal inguérissable, et enfin la sympathie d'homme et de chrétien qui accompagne encore le malheureux aux prises avec la mort, sont des titres suffisants à la reconnaissance de l'humanité souffrante. Mais tout cela ne peut satisfaire le systématique : il lui faut tout guérir, et de plus tout guérir de la même manière; car sa méthode, véritable lit de Procuste, ne souffre pas d'inégalité : toute maladie, quelque variés que soient ses symptômes, sa marche ou ses degrés, reconnaît nécessairement la même cause et doit être traitée, je me trompe, doit être guérie par les mêmes moyens. Et si le mal résiste à une artillerie si bien dirigée, c'est toujours la faute du malade, il a pris le remède en trop grande quantité, ou il n'en a pas pris assez, ou enfin il l'a pris trop tôt, peut-être même trop tard ; mais quoi qu'il arrive, ce ne peut jamais être la faute du système qui guérit tout et toujours sans douleur.

Mais entrons plus avant dans le sanctuaire, et soulevons pour un instant le voile qui recouvre les mystères du monde médical; cherchons à reconnaître quelles causes amènent le succès et la chute des systèmes en médecine, et pour cela soumettons à notre observation les trois acteurs de ce drame, qui, comme ceux de la scène, se termine bien souvent par la mort. Examinons successivement le système en lui-même, le systématique et le public, et voyons si notre microscope pourra nous faire découvrir les ressorts cachés de cette ingénieuse machine. Et tout d'abord reconnaissons au système, comme à toute œuvre com-

grader, grâce au triomphe de la constitution sur la lésion, de l'organisme sur l'organe. Là est le progrès, et non dans l'art de taillader d'une manière plus ou moins élégante et meurtrière. Nous eussions été heureux de voir M. Michon entrer dans cette voie.

A l'occasion de son second malade, M. Michon nous a paru dissimuler moins heureusement le côté faible de son épreuve. Il s'agissait d'un jeune homme portant une maladie spontanée du poignet avec difformité de l'articulation. Le croirait-on? le savant clinicien n'a trouvé rien à dire de la subluxation de la main sur l'avant-bras. Il a à peine signalé la disposition matérielle par laquelle il nous en a révélé l'existence. « Le volume de l'avant-» bras, dit-il, à la partie inférieure, est assez considérable : il présente » 4 centimètres de plus que celui du côté opposé, et le gonflement ne s'é-» tend pas jusqu'à la main. Celle-ci ne semble pas s'articuler avec les os de » l'avant-bras, à cause de la différence de niveau qui existe entre la face » dorsale et celle de l'avant-bras. Le radius et le cubitus *surmontent la* » *la main en arrière* et forment *un relief qui se termine presque brus-* » *quement* au-dessus du poignet. » En reproduisant textuellement ce passage, nous voulons prouver que M. Michon, du reste comme tous ses compétiteurs l'ont fait en semblable circonstance, n'a tenu aucun compte de la difformité, en tant qu'élément distinct et grave du diagnostic, du pronostic et du traitement de la maladie à laquelle elle est liée. Cet ordre de considérations, parce qu'il est tout entier du domaine d'une spécialité nouvellement constituée, n'aurait-il pas la même importance que toutes les minuties anatomo-pathologiques qui ont défrayé depuis quinze ou vingt ans les gloires de l'école? Voyez cependant: voici une maladie qui a produit un déplacement anatomique, qui a altéré des fonctions physiologiques : en quoi consiste cette double lésion? d'où vient-elle? par quel mécanisme a-t-elle été produite? quel rapport a-t-elle avec la maladie principale, comme élément étiologique, comme complication, comme indication curative, comme pronostic? Car ce malade, guéri de sa maladie, resterait avec sa difformité. Qu'en feriez-vous alors? La constatation actuelle de cette dernière n'est donc pas moins importante que sa constatation à venir! nous croyons même qu'elle l'est plus; car si, dans ces sortes de cas, l'art peut rendre quelque service, c'est *pendant* que les difformités se produisent, et non *après* qu'elles sont produites. Mais tout cela est à un demi-siècle de l'enseignement des écoles. Si l'honorable M. Michon avait porté ses regards plus haut et plus loin, non-seulement il aurait vu tout ce que son malade offrait à considérer, sous ce rapport; mais il n'aurait pas rétréci le vaste champ de cette maladie générale et complexe de l'articulation à un point très-problématiquement nécrosé du radius. Et puis, au lieu de taillader le malade, ainsi qu'il en a donné le conseil, il aurait cherché à purifier, à fortifier l'organisme, au plus grand avantage de l'organe, conseillé l'application réitérée du feu autour de l'articulation, sans négliger les moyens de prévenir la difformité.

M. Robert appartient évidemment à la même école que M. Michon. Son premier malade, atteint d'un abcès symptomatique de la cuisse, a été pour l'honorable candidat l'occasion de faire preuve des qualités les plus distinguées du professeur de clinique. Exposition méthodique, descriptions claires et faciles, questions nettement posées, analyse des difficultés du sujet en homme qui les manie de longue date, diagnostic soigneux, sage et complet au point de vue de l'école; traitement énumérant avec un soin irréprochable les méthodes, les procédés, les plus connus, les plus efficaces comme ceux qui le sont moins. Telle est en substance la leçon de M. Robert sur son premier malade. Mais pour dire toute notre pensée, nous nous permettrons d'ajouter que M. Robert, comme M. Michon, n'est parfait que dans un cercle où tout est prévu. Il sait beaucoup et il dit bien ce qu'il sait; mais il ne dit que ce que peu de personnes ignorent. La leçon de M. Robert laisse donc à regretter que moins de perfections n'y soient compensées par des défauts d'un ordre plus élevé. Pourquoi, par exemple, à l'occasion des méthodes si nombreuses et si différentes qu'on a proposées pour l'évacuation du pus des abcès symptomatiques, M. Robert ne s'est-il pas attaché à montrer les avantages des unes et les inconvénients des autres? Si nous avons bonne mémoire, il y a déjà bien longtemps que l'honorable candidat aurait expérimenté l'efficacité des ponctions sous-cutanées. N'aurait-il plus la même manière de voir à leur égard? Que n'a-t-il fait connaître les motifs de sa préférence ou de son changement d'opinion?

Le second malade échu à M. Robert avait une de ces collections d'états chroniques au milieu desquels il est bien difficile de se retrouver à moins d'un bon fil conducteur. Or ce fil l'honorable candidat l'avait sous la main, mais il a dédaigné de s'en servir. Comme ces voyageurs qui s'arrêtent à regarder en route quelques particularités qui leur font oublier le but de leur voyage, il s'est beaucoup occupé d'une altération de la vision, dans laquelle, au dire de plus clairvoyants, il aurait trop bien distingué les trois images de Sanson à travers une opacité commençante du cristallin, qu'il n'aurait pas aperçue. « L'esprit trompe les yeux, a dit un philosophe, et les yeux trompent l'esprit. »

Nous le disons tout de suite à regret : la leçon clinique de M. Nélaton ne nous a point satisfait. Le principal motif, c'est sans doute parce que nous attendions beaucoup de ce candidat et qu'il ne nous a pas donné en proportion. Tout le monde le sait, M. Nélaton, quoique jeune, compte déjà parmi les praticiens les plus recherchés de la capitale; il voit juste, expose bien ce qu'il voit; il voit même souvent au delà de l'horizon des autres et ne manque pas de ressources dans les cas difficiles. Nous rappelons ces qualités, précisément parce que l'autre jour elles ne lui ont pas été aussi fidèles que de coutume.

Un premier sujet s'est montré à lui avec une de ces maladies chroniques de l'épaule qu'il faut se garder de considérer avec un œil anatomique, parce qu'elle est partout et n'est anatomiquement nulle part. Nous en avons rencontré beaucoup de semblables et, chose remarquable, presque tous les praticiens de l'école, y compris des professeurs, Marjolin et Blandin par exemple, se sont obstinés à n'y voir, les uns qu'une atrophie des muscles, les autres une arthrite chronique, d'autres une ankylose, d'autres encore une fracture vicieusement consolidée; presque jamais nous n'avons pu les amener à l'idée d'une maladie générale de l'articulation intéressant simultanément les os, les ligaments, les muscles, tous les tissus; à l'idée d'une affection procédant d'une lésion qui embrasse et domine toutes ces lésions particulières, d'une lésion nerveuse d'un certain ordre. Ce n'est pas le cas d'insister sur cette idée. Toujours est-il que, faute d'avoir embrassé d'un seul coup d'œil tous les éléments du cas pathologique qu'il avait à déterminer, M. Nélaton n'en a aperçu qu'une faible partie; et à l'exemple de MM. Michon et Robert, il a amoindri le fait de toutes les particularités qu'il a dédaigné d'y rechercher. Comment n'a-t-il pas vu, par exemple, que certains mouvements existaient à l'exclusion de certains autres? Comment ne lui est-il pas venu à l'idée de rechercher à quoi tenait cette opposition? Le mouvement d'abduction, par exemple, était impossible : activement ou passivement? La paralysie du deltoïde expliquait les impossibilités de la première catégorie. Mais celles de la seconde, et c'était ici le cas, à quoi tiennent-elles,

---

plète, un commencement, un milieu et une fin, ou, en d'autres termes, le système ainsi que tout être vivant naît, croît et se développe, puis arrive pour lui, comme pour l'homme, l'âge mûr, la vieillesse, la décrépitude et la mort. Il est vrai que cette existence est le plus souvent de courte durée et traversée par bien des épreuves; car il en est des systèmes comme des pauvres humains : il y a pour eux plus de jours mauvais que de joies véritables. Demandez plutôt à ceux qui viennent de mettre au jour un système longtemps préparé; demandez-leur si le succès a toujours compensé la longue attente, les nuits d'angoisses et les journées d'épreuves. Demandez-leur si les faciles lauriers ou les couronnes tardives ne sont pas bien chèrement achetés par les blessures journalières que leur font les envieux, les détracteurs ou les imitateurs, ces derniers surtout, véritables vipères réchauffées dans leur sein, qui viennent leur enlever le profit de leur œuvre et la gloire de leurs travaux.

Hos ego versiculos feci, tulit alter honores
Sic vos non vobis mellificatis apes.
Sic vos non vobis fertis aratra boves.

Le système, quelques brillantes que soient ses destinées futures, prend ordinairement naissance dans quelque obscur village. Qui avait jamais entendu parler de Grœfenberg, avant que Priesnitz et son système en eussent fait le rendez-vous des malades de tous les pays? Il n'est pas même nécessaire que l'inventeur appartienne au corps médical, et encore ici nous citerons à l'appui Priesnitz et son système, qui ont fait leur chemin sans avoir jamais revêtu le bonnet de docteur. Mais qu'importe, si la statue est belle, elle ne manquera pas d'admirateurs et son sort n'en sera que plus brillant, si parti de la chaumière le système arrive au palais. Suivons donc ses progrès et demandons lui d'où part cette sève vivifiante qui lui fait porter des fruits en abondance.

Le succès du système, en tant que système dépend de causes très-diverses, bien loin de suivre une marche uniforme et une règle inflexible, il se modifie au gré du public, et s'adressant aux trois grands mobiles de nos actions, le sentiment, l'imagination et la raison, il satisfait ainsi à tous les besoins de l'esprit et du cœur.

Le système n'est point embarrassé pour exciter la sympathie du public. Il suffit, en effet, de s'avancer avec la promesse de soulager l'humanité souffrante pour trouver secours et appui auprès de toutes les âmes sensibles et honnêtes, et si la santé vaut mieux que tous les autres biens de ce monde, ne portera-t-on pas jusqu'aux nues le système qui promet de guérir les maux les plus invétérés? Quel est l'être assez isolé pour n'avoir pas dans sa famille, dans ses amis ou dans ses protégés quelque personne souffrante en qui ces brillantes promesses ne tarderont pas à se réaliser? Ainsi donc, c'est tout d'abord au cœur que le système vient parler; mais, en habile avocat, il sait varier les discours, et laissant au vulgaire les routes déjà frayées, il vient s'adresser au public en déroulant devant ses yeux les tableaux les plus séduisants. Tantôt il raconte les cures merveilleuses de l'un de ses grands prêtres; c'est un homme couché depuis longues années dans un lit de douleurs et qui se lève et marche sous la baguette du système; ici, c'est une épidémie meurtrière qui recule devant les puissantes ressources de la nouvelle méthode : maintes fois aussi le système vient frapper l'imagination par son étrangeté; la rudesse du grand-

quand il n'y a pas ankylose ? à la rétraction des muscles qui fixent le scapulum et à ceux qui produisent l'adduction permanente et forcée du bras, à la rétraction du sous-scapulaire, du sous-épineux des grand et petit ronds. Ces cas, nous les avons rencontrés nombre de fois et nous les avons fait voir à qui voulait les constater. Mais la plus fâcheuse conséquence de ces méthodes d'observation étroites et incomplètes n'est pas de faire méconnaître ce qui est, mais surtout de faire croire à ce qui n'est pas. Rien n'est si commun, dans les *arthralgies chroniques*, puisqu'il faut les appeler par leur nom, que les abcès péri-articulaires; il paraît que le malade de M. Nélaton était affecté d'un de ces abcès. Or l'honorable candidat, au lieu d'aller droit à ce fait vulgaire, s'est perdu en conjectures ingénieuses sur l'origine et la possibilité d'un épanchement de synovie dans la gaîne de je ne sais plus quel tendon. Malheureusement un coup de bistouri a dissipé tous les doutes, et a montré à quelles méprises peuvent être entraînés les meilleurs esprits égarés par de mauvaises doctrines.

Jusqu'ici donc la seconde épreuve de ce concours n'a pas produit de résultats plus heureux que la première. Elle a plutôt rapetissé que grandi les hommes qui y ont pris part; et nos lecteurs pourront, en appliquant, à chacun de ceux dont nous avons commenté la leçon, la formule par laquelle nous avons commencé cet article, voir d'eux-mêmes jusqu'où ils ont satisfait à la méthode d'exposition, à la précision diagnostique, à la science pratique et à l'art du clinicien, que nous avons dit constituer l'apanage du vrai professeur de clinique chirurgicale.

J. Guérin.

(*La suite au prochain numéro.*)

PATHOLOGIE INTERNE.

De l'exaltation de l'ouïe dans la paralysie du nerf facial; par M. H. Landouzy, professeur à l'École de médecine de Reims, etc.

(Suite et fin. — Voir le numéro précédent.)

Après les beaux travaux de Savart, Tiedemann, Müller et Longet, l'explication de l'exaltation de l'ouïe est de la plus grande simplicité.

En effet, les expériences de Savart sur l'audition prouvent qu'à bruit égal les vibrations sont moins fortes et moins étendues dans les membranes à l'état de tension que dans les membranes à l'état de relâchement.

Pour la membrane du tympan en particulier, le savant professeur du collége de France a démontré (1) que les grains de sable dont on la recouvre, après avoir fait avec la scie une section parallèle à sa face externe, sont mis en mouvement par un disque en vibrations, si elle est abandonnée à elle-même, tandis que ces mouvements du sable sont à peine appréciables si, la caisse du tambour étant ouverte, on vient à faire agir le muscle interne du marteau, et par conséquent à tendre la membrane (1).

Or le muscle interne du marteau, c'est-à-dire le tenseur de la membrane du tympan, recevant ses nerfs du ganglion otique qui lui-même reçoit sa racine motrice du *facial* ou du nerf *intermédiaire*, on comprend qu'une paralysie du facial, à son origine, entraîne une paralysie du muscle interne du marteau; de là un relâchement de la membrane tympanique, de là enfin une exaltation de l'ouïe.

Mais le nerf *intermédiaire de Wrisberg* étant, d'après M. Longet, indépendant du facial, et la branche qui se rend au muscle interne du marteau, après avoir traversé le ganglion otique, paraissant émerger de ce *nerf intermédiaire* plutôt que du facial, comme nous le supposions tout à l'heure, l'habile expérimentateur se fonde et sur cette disposition anatomique, et sur les hypothèses les plus vraisemblables, pour admettre que le nerf intermédiaire constitue un nerf particulier destiné aux muscles de l'oreille moyenne.

« L'origine de cette prétendue *petite racine du facial*, ajoute M. Lon» get, et surtout son union intime avec le nerf acoustique, tendent à me » confirmer dans cette opinion, de laquelle il résulterait qu'il faudrait faire » dépendre la lésion précédente de l'ouïe du nerf *innominé*. »

Or cette lésion, c'est la susceptibilité anormale de l'ouïe, dont M. Longet ne trouve qu'un seul exemple (celui de M. Roux en 1821), mais qui, d'après ce savant physiologiste, « *a dû se reproduire un certain nombre de fois* » (2).

Eh bien! ici encore l'observation médicale semble venir confirmer les inductions de l'anatomie et de la physiologie.

En effet, si la membrane du tympan est tendue sous l'influence du nerf *innominé*, et si ce *nerf innominé* (3) est indépendant du facial; si c'est un nerf à part, ayant sa fonction individuelle, il pourra être paralysé isolément, et, dans ce cas, l'exaltation de l'ouïe pourra se manifester en l'absence de paralysie du nerf facial.

Or c'est précisément ce que j'ai observé, l'an dernier, sur un jeune homme de Fismes très-intelligent, M. L..., qui rendait compte de ses sensations avec une grande précision.

« Il y a déjà quatre ans, me dit M. L..., que je souffre d'une susceptibilité de l'ouïe des plus bizarres et souvent des plus incommodes. Cette susceptibilité m'est survenue sans cause connue, en pleine santé. Au retour d'un voyage assez long, j'éprouvai dans l'oreille droite un engourdissement sans douleur, qui disparut après huit jours de durée.

» Six mois après (janvier 1847), à la suite d'un concert où le bruit des instru-

(1) Savart, Rech. sur les usages de la membrane du tympan et de l'oreille externe, lues à l'Institut le 29 avril 1822.

(1) Mon savant ami, le docteur Longet, en portant à 3 ou 4 cent. l'élévation des grains de sable sur la membrane du tympan en vibration a confondu les expériences faites sur le tympan de l'homme avec les expériences faites sur une membrane mince d'un centimètre de diamètre, placée à l'orifice d'un tuyau conique.

Effectivement, sur cette dernière membrane les grains de sable sont lancés à une hauteur qui surpasse souvent 3 ou 4 centim.; mais d'après les expériences de Savart, ils ne s'élèvent jamais à plus de 2 millim. sur la membrane de l'homme, ni à plus de 4 sur celle du veau, qui est deux fois plus grande.

(2) Anat. et phys. du système nerv., t. II, p. 454.

(3) Nerf intermédiaire, nerf de Wrisberg, petite racine du facial, nerf moteur tympanique de Longet, etc.

prêtre, le site romantique du lieu choisi pour ses exploits; l'appareil effrayant des machines employées à la cure, la grande affluence des adeptes sont autant de moyens qui concourent à exciter le désir d'essayer du système. Mais ce n'est pas tout encore, comme chaque guérison participe du merveilleux, toute amélioration, quelque minime qu'elle soit, n'en est pas moins présentée au public comme le gage assuré d'une prochaine guérison. Mais, semblables à ces bulles légères qui brillent de mille couleurs et qu'un souffle suffit pour détruire, ces succès si vantés se réduisent trop souvent à bien peu de chose, et ce qui semblait à l'avance un travail digne d'Hercule se trouve être moins que rien : *Parturient montes, nascetur ridiculus mus;* heureux encore le malade si, après ces fausses espérances et cette amélioration passagère, il n'en vient pas à regretter d'avoir essayé du système.

Si le public reste froid à de si puissants appels, et qu'après avoir parlé successivement au cœur et à l'imagination, le succès ne réponde pas à l'attente du système, il lui reste une dernière, mais importante ressource : c'est à la raison qu'il s'adresse, et développant une longue série de preuves, il démontre, à n'en pas douter, que le système est la découverte la plus raisonnable qui ait jamais été faite. Qui de vous n'a remarqué sur les quais cet homme dont la brillante faconde sait attirer la foule autour de lui; écoutez un instant ses discours; il démontre à chaque instant que tous les maux reconnaissent une même cause, et que cette cause, elle est là sur la table : c'est un ver, dont sa poudre infaillible débarrasse au plus tôt; avez vous mal à la tête, c'est le ver qui s'y porte; souffrez-vous des entrailles, c'est le ver qui s'y loge; avez-vous mal au pied, c'est encore le ver et toujours le ver. Et chacun de céder à un raisonnement si bien enchaîné, et d'acheter au plus tôt la poudre universelle.

On sourit de pitié à l'ouïe de pareilles billevesées, et cependant tout système se présente au public avec son ver et sa poudre; pour Brown, c'est la faiblesse et les stimulants; pour Rasori, l'excitation et les contro-stimulants; pour Broussais, l'irritation et les sangsues; pour Leroy, les humeurs et le vomi-purgatif, et nous n'en finirions pas si nous faisions l'énumération de toutes les poudres universelles que l'on a proposées contre les vers de l'humanité. Mais, dira-t-on, comment un système peut-il vivre sur un seul principe, comment un édifice aussi majestueux peut-il reposer sur une pierre? Et cependant c'est cette unité et cette simplicité du système qui font sa force et son plus ferme soutien; on croit facilement à ce que l'on comprend, tandis que l'on s'enthousiasme difficilement pour une science compliquée qui demande de longs et pénibles travaux. Une fois réduit en système, l'art de guérir n'est-il pas à la portée de toutes les intelligences? Qu'y a-t-il besoin désormais de longues études et de recherches consciencieuses; n'avons-nous pas trouvé le principe, la cause unique de toute maladie, et peut-il y avoir quelque doute sur le remède lorsque la cause morbifique est si simple et si bien connue?

La nature animée est soumise, il est vrai, à un grand nombre de lois; les agents modificateurs de la vie sont aussi variés que nombreux; les phénomènes que nous présente un être vivant sont d'une mobilité désespérante, car ils sont là résultant d'un grand nombre de forces; tandis que les faits de l'ordre physique peuvent être toujours et dans tous les temps étudiés sous toutes leurs faces, les phénomènes vitaux sont, au contraire, d'une nature très-complexe et présentent une variété infinie; les premiers peuvent toujours être calculés, les der-

ments de cuivre m'avait douloureusement affecté l'oreille droite, le même engourdissement reparut et persista pendant deux mois.

» Depuis cette époque, j'éprouve par intervalle, toujours du côté droit et particulièrement sous l'influence du froid, une exaltation de l'ouïe qui me rend les moindres bruits très-pénibles.

» Lorsque l'exaltation de l'ouïe vient à disparaître, il se produit le plus souvent une douleur dans l'œil gauche; aussitôt que l'exaltation de l'ouïe reparaît l'œil cesse d'être douloureux. Jamais ces deux circonstances ne se manifestent en même temps. J'ai pensé que cette affection pouvait être causée par une dent malade, mais les démarches que j'ai faites près de dentistes habiles n'ont amené aucun résultat. Enfin c'est un phénomène que je me suis étudié à bien constater et qui reste tout à fait isolé et indépendant de la santé générale.

» Si, par exemple, j'entends de près un coup de fouet, je souffre cruellement pendant plusieurs heures. C'est ce qui m'est arrivé il y a quelques jours. Comme je passais dans la grande rue de Fismes, un roulier se mit à claquer son fouet à deux pas de moi; j'en souffris tellement que je fus obligé de me coucher aussitôt et de mettre une gourmette, ce qui me soulage ordinairement. Le lendemain matin j'en souffrais encore.

» Ce qui m'étonne surtout, c'est qu'à la chasse les coups de fusil tirés par les autres me produisent une impression très-pénible, tandis que cette impression est presque nulle si je tire moi-même. Cela ne m'empêche pas de chasser, mais je suis obligé de m'éloigner beaucoup de mes compagnons, et de me mettre à contre-vent de leurs coups.

» La simple sonnette de la salle à manger me résonne péniblement dans l'oreille droite. »

J'ai interrogé et examiné avec le plus grand soin ce jeune homme; il n'offre pas et n'a jamais offert la moindre trace d'hémiplégie faciale.

Les oreilles examinées au spéculum sont dans l'état le plus normal.

Il n'existe ni déviation de la luette ou des piliers ni angine.

La vue, le goût, l'odorat sont égaux des deux côtés.

Je ne connaissais que ce seul fait d'hypercousie isolée et indépendante de l'hémiplégie, lorsque, consultant il y a quelques jours M. le docteur D... sur la partie de ce mémoire qui le concerne, j'appris de lui que cette exaltation de l'ouïe qu'il avait eue pendant trois mois, en 1848, avait reparu cette année au mois d'août, du même côté, mais sans aucune douleur antécédente, sans aucune récidive de l'hémiplégie faciale, sans aucun symptôme qui pût même faire soupçonner une diminution dans l'activité de la septième paire. Cette fois, comme la première, notre confrère était obligé d'éviter les bruits intenses, celui du tambour par exemple, et de se boucher les oreilles près des femmes en travail, tant le retentissement était douloureux du côté gauche. Cette exaltation de l'ouïe disparut graduellement, d'une manière spontanée, au bout de six semaines sans laisser aucune trace.

Quoique ces deux faits soient peut-être les seuls consignés dans la science (1), ils doivent avoir des analogues, et ils ne tarderont pas à se présenter aux observateurs, maintenant que l'attention va être éveillée sur ce point.

Nul doute, d'ailleurs, que plusieurs de ces exaltations de l'ouïe, considérées par Itard et par d'autres auteurs comme symptomatiques d'affections nerveuses, ne tinssent à un relâchement simple ou double de la membrane du tympan; car, bien que je ne puisse invoquer aucun cas de ce genre étendu aux deux côtés, il n'y a aucune raison pour que les deux nerfs accessoires de Wrisberg ne se trouvent paralysés en même temps.

Sans vouloir tirer des deux observations que je viens de rapporter des conclusions formelles, il est donc difficile de ne pas voir là une paralysie du muscle interne du marteau: et comme toutes les parties animées par la septième paire étaient, dans ces cas, à l'état normal, on peut en induire que la branche motrice du tympan ne procède pas du facial, mais qu'elle procède d'un tronc isolé et capable de se paralyser isolément.

D'un autre côté, chez tous les malades que j'ai pu suivre, l'exaltation de l'ouïe ayant complétement disparu bien avant la disparition de l'hémiplégie faciale, n'est-on pas en droit de conclure que ce symptôme n'était pas sous la dépendance de la septième paire?

On pourrait objecter, à la vérité, que c'est par la partie la plus rapprochée du point d'émergence que les nerfs recouvrent l'influx nerveux, et que la branche motrice du tympan, naissant au niveau du premier coude du facial, doit recouvrer son activité avant celles qui naissent au niveau du trou stylo-mastoïdien.

On pourrait objecter aussi, d'une part, la rareté de ce genre d'exaltation de l'ouïe en l'absence d'hémiplégie; rareté telle que les deux faits précédents sont peut-être les seuls inscrits dans la science; et, d'une autre part, la fréquence de cette exaltation concomitante de l'hémiplégie, fréquence telle que, sur sept cas consécutifs, je l'ai notée sept fois. Mais si l'on considère que le nerf intermédiaire se confond avec le facial par ses radicules originelles, qu'il s'engage avec lui dans l'orifice interne de l'aqueduc de Fallope, qu'il fournit au ganglion optique une branche qui doit être motrice, puisque ce ganglion a déjà une branche sensitive; si l'on considère en outre qu'ayant, en partie, le même trajet que le facial et la même texture intime, il doit participer aux mêmes influences, on concevra qu'une cause capable d'agir sur la septième paire agisse en même temps et de la même manière sur le nerf intermédiaire, que probablement un jour on appellera huitième paire.

En effet, cinq nerfs principaux se ramifient dans l'oreille : le trifacial, le facial, l'acoustique, l'intermédiaire et le glosso-pharyngien.

L'acoustique et le glosso-pharyngien étant des nerfs de sensations spéciales, et le trifacial un nerf de sensibilité, il est tout naturel qu'ils ne soient pas soumis aux mêmes influences morbides que le facial, nerf moteur, et

(1) Non-seulement Itard ne cite pas un seul fait d'hypercousie bornée à un côté, mais il ne rapporte que par souvenir deux faits d'hypercousie idiopathique. Voici, du reste, les seuls mots qu'Itard ait consacrés à ce sujet; « La pre» mière espèce (*hypercousie idiopathique*) est fort rare; je n'ai pu en re» cueillir que deux exemples, encore ne les ai-je pas eus sous mes yeux : l'un » est tiré d'un mémoire à consulter qui me fut adressé par un avocat de pro» vince, et l'autre, de la relation orale qui m'en fut faite par la malade elle-même » longtemps après qu'elle eut éprouvé cette indisposition. » (TRAITÉ DES MALAD. DE L'OREILLE ET DE L'AUDITION, dernière éd., t. I, p. 353.)

Une chose surprenante de la part d'un praticien aussi sérieux qu'Itard, c'est que, contre cette hypercousie idiopathique qu'il n'a jamais observée, il a néanmoins un traitement tout prêt! Ce sont les vapeurs d'éther, l'instillation d'huile de lis, et tous ces petits moyens qui ne seraient que ridicules s'ils n'avaient le grave inconvénient d'habituer le médecin à croire remplies toutes les indications thérapeutiques, par cela seul qu'il a prescrit quelque remède banal avant même de savoir au juste où est le mal et quelle est la cause du mal.

M. Hubert-Valleroux (ESSAI SUR LES MAL. D'OREILLE. Paris, 1846) se borne à rapporter les deux exemples cités par Itard dans cette note.

Quant à Kramer (TRAITÉ SUR LES MAL. D'OREILLE, trad. par Ménière, 1848), il ne dit pas un seul mot de l'hypercousie.

---

niers échappent à toute mensuration et ne se reproduisent jamais avec exactitude ou régularité. Ces variations dans le substratum ou objet de la médecine ne montrent-elles pas que la nature animée ne peut être ramenée à un principe unique, et si la chimie et la physique reconnaissent plusieurs lois qui servent de formule à un plus grand nombre de faits particuliers, comment admettre qu'un seul principe puisse expliquer toutes les modifications imprimées à nos organes par des agents si divers? Et comment admettre par conséquent la prétention des systématiques de tout réduire à un seul fait et de tout guérir avec un seul remède; que ce soit la sangsue de Broussais ou l'eau des hydrosudopathes, la conséquence n'est-elle pas aussi fausse que la prémisse?

D'ailleurs, considérée au point de vue philosophique, l'erreur des systématiques paraît toujours plus évidente, et, pour preuve, je transcris ici quelques mots de l'un des philosophes les plus distingués de notre époque.

« Si l'on veut faire de la clarté et de la simplicité la marque de la vérité, on » risque, dans beaucoup de cas, d'embrasser l'erreur en croyant embrasser la » vérité, car l'erreur, la plupart du temps, a sur la vérité l'avantage de la sim» plicité. L'erreur ne fait bien souvent que supprimer un des éléments de chaque » question pour se procurer par cette suppression arbitraire un simulacre de vé» rité.... L'esprit humain, en général, est en dehors de cette condition de sim» plicité dont on voudrait faire le caractère et la marque du vrai. Qui donc s'ap» propriera cette marque et ce caractère? Sans aucun doute, ceux qui se » débarrasseront d'un des éléments de la question ou d'une des parties de la vé» rité pour n'avoir affaire qu'à une seule. C'est leur opinion qui paraîtra simple » et, dans un certain sens, elle le sera en effet. Et comme cette simplicité flatte » à la fois la paresse et l'impatience de l'esprit humain; comme, d'un autre » côté, l'esprit humain porte en soi-même le sentiment qu'il n'y a de vérité que » dans l'unité, ravie de cette unité factice et fausse, l'homme se jettera avec » empressement vers les opinions qui la lui présentent et les maintiendra jus» qu'à ce qu'il soit contraint de reconnaître leur fausseté dans leurs consé» quences, qui font violence à la nature des choses et à sa propre nature. » Qui est-ce qui a fait la fortune des plus funestes erreurs, soit dans l'ordre re» ligieux, soit dans l'ordre civil? leur grand air de simplicité. Qu'a-t-on allégué » en leur faveur? le sens commun. Le vulgaire, le monde entier se laisse pren» dre à cet appât. Mais la vie humaine refuse obstinément de s'asseoir sur cette » base. » (P. 114, SEMEUR, 1841.)

Ne dirait-on pas que ces paroles ont été écrites pour démontrer l'absurdité des systèmes en médecine et pour faire comprendre que cette prétendue simplicité était un leurre offert à la raison du public, que ces démonstrations si claires et si précises péchaient par la base, puisqu'elles manquaient de vérité et que ces problèmes si compliqués ne se trouvaient éclaircis que par une énumération incomplète. Mais le public est partout le même, et si les badauds du quai se laissent prendre au ver et à la poudre, ceux des salons ne saisissent pas avec moins d'ardeur le système avec son principe unique et son remède universel.

LOMBARD (de Genève).

(*La suite prochainement.*)

qu'ils restent actifs pendant que celui-ci est paralysé. Mais le nerf intermédiaire étant, ou du moins paraissant être un nerf de mouvement, et de plus, se trouvant accolé au facial, on ne peut s'étonner qu'il soit frappé en même temps que lui par la même cause que lui, et d'une manière identique.

L'observation et l'induction pathologiques me paraissent donc justifier pleinement les inductions physiologiques de M. Longet sur l'existence d'un nerf moteur tympanique, agissant sur la membrane du tympan, pour la soustraire à l'influence des sons trop violents, comme la troisième paire agit sur l'iris pour la soustraire à une lumière trop vive.

Quoi qu'il en soit de ces données physiologiques, sur lesquelles je ne veux pas insister davantage, car c'est surtout au point de vue clinique que je parle, l'exaltation de l'ouïe doit être maintenant considérée comme presque constante dans la paralysie de la septième paire.

D'une part, ce nouveau phénomène complète l'histoire symptomatologique de l'hémiplégie faciale.

Il confirme le diagnostic en éloignant l'idée de toute compression cérébrale.

Il indique que la lésion originelle n'est pas située au-dessous de l'intumescence gangliforme du nerf facial (1).

D'une autre part, il établit l'existence d'une maladie méconnue jusqu'ici, l'hypercousie indépendante de toute autre affection, l'hypercousie qu'on pourrait appeler idiopathique, si ce nom avait une signification bien déterminée.

Ai-je besoin de dire qu'on ne confondra jamais cette exaltation spéciale de l'audition avec l'extrême sensibilité qu'on observe tous les jours dans un grand nombre de maladies aiguës, dans la plupart des affections nerveuses, et à laquelle on donne le nom d'hypercousie, paracousie, etc. ? Outre que, dans tous ces cas, la sensibilité de l'ouïe existe de chaque côté, elle s'accompagne le plus souvent de troubles analogues dans les autres sens, et revêt d'ailleurs les caractères d'intermittence et d'irrégularité des névroses qu'elle accompagne.

CONCLUSIONS.

1° Sous le rapport pathologique, l'exaltation de l'ouïe, du côté paralysé, est un symptôme presque constant de l'hémiplégie faciale indépendante de toute affection cérébrale.

2° Cette exaltation paraît en même temps que l'hémiplégie et disparaît avant elle.

3° Elle doit être attribuée à la paralysie du muscle interne du marteau.

4° Elle indique que la lésion nerveuse n'est pas située au-dessous du premier coude de la septième paire.

5° Elle peut exister en l'absence d'hémiplégie faciale.

6° Qu'elle coïncide avec l'hémiplégie, ou qu'elle en soit indépendante, elle disparaît spontanément, complétement, et dans l'espace de quinze jours à trois mois.

7° Pour en constater l'existence, il est quelquefois nécessaire d'impressionner l'ouïe par un bruit éclatant et d'autant plus intense qu'on s'éloigne davantage du début de l'affection.

8° Un traitement spécial sera presque toujours inutile. Dans le cas où il deviendrait nécessaire, il consisterait à tamponner l'oreille du côté paralysé et même des deux côtés, pour diminuer l'action des ondes sonores, à diriger avec prudence quelques douches froides ou légèrement astringentes sur le tympan, et enfin à galvaniser au besoin le nerf facial ou la membrane du tympan (2).

9° Sous le rapport physiologique, cette hyperconsie dépendante ou indépendante de l'hémiplégie paraît confirmer les inductions de M. le docteur Longet sur le nerf intermédiaire qui devrait être considéré comme *nerf moteur tympanique*, remplissant pour l'ouïe le rôle du nerf moteur oculaire commun pour la vue.

(1) En effet, quelle que soit la véritable origine de la branche motrice du muscle interne du marteau, c'est-à-dire soit qu'elle procède du facial, soit qu'elle procède du nerf de Wrisberg, c'est toujours au niveau de l'intumescence gangliforme qu'elle prend naissance, pour se rendre de là au ganglion optique.

(2) Dans le cas d'hémiplégie, le galvanisme agirait en même temps contre les deux maladies; et dans le cas d'hypercousie indépendante, l'action électrique s'étendrait, par la connexion des deux nerfs, jusqu'à l'intermédiaire.

La galvanisation du conduit auditif, et surtout de la membrane du tympan, doit être faite d'ailleurs avec les plus grandes précautions; je connais un cas de perforation du tympan par l'électricité.

THÉRAPEUTIQUE CHIRURGICALE.

MÉMOIRE SUR L'APPLICATION DE L'ANESTHÉSIE AU CATHÉTÉRISME ET A LA DILATATION DES RÉTRÉCISSEMENTS DE L'URÈTRE ; par M. A. COURTY, agrégé de la Faculté de médecine de Montpellier.

L'opération du cathétérisme paraît généralement fort simple et d'une exécution rapide, lorsqu'elle est pratiquée par une main exercée. Aussi n'a-t-on pas sérieusement songé à en supprimer les sensations douloureuses par l'emploi préalable des moyens anesthésiques, malgré tout ce que ces sensations peuvent offrir de pénible et même de dangereux. Et pourtant qui ne connaît la spécialité de la douleur développée souvent par le cathétérisme, le caractère particulier d'irritation nerveuse qu'elle provoque, la sensibilité exagérée de plusieurs sujets, la réaction spasmodique locale et générale qui l'accompagne fréquemment, la susceptibilité excessive et la répulsion vitale de certaines idiosyncrasies ? Il n'est pas un praticien qui n'ait eu l'occasion de reconnaître tout ce que l'une ou plusieurs de ces circonstances peuvent ajouter de pénible pour le malade, tout ce qu'elles peuvent apporter d'entraves pour le chirurgien dans une manœuvre en apparence si innocente.

En un mot, on doit le dire, il est peu d'opérations à la fois aussi légères et aussi redoutées par les patients, aussi insignifiantes par elles-mêmes, et pourtant aussi sujettes à des accidents réactionnels immédiats ou consécutifs.

Aller de là jusqu'à poser en principe de soumettre tous les malades aux ennuis, disons plus, aux souffrances et même aux angoisses et aux dangers de l'anesthésie, pour les soustraire aux douleurs habituellement légères et innocentes du cathétérisme, ce serait commettre une erreur chirurgicale grave. Aussi comprendra-t-on sans peine que mes réflexions sur la recherche des cas de médecine opératoire auxquels la méthode anesthésique peut être applicable, ne m'aient pas amené à une idée finale aussi absolue.

Ne pouvant douter néanmoins de l'utilité que cette méthode devait présenter, je songeai à poser les indications de son emploi, à déterminer théoriquement et pratiquement les seuls cas auxquels elle soit applicable.

Avant d'avoir recueilli le résultat de l'expérience, je raisonnais à peu près de la manière suivante. *A priori* on doit supposer le cathétérisme supportable, et le pratiquer sans accorder au malade même qui le réclamerait le bénéfice de l'anesthésie. Mais en est-il de même *à posteriori?* En est-il de même, par exemple, lorsqu'une première tentative a appris le danger qu'il y aurait à sonder de nouveau un malade très-irritable ? ou lorsque le cathétérisme se complique de difficultés locales réelles ? ou lorsqu'il a pour but d'agir sur le canal et non sur la vessie ? ou bien encore lorsqu'il est employé non-seulement comme moyen explorateur, mais comme moyen curateur ?

Précisons les distinctions.

On est obligé de sonder un malade :

1° Pour constater la présence d'un calcul vésical ou l'existence d'une maladie du réservoir urinaire (paralysie, catarrhe, altérations organiques);

2° Pour reconnaître la cause d'une rétention d'urine, ou pour en obtenir la guérison.

En général, dans le premier cas, l'emploi des anesthésiques n'est pas indiqué; dans le second, au contraire, il peut offrir de nombreuses et utiles applications.

Je sais bien qu'on a éthérisé et chloroformisé des malades pour leur pratiquer l'opération de la lithotritie. J'ai cité moi-même quelques exemples dans lesquels on a été assez heureux pour éviter les accidents particuliers qui peuvent être provoqués dans ces cas par l'emploi des anesthésiques (1). Mais la possibilité, le danger de ces accidents n'en sont pas moins assez réels pour qu'on doive éviter d'y exposer le malade. La lithotritie est une opération habituellement longue, laborieuse, demandant chez quelques sujets, pour être accomplie et menée à bonne fin, un grand nombre de séances pendant lesquelles on ne s'expose pas à moins qu'à pincer et déchirer la vessie, danger éminemment mortel, surtout si cet organe est malade. Toutes ces circonstances doivent être prises en sérieuse considération. Je ne dis pas qu'elles contre-indiquent formellement et d'une manière absolue l'emploi

(1) DE L'EMPLOI DES MOYENS ANESTHÉSIQUES EN CHIRURGIE, p. 101. Montpellier, 1849.

de l'anesthésie, mais du moins elles en restreignent considérablement l'application. Je n'insisterai pas davantage sur ce point, qui ne fait pas l'objet de ce mémoire, et sur lequel je me suis déjà expliqué dans un autre travail.

Le cathétérisme qui précède l'opération pour la recherche du calcul, l'exploration de la vessie, n'a pas non plus besoin pour être exécuté du secours de l'anesthésie. Bien plus, il gagne souvent à être exécuté sur des organes conservant dans toute leur intégrité la sensibilité exagérée dont ils sont alors le siége et qu'il importe au chirurgien de reconnaître. Aussi n'emploierons-nous, dans ce cas, ni l'éther ni le chloroforme.

On en peut dire autant de l'introduction de la sonde dans le réservoir urinaire dans le but de nous faire apprécier l'état sain ou pathologique de cet organe et d'aider notre diagnostic sur les altérations morbides dont il peut être le siége.

Il n'en est pas de même du cathétérisme appliqué aux divers cas qui sont renfermés dans la seconde catégorie. Ici des considérations spéciales tirées de la susceptibilité particulière du sujet, de son tempérament, de sa constitution, de son idiosyncrasie, etc., les exigences de l'état local, la nature même du mal que l'on combat, et surtout les notions acquises *à posteriori*, c'est-à-dire après une première épreuve ou seulement après une première tentative d'opération, peuvent devenir des indications évidentes, formelles, de l'emploi des anesthésiques. En éteignant la sensibilité générale et locale, les anesthésiques peuvent devenir des adjuvants puissants du traitement; ils peuvent même entrer pour une bonne part dans l'ensemble des moyens curateurs. Les raisons et surtout les exemples par lequels je suis en mesure d'appuyer cette proposition la rendront, je pense, acceptable.

Et d'abord je ne mets pas en doute qu'on ne doive faire une première tentative naturellement, sans le secours de l'éther ou du chloroforme. Cela se conçoit suffisamment, d'autant plus que le cathétérisme lui-même n'est pas toujours l'unique moyen, et surtout le premier moyen qu'on doive employer pour reconnaître ou détruire la cause de la rétention d'urine. En effet, est-on appelé auprès d'un malade qui ne peut pas uriner, il ne faut pas se hâter de le sonder, encore moins de le chloroformiser; il faut étudier avant tout les causes de la rétention de l'urine. Cette étude démontrera souvent que l'emploi de la sonde serait inutile ou impuissant à les combattre.

Un état nerveux développé sous l'influence de fatigues, d'excitation, d'émotions particulières, a amené un état de spasme dans le canal, au col de la vessie, dans les parois du réservoir urinaire; une longue course, une équitation prolongée, un voyage pénible en voiture, ont amené un gonflement inflammatoire de la prostate ou déterminé une turgescence congestive dans cet organe et dans les follicules du canal déjà congestionnés par une affection blennorrhagique; il est rare que le cathétérisme devienne nécessaire. Des bains, des lavements, des cataplasmes émollients, narcotiques, antispasmodiques, des saignées locales abondantes, si elles sont nécessaires, des frictions sédatives, belladonées, etc., suffisent à rétablir les fonctions excrétoires momentanément suspendues; ils en amènent le retour normalement, sans secousse, sans violence, en un mot sans aucun des inconvénients qu'entraînerait souvent le passage d'une sonde à travers des parties tuméfiées et quelquefois ramollies par l'inflammation.

D'autres fois il y a atonie des parois vésicales ou gonflement chronique de la prostate momentanément exagéré, ou bien enfin la présence d'une valvule au col de la vessie. Alors une sonde volumineuse courbe, en gomme élastique ou en argent, la sonde de Mayor ou la sonde à courte et brusque courbure de M. Mercier, dont le talon est très-propre à refouler le gonflement prostatique ou la valvule du col, peuvent être employées de prime abord sans que les organes, par une sensibilité exagérée et une réaction violente, s'opposent à leur introduction ou la fassent suivre d'aucun danger.

D'autres fois il y a rétrécissement organique de l'urètre, ancien, induré, ayant amené lentement la rétention d'urine, accompagné chez quelques sujets de fistules périnéales. Il s'agit de pénétrer à travers l'obstacle; le cathétérisme est nécessaire, c'est la seule ressource de l'art. Une sonde ou une bougie fine est d'abord introduite pour être remplacée par de plus volumineuses, et contribuer à dilater peu à peu le canal. Chez certains malades cette introduction est facile, du moins supportée avec assez d'énergie et presque sans douleur; mais chez d'autres elle provoque des sensations douloureuses extraordinaires, des contractions spasmodiques violentes, l'écoulement d'un peu de sang, et n'arrive à se faire (si toutefois elle est possible) qu'après des essais fréquemment renouvelés à plusieurs jours d'intervalle; souvent même elle provoque des accidents formidables.

D'autres fois enfin il y a simplement coarctation spasmodique du canal; mais cette coarctation est habituelle, sujette à augmenter subitement d'un moment à l'autre, par suite des moindres écarts, des moindres fatigues; elle expose les malades à la cruelle perspective de se voir pris de rétentions subites, immédiates, dont la crainte les tourmente, et si elle ne constitue pas, au point de vue local, une affection aussi sérieuse que le vrai rétrécissement, elle n'en est pas moins pour eux la cause d'un tourment continuel et d'une inquiétude morale indicible. Quelle que soit la cause de ces coarctations, ulcération du canal, sensibilité exagérée d'une, de plusieurs ou de toutes ses parties par suite d'anciennes blennorrhagies, névrose particulière, etc., il faut combattre cette cause. Le cathétérisme est nécessaire pour la faire apprécier, souvent pour la dissiper, et c'est alors surtout qu'il devient tout à fait intolérable. La seule vue de la sonde porte chez ces malades la coarctation spasmodique à son plus haut degré, et si des sondes volumineuses parviennent jusque dans la vessie et permettent de constater la nature du canal, ce n'est qu'au prix des plus vives douleurs. Encore ce résultat est-il souvent impossible à obtenir.

Ce vif sentiment de douleur, ces spasmes violents du canal peuvent se présenter dans tous les cas que je viens de passer en revue. S'ils constituent à eux seuls la maladie dans le dernier cas, ils la compliquent presque toujours dans les autres, surtout dans celui de rétrécissement organique. La présence de la lésion organique, l'irritation qu'elle cause sur la muqueuse urétrale, la difficulté qu'elle oppose à la sortie de l'urine, la dilatation et l'irritation causées par l'effort de ce liquide sur la partie postérieure du canal, entretiennent toute la muqueuse dans un état de spasme, d'éréthisme nerveux qui augmente à chaque miction et encore plus à chaque tentative de cathétérisme.

Pour ma part, je suis convaincu, par mon expérience antérieure (et je le suis bien plus depuis que mes essais de cathétérisme sur des malades chloroformisés m'en ont donné de nouvelles preuves), je suis convaincu, dis-je, que la plupart des rétrécissements de date récente (par conséquent les plus curables) se compliquent plus ou moins de coarctation spasmodique. Par suite, je suis convaincu aussi qu'en supprimant la sensibilité des malades, on introduirait du premier coup dans ces rétrécissements des sondes bien plus volumineuses qu'on ne peut le faire d'habitude; de sorte qu'on en obtiendrait la guérison à moins de frais, c'est-à-dire d'une manière infiniment plus rapide et moins douloureuse. Cette première considération me paraît devoir être d'un grand poids, s'il s'agit d'apprécier l'utilité de l'application de la méthode anesthésique au cathétérisme.

Qu'on ne s'imagine pas d'ailleurs que les rétrécissements de date récente soient les seuls pour lesquels le sommeil anesthésique favorise le cathétérisme. S'il y a des rétrécissements anciens qui refusent de se laisser franchir par l'effet de leur étendue, de leur volume, de leurs callosités, de leurs sinuosités, de leur multiplicité, etc., combien n'y en a-t-il pas qui sont fougueux, mous, facilement dépressibles, et que le spasme seul rend infranchissables? Combien n'y en a-t-il pas dont la lumière tout étroite, irrégulière, excentrique qu'elle peut être, se laisserait pénétrer par une bougie fine, si le spasme ne l'amoindrissait encore, si surtout ce spasme supprimé ne portait plus obstacle à la lenteur nécessaire des manœuvres patientes et minutieuses qui peuvent seules faire espérer d'y engager l'extrémité d'une sonde? J'ai vu des cas de ce genre, et je ne crains pas de dire que, même dans cet ordre de faits qui paraissent devoir retirer le moins d'avantage ou se montrer les plus indépendants de la méthode anesthésique, l'application de cette méthode peut rendre encore de grands services. Je tiens d'autant plus à exprimer ici nettement ma conviction à cet égard, qu'il est, je crois, peu de rétrécissements qui résistent à la méthode de la dilatation. Il s'agit d'introduire une première bougie; là réside la grande difficulté du traitement. La méthode de la scarification ou de l'incision du canal n'a pas encore donné assez de témoignages de son innocuité, ni de son efficacité, pour qu'on ne doive pas s'efforcer d'en limiter autant que possible l'application. Le seul moyen de poser les limites de cette dernière méthode, le seul moyen de décider des cas dans lesquels elle doit être indiquée comme la seule ressource thérapeutique, c'est de faciliter les tentatives de dilatation. Or, pour faciliter ces tentatives, la détente locale et générale dans laquelle l'emploi du chloroforme jette les malades est assurément un moyen d'une efficacité incontestable.

Il est une autre considération non moins importante. J'ai vu des hommes chez lesquels la présence d'une sonde dans le canal pendant quelques heures suffisait pour provoquer de la fièvre, des affections nerveuses graves, des inflammations violentes, une fois même l'hépatite et des abcès dans le foie, en un mot des accidents mortels. D'autres malades ne pouvaient pas supporter seulement le passage de cet instrument. Chez d'autres encore, de simples tentatives de cathétérisme provoquaient une irritation extraordinaire, des accidents nerveux, des vomissements, des frissons, de la fièvre pendant plusieurs jours. S'il est vrai (personne n'en doute aujourd'hui) que l'emploi de la méthode anesthésique dans les grandes opérations joigne à l'avantage de procurer l'insensibilité pendant la manœuvre celui de diminuer considérablement la réaction, la fièvre traumatique et

tous les accidents nerveux et inflammatoires consécutifs; pourquoi l'application de cette méthode au cathétérisme ne serait-elle pas suivie des mêmes avantages? La réponse ne paraissait pas devoir être douteuse, et il faut convenir que, d'après les faits que je viens de rappeler, et que chacun a eu l'occasion d'observer, les ressources d'une pareille méthode, chez certains sujets, devaient être inestimables. Or je puis le dire par anticipation, le succès a dépassé mes espérances. On verra bientôt, dans une des observations rapportées plus bas, que la sonde, introduite pendant le sommeil chloroformique et laissée ensuite à demeure pendant vingt-quatre heures, a produit, chez un de mes malades, infiniment moins de symptômes de réaction que n'en avaient déterminé les simples tentatives de cathétérisme pratiquées en dehors de l'état anesthésique.

Une troisième considération vient naturellement s'ajouter aux deux précédentes. Alors même que l'usage de la sonde n'est pas nécessaire comme moyen curateur, son emploi peut être utile pour soulager promptement un malade dont la vessie est distendue par une rétention d'urine de douze, quinze, vingt-quatre heures. La vessie vidée, vous n'avez pas pour cela guéri le malade, vous n'avez pas supprimé ou amoindri la cause de la rétention; mais du moins vous avez eu l'avantage de réduire cette cause à ses propres forces. Il ne vient plus s'y ajouter l'anxiété, l'état nerveux, la fièvre, ni les complications et la recrudescence locales qui dépendaient de la distension de la vessie.

L'effet de la maladie qu'il faut combattre, c'est-à-dire la rétention, était devenu à son tour la cause d'accidents plus sérieux que la maladie elle-même; elle était devenue une cause d'aggravation de cette première maladie. N'y a-t-il pas tout à gagner à la supprimer? Et, pour tenter de la supprimer le plus promptement possible, le sommeil anesthésique n'est-il pas d'un précieux secours? Que la rétention soit complète par suite du spasme nerveux ou du gonflement inflammatoire, si vous amenez chez le malade l'insensibilité et la détente, qui en est la conséquence, vous le mettez indubitablement en état de souffrir le passage d'une sonde. Cette sonde sera d'ailleurs, suivant les cas, volumineuse ou petite; elle sera introduite avec toutes les règles de l'art, tout le ménagement, toute la lenteur nécessaires; mais enfin elle arrivera dans la vessie, et cela permettra au malade, une fois l'organe vidé, d'échapper aux premiers accidents et d'attendre, sans danger immédiat, le bénéfice des moyens que vous mettrez en usage pour combattre la cause de la rétention. Vous n'aurez pas perdu une minute pour l'application de ces moyens, et vous aurez gagné de leur voir produire un effet bien plus actif, plus prompt, plus efficace sur une maladie dégagée de sa complication la plus grave. Ainsi se trouvera, je l'espère, limitée de plus en plus la triste nécessité d'arriver, soit au cathétérisme forcé, soit à la ponction de la vessie, ces moyens ultimes auxquels on ne se décide à avoir recours qu'à la dernière extrémité et en tout désespoir de cause. Quelque rares que soient déjà ces dernières opérations (car j'ai entendu un grand chirurgien se féliciter de ne les avoir jamais pratiquées pendant sa longue carrière, et d'avoir sauvé, sans elles, tous ceux de ses malades qui étaient réellement curables), je ne crains pas de dire qu'elles deviendront encore plus rares et ne seront plus appliquées que dans quelques cas de lésions organiques graves et anciennes, ayant rendu par leur développement tout trajet naturel inabordable au cathétérisme.

(La suite au prochain numéro.)

CORRESPONDANCE MÉDICALE.

TAMPONNEMENT DES FOSSES NASALES; par M. A. BEAUPOIL, D. M. P.

Quelques chirurgiens semblent avoir pris à tâche d'inventer des instruments spéciaux, souvent fort compliqués pour chaque opération, pour chaque temps d'une même opération. Ces chirurgiens nous semblent vouloir engager la pratique dans une fausse voie, et, pour notre fait, nous croyons de beaucoup préférable de simplifier, de généraliser, mais surtout de rendre applicables au plus grand nombre de cas possible les instruments que tout praticien possède, ou peut se procurer partout au moment du besoin. Cela nous semble indispensable pour les cas qui réclament des secours immédiats, tels, par exemple, qu'une épistaxis très-abondante et durant depuis longtemps déjà, comme il arrive d'ordinaire, lorsque le médecin est appelé.

Ces réflexions nous sont suggérées par la lecture de deux procédés de tamponnement des fosses nasales publiés récemment dans la GAZETTE MÉDICALE. Ces procédés nous paraissent fort bons et les appareils bien ordonnés, et pourtant nous ne nous sentons aucun désir d'en augmenter notre arsenal chirurgical, trouvant tout aussi ingénieux le tamponnement par le procédé de Bellocq, usant plus volontiers d'un morceau d'amadou roulé en cône ou remplaçant la sonde de Bellocq, qu'on peut ne pas avoir par une sonde de gomme élastique, que tout médecin possède.

Depuis longtemps on a signalé cette substitution, mais ceux qui l'essayent éprouvent ordinairement de la difficulté pour faire contourner le voile du palais par la sonde élastique, ce que le ressort de la sonde de Bellocq exécute seul par l'effet de la courbure et de l'élasticité qui lui sont propres. Il est possible de faire exécuter le même mouvement à la sonde de gomme élastique, au moyen du procédé suivant qui nous a pleinement réussi.

Ayant choisi une sonde dont le calibre soit proportionné à la capacité de la fosse nasale, qu'il s'agit de tamponner, nous la garnissons d'un fort mandrin de cuivre, et nous donnons au tout une courbure en S. Nous introduisons alors le bec de la sonde, d'avant en arrière, le long du plancher de la fosse nasale, jusqu'à ce qu'il apparaisse au-dessous du voile du palais, puis nous retirons doucement le mandrin hors de la sonde, en même temps que nous poussons celle-ci plus avant.

Voici l'effet produit par cette manœuvre: le mandrin étant plus résistant que la sonde élastique et marchant en sens inverse, exagère la courbure de celle-ci pour ne pas perdre la sienne, et fait aussi saillir la sonde dans la bouche, où il est facile de la saisir avec une pince ou avec les doigts pour l'amener à l'extérieur. On termine alors le tamponnement, comme dans le procédé de Bellocq, en passant, avec une aiguille, le fil double du bourdonnet de charpie dans les yeux de la sonde, et retirant celle-ci pour ramener le fil par l'ouverture antérieure de la narine.

La simplicité de cet appareil et la facilité d'exécution du procédé, nous font présumer qu'il pourra être utile à quelques-uns de nos confrères; je vous prie donc, monsieur le rédacteur, de vouloir bien lui donner place dans l'un de vos plus prochains numéros.

Agréez, etc.

REVUE DES JOURNAUX DE MÉDECINE.

JOURNAUX ANGLAIS.

(Suite.)

I. LONDON MEDICAL GAZETTE.

DE LA DÉGÉNÉRESCENCE GRAISSEUSE DES PETITS VAISSEAUX SANGUINS DU CERVEAU ET DE SES RAPPORTS AVEC L'APOPLEXIE; par le docteur JAMES PAGET.

La maladie sur laquelle le docteur Paget appelle l'attention se caractérise anatomiquement, selon lui, par les altérations suivantes.

Dans le premier degré, on voit d'abord de petites particules brillantes, noires sur les bords, semblables à des molécules d'huile, irrégulièrement répandues à la surface externe des petits vaisseaux du cerveau. On en rencontre souvent dans des portions tout à fait saines du centre nerveux, aussi bien sur des capillaires que sur des branches artérielles ou veineuses de toute grandeur, depuis 1/150ᵉ de pouce de diamètre jusqu'aux plus petites dimensions. A un degré plus avancé, les particules huileuses augmentent de nombre et envahissent, dans toute leur étendue, en ajoutant sensiblement à leur épaisseur, les parois des vaisseaux affectés. Elles augmentent aussi de grandeur et peuvent acquérir 1/2,000ᵉ de pouce. Dans quelques cas, elles se groupent en petites masses régulières ou irrégulières, ou bien en plaques disséminées dans les parois vasculaires et embrassant une grande partie de leur circonférence. On peut suivre parfois, chez le même sujet ou dans le même vaisseau, ces deux degrés de la dégénérescence.

Quand l'altération est très-prononcée, elle amène des changements dans la structure et dans la forme des vaisseaux. Leur tissu propre disparaît graduellement, comme par une sorte de substitution, et les vaisseaux finissent par ressembler à de petits tubes formés d'une membrane pellucide avec laquelle les particules graisseuses font corps. La disparition du tissu propre peut être complète. En même temps, les tubes sont déformés, soit par de petits amas extérieurs de graisse produisant des nodosités, soit par des amas encore recouverts de la tunique celluleuse qu'ils soulèvent et séparent de la tunique moyenne (l'auteur n'avance ce dernier fait qu'avec réserve). Dans quelques cas, mais seulement sur les vaisseaux de moins de 1/500ᵉ de pouce de diamètre, on rencontre de petites dilatations partielles.

M. Paget regarde les artérioles de 1/300ᵉ de pouce à 1 pouce de diamètre, comme l'ordre de vaisseaux le plus disposé à cette altération. Cependant elle existe d'ordinaire en même temps sur les veines de même ca-

fibre ou d'un calibre moindre. En général, elle est d'autant moins prononcée que les vaisseaux sont plus petits.

Le premier siége du dépôt graisseux est, pour ce qui concerne les artères, dans les fibres transversales ; pour ce qui concerne les veines, dans la tunique correspondante, sous l'enveloppe cellulo-fibreuse. Cette enveloppe, soit dans les artères, soit dans les veines, paraît quelquefois contenir une grande quantité de matière graisseuse.

A cette description, appuyée de deux figures, l'auteur a joint trois observations détaillées, relatives à des individus morts d'hémorrhagie cérébrale, et sur lesquels a été rencontrée la dégénérescence en question. Puis il rappelle que plusieurs auteurs ont signalé la dilatation anévrismale des petits vaisseaux cérébraux dans des cas d'apoplexie et de ramollissement du parenchyme, mais qu'aucun n'a parlé de la dégénérescence graisseuse. Virchow seul dit avoir vu de petites gouttes huileuses, de couleur jaunâtre, dans la paroi celluleuse des vaisseaux capillaires, non des organes encéphaliques, mais des reins.

Ces observations de M. James Paget auraient plus d'importance si, plus étendues, plus complètes, elles permettaient de mieux juger du degré de corrélation qu'il peut y avoir entre l'altération décrite et l'hémorrhagie ou le ramollissement du cerveau. C'est ce qu'il est absolument impossible de faire avec les trois observations rapportées dans le mémoire. Quant à l'altération elle-même, on peut voir, par la description précédente, qu'elle ne ressemble à aucune de celles qui ont été décrites par les anatomo-pathologistes. On est tenté, au premier abord, de la rapporter aux lésions athéromateuses ; mais l'athérome débute par la tunique interne, non par la tunique moyenne ; puis c'est une maladie propre aux artères, et l'auteur affirme que les dépôts graisseux se rencontrent à peu près également dans les artères et dans les veines. Il est fâcheux que les systèmes artériel et veineux n'aient pas été examinés dans toute leur étendue chez les sujets qui ont présenté cette dégénérescence. Peut-être encore, si les recherches étaient continuées, y aurait-il quelque utilité à les éclairer d'analyses chimiques du cerveau, afin de voir si l'abondance de la graisse, dans les parois des petits vaisseaux cérébraux, ne se lie pas à quelque changement de proportion dans les matières grasses du tissu cérébral lui-même. Enfin, dans quelles conditions d'âge, de tempérament, de maladie, etc., la dégénérescence dont il s'agit se rencontre-t-elle de préférence ? à quelles causes faut-il la rapporter ? C'est en faisant marcher de front toutes ces questions dans les recherches ultérieures, qu'on pourrait espérer parvenir à quelque résultat important de physiologie pathologique. Jusque là, la description la plus exacte et la plus minutieuse de l'altération ne sera qu'une lettre morte.

CAS DE TÉTANOS IDIOPATHIQUE TRAITÉ PAR LE GALVANISME; par le docteur HAMMETT HAILEY.

Beaucoup de personnes, assurément, redouteraient, dans une affection tétanique, l'emploi d'un moyen dont le premier effet est de déterminer des secousses convulsives des muscles. Cependant, depuis que le docteur Matteucci a vanté le galvanisme dans certaines affections spasmodiques, on a plus d'une fois obtenu de bons résultats de ce mode de traitement. Le tétanos, en particulier, a fourni un contingent de succès assez remarquable. Il est bien entendu qu'il ne s'agit pas ici d'un tétanos symptomatique de quelque grave altération des centres nerveux, mais bien du tétanos idiopathique ou essentiel, de celui qui est purement spasmodique ou rhumatismal. C'est aussi d'un cas de ce genre qu'il s'agit dans l'observation de M. Hailey, et le résultat de la galvanisation a été assez remarquable pour que nous en disions un mot.

Le sujet, âgé de 13 ans, avait pris un bain froid, le corps étant très-échauffé par une longue course. Dès le soir il y avait eu grande roideur des membres; cette roideur augmenta, et les symptômes les plus graves du tétanos se déclarèrent. Bientôt *tous les muscles volontaires* entrèrent dans un état de rigidité permanent, traversé seulement de temps à autre par des convulsions générales. Les mâchoires étaient fortement serrées. C'est au septième jour seulement de l'attaque, après l'emploi inutile des purgatifs, des opiacés et de tout l'appareil des moyens habituels, qu'on eut recours au galvanisme. On donna quelques secousses d'abord le long de l'épine, puis dans la région des masséters, puis le long des nerfs sciatiques. Ces secousses furent très-douloureuses, et suivies d'abord d'une aggravation des mouvements convulsifs. (On cessa néanmoins l'emploi de l'opium.) Au bout de quelques heures il y avait un mieux très-sensible. La rigidité diminua, les convulsions se ralentirent. On continua de galvaniser pendant une huitaine de jours, au bout desquels la guérison pouvait être considérée comme complète.

SUR UN CERTAIN PHÉNOMÈNE PHYSIOLOGIQUE ET PATHOLOGIQUE RELATIF AUX FONCTIONS RESPIRATOIRES, par le docteur J. J. TRAYER.

La statistique a établi ce fait que les tubercules pulmonaires, lorsqu'ils n'existent que d'un seul côté, siégent plus souvent à gauche qu'à droite, bien que, dans les cas de phthisie double, les tubercules soient plus nombreux et plus avancés à droite qu'à gauche. En 1840, un auteur dont le nom nous échappe a lu, devant le *collége des chirurgiens de Londres*, un travail où il s'efforce d'établir que, à la croissance, le poumon droit entre en pleine possession de sa fonction bien avant le poumon gauche, et que c'est là une disposition favorable à ce partage inégal des tubercules entre les deux côtés de la poitrine. C'est pour répondre spécialement à ce travail, dont la pensée n'est, du reste, pas nouvelle, que M. Trayer a entrepris le présent mémoire.

Et d'abord, il n'accorde pas, du moins à titre de loi, que la tuberculisation commence plus souvent par le poumon gauche que par le droit. Ses propres observations donnent bien un léger excédent à l'avantage du premier, mais cet excédent est si faible qu'il est impossible, suivant l'auteur, d'y chercher le prétexte d'une prédisposition pathologique. Comme il n'apporte aucun élément à l'appui de son assertion, la loi formulée par MM. Louis, Andral et d'autres, d'après un très-grand nombre d'observations, ne perd rien jusqu'ici de son autorité.

Après avoir nié le fait, M. Trayer nie la condition physiologique à laquelle ce fait avait été rattaché. Il nie que le poumon gauche respire plus tard que le droit ; mais cette fois il s'étaye d'expériences sur le vivant et sur le cadavre.

Le premier ordre d'expériences consiste à ausculter dans toute son étendue la poitrine des nouveau-nés, au moment même où ils sortent du sein de la mère, en commençant par le côté gauche, comme étant celui où l'on suppose que la respiration s'établit le plus tard ; on porte *rapidement* le stéthoscope sur un très-grand nombre de points, tant en avant qu'en arrière, et l'on recherche s'il y a succession ou simultanéité dans la pénétration du parenchyme pulmonaire par l'air extérieur. Dans ses premières expériences sur les cadavres des enfants morts-nés, l'auteur enlevait le larynx, la trachée et les poumons et introduisait un tube en caoutchouc dans le conduit aérien sur lequel il plaçait une ligature. Puis, les poumons étant placés dans l'eau, il les insufflait avec la même force que pour l'établissement d'une respiration artificielle. Plus tard, pour aller au devant de toute objection tirée d'une différence dans la position des poumons au moment de l'expérience, il a introduit le tube par la bouche jusque dans la trachée, se contentant de découvrir les poumons par l'ablation de la paroi extérieure du thorax.

L'auteur a ausculté 64 nouveau-nés ; mais il ne fait reposer ses observations que sur ceux qui ont été amenés au monde par un travail parfaitement naturel ; soit 46, dont 24 garçons, 11 filles et 11 enfants dont le sexe n'a pas été mentionné. L'examen en a été fait dans les cinq minutes qui ont suivi la naissance. *Chez tous, la respiration s'est établie aussi vite, aussi pleinement, aussi universellement, à gauche qu'à droite.* Dans quatre cas, l'auscultation a eu lieu avant la ligature du cordon et quand celui-ci battait encore fortement. La respiration se faisait déjà également des deux côtés. Deux des enfants auscultés moururent promptement. On trouva à l'autopsie les deux poumons parfaitement et également aérés.

Dans quatre des expériences faites sur les cadavres d'enfants morts-nés, les poumons avaient été retirés de la cavité thoracique et placés dans l'eau, avant d'être insufflés. L'insufflation réussit aussi complétement et aussi vite à gauche qu'à droite. Même dans deux cas, l'air pénétra plus tôt dans le poumon gauche ; mais cela tenait à une circonstance accidentelle, à la présence de mucosités dans les bronches droites. Dans six ou sept expériences où les poumons furent laissés en place, le développement du parenchyme fut égal et simultané des deux côtés.

— Nous n'avons pas sous les yeux le travail auquel répond celui-ci ; nous ne pouvons donc vérifier si la question est, par l'un et par l'autre, envisagée dans les mêmes termes ; mais il était facile de prévoir à quel résultat conduiraient des expériences telles que celles dont on vient de lire la description. Il est bien clair que le léger excès de longueur de la bronche gauche sur la bronche droite ne peut amener qu'un retard presque insensible dans l'arrivée de l'air au sein des vésicules pulmonaires, au moment où cet air y est appelé par la première inspiration. S'il était possible de mesurer ce retard ou même de le constater, ce ne serait qu'à l'aide d'expériences très-délicates. Et cette disposition anatomique est à peu près la seule qui, rationnellement, puisse influer sur la marche plus ou moins rapide de la première colonne d'air qui pénètre dans les voies respiratoires ; car une différence dans le volume des tubes aériens, une différence d'énergie dans les mouvements inspiratoires des deux côtés, une différence dans la dilata-

bilité des deux poumons, un toute autre condition analogue, ne pourrait influer que sur la *quantité* d'air inhalée ou insufflée, et non sur le temps que mettrait l'air à arriver de la bouche et des narines aux vésicules. Ajoutons pour en finir sur ce point que, au point de vue de la physiologie pathologique, la question n'a aucune importance. A supposer que l'air arrive quelques secondes plus tard dans le poumon gauche que dans le droit, quelle conséquence en tirer? A l'esprit de qui peut-il venir de trouver dans une condition de ce genre une prédisposition au dépôt de tubercules pulmonaires?

On agiterait plus raisonnablement la question de savoir si le poumon gauche se pénètre d'air aussi facilement, aussi complétement, que le droit; Mais pour l'étudier avec fruit, il faudrait d'abord la soumettre à une expérimentation rigoureuse à l'aide d'instruments de précision; puis il ne faudrait pas la restreindre aux premiers instants de la vie, mais l'étendre à l'enfance, à l'adolescence, à l'âge adulte, et l'examiner en tant que condition permanente de l'organisation. L'étroitesse relative de la bronche gauche, la pression qu'y exercent les gros vaisseaux, ne sauraient jouer ici un grand rôle; car si la force d'aspiration des poumons et la capacité pulmonaire sont les mêmes des deux côtés, il n'en peut résulter qu'un excès de rapidité dans le courant d'air qui traverse la bronche étroite et comprimée. Ce serait donc sur les conditions mécaniques de l'inspiration, dans les parois thoraciques et dans les poumons, qu'il faudrait porter l'investigation. Sous ce rapport, la science offre plus d'une lacune.

Ce n'est pas tout. Les conditions de l'aspiration à droite et à gauche ne sont pas les seules dont il y ait à tenir compte, celles de l'expiration peuvent jouer aussi un rôle, peut-être même un plus grand rôle que les premières. Il n'en est pas question dans le travail de M. Trayer.

CAS DE RUPTURE DE L'ARTÈRE ILIAQUE DROITE; par M. HICKES.

Cette communication prouve, par un exemple heureusement fort rare, le rapport qui existe entre la goutte et les incrustations artérielles, ainsi que le danger qui peut résulter de ces altérations quand elles sont portées à un certain degré.

Obs. — Thomas Woodman, âgé de 62 ans, de constitution replète et pléthorique, sujet à la goutte et à la gravelle depuis plusieurs années, en avait eu une attaque six mois auparavant, lorsqu'il fit prier M. Hickes de lui vider une hydrocèle du côté droit. Le liquide étant évacué, il déclara que cela venait de le débarrasser d'une douleur dans le dos qui le tourmentait depuis longtemps. Mais six jours après il vint de nouveau se plaindre d'une douleur dans la même région, qu'on supposa se rattacher à la goutte.

Bientôt cette douleur devint excessive; elle s'accompagna de faiblesse extrême des membres inférieurs. Le mouvement de flexion de la cuisse gauche causait surtout de la douleur. La sensibilité était abolie au-dessous d'une ligne représentée par la crête iliaque. Aucune évacuation d'urine n'a lieu, et pendant les deux derniers jours, la sonde introduite sans difficulté jusque dans la vessie n'en amena pas une goutte. Pas d'appétit, soif vive, pouls insensible, peau froide. Le scrotum et les fesses sont ecchymosés.

A l'hypogastre, on reconnut une tumeur lisse, ferme, globulaire, du volume d'une boule, occupant l'exacte situation et offrant tous les caractères de la vessie distendue par l'urine.

Le lendemain, malgré un amendement notable de la douleur du dos, les autres symptômes graves allèrent en augmentant, et il succomba dans la journée.

Autopsie faite quarante-huit heures après la mort.

Décoloration générale du corps. La paroi abdominale antérieure est tout infiltrée de sang jusqu'à l'ombilic. Après avoir ouvert la cavité du bas-ventre et enlevé le feuillet péritonéal qui recouvre la paroi postérieure et le bassin, on découvrit un épanchement sanguin très-considérable. C'est cet épanchement qui, s'avançant de chaque côté jusqu'au milieu, avait formé là une tumeur simulant la vessie remplie d'urine. Dans la région lombaire gauche, l'épanchement n'était point circonscrit, et avait atteint jusqu'au rein. Dans ce lieu, le sang paraissait à nu aussitôt après qu'on avait enlevé le péritoine.

L'artère iliaque primitive droite était ossifiée à son origine; on l'ouvrit dans toute sa longueur, et l'on constata que la membrane interne avait perdu son poli. Çà et là existaient des dépôts calcaires, ou plutôt osseux. Après les avoir enlevés, on découvrit une ouverture irrégulière, du diamètre d'une pièce de 4 pence, qui portait également sur les tuniques moyenne et celluleuse.

La vessie était presque vide. Il ne fut pas permis au médecin d'examiner les reins et les uretères; mais en portant la main jusque-là, il fut aisé de reconnaître que ni ces glandes ni leurs conduits n'étaient remplis d'urine.

II. MEDICAL TIMES.

Les numéros de janvier, février, mars, avril, mai et juin 1850 contiennent les travaux originaux suivants: 1° *Rétroversion de l'utérus comme cause de stérilité*; par M. Rigby. 2° *Traitement de la péricardite aiguë, spécialement par les émissions sanguines et le mercure*; par M. Taylor. 3° *Cas de maladie de la hanche datant de six ans*; par M. Morris. 4° *Appareil pour employer les sangsues artificielles*; par M. Tweed. 5° *Considérations sur l'épidémie actuelle de choléra*; par M. Ross. 6° *Malposition congénitale des viscères*; par M. Chard. 7° *Hypertrophie du thymus ayant amené une laryngite triduleuses et causé la mort*; par M. Keal. 8° *Mort causée par l'acide oxalique; constatation de la présence de cette substance dans le cœur; petite portion d'acide libre dans les matières que l'estomac contenait.* 9° *Traitement de la perforation de la membrane du tympan, par une opération*; par M. Harvey. 10° *De l'usage du chloroforme*; par M. Rigby. 11° *Vésicules et torules dans l'urine*; par M. Spemer Thomson. 12° *Cas d'abcès supposé de la rate se vidant à travers les parois abdominales et les bronches*; par M. Pincott. 13° *Valeur respective du jus de limon, de l'acide citrique et du nitrate de potasse dans le traitement du scorbut*; par M. Bryson. 14° *Observations pratiques*; par M. Stoha. 15° *De la manie puerpérale, de sa nature et de son traitement*; par M. Lightfoot. 16° *Théories fongoïdes et animalculaires des maladies épidémiques*; par M. Ayres. 17° *Cas d'intussusception; quatre pieds et demi d'intestin expulsés par l'anus*; par M. Sheldon. 18° *Du chloroforme dans les affections névralgiques*; par M. Barron. 19° *Pathologie dentaire*; par M. Stokes. 20° *Traitement des strictures de l'urètre par l'incision du périnée*; par M. Henry Smith. 21° *Remarques sur l'homœopathie*; par M. Wiks. 22° *De l'extase ou hybernation humaine*; par M. J. Braid. 23° *De quelques cas de cancer de la peau*; par M. Partridge. 24° *Sur l'entropion*; par M. Walton. 25° *Cas d'empoisonnement par des bonbons coloriés*; par M. Letheby. 26° *Cas d'implantation du placenta sur le col*; par M. Waller. 27° *Cas d'ulcère perforant de l'estomac, avec remarques*; par M. Ward. 28° *Observations pratiques*; par M. Edw. Amyot. 29° *Quelques considérations pratiques sur la maladie appelée fièvre puerpérale*; par M. Lightfoot. 30° *Sur l'huile de foie de morue*; par M. Chalk. 31° *Sur le phosphate d'ammoniaque et son emploi dans la goutte et le rhumatisme*; par M. S. Edwards.

TRAITEMENT DE LA PERFORATION DE LA MEMBRANE DU TYMPAN PAR UNE OPÉRATION; par M. HARVEY.

On sait que perforer la membrane tympanique est, dans quelques cas déterminés, une ressource que la chirurgie emploie avec avantage pour rétablir l'audition abolie. Le succès obtenu par M. Harvey est plus étonnant, quoique appartenant par une certaine analogie au même ordre de phénomènes. Le moyen qu'il propose consiste à *détruire* entièrement la membrane chez ceux qui sont sourds, parce qu'elle a été accidentellement perforée. Lui-même ne parvient pas à se rendre compte de la manière dont cette opération a rétabli l'ouïe: « Car, dit-il, il est bien plus aisé de comprendre comment une perforation de la membrane rend sourd que de s'expliquer pourquoi l'ablation de ce qui en restait a pu guérir la surdité dépendant de sa perforation. » Quoi qu'il en soit, voici le fait tel qu'il a été observé.

Obs. — Au printemps de 1848, M. Harvey fut consulté par une femme de 35 ans, devenue sourde depuis l'âge de 15 ans, à la suite de la scarlatine; elle avait eu une otorrhée qui persista pendant nombre d'années, et pour laquelle elle reçut les soins de beaucoup de médecins. Quand elle soufflait en fermant le nez et la bouche, l'air sortait par l'oreille externe: en l'examinant, on trouvait, en effet, que la membrane du tympan de chaque côté était le siége d'une petite perforation, par où suintait un écoulement muqueso-purulent. La membrane du conduit auditif externe était dans un état d'inflammation chronique et d'épaississement; elle entendait le bruit d'une montre placée très-près de l'oreille, mais était assez sourde pour ne pouvoir gagner sa vie.

Tout ayant été bien considéré, M. Harvey jugeant que les parties de l'oreille moyenne et interne étaient saines, se décida à enlever le reste de la membrane. Il commença par l'oreille droite, la plus malade, passa un couteau à diviser l'iris dans la perforation existant actuellement, et fendit la membrane dans un sens, puis dans l'autre jusqu'à son insertion à l'os, de manière à la convertir en deux ou trois lambeaux flottants. Il n'y eut que peu de saignement; mais une inflammation érysipélateuse vint compliquer les suites de cette petite opération.

L'écoulement alla en diminuant graduellement, et en même temps l'ouïe se rétablit peu à peu. Inhabile auparavant à percevoir le bruit d'une montre quand elle était à quelques pouces de distance, elle devint bientôt en état de l'entendre à plusieurs pieds; elle put prendre part à la conversation presque aussi bien que si elle n'eût jamais été sourde. — On examina le méat auditif de temps en temps à l'aide du spéculum, et l'on constata que la membrane disparaissait graduellement, jusqu'à ce que, en dernier lieu, on n'en put apercevoir de vestiges. — Il fallut, après l'opération, épargner à la patiente les bruits trop forts, qui fatiguaient le nerf auditif.

Satisfait de ce premier succès, M. Harvey répéta la même opération sur l'oreille gauche. Le résultat en fut favorable, quoique moins décidé que la première fois. Elle est maintenant débarrassée de l'écoulement qui la fatiguait, peut jouir de la conversation comme une autre personne, et remplit son état de gouvernante.

Il y a aujourd'hui près de trois ans que ces opérations ont été pratiquées. M. Harvey dit avoir constaté tout récemment que l'ouïe de cette dame est restée aussi bonne depuis lors qu'à l'issue du traitement. L'écoulement otorrhéique n'est pas non plus revenu.

DE L'EMPLOI DU CHLOROFORME, par le docteur EDWARD RIGBY.

M. Rigby a pour habitude d'employer, soit l'éther, soit le chloroforme, à des doses inférieures à celles qui sont généralement indiquées, de manière à ce qu'une légère diminution de la quantité de vapeur anasthésique, ou une courte suspension du moyen, puisse ramener promptement la sensibilité, et que le sujet, pendant la durée de l'application, ne perde pas complétement la conscience de lui-même. Alors, ajoute-t-il, le patient, quoique insensible à la douleur, est attentif à tout ce qui se passe autour de lui.

Ce mode d'emploi que, nous le répétons, l'auteur applique à toutes les opérations chirurgicales, il l'étend également à la parturition. Au lieu d'un drachme (4 gros) ou plus à la fois, quelques gouttes lui suffisent pour rendre les malades insensibles à la douleur, sans leur faire perdre entièrement connaissance. Il ne se sert pas pour cela d'appareil particulier, mais seulement d'un morceau d'éponge de deux pouces et demi de longueur sur deux de largeur, lequel est placé sous la lèvre supérieure, en ayant soin de fermer les narines. L'éponge n'est pas, à proprement parler, imbibée de chloroforme, elle n'en reçoit que dix à quinze gouttes. On est d'abord obligé de la *recharger* passablement souvent (*pretty frequently*); mais, au bout de peu de temps, il s'établit un état de calme profond, que les malades trouvent très-agréable. Quoique très-disposées au sommeil, elles mêlent leurs remarques à la conversation, signalent les contractions au moment où elles surviennent, et s'étonnent de pouvoir les reconnaître tout en n'éprouvant pas une sensation positivement douloureuse.

C'est pendant la dernière période de l'accouchement que l'auteur a vu le chloroforme ralentir les contractions expulsives, en d'autres termes, augmenter les intervalles qui les séparaient. Et il explique cela en rappelant qu'à cette période, la distension du vagin, la pression de la tête sur le périnée, sont l'occasion de contractions qui ne dépendent plus de l'utérus, et restent, jusqu'à un certain point, soumises à la volonté. En agissant sur les muscles volontaires, le chloroforme diminue ou fait disparaître cette espèce de douleur, et amène ainsi un grand calme.

— L'auteur a raison d'appeler, dans les dernières lignes de son travail, l'attention sur la différence qu'on observe dans les effets des anesthésiques suivant les individus; car nous sommes bien convaincu que plus d'un sujet soumis à l'anesthésie incomplète décrite tout à l'heure entrerait dans une agitation fâcheuse et plus redoutable que les sensations douloureuses qu'on lui aurait épargnées. Il est d'observation que souvent le calme n'est obtenu qu'au prix d'une anesthésie portée très-loin, et que le premier effet du chloroforme, comme de l'éther, peut être un état tout à fait opposé à la somnolence. D'un autre côté, n'y a-t-il pas inconvénient, soit pour le présent, soit pour l'avenir, à stupéfier profondément le système nerveux chez une femme qui souvent a besoin du concours de toutes les forces expulsives pour achever le travail, et dont l'état de débilité pourrait ultérieurement avoir de graves inconvénients en cas d'hémorrhagie? La distinction établie par l'auteur entre les contractions utérines et les contractions synergiques des muscles abdominaux est fondée; mais, d'une part, il n'est pas sûr que l'anesthésie, si on était forcé, sous peine d'agitation, de la porter un peu loin, ne puisse engourdir même les contractions de la matrice. Et, d'autre part, les contractions synergiques sont loin d'être inutiles, et il est bon, ordinairement, de les respecter. Somme toute, nous croyons que l'application des méthodes anesthésiques à l'opération de l'accouchement sera toujours bornée, et ne peut être justifiée que par cet état d'éréthisme dans lequel la matrice s'épuise en contractions incessantes et peu efficaces. Une détente momentanée du système nerveux, outre qu'elle procure aux malades un repos salutaire, peut être suivie de douleurs moins répétées et plus franchement expulsives, mais ce n'est là qu'une exception.

DU CHLOROFORME DANS LES AFFECTIONS NÉVRALGIQUES, par le docteur BARRON.

L'emploi externe des anasthésiques contre les affections douloureuses s'est fort étendu dans ces derniers temps, et l'observation qui fait la base du court travail de M. Barron n'ajoutera pas beaucoup aux résultats connus de ce mode de traitement. Néanmoins, comme le fait remonte à une époque où l'expérience sur ce point était beaucoup moins avancée qu'aujourd'hui, et qu'il offre un exemple de succès vraiment remarquable, nous le rapporterons en quelques mots.

OBS. — Une jeune femme, d'un tempérament lymphatique et nerveux, souffrait d'une névralgie faciale. Quelques jours après, M. Barron fût appelé. La douleur, déchirante, suivait le trajet des branches temporales et faciales du nerf de la septième paire du côté droit. Elle était quelquefois intermittente, mais le plus souvent continue. Comme on la supposait due à un état d'atonie générale, on la traita d'abord par les préparations ferrugineuses, auxquels fut adjoint le citrate de quinine. Il n'en résulta aucune amélioration. C'est alors (on ne dit pas au bout de combien de jours) que l'auteur se détermina à essayer du chloroforme en application topique, en prenant la précaution de protéger la bouche et les narines contre les émanations de la liqueur. Celle-ci fût simplement versée à la dose d'une trentaine de gouttes sur un linge fin, qu'on appliqua aussitôt sur la partie douloureuse. Le soulagement fut presque instantané. La malade éprouva seulement une sensation de brûlure, qui disparut rapidement. Depuis ce moment, il n'y a pas eu le plus léger ressentiment de la névralgie. On eut soin de continuer encore pendant quelque temps l'usage du traitement tonique.

CAS D'ULCÈRE PERFORANT DE L'ESTOMAC, par le docteur OGIER WARD.

La narration détaillée du cas observé par M. Ward n'ajouterait pas beaucoup à ce qu'ont appris déjà les observations publiées sur le même sujet par Abercrombie, MM. Cruveilher, Graves (de Dublin) et autres. Nous nous contentons de signaler dans ce fait une circonstance particulière, qui est aussi la seule que l'auteur ait cru devoir relever; c'est la rapidité avec laquelle, selon lui, l'inflammation du péritoine aurait suivi l'épanchement des matières stomacales et se serait étendue à la plèvre. Le sujet qui était sujet à de très-vives douleurs gastriques, avait pris de l'huile de ricin le matin à huit heures. Plus tard, il prit un peu d'eau de gruau, dont il continua à boire de petits coups par intervalles. A deux heures après midi, il devint plus mal, se plaignit de faiblesse du côté droit, se fit aider pour monter à sa chambre, se mit au lit et vomit immédiatement quelques mucosités et une partie de l'eau de gruau. On alla chercher M. Ward, qui arriva pour assister à un second vomissement suivi de mort au bout de quelques minutes. L'auteur ne précise pas l'heure du décès. A l'autopsie, on constata une perforation de la paroi antérieure de l'estomac, à deux pouces environ de l'œsophage. Cette perforation d'un tiers de pouce de diamètre s'était faite au fond d'un ulcère à bords taillés à pic. Le péritoine et les intestins étaient unis au côté gauche de l'estomac par une lymphe opaque de formation évidemment toute récente. Les poumons étaient sains, mais unis à la plèvre par de vieilles adhérences. Le côté gauche contenait en outre une lymphe semblable à celle du péritoine et au-dessous de laquelle la séreuse était couverte de points ecchymotiques. Une once et demie de sérosité tenant aussi en suspension des flocons de lymphe, existait dans le péricarde.

Nous avouons n'être pas bien convaincu que la sécrétion muqueuso-purulente constatée dans le péritoine, et surtout celle qui a été notée dans la plèvre gauche et le péricarde, n'aient pas commencé un certain temps avant la mort. Le péritoine a pu s'enflammer quand l'ulcère stomacal s'est rapproché de lui et avant que la perforation ait eu lieu; et ce travail phlegmasique a pu s'étendre à la plèvre voisine et au péricarde, comme on voit quelquefois, en sens inverse, la pleurésie chronique amener une sécrétion séro-purulente, et provoquer ses adhérences, dans la portion correspondante du péritoine.

A. DECHAMBRE et P. DIDAY.

(*La suite au prochain numéro.*)

TRAVAUX ACADÉMIQUES.

ACADÉMIE DES SCIENCES.

SÉANCE DU 10 FÉVRIER.

RAPPORTS DE LA FIBRINE ET DE L'ALBUMINE.

M. le docteur CORNE communique une note intitulée: DE LA FIBRINE DANS L'ALBUMINE ET DE SES LIAISONS AVEC L'ALBUMINURIE.

Deux nouvelles données, dit l'auteur, ont été ajoutées depuis peu aux lois

hématologiques connues : 1° l'élévation de la température élève la proportion de la fibrine dans le sang; 2° l'agitation du sang diminue cette proportion. Ces données ont été établies par M. Marchal (de Calvi) dans deux notes communiquées à l'Académie des sciences en 1849 et 1850. J'ai entrepris, de mon côté, sur la seconde de ces lois, la diminution de la fibrine par l'agitation, une série d'expériences, toutes confirmatives à l'exception d'une seule. C'est de cette expérience exceptionnelle que je vais parler.

Il s'agissait d'un albuminurique à l'état aigu, saigné dans les premiers jours de la maladie et guéri dans l'espace de six semaines. Le sang de la saignée fut reçu dans deux vases, les premier et troisième quarts ensemble : des deux moitiés du sang, l'une fut laissée au repos, l'autre fut agitée pendant dix minutes. Les deux moitiés du sang ont donné également pour chiffre de la fibrine 1,8 sur 1000.

Ainsi, 1° la proportion de la fibrine dans les deux sangs était au-dessous de la moyenne ;

2° Au lieu d'une différence dans la proportion de fibrine, au détriment du sang agité, comme dans toutes les autres expériences, la proportion était la même pour les deux sangs.

La première de ces propositions expliquerait, suivant l'auteur, la diminution de la fibrine dans l'albuminurie par la diminution de l'albumine; résultat qui viendrait à l'appui de la présomption formulée par MM. Becquerel et Rodier, d'après laquelle la fibrine ne serait autre chose qu'une transformation de l'albumine. Cette moindre proportion de l'élément spontanément coagulable ne serait pas une preuve contre la nature supposée inflammatoire de la maladie.

La seconde proposition lui paraît de nature à jeter quelque jour sur le mode de transformation de la fibrine en albumine, et réciproquement. Il se demande si l'on ne pourrait pas expliquer l'exception qu'implique cette proposition, en admettant que l'agitation diminuerait généralement la fibrine en faisant rentrer dans l'albumine la proportion de fibrine qui s'en est séparée en dernier lieu, et qui existe pour ainsi dire à l'état intermédiaire.

D'après cette vue, l'albumine existerait dans le sang sous trois états : 1° à l'état d'albumine proprement dit; 2° à l'état intermédiaire ou fibroïde; 3° enfin à l'état de fibrine.

Ne pourrait-on pas admettre, ajoute l'auteur, que puisque l'agitation n'a rien fait perdre à la fibrine, cela tient à ce que la partie qu'elle fait rentrer dans l'albumine est aussi la même partie — d'état intermédiaire ou transitoire — qui est susceptible de reprendre l'état d'albumine, comme dans ce cas, sous l'influence d'une réduction de cette dernière?

La réduction de la fibrine, par suite de la réduction de l'albumine, concourrait à expliquer l'atrophie musculaire dans l'albuminurie.

RELATION ENTRE LE POUVOIR TOXIQUE ET LE POUVOIR ANTIPUTRIDE DE LA NICOTINE.

M. ED. ROBIN adresse sous ce titre la note suivante :

Par mes notes précédentes, dit l'auteur, j'ai cherché à faire voir qu'il existe une classe nombreuse de poisons dans lesquels le pouvoir antiputride, c'est-à-dire le pouvoir de s'opposer à la combustion lente des matières organisées, dès lors à la respiration, est parfaitement en rapport avec le pouvoir toxique qu'ils exercent sur les animaux et même sur les végétaux ; l'expérience suivante tend à montrer que la nicotine appartient à cette classe.

Cet alcali, dont le pouvoir toxique ne saurait être comparé qu'à celui de l'acide cyanhydrique, possède aussi un pouvoir antiputride qui n'est comparable qu'à celui de cet acide : dès l'instant où la vapeur que la nicotine répand aux températures ordinaires, dans un vase fermé, est en contact avec les matières animales, l'action de l'oxygène sur elles est complètement paralysée ; elles restent indéfiniment à l'état où les a trouvées la vapeur de l'alcali, leur couleur seulement est un peu changée; elle acquiert une nuance rouge plus vive.

La lettre de M. Robin est accompagnée d'un petit flacon contenant un morceau de chair conservé par ce procédé depuis quatre mois.

DE L'ALTÉRATION DE L'OUÏE DANS SES RAPPORTS AVEC LA PARALYSIE DU NERF FACIAL.

M. DELEAU, à l'occasion du mémoire de M. Landouzy, intitulé : DE L'EXALTATION DE L'OUÏE DANS LA PARALYSIE DU NERF FACIAL, vient rappeler l'écrit qu'il a lu à l'Académie en 1837, intitulé : DES EFFETS PATHOLOGIQUES DE QUELQUES LÉSIONS DE L'OREILLE MOYENNE SUR LES MUSCLES DE L'EXPRESSION FACIALE, SUR L'ORGANE DE LA VUE ET SUR L'ENCÉPHALE.

La lettre de M. Deleau a pour objet d'établir sa priorité dans la connaissance des rapports pathologiques de l'oreille moyenne avec la paralysie de la face.

Pour être dans le vrai, dit M. Deleau, il faut complétement changer le titre du mémoire de M. Landouzy, et dire : *De quelques otites internes latentes qui occasionnent la paralysie du nerf facial*. De ce titre il résulte que le symptôme est vraiment la maladie essentielle ; c'est ce que M. Deleau dit avoir prouvé dans le mémoire d'où il extrait quelques passages.

— M. le docteur GONDRET adresse un mémoire dont l'objet est le développement de la proposition suivante :

Le vide ou ventouse dissipe : 1° le frisson initial des fièvres intermittentes ; 2° les légers frissons et la chaleur qui se remarquent dans les fièvres rémittentes; 3° le frisson et les autres phénomènes concomitants des affections que l'on rapporte à la pléthore, à l'inflammation, à l'hémorrhagie et au rhumatisme aigu.

— M. VALETTE, chirurgien de l'Hôtel-Dieu de Lyon, envoie un mémoire sur la cure radicale de la hernie inguinale.

Ce mémoire est consacré au développement du procédé qu'il a fait connaître dans une précédente communication, et dont il a été rendu compte dans nos colonnes.

ADDITION A LA SÉANCE DU 27 JANVIER.

RÉSUMÉ DES LEÇONS SUR L'EMBRYOGÉNIE ANTHROPOLOGIQUE ; par M. SERRES.

« 1. Je vais essayer de résumer, dans une série de propositions, les faits principaux dont j'ai exposé les préparations et donné les développements dans le cours de 1850. Ces propositions sont uniquement relatives à la partie de l'embryogénie comparée du cours.

» 2. L'homme ne forme ni une espèce ni un genre comparables aux *Primates*. L'homme à lui seul constitue un règne à part, le *règne humain*. Son explication est le but définitif de l'école embryologique, de ses faits, de ses lois et de ses doctrines.

3. Les deux radicaux de la génération sont le zoosperme et l'œuf.

4. De l'unité de composition et de structure du zoosperme dans la série animale et le règne humain.

5. De l'unité primitive de composition et de structure de l'œuf dans le règne humain et la série animale.

6. De la diversité de développement des parties de l'œuf dans les deux embranchements du règne animal.

7. L'embryon se substitue à l'œuf chez l'homme et chez les vertébrés. Chez les invertébrés, l'œuf se transforme en embryon.

8. Les divisions et subdivisions de l'œuf sont centripètes et symétriques, soit dans la vésicule prolifère, soit dans la vésicule vitelline.

9. Dans cette dernière, la masse du jaune se divise d'abord en deux moitiés symétriques; puis, chacune de ces moitiés se divisant à son tour, la sphère vitelline est partagée en quatre segments, puis en huit, puis en seize, puis en trente-deux, etc., jusqu'à ce que la masse vitelline entier soit transformée en petits jaunes microscopiques entourés chacun par une pellicule membraneuse. Cette transformation s'opère constamment de la circonférence au centre. (Loi centripète.)

10. De plus, à l'époque où la masse est transformée en petits jaunes, il y en a quelques-uns dont la pellicule externe se couvre de cils. Au bas de l'échelle animale, ces petits jaunes fractionnés se transforment soit en organes, soit en embryons nouveaux, qui deviennent libres. Parmi les infusoires, ceux que j'ai nommés *vitellozoaires*, sont particulièrement dans ce cas.

11. Ce mode de reproduction peut éclairer la génération alternante observée chez les ascidies composées ; mode de reproduction dont on trouve une répétition en organogénie, dans la transformation des corps de Wolff. (Génération alternante.)

12. Ces derniers corps constituent les organes reproducteurs des invertébrés. Leur évolution symétrique forme les sexes séparés; leur évolution alterne forme les sexes réunis. (Hermaphroditisme.)

13. Chez les vertébrés, la formation des organes reproducteurs s'opère par une scissure des corps de Wolff. Leur évolution est toujours symétrique; de là la séparation constante des sexes.

14. L'évolution première de l'embryon consiste dans la division médiane du disque prolifère. Cette division par scissure donne naissance à la ligne primitive. Par une seconde évolution, chaque moitié du disque se transforme en sac germinateur. (Génération par scissure.)

15. Il y a ainsi deux sacs germinateurs; l'un droit, l'autre gauche, renfermant chacun par moitié les éléments des organes. (Loi de dualité ou de symétrie.)

16. Ces sacs se détachent par scissure de la portion de la lame séreuse qui forme l'aire transparente. L'isolement de l'embryon est le résultat de cette séparation. (Génération par scissure.)

17. Des trois lames de la membrane blastodermique, la muqueuse produit le canal intestinal, la séreuse donne naissance aux organes de relation et à l'amnios ; la vasculeuse produit le cœur, les artères et les veines. A une certaine époque, cette dernière environne tout l'embryon par ses radiations.

18. De même que l'embryon s'enfonce dans l'amnios, et s'enveloppe de cette membrane, de même les organes s'enveloppent de leurs séreuses propres. Il y a unité de composition de ces membranes et unité de procédé d'enveloppement. (Homoozygie organique.)

19. Tout, dans l'organisme animal, se simplifie et se généralise, depuis l'abandon du système des préexistences organiques, et son remplacement par la théorie si lumineuse de l'épigénèse. La cellulogénie de Swann ouvre à l'*organoplastie* un champ tout nouveau à parcourir.

20. La composition de la cellule paraît analogue à la composition primitive de l'œuf. L'un et l'autre sont constitués par une sphère renfermant deux sphéroïdes. Ces deux sphéroïdes sont, pour l'œuf, la vésicule prolifère et la vésicule vitelline, et, pour la cellule, le *nucleus* et le *nucleolus*.

21. L'œuf est une cellule spéciale formée par un organe particulier du corps, et destinée, par des transformations nombreuses, à produire un nouvel individu.

22. La cellule est un ovule formé dans tout l'organisme, dont le but paraît être l'accroissement des parties, et peut-être un des éléments principaux des sécrétions. Les ostéoplastes sont des cellules du système osseux. Le globule saugnin est la cellule du sang. (Génération interstitielle.)

23. L'ovule ou la cellule ovarique se détache périodiquement de l'ovaire, et

produit les règles mensuelles chez la femme. La cellule spermatique se détache des canaux séminigènes et se transforme en zoosperme.

24. Le mouvement vital est ainsi représenté par un tourbillon de cellules qui naissent, se développent, s'usent, meurent et se dissipent par les divers émonctoires des animaux. Unité de vie, unité de mort. (Vie et mort des appareils organiques.)

25. La formation des œufs et des cellules est analogue. Un appareil d'incubation existe chez beaucoup d'animaux pour favoriser la maturité de l'œuf et celle du zoosperme. La vessie natatoire des poissons, les réservoirs aériens abdominaux des oiseaux, le sac qui termine le poumon de plusieurs reptiles appartiennent à cet appareil.

26. La dualité de l'ovaire et du testicule est un fait presque général dans la série animale Chez les Insectes, les arachnides, les crustacés, les poissons et les oiseaux chez lesquels le testicule paraît unique, un raphé médian et un double canal déférent indiquent leur duplicité primitive. Il en est de même de l'ovaire impair de la Scolopendre, du *Cobitis barbatula*, de l'Écrevisse, du *Blennius viviparus*, des Petromyzons, des Syrènes, etc.

27. Chez les oiseaux, deux ovaires existent constamment jusqu'à la naissance. A cette époque, un des ovaires se flétrit, s'atrophie et disparaît. Cette dégradation et la disparition définitive de l'organe s'opèrent sous l'influence du système sanguin. (Vie et mort des appareils transitoires.)

28. Dans toute la série animale, l'embryon est un composé d'organes, et les organes sont le produit du concours homœozygique, d'une part, des trois lames *muqueuse*, *séreuse* et *vasculeuse*, et, d'autre part, des feuillets analogues dont se compose l'embryon naissant.

29. Deux feuillets muqueux représentent d'abord les premiers rudiments de l'intestin, puis ces feuillets se rapprochent, et, arrivés au point de contact, ils s'unissent par engrenure. Après cette réunion, l'intestin constitue un tube cylindrique fermé à ses deux extrémités. Plus tard, une scissure à l'extrémité antérieure forme la bouche, une autre à l'extrémité inférieure forme l'anus.

30. Chez les infusoires, le canal intestinal est formé par des cellules uniques ou multiples, fractionnées ou réunies. Ce mode de formation se remarque chez la Monade vorticelle, la Monade enchelis, le *Volvox globator*, le Protée difflent, le Cercaire agité, le Cercaire bourse, le Cercaire vermiculaire, etc., etc. Chez ces derniers, on voit avec évidence que les infusoires sont des embryons, et que leurs espèces ne sont que des temps divers de formations embryonnaires.

31. Chez les vertébrés, le poumon naît du pharynx et descend dans le thorax. Les branchies des poissons ont la même origine. Chez le têtard des batriciens, les branchies se flétrissent à mesure que le poumon se développe. Le protée et la cécilie sont, sous ce rapport, des têtards permanents. (Pharyngogénie.)

32. En tératologie, l'absence du pharynx entraîne nécessairement l'absence du poumon. La dualité du pharynx coïncide toujours avec deux paires de poumons. (Tératogénie.)

33. Primitivement chez les vertébrés, le foie est une éversion de l'intestin. C'est un cœcum sans granulations: plus tard, les granulations hépatiques entourent et obstruent ce cœcum chez les vertébrés.

Chez les invertébrés (annélides, insectes, crustacés décapodes) le foie reste à son premier état de cœcums intestinaux. Chez les mollusques inférieurs (éolides, phylliroés, calliopés, etc.) les granulations hépatiques se montrent et répètent en permanence l'hépatogénie embryonaire des vertébrés.

34. L'appareil branchial manque chez l'embryon de l'homme, des mammifères et des oiseaux.

35. Cet appareil se trouve chez l'homme dans la cavité de la membrane ovoutérine (membrane caduque).

36. Vous avez sous les yeux le premier exemple que l'on ait trouvé de l'allantoïde chez l'homme. En la rapprochant de celle des embryons des mammifères et des oiseaux qui sont à côté, vous voyez que la similitude est complète.

37. Chez l'embryon du poulet, cette enveloppe est la suite du conduit qui descend des corps de Wolff.

A mesure que l'allantoïde se développe, la vésicule ombilicale s'atrophie. Le balancement de croissance et de décroissance est le même que celui des branchies et des poumons des batraciens (balancement des appareils organiques).

38. La lame vasculeuse est l'appareil de la circulation primitive. Elle forme une vésicule érythroïde qui environne l'embryon et constitue pour lui un amnios transitoire. Ce fait sert de base à la *Théorie des substitutions organiques* dont nous avons montré de si nombreuses applications.

39. Les animaux invertébrés sont des embryons permanents des vertébrés. Ils se perfectionnent principalement par additions des tissus, tandis que les derniers se perfectionnent de classe en classe par additions d'organes.

40. La formation des invertébrés est soumise aux mêmes règles que celle des vertébrés.

41. L'addition et la substitution des parties est le procédé de perfectionnement des vertébrés et des invertébrés.

42. L'association des animaux, en zoologie, est la répétition de l'association des organites en organogénie.

43. Les zoonites ou les animaux élémentaires, peuvent être libres ou associés à peu près comme les organites ou les organes élémentaires sont associés ou désassociés dans les phénomènes d'organogénie; d'où il suit qu'en zoogénie, de même qu'en organogénie, les formes diverses dérivent du mode d'association des éléments. Nous en avons vu des exemples dans la formation des polypes, des échinodermes, dans les larves des insectes, ainsi que chez les embryons des crustacés.

44. La vésicule amniotique est produite par le soulèvement des lames séreuses qui forment l'aire transparente. Elle se détache par scissure, d'une part des sacs germinateurs, et de l'autre du limbe de l'aire opaque. (Génération par scissure.)

45. Par ce soulèvement, l'embryon se replie sur lui-même, et le mécanisme de son développement par l'amnios a pour effet de concentrer les vaisseaux et le pédicule de la vésicule ombilicale sur le milieu de l'abdomen. Le cordon ombilical est le résultat de cette concentration. (Omphalogénie.)

46. La position de l'ombilic, son degré d'ascension ou d'abaissement est un des signes physiognomoniques les plus importants pour la classification du règne humain. (Anthropoclassie.)

47. L'abaissement ou l'élévation du foie dans les diverses races humaines est la cause de cette variation de position de l'ombilic. La cause physique de ce balancement réside dans la direction opposée de la veine et des artères ombilicales de l'embryon.

48. Telles sont les vues principales d'embryogénie anthropologique qui nous ont dirigé dans la distinction des coupes que nous avons établies dans le règne humain.

ACADÉMIE DE MÉDECINE.

SÉANCE DU 11 FÉVRIER. — PRÉSIDENCE DE M. ORFILA.

Le procès-verbal de la dernière séance est lu et adopté.

La correspondance officielle comprend :

1° Une lettre du ministre de l'instruction publique qui adresse ampliation de l'arrêté ministériel approuvant la modification proposée par l'Académie à l'article 81 de son règlement relatif aux élections.

2° Une lettre du ministre du commerce renfermant un mémoire de M. le docteur Moulon, médecin français établi à Trieste, sur les dispositions prises par le conseil général de santé maritime de Gênes contre la fièvre jaune. (Commiss., MM. Ferrus et Mélier.)

3° Quatre autres lettres du même ministre, relatives aux eaux minérales et aux remèdes secrets.

M. Renou (de Compiègne) communique une observation d'introversion complète de l'utérus à la suite d'un accouchement, réduction spontanée six mois après l'accident.

M. H. Larrey soumet au jugement de l'Académie une réclamation de priorité que M. le docteur Meynier (d'Ornans) l'a prié d'exposer au sujet de la ténotomie appliquée à la réduction des fractures.

Dans une note lue récemment par M. Londe, de la part de M. Lesauvage (de Caen), la priorité de cette opération est contestée aux chirurgiens anglais et revendiquée pour les chirurgiens français; mais l'auteur de cette note semble avoir méconnu à qui elle appartient de droit. L'objet de la lettre de M. Larrey est de rappeler que la première application de la ténotomie au traitement des fractures est due en réalité à M. Meynier (d'Ornans), ce qu'il établit par des textes empruntés à divers recueils et traités sur la matière.

M. Duchenne (de Boulogne) présente à l'Académie un nouveau travail intitulé : Recherches électro-physiologiques et pathologiques sur les interosseux palmaires et dorsaux de la main, les abducteurs du pouce et du petit doigt et sur les extenseurs des doigts.

L'objet principal de ce mémoire est de faire connaître les fonctions des muscles intercostaux que l'on ne considérait jusqu'ici que comme des adducteurs et abducteurs des doigts et qui, d'après les expériences de l'auteur, auraient en outre pour effet de produire l'extension des deux dernières phalanges des doigts et de la seconde phalange du pouce. (Nous publierons ce travail *in extenso*.)

M. Deleau adresse une note sur la paralysie du nerf facial dans ses rapports avec les lésions de l'ouïe. (Comm., MM. Roux et Berard.)

M. Marchant, médecin adjoint à l'École d'Alfort, adresse, pour prendre date, des propositions relatives à l'emploi du tartre stibié dans le croup.

M. Chrestien (de Montpellier) adresse une observation d'abcès phlegmoneux profond de la région temporale, recueillie par un élève en médecine, et qu'il croit être un cas de rhumatisme articulaire, terminé par suppuration. (Com., MM. Martin-Solon et Michel-Lévy.)

M. Barthélemy (de Saint-Ouen) adresse une réclamation de priorité relative aux appareils en caoutchouc vulcanisé. (Commiss., MM. Thillaye, Poisenille et Danyau.)

M. Deroy (de Beton-Bazoches) adresse un travail sur les vaccinations pratiquées depuis quinze ans, dans sept communes de l'arrondissement de Provins, avec l'observation d'une épidémie de variole qui a régné dans deux cantons du même arrondissement. (Comm. de vaccine.)

GOITRE ET CRÉTINISME.

M. le secrétaire perpétuel donne lecture d'une lettre de M. le docteur Grange, sur le goître et le crétinisme.

J'ai étudié, dit l'auteur, la question du goître et du crétinisme au point de vue de la géographie, et j'ai fait, au moyen de statistiques exactes et comparées, la carte géographique du goître en France. J'ai fait de la même manière celle de la Savoie, d'une partie du Piémont et des principaux cantons de la Suisse. J'ai reconnu que cette distribution géographique était entièrement indépendante des phénomènes météorologiques ou climatériques des terrains.

Les deux résultats les plus importants de ces recherches au point de vue de l'étiologie, sont les suivants :

1° Le goître et le crétinisme ne sont dus ni à une circonstance météorologique ni à une circonstance hygiénique spéciale, ni à la réunion de plusieurs de ces causes, qui ne peuvent jouer qu'un rôle secondaire.

2° Le goître et le crétinisme sont endémiques sur les terrains magnétiques. On trouve quelques goîtres sur la molasse marine; cette affection augmente sur le lias, elle est générale sur les terrains du trias, marnes irisées, etc., elle diminue sur les terrains houillers et disparaît sur les formations granitoïdes. Son intensité maximum s'observe toujours au-dessous des grandes formations dolomitiques. Ces affections suivent, sur un assez grand espace, les terrains d'alluvion qui proviennent des pays où le goître est endémique.

— M. Gaultier de Claubry lit un rapport sur un travail de M. Lecadre, médecin des épidémies pour l'arrondissement de Rouen, sur la constitution météorologique et médicale du semestre d'été de 1850. — M. le rapporteur propose de renvoyer cette communication à la commission permanente des épidémies et d'adresser des remerciments à l'auteur. (Adopté.)

L'ordre du jour appelle la discussion sur le goître et le crétinisme.

La parole est à M. Baillarger.

GOITRE ET CRÉTINISME.

M. Baillarger commence par faire remarquer qu'on a jusqu'à présent beaucoup plus étudié les causes générales du crétinisme que le crétinisme lui-même, et que les observations particulières pouvant servir à éclairer la partie pathologique sont encore peu nombreuses. Il examine ensuite la question suivante : le crétinisme est-il une maladie? Faut-il, au contraire, regarder les crétins comme des êtres imparfaits, que rien ne saurait changer complétement, et les assimiler aux idiots? Pour résoudre cette question, M. Baillarger passe successivement en revue les principales différences qu'on a signalées entre l'idiotie et le crétinisme.

La première qui se présente est l'endémicité, mais l'idiotie aussi est quelquefois endémique dans les mêmes localités et évidemment par suite des mêmes influences que le crétinisme. Ce qu'il y a de remarquable, c'est que l'idiotie devient endémique dans les lieux que le crétinisme abandonne. Ainsi, à Sainte-Marie-aux-Mines, il y avait encore récemment 111 idiots ou idiotes et 60 crétins ou crétines. Autrefois le nombre des crétins était plus grand, l'idiotie, au contraire, moins développée. Les crétins ont été remplacés par des idiots. Cette espèce de transformation du crétinisme en idiotie a aussi été observée dans le département de la Meurthe. Enfin il n'est pas rare de voir l'idiotie et le crétinisme sévir dans la même famille.

Les différences relatives à la dégradation physique, plus grande chez les crétins que chez les idiots, à l'ensemble des caractères désignés par M. Ferrus, sous le nom de cachexie crétineuse, enfin à la présence du goître, sont ensuite examinées par M. Baillarger.

Les deux premières peuvent s'expliquer par les lois de l'hérédité. Le crétinisme, en effet, dans les pays où il sévit, n'est, comme l'a si bien démontré M. Marchand, qu'une exagération, et pour ainsi dire le dernier degré de la dégradation qu'on remarque dans la population elle-même. Cette différence n'est d'ailleurs très-réelle qu'entre les idiots et les crétins complets. Or ces derniers sont de beaucoup les moins nombreux, et ils se trouvent à peine dans la proportion d'un cinquième. Les crétineux et les semi-crétins diffèrent beaucoup moins des demi-imbéciles de nos asiles. Quant au goître, il ne saurait constituer un caractère différentiel entre l'idiotie et le crétinisme. Un tiers des crétins n'ont point de goître, et dans certaines localités, dans les Vosges, la Haute-Saône, la Meurthe, etc., beaucoup d'idiots sont goîtreux.

M. Baillarger compare ensuite les lésions anatomiques trouvées dans le crétinisme et l'idiotie, et en tire cette conclusion qu'elles sont exactement les mêmes. Quant à l'hydrocéphalie, regardée par M. Ferrus comme une lésion constante et essentielle chez les crétins, elle se trouve en effet, dans un certain nombre de cas, d'idiotie et de crétinisme, mais elle est loin d'être constante. Le crétinisme, dans l'état actuel de la science, ne saurait donc être défini une hydrocéphalé œdémateuse chronique.

La mesure proposée par M. Ferrus, et qui consiste à faire intervenir la loi pour s'opposer au mariage des crétins, ne produirait, suivant M. Baillarger, que des résultats très-restreints; elle serait en outre d'une application extrêmement difficile: ce ne sont pas, en effet, les crétins qui propagent surtout le crétinisme, comme le prouvent les relevés statistiques de la commission du Piémont. Le crétinisme héréditaire est propagé :

1° Par des individus qui ont eu des crétins dans leurs ascendants;

2° Par des goîtreux;

3° Par ceux qui offrent dans leur conformation physique ou le développement de leur intelligence quelques signes de crétinisme.

M. Baillarger termine par les conclusions suivantes :

1° Le crétinisme et l'idiotie sont essentiellement caractérisés par un arrêt de développement de l'intelligence.

2° Chez les crétins et chez les idiots, cet arrêt de développement doit être rapporté aux mêmes lésions anatomiques, c'est-à-dire à des anomalies et à des vices d'organisation.

3° L'hydrocéphalée se trouve accidentellement chez les idiots et chez les crétins : mais elle ne saurait, dans l'état actuel de la science, servir de base à une définition du crétinisme et en être regardée comme le caractère constant et essentiel.

4° Tout en tenant compte des différences qui existent entre les idiots et les crétins considérés d'une manière générale, on ne peut regarder ces différences que comme accessoires et insuffisantes pour séparer le crétinisme de l'idiotie.

5° L'intervention de la loi pour empêcher le mariage des crétins serait une mesure d'une application très-difficile, mais surtout une mesure inefficace pour prévenir la prorogation du crétinisme héréditaire.

6° Ce qu'il importerait peut-être pour obtenir ce résultat serait :

A De bien déterminer les conditions de santé qui, chez les parents, peuvent faire craindre le développement du crétinisme chez les enfants.

B En l'absence de tout autre moyen plus efficace de réclamer l'intervention active et les conseils de la médecine pour prévenir autant que possible les alliances entre les personnes qui offrent quelques-unes de ces conditions.

RECHERCHES EXPÉRIMENTALES SUR UNE NOUVELLE ESPÈCE DE SUTURE DESTINÉE A RÉUNIR LES PLAIES INTESTINALES.

M. Bouisson, professeur à la Faculté de médecine de Montpellier, communique un mémoire sur ce sujet, dont nous reproduisons un résumé.

La réunion des plaies des organes cavitaires et membraneux présente des difficultés particulières qui dépendent des circonstances mêmes de la plaie et de la nature des fonctions de l'organe lésé. En ce qui concerne les solutions de continuité de l'intestin, le chirurgien trouve, lorsqu'il veut y remédier, des obstacles dépendants de l'étendue et de la direction de la plaie, du peu d'épaisseur de ses bords, de leur renversement en dehors, de la dépressibilité de l'organe, de sa forme, des mouvements qu'il exécute, de la présence de liquides de diverse nature dans sa cavité, enfin il trouve surtout la source de ces difficultés dans la nécessité de conserver le calibre et les fonctions de l'organe, tout en s'opposant à un épanchement des matières qu'il contient dans l'intérieur du péritoine.

La solution de ce problème, à la fois chirurgical et physiologique, a été depuis longtemps recherchée. Mais ce n'est que de nos jours qu'on a proposé des moyens dignes d'être sérieusement étudiés et appliqués.

La méthode de M. Jobert, qui consiste à adosser la tunique séreuse qui correspond aux bords de la plaie, a particulièrement suscité des procédés variés.

M. Bouisson propose un nouveau mode de suture intestinale qu'il croit plus facile dans son exécution et plus sûr dans ses résultats.

Ce procédé s'exécute avec des épingles et des fils. — S'agit-il d'une plaie longitudinale de l'intestin, des épingles préalablement munies d'un fil attaché sous leur tête, sont implantées à 2 millimètres de la plaie et parallèlement à ses bords. Elles traversent ceux-ci de leur face séreuse à leur face muqueuse, et réciproquement, de manière à former à l'extérieur des espèces de petits ponts métalliques, sous lesquels on engage transversalement, et à l'aide d'un stylet aiguillé-mousse, autant de fils destinés à rapprocher les épingles et par suite les bords de la plaie. Avant de nouer les fils sur les épingles, on renverse les bords de la plaie vers la cavité de l'intestin, de manière à ce que la tunique externe ou séreuse s'adosse à elle-même. On serre alors les fils qui, en rapprochant les épingles parallèlement, font subir aux bords de la plaie une pression linéaire qui en favorise l'adhésion et s'oppose à tout épanchement. L'intestin est alors réduit. On ramène à l'angle supérieur de la plaie abdominale les fils attachés sous la tête des épingles; on dirige vers l'angle inférieur ceux qui ont servi à opérer ce rapprochement et dont on a préalablement coupé un bout. La plaie des parois abdominales est réunie par les procédés ordinaires. Vers le troisième ou quatrième jours, lorsque l'adhésion intestinale est opérée, on retire les épingles à l'aide des fils supérieurs. Les autres fils, devenus libres par ce fait même, sont retirés par l'angle inférieur, et l'adhésion déjà faite n'a plus qu'à se consolider, en l'absence de tout corps étranger.

Une simple modification dans ce procédé permet de l'appliquer aux plaies transversales de l'intestin. Il s'agit d'abord d'incurver les épingles de manière à les accomoder à la courbure de l'intestin; on en place deux à chaque bout, en les dirigeant d'avant en arrière, et les opposant par leur concavité, afin de conserver la cavité de l'intestin; des fils attachés sous leur tête sont destinés à les extraire, et d'autres fils engagés sous leur saillie extérieure sont destinés à les réunir; les autres précautions sont identiques à celles qui ont été indiquées dans le cas précédent.

Ce nouveau mode de suture, qu'on pourrait appeler *suture par implantation*, ou pour abréger *suture implantée*, a été appliqué avec un succès complet sur des animaux. M. Bouisson a multiplié ses expériences et conserve des pièces anatomico-pathologiques qui ne laissent point de doute sur son efficacité. Il se croit autorisé à en proposer l'application chez l'homme, sans méconnaître la réserve qu'il faut garder, toutes les fois qu'on transporte une idée du champ de la chirurgie expérimentale dans celui de la chirurgie humaine.

Voici les conclusions par lesquelles l'auteur termine son mémoire :

1° L'entérorraphie par adossement des séreuses, au moyen d'épingles implantées parallèlement aux lèvres de la plaie intestinale et rapprochées par des fils, est un procédé d'une exécution rapide et facile;

2° En exerçant une pression linéaire, égale et non interrompue sur toute l'étendue des lèvres de la plaie, elle remplit très-exactement les conditions d'adhésion.

3° Elle est applicable aux plaies longitudinales et transversales du tube intestinal.

4° Dans ce dernier cas, elle dispense de l'invagination des bouts intestinaux et par l'incurvation des épingles se regardant par leur concavité, elle conserve le calibre de l'organe, sans offrir les inconvénients des cylindres ou des viroles proposés dans le même but.

5° Lorsque ses effets sont produits, les éléments de l'appareil unissant peuvent être enlevés plus facilement et avec moins d'inconvénient que dans tout autre procédé.

6° Le but est atteint, dans ce sens que la *suture implantée* réunit exactement et promptement la plaie, respecte non-seulement le calibre, mais les fonctions de l'organe intéressé, en ne donnant que très-peu de relief au bourrelet interne, empêche l'issue des matières intestinales, n'excite que le degré d'inflammation nécessaire à la réunion, et n'affaiblit cet avantage par aucun danger spécial.

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS.

COMPTE RENDU DES ÉPREUVES DU CONCOURS DE CLINIQUE CHIRURGICALE.

I. — M. BOUISSON. — FRACTURE DE L'EXTRÉMITÉ SUPÉRIEURE DE L'HUMÉRUS. — MALADIE DU GENOU. — HYDARTHROSE.

Des deux malades que je viens d'examiner à l'Hôtel-Dieu, l'un présente une lésion physique de l'épaule, l'autre une lésion organique du genou. Ces deux maladies, différentes par leur siége, leur cause et leur nature, ne se prêtent à aucune considération qui leur soit commune; j'entre donc immédiatement en matière.

Le premier sujet que j'ai examiné est une femme âgée de 40 ans, exerçant la profession de marchande, et qui, à la suite d'une chute datant de huit jours, a éprouvé à l'épaule droite une douleur assez vive avec gonflement, ecchymose, impuissance du membre. Cette chute s'est produite dans les circonstances suivantes. La malade qui est boiteuse, alourdie par un certain embonpoint, et qui portait un panier embarrassant à son bras gauche, descendait, le soir, un escalier étroit et en spiral; ayant mal posé le pied sur le bord d'une marche, elle glissa et tomba sur le côté droit du corps. Les effets de la chute se firent ressentir principalement sur le membre supérieur droit au moment où il était appliqué le long du corps; ce fut surtout au moignon de l'épaule que s'exerça la violence du coup. A dater de ce moment, elle éprouva une sensation douloureuse intense et d'autres symptômes locaux qui l'obligèrent à entrer à l'hôpital, où je l'ai vue le lendemain de son arrivée.

Voici les phénomènes que j'ai constatés par l'exploration directe. Une ecchymose assez considérable existe à la partie externe de l'épaule droite, une autre existe au coude du même côté. Le moignon de l'épaule est tuméfié, douloureux au toucher; il n'existe pas de dépression au-dessous de l'acromion; une légère dépression existe un peu plus bas et en dehors, mais elle est à peine sensible. Dans le creux de l'aisselle, faible ecchymose, saillie médiocre d'une partie osseuse, n'ayant ni le volume ni la rondeur de la tête de l'humérus, ni les aspérités d'un fragment d'os complétement déplacé dans ce sens. Coude rapproché du tronc, impuissance du membre caractérisée surtout par l'impossibilité d'élever le bras et de porter la main à la tête. Appréciée à la vue et comparée à celle du côté opposé, la longueur du bras n'est pas sensiblement changée, le membre n'est ni plus long ni plus court. Si on lui imprime un mouvement, une douleur vive existe du côté de l'épaule; si en même temps que ce mouvement s'accomplit, on presse sur la partie supérieure du bras dans la partie la plus voisine de l'articulation scapulo-humérale, on éprouve une sensation obscure de crépitation; cette sensation est plus évidente lorsqu'on exerce à travers l'épaisseur de la paroi antérieure de l'aisselle une pression avec le pouce tendant à refouler en dehors et en arrière la tête humérale; mais elle devient plus évidente encore lorsqu'après avoir saisi le bras par sa partie inférieure et fixé l'épaule avec l'autre main, on imprime au levier huméral un mouvement de rotation en sens opposé. On ressent alors un frottement rude, une crépitation caractéristique plus appréciable par le toucher que par l'ouïe. Cherchant à constater s'il existait dans le voisinage de l'articulation une mobilité anormale qui permît de porter en dehors la partie inférieure du bras en produisant un angle rentrant au-dessous de l'épaule et une saillie dans l'aisselle, je n'ai pu y réussir qu'incomplétement. L'examen de la clavicule et des différentes parties de l'omoplate n'a rien offert de particulier.

Pendant mon exploration, j'ai reconnu que la malade présentait les traces d'une paralysie incomplète de la moitié droite du corps. Interrogée sur les causes et la date de cette hémiplégie, la malade répondit qu'elle remontait à son enfance et qu'elle s'était déclarée à l'âge de 5 ans à la suite d'une affection vermineuse. Cette circonstance n'a pas peu influé, comme nous le verrons, sur la chute et sur ses effets.

La santé générale de la malade est d'ailleurs satisfaisante; elle n'a point de fièvre, et il n'existe aucun dérangement fonctionnel dans les organes splanchniques.

Quelle idée faut-il se faire de la lésion dont nous venons d'indiquer les caractères? Hâtons-nous de dire que nous y retrouvons les signes d'une fracture de l'extrémité supérieure de l'humérus dont nous chercherons bientôt à préciser le siége.

Cette détermination diagnostique résulte de l'analyse des causes et de celle des caractères symptomatiques.

En ce qui concerne les causes, nous avons vu ce qui a favorisé la chute. La malade descend un escalier étroit, mal éclairé, et glisse. La disposition spirale de l'escalier favorise la chute sur le côté plutôt que sur le dos. Elle porte un panier du côté gauche qui le protége dans ce sens et la pousse du côté droit sur lequel la chute est d'ailleurs favorisée par la faiblesse hémiplégique. La claudication liée à l'existence de celle-ci avait sans doute préparé cette chute. La malade ayant son bras affaibli n'avait pu l'éloigner du corps pour se garantir, et c'est sur ce bras que l'effort de la chute s'était fait sentir. Deux traces visibles à l'œil témoignaient que telles avaient été les circonstances immédiates de la lésion: c'étaient l'ecchymose du coude et celle de l'épaule. Ces traces étaient importantes à rechercher et à analyser. Si la chute sur le coude avait eu lieu isolément, le bras étant écarté du tronc, il y aurait eu des présomptions en faveur, d'une luxation. Si la chute s'était faite exclusivement sur le moignon de l'épaule il y aurait eu probabilité d'une fracture. Eh bien! au point de vue étiologique, cette dernière probabilité dominait, car l'ecchymose de l'épaule était bien plus considérable que celle du coude, et il résulte de ce que nous avons rapporté que la malade n'avait pu écarter le coude du tronc; c'est donc en glissant que cette partie du membre supérieur s'est contusionnée contre le rebord d'une marche.

L'analyse des symptômes nous conduira au diagnostic en la comparant avec celle des maladies qui peuvent ressembler à la lésion que nous supposons exister. Ces maladies sont une forte contusion de l'épaule, la luxation du bras et diverses fractures du voisinage de l'articulation.

Ce n'est point une contusion seulement, car en supposant même que celle-ci fût très-considérable et accompagnée d'un épanchement de sang profond, elle ne pourrait donner lieu à l'espèce de crépitation observée. On sait bien que les épanchements sanguins font apprécier par la pression une sorte de craquement qui simule la crépitation; mais dans le cas actuel, que cet épanchement fût dans l'intérieur même de l'articulation ou sous le deltoïde, on eût developpé cette sensation par la pression qui, en écrasant le coagulum sanguin eût produit en même temps que le craquement une sensation de refoulement d'une masse molle, tandis que la crépitation constatée chez notre malade n'était particulièrement évidente que lorsqu'après avoir fixé l'épaule, on imprimait un mouvement de rotation au levier huméral saisi par le coude.

Ce n'était pas une luxation du bras, car le coude n'était pas écarté du tronc; le membre n'était pas plus long que celui du côté opposé; il n'y avait pas de tumeur arrondie dans l'aisselle, avec dépression marquée du moignon de l'épaule.

Parmi les fractures que l'on pouvait supposer, il y avait lieu de songer à celle de l'extrémité externe de la clavicule; mais si les circonstances de la chute suggéraient l'idée de cet accident, on en était détourné par les résultats de l'exploration directe de cet os. Examiné dans tout son trajet et surtout à son extrémité externe entre les ligaments coraco et acromio-claviculaires, l'os était sain, aucune solution de continuité ni aucun déplacement de son extrémité externe n'avaient pu être constatés.

Nous en dirons autant d'une fracture de l'acromion; l'exploration de cette apophyse dont la position est superficielle nous avait fait reconnaître son intégrité.

Quant à l'existence d'une fracture du col de l'omoplate, la chute n'eût pas rendu un compte suffisant de cet accident, qui exige, pour se produire, des violences physiques très-puissantes, et qui eût déterminé des phénomènes locaux d'une gravité hors de proportion avec ce que nous observions.

Reste la supposition d'une fracture de l'apophyse coracoïde. J'ai bien constaté qu'en exerçant directement une pression avec le pouce dans le sens indiqué par la position de cette apophyse, la crépitation se produisait. Mais si l'on a égard à la position profonde et abritée de cette éminence osseuse et au genre de cause qui a été signalé dans le commémoratif, on sera éloigné de l'idée d'admettre cette fracture. D'ailleurs la crépitation n'est pas toujours caractéristique des fractures de l'apophyse coracoïde, car l'écartement du fragment produit par la contraction du petit pectoral et du coraco-brachial qui s'attachent à son sommet et l'attirent en bas rend la crépitation très-difficile à apprécier.

Nous arrivons en conséquence à admettre qu'il s'agit d'une fracture de l'extrémité supérieure de l'humérus. Mais dans quel point siége la fracture? Rappelons-nous l'ancienne et classique distinction du col anatomique et du col chirurgical de l'humérus. La fracture a-t-elle lieu à la rainure qui sépare la partie articulaire de la tête des tubérosités, ou siége-t-elle au-dessous de la tête tout entière, au col chirurgical? Cette détermination est rendue difficile par certaines circonstances, notamment par le défaut de saillie de l'extrémité supérieure du fragment inférieur du côté de l'aisselle. Je ne crois pas à la fracture du col anatomique, car, outre sa rareté et la difficulté de sa production, il eût été très-difficile, pour ne pas dire impossible de saisir ce fragment si profond, et de le fixer, pour rendre ensuite la crépitation appréciable en imprimant un mouvement de rotation à l'autre fragment de l'humérus. Je ne crois pas non plus à l'existence d'une fracture du col chirurgical dans son lieu ordinaire. Ici la solution de continuité existe évidemment plus haut; elle empiète sur la tête; elle se rapproche davantage de l'articulation; c'est ce qui fait que les fragments se correspondant par des surfaces plus larges ne se sont pas abandonnés complétement; et que l'extrémité supérieure du fragment inférieur ne fait pas saillie dans l'aisselle. Peut-être quelques fibres de l'extrémité inférieure de la capsule s'étendent-elles jusque sur ce dernier. Est-ce à dire qu'il n'y a de déplacement d'aucun genre? Il en est un que je présume, bien qu'il soit d'une vérification difficile, c'est celui qui se produit par la rotation du fragment supérieur

entraîné en dehors par l'action des muscles sus-épineux, sous-épineux et petit rond qui s'attachent à la grosse tubérosité.

S'il s'agit à présent d'expliquer comment cette fracture à siége exceptionnel s'est produite, nous invoquerons l'influence de la cause directe représentée par la chute contre le rebord d'une marche d'escalier et celle d'une friabilité particulière de l'os résultat de l'atrophie. Ici l'atrophie était occasionnée par l'ancienne hémiplégie; elle était prouvée par la diminution de volume du membre, une certaine flaccidité des chairs et la déformation des doigts et de la main entraînés par la prédominance des fléchisseurs sur les extenseurs. L'atrophie produite par le repos forcé porte sur les os comme sur les parties molles. Or on sait que l'atrophie des os se caractérise soit par leur amincissement, soit par un agrandissement des cellules de leur tissu spongieux, soit par l'imbibition huileuse de ce tissu, phénomène bien constaté et généralement regardé comme signe d'atrophie dans le col du fémur et comme cause prédisposante de la fracture de ce col chez les personnes âgées. Or nous pensons que sous l'influence de l'inaction habituelle du membre, l'os huméral, chez notre malade, avait perdu de sa résistance, qu'il avait subi l'atrophie dont nous venons de parler, et qu'en conséquence il a pu se fracturer par cause directe dans un point plus épais que ne l'est le col chirurgical et plus près de l'articulation.

Les suites ultérieures de cet accident, sans avoir une gravité absolue, auront celles qui accompagnent les fractures voisines des articulations et qui peuvent entraîner la roideur des mouvements. Nous croyons cependant que le cal se formera sans accident, et qu'en ayant la précaution de ne pas trop prolonger l'application de l'appareil, on pourra conserver à l'articulation scapulo-humérale, la liberté et l'étendue ordinaire de ses mouvements. Notons toutefois que, chez notre malade, la roideur articulaire n'aurait pas des inconvénients aussi grands que dans les cas ordinaires, car le membre supérieur est déjà condamné à une sorte d'inaction par le fait de l'hémiplégie.

Quant au traitement à mettre en usage, il consiste, comme dans toutes les fractures, à immobiliser la région intéressée, après l'emploi des résolutifs et des sédatifs locaux destinés à remédier à la douleur et à faire résoudre les ecchymoses. Le temps de la réduction est ici supprimé par le fait de l'absence du déplacement en dedans du fragment inférieur et du raccourcissement qui en est la suite. Il s'agit simplement d'assurer la contention des fragments à l'aide d'un appareil qui embrasse à la fois l'épaule et le membre thoracique; la brièveté du fragment supérieur et la difficulté de le fixer empêchent qu'on se borne à un appareil agissant exclusivement sur le bras. Parmi ceux qui peuvent remplir l'indication que nous venons de poser se trouvent l'appareil de Desault, dont on pourrait supprimer le coussin axillaire rendu inutile par le défaut de saillie de fragment inférieur dans l'aisselle. Nous lui préférerions un appareil fait avec des bandes amidonnées et disposées en spica autour de l'épaule; le bras serait convenablement fixé contre le tronc et assujetti par un bandage de corps et une écharpe. On sait que c'est à l'occasion des fractures du col de l'humérus qu'on eut, dans le dernier siècle, l'idée des appareils inamovibles, l'étoupade de Moscati n'était pas autre chose. En employant dans le cas actuel un appareil de ce genre, il conviendrait d'en surveiller les effets et de ne pas le laisser trop longtemps en place. Aussitôt que le cal sera arrivé à un degré suffisant de formation, il faudra imprimer des mouvements à l'articulation scapulo-humérale.

Deuxième malade. — C'est un jeune homme de 15 ans, d'une constitution assez grêle et qui a été soumis à l'influence de causes morbides manifestes. Bien que d'après les renseignements qu'il fournit, il ne parle point de prédispositions héréditaires, bien qu'il soit exempt de traces dénotant une affection scrofuleuse caractérisée, qu'il n'ait point d'engorgement ganglionnaire, ni d'abcès froids, ni de cicatrices indiquant une maladie antérieure de ce genre, il présente cependant une lésion qui peut faire soupçonner une cause de ce genre: il est atteint d'une maladie du genou, et en examinant toute la surface du corps pour rechercher les coïncidences pathologiques, nous avons reconnu qu'il présentait une teigne faveuse très-étendue.

Voici, au reste, les détails qui concernent l'origine et les caractères de sa maladie.

Ce jeune malade est né à Lisbonne, mais il habite Pau, où il est employé comme ouvrier dans une filature de laine. Il nous a raconté que, dans le cours de l'année 1850, ayant quitté Pau pour aller à Madrid, il fut obligé de venir de cette dernière ville à Paris, à pied, et qu'il parcourut ce long trajet sans l'interrompre par des repos suffisamment prolongés. Il ajoute que, pendant la durée de ce trajet, il ressentit des douleurs dans le genou droit, mais que malgré ces douleurs et un peu de gonflement, il continua sa route. Le repos qu'il put prendre à son arrivée à Paris ne fut pas suffisant pour faire revenir le genou à son état primitif; le gonflement persista, bientôt il augmenta, et c'est après trois mois d'attente et d'inaction, que le malade s'est fait admettre à l'Hôtel-Dieu.

Nous avons constaté l'état suivant:

Le genou droit présente une tuméfaction générale appréciable à l'œil et par la mensuration. La peau n'a pas changé de couleur; le genou est dans un commencement de flexion; le malade l'appuie habituellement sur le côté externe; il peut exécuter les mouvements de flexion et d'extension, mais ces mouvements sont difficiles et incomplets; la marche ne peut s'accomplir sans claudication. L'exploration immédiate du genou donne la sensation d'un épanchement dans la cavité articulaire. Cet épanchement est rendu très-sensible par des pressions alternatives exécutées avec la main gauche embrassant la partie supérieure et latérale de la tumeur, de manière à refouler le liquide en avant, pendant que la main droite déprime la rotule. On reconnaît alors que cet os est séparé du reste de la surface articulaire par le liquide épanché qui est accumulé, surtout en avant du genou, où il occasionne de chaque côté de la rotule, mais surtout en dedans, un relief assez prononcé qui s'étend vers le prolongement supérieur de la synoviale. Indépendamment de cette tuméfaction générale, avec fluctuation, il existe en dehors et en bas, vers le condyle externe du tibia et la tête du péroné, un gonflement particulier, donnant la sensation d'une fluctuation obscure, mais sans relation avec celle que l'on observe dans les autres points, et occasionnant de la douleur pendant l'exploration. Les parties osseuses de l'articulation, examinées en particulier, ne présentent pas de gonflement considérable, et la douleur provoquée par la pression est modérée. Interrogé sur les sensations spontanées qu'il ressent, le malade nous dit que, dans certains moments, il éprouve une douleur vive et de courte durée. Guidé par la nature de nos questions, il ajoute que cette douleur s'accompagne d'une impression intérieure analogue à celle que produirait quelque chose qui se déplace. D'après cette indication, nous avons exploré avec soin pour reconnaître la présence d'un corps étranger, mais sans réussir à le constater.

L'exploration de ce malade a été terminée par l'examen des parties voisines de l'articulation malade et par l'examen de l'état général. Nous n'avons rien trouvé qui puisse fixer l'attention. Les viscères thoraciques et abdominaux paraissent sains; le malade a de l'appétit et n'a point de fièvre.

Si, par le rapport des causes et des symptômes, on cherche à déterminer le caractère de cette maladie, on ne saurait méconnaître l'existence d'un épanchement, d'une hydarthrose à marche chronique.

Les causes expliquent suffisamment le développement de cette affection. Parmi ces causes, les unes sont générales, prédisposantes; ce sont: la constitution du sujet, qui, sans être essentiellement scrofuleuse, porte néanmoins l'empreinte d'une débilitation générale; la profession qu'il exerce et qui l'a exposé dès son jeune âge à l'action incessante de l'humidité. Les autres sont occasionnelles et déterminantes; ce sont les marches prolongées et forcées, et surtout l'exercice du membre, alors qu'il y avait déjà un commencement de maladie.

L'examen des symptômes confirme plus directement encore ce diagnostic. Parmi les caractères locaux, il en est trois qui doivent surtout fixer l'attention. Et d'abord la fluctuation; elle est évidente et caractéristique. La tuméfaction, celle qui réside en avant et sur les côtés de l'articulation, appartient à l'hydarthrose; mais nous avons noté un gonflement spécial dont le siége est en bas et en dehors, et dont le caractère est plus douteux. Son siége pourrait suggérer l'idée d'une affection de l'articulation péronéo-tibiale supérieure, d'une tumeur blanche de cette articulation dont nous avons vu des exemples; mais un examen attentif exclut cette idée, et l'on serait plus près de la vérité en rapportant ce gonflement soit à un commencement de lésion du condyle externe du tibia atteint d'ostéite, peut-être de tuberculisation, soit à une lésion des parties molles du tissu fibreux, à un abcès en voie de formation et dépendant de l'altération des couches organiques sous-jacentes. — Un troisième caractère local qui doit fixer notre attention est la flexion du genou. Cette flexion est commençante dans le cas actuel, et il est probable qu'elle deviendra plus considérable, si les progrès de la maladie ne sont pas enrayés. Cette flexion s'explique, lorsqu'il existe une hydarthrose ou une lésion organique plus profonde, par la disposition même des tissus fibreux de l'articulation, qui plus serrés et moins extensibles en arrière qu'en avant, forcent, pour ainsi dire, la matière de l'épanchement à se cantonner à la partie antérieure du genou. L'épanchement, une fois formé dans ce sens, tend à produire un écartement mécanique des surfaces articulaires, dont l'effet nécessaire est un commencement de flexion. La position instinctive du malade qui cherche à éviter la douleur, lui fait adopter aussi la demi-flexion pour attitude habituelle; enfin la rétraction des muscles de la partie postérieure de la cuisse complète l'ensemble des causes qui produisent la flexion du genou.

Un épanchement articulaire étant admis, nous avons à déterminer sa nature. L'examen des caractères et de la marche de la maladie nous autorise à rejeter l'idée d'un épanchement sanguin ou purulent et à admettre qu'il s'agit d'un épanchement séreux.

Cette hydarthrose est-elle la lésion unique et prédominante, ou bien est-elle liée à l'existence d'une lésion plus profonde des os ou des parties molles. S'agit-il d'une hydrarthrose essentielle ou symptomatique? A ce sujet, M. Bonisson rappelle succinctement les fonctions et la disposition anatomique des synoviales, les analogies et les différences qui existent entre elles et les séreuses, et les lésions principales qui peuvent les affecter. La synoviale du genou est une de celles qui s'enflamment le plus fréquemment, elle est aussi l'une de celles qui contiennent le plus souvent ces concrétions d'une nature particulière appelées corps étrangers articulaires. M. Bonisson examine successivement si l'épanchement intra-articulaire du genou, chez son malade, dépend de la présence de ces corps étrangers, ce qu'il ne pense pas; s'il est dû à une affection rhumatismale, ce qui est peu probable; s'il tient à l'existence d'une ostéite simple ou d'une tumeur blanche qu'il définit une ostéite chronique modifiée par une diathèse. Cette appréciation n'a pu être terminée à cause de l'expiration du temps qui lui était accordé.

II. — M. GOSSELIN. — PLAIE PÉNÉTRANTE DE LA POITRINE, — TUMEUR DU MAXILLAIRE INFÉRIEUR.

Le *premier malade* dont j'ai à vous entretenir est couché au n° 5 de la salle Sainte-Vierge, à l'hôpital de la Charité; il est âgé de 31 ans. Il raconte qu'il y a vingt jours, à la suite d'une querelle pendant qu'il était ivre, il reçut un coup dans le côté droit du thorax: il ne peut nous donner des renseignements sur les dimensions de l'instrument; il dit simplement que c'était un couteau. — Il a perdu immédiatement une grande quantité de sang. Un médecin appelé pour remédier aux premiers accidents, a fermé la plaie à l'aide de la suture entortillée,

et le malade a été porté à l'hôpital. On a enlevé au bout de quelque temps les épingles, et on les a remplacées par des bandelettes. Depuis cette époque, il y a eu de la dyspnée, un mouvement fébrile, mais point de frissons répétés; les fonctions digestives s'exécutent mal. On a fait plusieurs saignées; on a appliqué des vésicatoires à la poitrine et administré quelques potions. Le malade n'a jamais craché de sang. — Il y a examiner les troubles fonctionnels et les signes physiques :

1° *Troubles fonctionnels.* Les inspirations sont fréquentes et non profondes; il y a accélération du pouls (120 pulsations par minute); peu d'appétit, un peu plus cependant qu'avant; point d'insomnie depuis deux jours. Un peu de toux qui avait existé n'existe plus. Il n'y a donc que gêne de la respiration et mouvement fébrile.

2° *Signes physiques.* Au troisième espace intercostal, on voit une cicatrice bleuâtre, reste de la plaie par où a passé l'instrument, et une autre moins apparente. Vers la partie antérieure du thorax il y a comme une légère voussure peu prononcée. Les deux côtés de la poitrine ne présentent pas une différence notable. Il y a une grande matité de la base de la poitrine jusqu'au niveau de l'épine du scapulum et en avant jusqu'en haut. On entend le bruit respiratoire comme à travers une paroi épaisse : il est affaibli. Pas de bruit anormal. En faisant parler, il y a du côté malade un retentissement de la voix; mais cela n'est pas l'égophonie pure et franche; en appliquant les mains sur le thorax le côté droit ne vibrait pas; il y avait de la vibration à gauche.

La gêne, la fréquence de la respiration, la matité, la diminution du murmure respiratoire, le retentissement de la voix pourraient être attribués à une pneumonie; mais il n'y a pas de souffle tubaire, ni le genre d'expectoration qu'on observe dans la pneumonie. Il pourrait y avoir une pleurésie avec de fausses membranes; mais l'absence des signes caractéristiques tend à exclure l'idée de cette pleurésie. Le malade ne souffrait pas avant l'accident et n'était pas, par conséquent, disposé à ces deux maladies qui, d'ailleurs, se seraient modifiées. On ne retrouve pas non plus les signes d'un pneumothorax. Tout porte donc à croire qu'il s'agit d'un épanchement dans la poitrine, bien que certains signes de ces épanchements, l'égophonie par exemple n'existe pas. Mais ce signe n'est pas constant. Il est peu probable que la collection de liquide soit séreuse; pour décider rigoureusement la nature du liquide, il importerait de connaître plus exactement les antécédents du malade. Ce que nous savons de commémoratif et des circonstances, du siége et de la direction de la plaie autorisent à penser que le liquide épanché est du sang. Le blessé a éprouvé une hémorrhagie abondante et la blessure a eu lieu dans une place où il y a une grosse artère, la mammaire interne. Il faut donc que la plaie ait été pénétrante; mais nous ne pouvons pas en avoir la certitude. Il peut y avoir plaie de la poitrine pénétrante sans que le poumon soit assez intéressé pour qu'il y ait hémoptysie. Mais il est assez singulier qu'une artère comme la mammaire interne ait permis la cicatrisation de la plaie après cinq ou six jours. Il existe plusieurs faits de ce genre : un, par exemple, a été cité par Larrey. Un fait pareil existe maintenant à l'hôpital des cliniques : ainsi cela n'est pas insolite, et c'est sur cette possibilité que Larrey a fondé le précepte de fermer la plaie dans ces cas pour arrêter l'hémorrhagie. Le sang s'écoule dans la plèvre, et cesse bientôt de s'épancher.

Un point important est de savoir s'il n'y a pas une certaine quantité de pus. Il peut arriver en effet à la suite d'un épanchement de sang qu'une inflammation de mauvaise nature ait lieu, qu'il se forme dans la plèvre du pus au lieu de sérosité, etc. C'est dans le but d'avoir, à ce sujet, quelques notions que M. Gosselin a examiné l'état général du malade. Il n'y a pas de frissons comme dans les suppurations profondes. Il y a fièvre, chaleur à la peau, sueur à la paume de la main : cela pourrait indiquer de la suppuration; mais le malade ne se sent pas affaibli; il est gai depuis quelques jours; il dort; un peu d'appétit commence à revenir : tout cela porte à penser qu'il n'y a pas de pus. Je ne l'affirmerais pourtant pas, mais cela est présumable. Qu'arrivera-t-il? On peut espérer, d'après des faits semblables, que la terminaison sera heureuse, et qu'il y aura résolution. On sait que ces épanchements un peu abondants s'accompagnent de dispnée, de l'accélération du pouls; puis après quinze à vingt-cinq jours toutes les fonctions reprennent leur état naturel. On peut espérer qu'à partir de deux ou trois jours il y aura une résolution; je ne puis pourtant rien affirmer, et ce n'est que par l'observation journalière qu'on pourrait justement établir cela. Il se peut que le malade reste pendant longtemps dans l'état où il est; mais il se peut aussi que l'inflammation légère de la plèvre prenne un mauvais caractère et qu'il y ait du pus. Il est plus probable pourtant que la résolution de l'épanchement sera obtenue. Il faut continuer le traitement qui a été suivi jusqu'ici : les saignées ne sont convenables qu'au commencement. On se guidera surtout par l'état du pouls. Des révulsifs à la peau et sur le canal intestinal sont généralement utiles dans ces cas. On peut ajouter les diurétiques. Faut-il vider cet épanchement soit à l'aide d'une incision, soit par une ponction simple, soit par une ponction avec une sonpape? Il n'y a rien de plus difficile dans la science que d'indiquer rigoureusement les indications de la paracentèse : on a fait l'ouverture du thorax dans des cas comme celui-ci, à l'époque surtout où l'on ne connaissait pas assez la percussion et l'auscultation, et même depuis. — A côté de ces cas on voit bon nombre de malades qui guérissent sans opération.

Il faut s'attendre à ne pas trouver d'indications précises, de signes rigoureux pour l'indication de la paracentèse. On a donné comme signes physiques d'une étendue considérable de l'épanchement, et par conséquent comme base d'indication, le développement de la poitrine qui n'existe pas ici, enfin une espèce d'asphyxie lente. Quoique les troubles fonctionnels soient marqués chez notre malade, je ne crois pas qu'il y ait urgence à faire la ponction; mais si le pouls devenait faible, s'il y avait de la disposition à la syncope, si les lèvres étaient pâles, etc., il ne faudrait pas alors rester dans l'inaction. Je ne crois pas qu'il faille opérer, parce que je crois à la résolution; mais s'il y avait de la gêne dans la respiration, ou du pus, il faudrait se décider à ponctionner, soit par le procédé ancien, soit par le procédé nouveau, auquel je donne la préférence, parce qu'il y a toujours avantage à ne pas laisser pénétrer l'air. C'est ce qu'on obtient avec un troquart fin et une soupape. L'emploi de la canule peut ne pas convenir à un épanchement de sang, qui, dans certains cas, aurait une issue difficile par la canule, mais comme il est toujours mêlé avec de la sérosité, on peut l'essayer.

Deuxième malade. — Il occupe le n° 25 de la même salle. C'est un jeune homme de 26 ans, habituellement bien portant, sans apparence de dispositions scrofuleuses, et n'ayant pas de prédisposition héréditaire pour le cancer. La maladie pour laquelle il s'est fait admettre à l'hôpital s'est manifestée depuis environ vingt mois. Elle a débuté par un gonflement du côté gauche de la mâchoire au niveau des dents molaires, qui étaient cariées. Cette tuméfaction s'est d'abord accrue avec lenteur et sans gêner notablement la mastication. Plus tard, il a été obligé de se faire arracher les dents molaires altérées. Une ulcération s'est manifestée dans ce point et le gonflement n'a fait que s'accroître.

Nous constatons au côté gauche de la mâchoire inférieure, depuis l'angle jusqu'en haut, une tumeur du volume d'un œuf de poule, irrégulière, bosselée, immobile, dure. La dureté est uniforme. La tuméfaction s'étend jusqu'à la région mastoïdienne qu'elle n'envahit pas. Du côté de la bouche une tuméfaction moins prononcée, une consistance très-prononcée, sans sensation de parchemin; enfin, sur la partie postérieure du bord supérieur, une solution de continuité de plus de 2 centimètres, bordée de quelques fongosités rougeâtres. Le doigt, en pénétrant profondément, rencontre des tissus mous qui se déchirent et donnent du sang. Dans quelques points l'os est presqu'à nu, surtout à la partie externe. Peu de troubles fonctionnels, la suppuration n'est ni abondante ni d'une odeur très-désagréable; pas de stomatite très-intense. Au devant les dents ne sont pas ébranlées. C'est une tumeur de l'os; elle est dure, immobile, occupe la face externe et interne à la fois; mais quelle est cette affection? Une tumeur de cette région peut être produite par une simple inflammation, par un kyste, par un cancer. Il ne peut pas y avoir de kyste, car dans ce cas les tumeurs sont beaucoup moins dures; les os sont ramollis; il y a de la fluctuation ou sensation de parchemin. N'y a-t-il pas un ostéosarcome? On peut l'admettre. Ce qui éveille encore cette idée, c'est la présence des fongosités. Pourtant je ne crois pas que le mal soit de mauvaise nature. Le malade souffre peu; les douleurs ne sont pas lancinantes (on sait que cela peut manquer dans le cancer), puis le mal ne s'est pas étendu au corps de l'os. Dans les ostéosarcomes, la tumeur fait des progrès, et ici cela n'existe pas. Les dents ne sont pas ébranlées. Les ganglions sous-maxillaires ne sont pas engorgés. Il n'y a pas d'individus cancéreux dans sa famille. Le propre des cancers est d'ailleurs d'affaiblir toute l'économie. Il resterait donc une ostéite de la mâchoire inférieure. Les dents gâtées ont été le point de départ d'une inflammation dont nous retrouvons ici plusieurs caractères distinctifs. Les ostéites de la mâchoire se terminent facilement par une nécrose.

III. — M. MICHON. — CANCER DU COL DE L'UTÉRUS. — MALADIES DU POIGNET. — NÉCROSE DU RADIUS.

Notre premier malade est une femme âgée de 35 ans, reçue depuis peu de jours à l'Hôtel-Dieu. Cette femme, dont la constitution paraît faible et qui est notablement amaigrie, a eu deux enfants et a fait une fausse couche. Depuis quelque temps elle éprouve des douleurs dans la région de l'utérus, dont les fonctions sont dérangées. L'écoulement menstruel n'a plus sa régularité primitive; il revient plus fréquemment, ou plutôt ce sont des pertes sanguines morbides qui se produisent et affaiblissent la malade. Cette affection a été traitée jusqu'à ce jour comme un engorgement de matrice, par des moyens peu importants, tels que des bains, des émollients, des injections. Dans ces derniers temps, il s'est développé une maladie gastro-intestinale avec diarrhée, et c'est alors que la malade s'est décidée à entrer à l'hôpital.

Après l'examen de l'habitude extérieure du corps, l'exploration a été dirigée sur les parties malades. Le toucher a été pratiqué avec précaution pour éviter une hémorrhagie. Le doigt introduit dans le vagin a reconnu que l'utérus était au centre du détroit inférieur, qu'en conséquence il ne s'agissait point d'une obliquité de cet organe. Le col, plus volumineux que dans l'état naturel, présente une circonférence épaisse; sa lèvre antérieure est souple, sa lèvre postérieure est plus épaisse, plus dure, quoique saine à l'insertion vaginale. Le doigt introduit dans le col de l'utérus rencontre une production anormale de consistance dure, d'apparence friable, ce qu'on eût pu, d'ailleurs, vérifier en détachant un fragment avec le doigt pour l'examiner au dehors. Ce tissu pathologique rappelle les fongosités ou de petites productions polypiformes. Le bord des lèvres du col utérin est inégalement frangé.

Pour reconnaître si l'utérus était tuméfié ou altéré au-dessus de son col, le toucher abdominal a été pratiqué; il a été favorisé par la maigreur de la malade et a permis de constater que le fond de l'organe avait ses formes naturelles, qu'il était exempt de bosselures et qu'il était mobile.

Puis le toucher rectal a complété ce genre d'exploration et a vérifié l'existence d'une augmentation de volume du col, ainsi que la saillie qu'il faisait du côté du rectum et qui peut expliquer les douleurs ressenties du côté de l'intestin.

La malade a été examinée au spéculum. J'ai introduit, avec les précautions convenables, un spéculum volumineux, plein, sans embout. Après avoir essuyé le col avec un pinceau de charpie, je l'ai examiné à la lumière artificielle, et j'ai constaté de nouveau qu'il était gros, tuméfié et qu'il laissait suinter du sang par gouttelettes. Une production aplatie d'avant en arrière s'échappait de l'intervalle de ses lèvres.

Le sens de l'odorat est intervenu pour servir au diagnostic; en flairant le doigt lorsqu'on vient de toucher des femmes atteintes de certaines affections, d'un cancer ulcéré par exemple, on est frappé quelquefois d'une odeur fétide et caractéristique qui n'existait point chez notre malade.

Des questions complémentaires ont été adressées sur les antécédents de la maladie. Il paraît qu'il n'existe pas de disposition héréditaire pour l'affection cancéreuse. Les apparences d'honnêteté, de moralité chez cette femme nous ont dispensé de nous informer de l'existence d'une affection syphilitique que rien ne faisait supposer. Des questions adressées concernant les modifications de la douleur utérine pendant la station debout, la marche, n'ont rien révélé de particulier, sinon que la malade se fatigue promptement, qu'il survient de l'essoufflement; mais nous sommes porté à attribuer ce phénomène à un commencement de chlorose, qui nous a été révélé d'ailleurs par l'exploration stéthoscopique des carotides.

Quelle est la maladie de cette femme?

Il est manifeste que c'est une lésion de la matrice, du col surtout, et qu'il y a changement de forme, de volume et de consistance.

L'examen précité éloigne l'idée d'un corps fibreux. Serait-ce un corps polypeux? Les polypes proprement dits présentent des espèces ou variétés qui se rapprocheraient davantage de la lésion constatée. Toutefois il n'y a pas lieu de s'arrêter à cette idée. Y a-t-il un engorgement inflammatoire de l'utérus si commun chez les leucorrhéiques, chez les femmes qui ont un catarrhe du col? Ici l'écoulement catarrhal n'est pas ce qui domine; c'est plutôt l'écoulement sanguin qui se présente fréquemment et irrégulièrement depuis deux ans que les menstrues ont perdu leur périodicité. S'agit-il d'une hypertrophie avec inflammation? Mais nous ne trouvons pas chez notre malade les caractères de la métrite; c'est plutôt une lésion organique de l'utérus, une maladie cancéreuse, dont le début ne saurait être précisé. Les femmes vivent longtemps avec un engorgement cancéreux de l'utérus, sans s'en douter; elles ne réclament les secours de l'art que lorsque la maladie fait des progrès. Il en est probablement ainsi chez cette malade. Les phénomènes généraux sont déjà prononcés, et vont s'accroître si on n'y porte promptement remède. La maladie cancéreuse a commencé par la cavité du col, et présentement elle se manifeste au dehors.

Y a-t-il un vrai cancer, un encéphaloïde, par exemple, ou une production épithéliale, c'est-à-dire une maladie locale plutôt cancroïde que cancéreuse et détruisant l'organe sur place? C'est une question difficile à résoudre : il conviendrait de faire examiner au microscope un fragment de cette tumeur.

Notre diagnostic se résume donc dans l'admission d'une tumeur de mauvaise nature du col de l'utérus, dans le cancer du pathologiste, en réservant la question du vrai cancer et du cancroïde.

Cette maladie est grave, elle tend à gagner de proche en proche et bientôt à agir sur tout l'organisme. Dans le cas actuel, elle trouble les fonctions de l'organe et porte obstacle à la fécondation. Elle donne lieu surtout à un pronostic très-sérieux, parce qu'elle menace la vie de la malade par les hémorrhagies et par les progrès incessants qui tiennent à sa nature, par un danger prochain et un danger éloigné.

Arrivons à la question du traitement. J'ai prononcé le mot cancer, je dois ajouter le mot récidive. Celle-ci est surtout fréquente à l'utérus, parce qu'on n'enlève pas le siége total de la maladie, mais qu'on taille dans l'organe pour enlever les parties qui paraissent lésées. L'opération est utile dans le cancroïde.

Dans le cas actuel, le chirurgien ne saurait se borner aux astringents, aux hémostatiques; il doit intervenir activement et détruire sur place ou enlever le mal. Bien qu'on ait abusé de cette opération depuis qu'elle a été introduite dans la pratique par Osiander et Dupuytren, elle peut offrir des ressources qui, dans ce cas, doivent être utilisées.

Pourrait-on, par le caustique, détruire la maladie? Le caustique de Vienne aurait des inconvénients, le chlorure de zinc ne convient pas, parce qu'il exige préalablement la dénudation de la surface malade. Mieux vaudrait recourir à l'instrument tranchant, abaisser le col et reséquer. Cette opération serait justifiée par la fréquence et la gravité des hémorrhagies; comme les ganglions iliaques sont sains, il ne serait pas impossible de guérir cette femme par une telle opération. On pourrait, en outre, employer la cautérisation par le fer rouge, après l'excision des parties altérées. Ce moyen est efficace comme antihémorrhagique. M. Michon cite l'exemple d'une dame chez laquelle il l'appliqua onze fois. — Le traitement devrait être complété par l'administration d'aliments et de remèdes toniques destinés à combattre la chloro-anémie.

Deuxième malade. — C'est un jeune homme de 17 ans, exerçant la profession de cordonnier, issu de parents pauvres et ayant vécu au milieu des privations et dans une habitation basse et humide. Ce malade dont l'aspect est blême, le teint décoloré, ne présente pas de glandes engorgées, mais son facies et un certain écartement des angles de la mâchoire font soupçonner un tempérament lymphatique. Il n'a pas eu d'affection rhumatismale, et les questions qui lui ont été adressées éloignent l'idée d'une affection syphilitique.

Il est atteint d'une maladie du poignet et de l'avant-bras gauche.

Les causes de cette affection n'ont pu être précisées par le malade. Il n'a point fait de chute, n'a pas reçu de coup, n'a point fait d'efforts, et ne signale aucune action locale occasionnelle qui ait pu déterminer cette lésion. C'est donc une maladie spontanée.

Le volume de l'avant-bras, à sa partie inférieure, est assez considérable, il présente 4 centimètres de plus que celui du côté opposé, et le gonflement ne s'étend pas jusqu'à la main. Celle-ci ne semble pas s'articuler avec les os de l'avant-bras, à cause de la différence de niveau qui existe entre sa face dorsale et celle de l'avant-bras. Le radius et le cubitus surmontent la main en arrière et forment un relief qui se termine presque brusquement au-dessus du poignet. Il n'en est pas ainsi à la face palmaire.

Si l'on imprime des mouvements à la main, on n'entend ni bruit ni frottement. Le malade peut lui-même exécuter ces mouvements, mais il ne le fait qu'avec peine, parce que les muscles extenseurs compris en partie dans le siége du mal sont peut-être altérés dans leur structure, ou tout au moins gênés dans leur mécanisme.

L'examen immédiat de la partie tuméfiée excite de la douleur à la pression. Le tissu cellulaire de l'avant-bras est engorgé, mais on ne constate de la fluctuation qu'à la partie interne. Directement en arrière existe un orifice en cul de poule, qui laisse suinter du pus et dont on augmente l'écoulement par la pression.

Un stylet introduit par cet orifice donne la sensation de la consistance d'un os nécrosé; si on dévie, on introduit l'instrument explorateur plus profondément, et l'on ne tarde pas à distinguer une autre résistance.

Le résultat de ces explorations suffit pour permettre d'établir que ce jeune homme est atteint d'une nécrose de l'extrémité inférieure du radius. La nécrose occupe, disons-nous, l'extrémité inférieure de l'os, mais non l'épiphyse qui n'est pas soudée, et qui heureusement protége l'articulation.

Le cubitus est sain, c'est-à-dire non nécrosé, mais il a subi une lésion relative à son siége ou à sa position, et a été entraîné en arrière par le radius, avec lequel il est articulé. Il résulte des rapports pathologiques dans lesquels se trouvent les deux os de l'avant-bras par le fait de cette lésion, que les mouvements de pronation et de supination sont gênés. Le gonflement du radius, en remplissant l'espace interosseux, apporte un obstacle nécessaire à l'accomplissement de ces mouvements.

Quant à l'articulation radio-carpienne, elle est saine.

L'évolution de la maladie peut être actuellement déterminée. Nous ne trouvons pas de cause directe; mais il existe une diathèse lymphatique qui sans doute détermine plus souvent la carie, mais qui peut aussi produire la nécrose. Les conditions au milieu desquelles a vécu notre malade l'ont exposé à une périostite. Celle-ci a son tour s'est terminée par la nécrose. Il y a eu douleur, gonflement, puis de la fièvre est survenue; il s'est formé un premier abcès, lequel ouvert par un coup de bistouri a donné naissance à un trajet fistuleux, à une espèce de cloaque en communication avec la partie nécrosée. Il y a actuellement un second abcès qui se terminera, comme le premier, par une communication avec l'étui qui contient le séquestre invaginé. La nature a déjà travaillé à la formation d'un os nouveau, et l'on distingue la trace de ses efforts réparateurs; lorsque l'os nécrosé sera sorti, le nouvel os reviendra sur lui-même. Cette maladie suit la marche ordinaire des nécroses et ne se distingue que par son siége à l'extrémité inférieure du radius, ce qui est rare. Les os de l'avant-bras sont eux-mêmes rarement nécrosés.

Abandonné à lui-même, ce malade ne guérirait pas, l'inflammation se communiquerait à l'articulation, et alors ce ne serait pas par l'extraction des séquestres, mais par l'amputation, qu'il faudrait résoudre la question.

M. Michon termine en examinant le traitement qu'il convient de suivre; une alimentation tonique lui paraît indispensable; il conseille aussi des remèdes antiscrofuleux, et quant aux moyens locaux, il lui paraît que le parti le plus raisonnable consisterait à faire sur la partie malade des incisions dirigées de manière à ménager les vaisseaux et les muscles et à fendre le nouvel os pour favoriser l'extraction du séquestre qui devrait être saisi avec des pinces. Seulement, il faut encore temporiser avant d'en venir à cette opération, afin de laisser à la portion nécrosée encore adhérente le temps de se détacher, ce qui faciliterait son extraction.

IV. — M. Robert. — Affection strumeuse de la hanche. — Abcès symptomatique. — Affection syphilitique secondaire. — Amblyopie.

Le premier malade dont j'ai à vous entretenir est une jeune femme admise à l'hôpital de la Charité. Cette femme, âgée de 21 ans, d'une constitution lymphatique et sanguine, douée d'un certain embonpoint et à chairs fermes, ne présente pas d'antécédents pathologiques remarquables. Réglée depuis l'âge de 13 ans, elle a été depuis lors régulièrement menstruée. Elle a eu un enfant il y a trois ans. Interrogée sur l'état des principales fonctions, elle a déclaré n'éprouver aucun dérangement, elle est seulement sujette à s'enrhumer et tousse assez fréquemment en hiver, bien que dans son facies, rien n'annonce une prédisposition tuberculeuse.

Il y a environ deux ans que cette malade a ressenti une douleur sourde à la région ischiatique droite, douleur dont l'existence ne se manifestait qu'à la pression ou pendant la station assise, surtout quand celle-ci était prolongée. Il y a cinq mois qu'elle s'est aperçue par hasard d'une tumeur indolente développée à la partie postérieure de la cuisse du même côté. Remarquons immédiatement ces deux symptômes prédominants, douleur et tumeur, nous aurons plus tard à rechercher leurs rapports. La douleur est profonde; elle a son siége à la partie postérieure et inférieure de la fesse, la pression l'exaspère. Dans le point où elle se fait sentir, il n'y a pas de gonflement manifeste, il n'y a qu'un empâtement profond. — La tumeur proprement dite est placée plus bas, elle occupe surtout le tiers moyen de la partie postérieure de la cuisse en s'étendant en bas jusqu'à deux travers de doigt au-dessus du pli poplité. Sur les côtés, la tumeur est assez exactement limitée, mais en haut, elle n'a que des limites apparentes, en réalité elle est comme continuée par une partie médiocrement soulevée, mais restreinte, et s'étendant jusqu'au pli fessier. Cette tumeur, qui est sans changement de couleur à la peau, présente le volume de deux poings. Sa consistance est homogène, on y distingue de la fluctuation, elle est dépourvue de transparence et n'est le

siége d'aucune douleur. Sa présence ne paraît pas entraîner de dérangement fonctionnel. Les muscles fléchisseurs de la jambe ne sont pas rétractés; elle n'exerce pas de pression sur le nerf sciatique, aussi la malade n'éprouve pas d'engourdissement; elle n'exerce pas de compression sur les troncs veineux, aussi n'observe-t-on pas d'œdème autour des malléoles ni dans aucun point du membre inférieur.

Les régions circonvoisines ont été explorées attentivement, mais je n'ai pu constater aucune autre lésion. Rien du côté de la hanche, dont les mouvements s'exécutent librement; rien dans la région iliaque dont les ganglions ne sont pas engorgés. Enfin la région du rachis n'est le siége d'aucune déviation ni d'aucune douleur révélée par la pression exploratrice.

Si nous recherchons actuellement les rapports entre les deux symptômes principaux que nous avons signalés, nous arrivons à considérer comme probable que la douleur réside dans la tubérosité sciatique ou dans les tissus voisins qui sont altérés.

Quant à la tumeur de la cuisse, pour déterminer ses relations avec cette lésion de la région ischiatique, il faut préciser sa nature.

Est-ce une tumeur cancéreuse, colloïde ou fibro-plastique? L'âge peu avancé de la malade, son teint, sa fraîcheur, excluent cette idée. En adoptant cette supposition, la tumeur serait ou dans sa période de crudité, et alors elle ne serait pas évidemment fluctuante, ou elle serait à sa période de ramollissement, et, dans ce cas, elle serait le siége de douleurs lancinantes que nous n'avons pas constatées.

Serait-ce un lipome? Il est de ces lipomes qui sont indolents, mous, presque fluctuants. Mais si on empoigne à pleine main ces sortes de tumeurs et qu'on les presse, on acquiert la sensation précise de leur disposition lobulée qui n'existe pas dans le cas actuel.

S'agit-il d'une tumeur liquide, d'un kyste, par exemple? non, car il n'y a pas de transparence, puis leur développement est plus lent et entièrement exempt de douleur.

La tumeur dont nous avons à déterminer la nature est un abcès non phlegmoneux, c'est un abcès froid. Ces sortes d'abcès sont tantôt idiopathiques, tantôt symptomatiques ou migrateurs. Dans ce dernier cas, la migration du pus est produite par l'influence de la déclivité; elle est favorisée par la disposition du tissu cellulaire, dans les interstices des muscles, le long des vaisseaux et des nerfs ou par la résistance et la pression des plans fibreux. — L'abcès froid de notre malade n'est pas un abcès idiopathique, car ces sortes d'abcès sont précédés par des engorgements circonscrits ou diffus, témoignage phlegmasique d'une altération locale au siége même de l'abcès.

Nous considérons cette tumeur comme un abcès symptomatique, sorte d'abcès qui dépendent presque toujours d'une lésion du squelette, des os ou des cartilages. Quelle est dans le cas actuel la source du pus? J'ai interrogé le rachis: rien n'autorise à penser qu'il vienne de cette région; d'ailleurs en comprimant les abcès par congestion qui viennent de cette région, on peut refouler une certaine quantité du pus qu'ils contiennent. L'exploration de la hanche et de la région sacro-iliaque éloigne aussi l'idée que le pus pourrait venir de ces points. Ainsi, en raisonnant par exclusion, c'est la tubérosité sciatique qui est la source de l'abcès par congestion; une périostite ou une ostéite s'est développée dans cette partie, du pus s'est formé, et il a fusé le long des interstices celluleux de la partie postérieure de la cuisse. Quelle cause a pu produire cette maladie? L'étiologie en est obscure; il n'y a pas eu de lésion physique accidentelle, et nous ne constatons pas des dispositions diathésiques. Serait-ce une tuberculisation de l'os? Rien ne motive cette pensée.

Malgré le bon état apparent de la malade, cette affection n'en est pas moins grave. Abandonnée à elle-même, la tumeur grossirait davantage, et puis s'ouvrirait après l'amincissement et l'ulcération de ses enveloppes. Si on en pratiquait l'ouverture artificielle, il pourrait survenir des phénomènes inflammatoires suivis de la décomposition du pus. Enfin il faudrait s'attendre aux phénomènes de la résorption. La prostration des forces, l'état fuligineux de la langue, le dévoiement, précéderaient une terminaison funeste.

Quel traitement faut-il adopter? Comme thérapeutique générale, il faut prescrire une bonne hygiène. Le séjour à l'hôpital est peu favorable à cette malade. L'iodure de potassium et l'huile de foie de morue sont les médicaments qui lui conviennent le mieux.

Le traitement local doit s'adresser d'abord à la lésion pathologique et consister en des révulsifs extérieurs. L'action du vésicatoire serait insuffisante. Il faut agir plus profondément par la production d'escarres. On les déterminera par le moxa ou par des cautères. Nous préférerions ceux qu'on produit avec la potasse caustique.

Le traitement local doit aussi s'adresser à l'abcès. Évacuer le pus est certainement l'indication la plus évidente. Lisfranc voulait qu'on ouvrît largement les abcès par congestion, et qu'on enrayât l'inflammation par de nombreuses applications de sangsues. M. Robert a vu quelques malades qui s'en sont bien trouvés; mais à cause de la constitution des malades, cette méthode débilitante est souvent fâcheuse. — Si en ouvrant l'abcès on parvient à le transformer en fistule, c'est un bon résultat, parce que le foyer se trouve alors réduit à ses plus petites dimensions, et que le pus nouvellement formé est incessamment évacué.

La manière d'évacuer l'abcès a beaucoup varié. Abernethy et Boyer le vidaient à petits coups, afin d'éviter l'inflammation. Cette méthode a quelques avantages. Mais à la deuxième ou troisième ponction, l'inflammation n'est pas évitée. Les accidents font alors explosion. On a conseillé une petite ouverture dans laquelle on engage un fil métallique, mais les résultats ne sont pas constamment favorables. M. Récamier veut qu'on fasse une ouverture de grandeur moyenne, et qu'on pratique ensuite une injection pour entraîner ce que contient la cavité de l'abcès. On peut aussi soutirer le pus partiellement, afin de donner lieu à une moindre perturbation. Dans ce même but, Dupuytren avait souvent employé la ponction oblique. M. Guérin préconise aussi les petites ouvertures, qu'il pratique d'après la méthode sous-cutanée. M. Robert veut qu'on ponctionne l'abcès avec un trois-quart, et qu'on évite l'inflammation du trajet de l'instrument, afin qu'elle ne se prolonge pas au sac pyogénique. Il recommande, dans ce but, le repos et un bandage compressif, ou réitère ensuite la ponction. Malgré cela, le trajet peut s'enflammer; mais la phlegmasie est moins intense quand il y a une petite ouverture. Pour modifier le caractère de cette phlegmasie, on pourrait recourir aux injections iodées, qui ont l'avantage de provoquer des sécrétions plastiques.

Deuxième malade. — C'est un homme âgé de 37 ans, exerçant la profession de mineur. Ses yeux sont bruns, ce que l'on considère comme une prédisposition à l'amaurose. Ses antécédents pathologiques sont assez variés. Il a été affecté de la gale; il a eu plusieurs fois des hémorrhoïdes; il a été aussi atteint de blennorrhagie, et il y a deux ans, il a eu un chancre. Ce chancre a été d'abord négligé, bien qu'il présentât le caractère d'induration. Plus tard, il a été soigné en province par l'administration des mercuriaux. Le malade raconte, en outre, qu'il y a environ treize mois il reçut un éclat de mine à la face. La vision ne fut pas perdue, mais il dut y avoir une inflammation intense, à en juger par le traitement énergique qui fut employé. Depuis lors, le malade a éprouvé de fréquents maux de tête avec douleur circumorbitaire. La vue du côté droit s'est affaiblie, un nuage s'est formé, mais sans mouches volantes. L'œil gauche est également faible, mais à un moindre degré.

Cet état est, comme on le voit, assez complexe. Un fait principal est à noter, c'est l'existence, à la partie gauche du prépuce, d'une ulcération aplatie reposant sur une base indurée. Il existe à l'aine droite quelques ganglions indolents, et à l'aine gauche des ganglions indurés. Cet homme étant arrivé à l'époque où se développent les symptômes secondaires de la syphilis, il a fallu examiner les parties qui sont ordinairement affectées dans cette période. La peau ne présente qu'un petit nombre de boutons. A la poitrine il y a quelques éphélides. Le malade est atteint d'alopécie, mais on ne saurait affirmer qu'elle soit de nature syphilitique, car les ganglions cervicaux postérieurs ne sont pas engorgés. L'isthme du gosier est exempt de lésion syphilitique; il n'y a rien dans le système osseux; ainsi, nous ne constatons qu'un chancre ancien, sans manifestation syphilitique générale bien caractérisée.

Arrivons à spécifier l'état des yeux. A l'œil droit, rien n'est apparent à l'extérieur, ni à la conjonctive ni à la cornée. L'iris conserve sa coloration. La pupille est régulière et immobile, mais cette immobilité ne tient pas à un état idiopathique de l'iris. L'aire de la pupille présente une teinte blanchâtre dont l'apparence nacrée rappelle celle de la cataracte capsulaire; mais outre que cette espèce de cataracte est rare, le siége de la coloration que nous observons paraît profond; l'épreuve des images d'une bougie, faite d'après les préceptes de Purkinje et de Sanson, donne deux images appréciables. Le corps vitré est sain; c'est donc au fond de l'œil qu'il faut rapporter le siége de l'altération; il y a en, selon toute probabilité, une phlegmasie profonde, des dépôts plastiques consécutifs, et plus tard incapacité fonctionnelle de la choroïde et de la rétine. Ce malade présente à l'œil droit l'état connu sous le nom d'*œil de chat amaurotique*.

A l'œil gauche, pas de lésion apparente, mais la vision est confuse; le malade n'y voit pas plus le soir qu'au soleil. La pupille est à un degré moyen de dilatation; il existe de la douleur circumorbitaire. Nous retrouvons ici les caractères d'une amblyopie.

On ne saurait fonder un grand espoir sur l'état de cet homme. L'amaurose du côté droit n'est pas torpide, elle n'est pas non plus congestive, ou la congestion est faible; du côté gauche, l'amblyopie a le même caractère. Ce trouble visuel, selon toutes les probabilités, est influencé par l'affection syphilitique; ce caractère seul donne un aspect moins défavorable à la maladie.

Le traitement doit consister en des moyens locaux et des remèdes internes. Les moyens locaux seront pris parmi les antiphlogistiques et les révulsifs. Les agents médicamenteux qui conviendraient le mieux seraient les anti-syphilitiques. Il faudrait préférer les mercuriaux à l'iodure de potassium.

V. — M. Nélaton. — Maladie chronique de l'épaule, — collection synoviale. — Abcès de la jambe.

Notre premier malade est un homme dans la force de l'âge, 35 ans, d'une taille assez élevée et dont le système musculaire est développé. Il exerce la profession de cordonnier. Cet homme raconte qu'il y a trois ans, pendant un mouvement énergique d'élévation du bras, une douleur vive se fit sentir dans l'épaule droite. Il n'interrompit pas son travail, mais il déclare explicitement que la douleur dont il se plaint ne s'est montrée qu'à l'occasion de ce mouvement, qu'il put encore travailler pendant deux ans, et qu'alors il fut obligé de suspendre ses occupations ou du moins de se borner à un travail peu fatigant. Depuis six mois, la gêne du mouvement de l'épaule ayant augmenté et la douleur étant devenue plus intense, il a été obligé de supprimer tout mouvement et de soutenir son membre par un appareil de suspension auquel est annexé un coussin sous-axillaire retenu par un double lien croisé sur l'épaule. Bien qu'il ait éprouvé, dit-il, un certain soulagement par l'emploi de cet appareil, il s'est vu obligé de venir à l'Hôtel-Dieu réclamer les secours de l'art.

Voici son état actuel.

Il existe une déformation notable dans toute la région de l'épaule. Cette déformation porte en effet sur l'épaule, la poitrine et le bras. Le côté malade est

aminci et comme atrophié, ce qu'on reconnaît par la comparaison des muscles pectoraux du deltoïde et des muscles du bras, avec ceux du côté opposé. J'ai voulu voir si l'atrophie portait sur la cavité même du thorax, ce que j'ai souvent constaté dans les cas de paralysies ou luxations congéniales, mais cette diminution de l'ampleur du thorax n'existait pas chez notre malade. En examinant de plus près l'épaule affectée, on trouve l'acromion saillant, l'extrémité supérieure de l'humérus déformée, plus volumineuse qu'à l'ordinaire, surtout en avant, comme si des stalactites osseuses superposées dans ce sens accroissaient ses dimensions. Dans ce point, l'os est irrégulier et anfractueux; mais j'affirme qu'il occupe sa place normale. En relâchant le deltoïde par la projection du coude en arrière, et en plaçant le pouce sous l'acromion, si on imprime un mouvement à l'humérus, on sent la tête remuer. Ces mouvements doivent être étudiés. Le bras ne peut se porter en dehors qu'avec difficulté. Dans ce cas, le mouvement ne se fait qu'en partie dans l'articulation; c'est plutôt un déplacement en masse de l'épaule. En fixant l'omoplate, le mouvement d'abduction est presque impossible. En même temps qu'on constate ces dérangements organiques ou fonctionnels du côté de l'articulation scapulo-humérale, on distingue une autre série de symptômes. Il existe en avant et au milieu de la région une tumeur ovoïde à grand diamètre vertical, ayant 8 centim. de hauteur et étendue du sommet de l'apophyse coracoïde vers le tiers moyen de l'humérus. Cette tumeur est molle et fluctuante, caractère perceptible de haut en bas et d'un côté à l'autre.

En résumant et en interprétant ces symptômes, il est incontestable qu'il s'agit d'une affection articulaire par altération simultanée des os et des ligaments. Quelle est l'affection des os? Nous n'avons acquis aucune information précise sur l'existence antérieure d'une affection syphilitique : on ne saurait donc admettre son influence; il ne s'agit pas d'ailleurs d'une exostose, car il n'y a pas de douleur à la pression, signe constant, sauf dans quelques cas, d'exostoses éburnées; il n'y a pas non plus de douleurs nocturnes.

Comment donc une affection si importante a-t-elle pu se développer après la cause si légère que nous avons signalée? Il y a dans la science plusieurs faits qui prouvent que pendant des mouvements brusques ou énergiques les muscles ont opéré l'arrachement des parties osseuses sur lesquels ils prennent insertion. Ainsi, on a vu des individus, pendant un mouvement brusque d'élévation et d'abduction du bras, s'arracher une parcelle de l'humérus à l'insertion deltoïdienne. Ce fait a été vérifié par l'inspection anatomique.

Y a-t-il analogie entre ce fait et l'état actuel? Le muscle sus-épineux, pendant l'élévation du bras, n'aurait-il pas produit un arrachement partiel de l'apophyse humérale? Ce serait possible; c'est la seule cause que j'entrevois, sans pouvoir affirmer sa réalité. Cette parcelle osseuse, ainsi détachée, aurait été la cause locale et constante du travail pathologique dont l'articulation a été le siége. Cette explication de la tuméfaction de la tête humérale me paraît plus rationnelle que l'admission d'une de ces tumeurs osseuses à caractères douteux, de ces enchondromes, de ces exostoses cartilagineuses décrites par certains auteurs modernes. La marche assez rapide de la maladie ne fait pas supposer l'existence de ce genre de lésions; je ne crois pas non plus à une nécrose spontanée centrale.

Quant à la tumeur molle et fluctuante dont nous avons parlé, son caractère de tumeur liquide n'est pas douteux. Ce n'est pas cette fausse fluctuation des tumeurs molles encéphaloïdes qu'on rencontre ici; ce sont les signes d'une collection de liquide. Il est possible qu'il soit épanché dans une gaîne tendineuse, au niveau du repli de l'insertion humérale du grand pectoral, ou dans la bourse séreuse sous-deltoïdienne, ou dans la gaîne séreuse dans laquelle joue le tendon de la longue portion du biceps. Le siége de la tumeur me porterait à adopter cette dernière opinion, bien qu'elle ne soit pas exempte de quelques doutes. Si j'avais eu plus de temps, j'aurais cherché à déterminer d'une manière plus précise si le liquide fuyait sous l'influence de la pression du côté de la cavité articulaire. Relativement à la nature du liquide épanché, je ne crois pas que ce soit du pus, bien qu'un abcès froid eût pu se développer, malgré l'âge et la constitution du malade. Nous n'y retrouvons pas non plus les caractères d'une tumeur hydatique, encore moins ceux des tumeurs musculaires qui peuvent être syphilitiques ou encéphaloïdes. Tout me porte à penser qu'il s'agit d'une hydropisie de la gaîne séreuse bicipitale.

Envisagée sous le rapport du pronostic, cette affection, dans laquelle nous voyons une ankylose incomplète avec des muscles atrophiés, nous permet de croire que les mouvements déjà compromis seront probablement perdus. Quant à la tumeur, elle aura de la tendance à s'accroître, gagnera du côté du bras et apportera du trouble dans le reste des mouvements.

C'est surtout vers la guérison de la tumeur que doivent tendre les moyens thérapeutiques. Que faire? Quels moyens choisir entre ceux qui sont proposés pour des tumeurs de ce genre? On pourrait inciser la tumeur et la faire suppurer; il est possible d'obtenir ainsi la guérison, mais l'opération ne serait pas exempte d'inconvénients. Il y a là des organes importants à ménager; il faut que l'inflammation ne soit pas trop intense, la suppuration pourrait amener la nécrose du tendon du biceps et gêner ses contractions; c'est donc un moyen à rejeter. L'introduction dans la tumeur d'une aiguille courbe dirigée de haut en bas et entraînant une mèche, ne serait pas non plus sans danger. Il résulte de ce genre d'action des inflammations quelquefois très-sérieuses; j'ai vu, dans un cas de tumeur séreuse thyroïdienne, un fil traversant la tumeur en guise de séton, entraîner un phlegmon diffus du cou, qui se termina par la mort. D'autres chirurgiens ont constaté des désordres graves à la suite de l'emploi de ce moyen dans des hydrocèles. Dans le cas actuel, si un phlegmon diffus se développait, les accidents en seraient formidables. Le moyen thérapeutique que je préférerais serait la ponction suivie d'une injection. Divers liquides ont été proposés pour faire des injections dans les kystes ou les tumeurs séreuses. On sait que les injections vineuses ont joui pendant longtemps d'une grande vogue. Depuis les recherches d'un de nos juges, les injections iodées sont généralement préférées. Celles-ci occasionnent moins de douleur et moins de phénomènes de réaction. Les injections vineuses sont oblitérantes, tandis que les injections iodées permettent le rétablissement de la cavité lorsque l'espèce d'épanchement qu'elles ont déterminé est résorbé. Ici leur usage serait d'autant plus utile qu'en évitant les adhérences on conserverait les mouvements du tendon du biceps.

Deuxième malade. — C'est un jeune homme de 14 ans, d'un aspect cachectique, que nous avons trouvé dans l'une des salles de l'Hôtel-Dieu couché dans le décubitus dorsal avec inclinaison sur le côté externe du corps et surtout du membre inférieur affecté. Dans un point de ce membre existaient les apparences d'un phlegmon.

Ce jeune malade nous a déclaré s'être bien porté jusqu'au moment de l'origine de l'accident qui, dit-il, l'a conduit à l'hôpital. Il rapporte la cause de son mal à un coup de pied de cheval qu'il aurait reçu il y a trois mois sur la partie supérieure et antérieure de la jambe gauche. Était-ce le fer du cheval qui l'avait frappé? Sa réponse a été douteuse. Même embarras pour spécifier quel était exactement le point précis du membre sur lequel le coup avait porté. Les doutes de ce malade ayant soulevé les miens, j'ai voulu préciser davantage mes questions, et les réponses de ce jeune homme sont devenues si vagues et si incomplètes qu'il a fini par déclarer qu'il n'était pas bien sûr que le coup de pied de cheval eût été dirigé sur la jambe malade. J'ai donc abandonné ce genre de renseignement pour m'en rapporter à des faits plus récents.

Depuis huit jours environ, une douleur vive s'est fait sentir vers le haut de la jambe gauche, le malade la rapportait au pourtour de la rotule et à la jointure en l'examinant avec soin, j'ai reconnu vers la région indiquée, et surtout un peu en dessous du genou, une notable tuméfaction. La peau est lisse, tendue, chaude, le gonflement se propage un peu vers la partie inférieure du membre, il existe de l'œdème autour des malléoles. Au-dessus du foyer principal de la maladie, le genou paraît volumineux et arrondi, la cuisse est plus développée qu'à l'ordinaire. Vers le haut de la jambe, les parties conservent un peu l'empreinte du doigt.

Il existe une collection purulente en haut et en dedans de la jambe étendue en avant et en arrière, de manière à occuper un espace de 8 centimètres de rayon.

J'ai exploré l'articulation du genou, mais je n'ai pas trouvé d'épanchement. Les mouvements de flexion et d'extension qui sont imprimés à cette articulation ne déterminent même pas beaucoup de douleurs.

J'ai dû examiner les lymphatiques du membre affecté, ils ne présentent pas les traces d'une inflammation très-caractérisée. Néanmoins les ganglions inguinaux sont douloureux, et en suivant de la main leur trajet à la région interne de la cuisse, on rencontre des cordons légèrement noueux et sensibles.

En résumé, il existe un abcès étalé en haut et en dedans de la jambe. Cet abcès déborde le tibia, mais il y a intégrité de l'articulation, malgré le voisinage du foyer morbide.

Le point important à étudier est le pronostic par rapport à l'état du tibia et aux suites possibles de sa dénudation. Je ne doute pas que dès demain on ne fasse une large incision. A l'issue du pus, le tibia sera peut-être dénudé dans une grande étendue. Dans ce cas, que faut-il augurer de l'état ultérieur? On serait porté à admettre des suites graves; je ne dirai pas qu'il n'en est rien, mais des suites fâcheuses ne sont pas inévitables. La dénudation des os longs, dans une étendue considérable, n'amène pas nécessairement leur nécrose profonde. J'ai vu un cas dans lequel le fémur plongé au milieu d'un vaste abcès de la cuisse avait été dénudé dans toute la hauteur de son corps. Il avait été question de pratiquer l'amputation. Un avis prudent fit ajourner l'opération; il n'y eut qu'une nécrose des couches superficielles, une sorte d'exfoliation qui retarda la guérison, mais qui ne l'empêcha pas. Ainsi nous ne concluons pas à la mortification nécessaire du tibia. Si cet os est dénudé, que son périoste soit détruit, des bourgeons charnus se développeront au bout d'un certain temps sur les points de l'os ainsi dénudé, et le développement de ces granulations sera le début d'un travail réparateur que la guérison suivra sans doute.

Quant au traitement, il est très-simple; il consiste à donner issue au pus par une grande incision, à diminuer l'inflammation par l'emploi local des émollients, et à favoriser par des pansements convenables la terminaison que nous avons signalée.

BIBLIOGRAPHIE.

Guide théorique et pratique pour la guérison des hernies, ou nouveaux moyens a l'aide desquels tout malade peut juger de son état, diriger son traitement, éviter les rechutes et se soustraire aux accidents consécutifs de cette maladie; par M. Cresson d'Orval. — In-8° de 224 pages, avec planches. — Paris, 1850, chez l'auteur et chez Labé, libraire, 4, place de l'École-de-Médecine.

Toutes les branches de la médecine, la chirurgie plus qu'aucune autre,

les spécialités par-dessus tout, comptent fatalement un certain nombre de livres dits *populaires*, dont le vrai but, à travers les ambages plus ou moins polis de la forme, est d'enseigner au malade à se passer de médecin. Pour ces productions, en général, nous avons peu de sympathie; et l'on comprend que, science et profession, tout à l'envie doit porter le critique à ne les point voir de bon œil. Celui qui a pâli aux amphithéâtres on sur les livres supportera-t-il volontiers la pensée que, en quelques pages, on prétende rendre son notaire ou son marchand de vin aussi versé que lui dans l'art d'Hippocrate? Et si la confiance en soi augmentant chez le malade, celle qu'il avait en son docteur vient à décroître dans la même proportion, comment celui-ci s'arrangera-t-il de cette baisse, mot toujours malencontreux à quelque point de vue qu'on le considère?

Vous donc, auteurs qui briguez les faveurs du public, sachez que cette seule intention affichée équivaut à une déclaration de guerre à vos confrères, et craignez de dures représailles. — Malgré la modeste circonscription du cadre qu'il s'est choisi, M. Cressou d'Orval justifierait amplement ces remarques; car il n'écrit évidemment que pour les malades. « Suis-je parvenu, dit-il dans son avant-propos, au but que je me propose d'atteindre? Eux seuls en seront les juges. » Nous pourrions par conséquent nous munir d'un diplôme, et exempts de hernie, lui demander bien haut à quel titre il veut que nous nous occupions de son opuscule.... Mais ce serait mal reconnaître l'hommage qu'il a bien voulu nous en faire. Le livre d'ailleurs, à part le vernis obligé d'un pittoresque parfois légèrement emphatique, offre un intérêt réel, et nous rendrait inexcusable de procéder aussi sommairement envers l'estimable confrère qui l'a enrichi de son expérience consommée. Voyons donc comment il comprend, comment il enseigne la pratique herniaire, cette intéressante subdivision des sollicitudes chirurgicales.

Pour mettre le malade à même de se traiter, la première chose à faire était de lui apprendre à quoi il reconnaîtra son état. M. d'Orval a consciencieusement suivi cette marche, la seule rationnelle. Il présente donc d'abord, dans une série lucidement enchaînée de propositions didactiques, la définition des hernies, leurs espèces quant à l'ouverture qu'elles traversent et quant à leur composition, leurs causes, les symptômes locaux et généraux qu'elles engendrent, les complications dont elles peuvent s'accompagner. Dans ce tableau, le médecin ne trouvera, il est vrai, rien à gagner, mais du moins il n'y trouvera non plus rien à reprendre. Ce n'est pas un faible labeur que celui de rendre la science claire et facile pour ceux qui en ignorent les premiers éléments; et nous désirerions que le résultat de ce travail fût plus utile, afin d'en féliciter l'auteur encore plus sincèrement. Mais tel qu'il est, avec la pensée qui l'a inspiré et le but qu'il se propose, cet aperçu nous paraît bien capable de rectifier des erreurs et de répandre quelques vérités. — Peut-être, cependant, l'anatomie eût-elle pu recevoir des développements plus étendus. Un médecin se figure mal et compâtit à peine aux efforts dont un homme du monde a besoin pour comprendre, à la seule lecture, la description d'un organe. Que sera-ce s'il s'agit d'une région aussi compliquée, aussi doublée d'enveloppes, de fascias, de tuniques, d'aponévroses que les canaux herniaires? Ici donc un peu plus de prolixité n'était tout juste qu'indispensable. Qui, par exemple, devinerait la situation, le rôle du péritoine à cette mention: « Aucune portion des viscères, à quelques exceptions près, ne s'échappe sans emporter avec elle la membrane péritonéale dont elle est recouverte. Cette membrane, à laquelle on donne le nom de péritoine, possède une texture tellement extensible que, sans se rompre, quel qu'en soit le volume, elle se prête à l'entraînement des parties poussées au dehors des ouvertures naturelles. « Mettez cette description entre les mains d'un chirurgien, et il aura bien de la peine à voos dire si l'auteur a voulu ici parler de la tunique séreuse particulière de l'intestin, ou de l'épiploon, ou du sac proprement dit. Quant au lecteur étranger à la médecine, tout ce qu'il en retiendra, c'est que la membrane péritonéale s'appelle péritoine. — Je sais bien que plus tard, page 119, se trouve une indication plus détaillée de la progression des viscères et de la formation du sac. Mais il n'est jamais trop tôt pour expliquer ce dont on parle de manière à le faire reconnaître d'emblée; et je persiste à conseiller à M. d'Orval pour sa prochaine édition, un paragraphe supplémentaire pour la description plus détaillée du péritoine.

En abordant la partie thérapeutique on sent, dès la première page, que l'auteur est plus à l'aise. Comme tout homme bien pénétré de son sujet, il ne fatigue pas, parce qu'il ne craint plus de fatiguer. Tout coule de source, tout est méthodique, instructif, attachant. Bien que toujours élémentaires, les notions qu'il développe sur le perfectionnement graduel et successif des bandages ont le double avantage d'offrir l'historique fidèle du passé et de conduire naturellement l'esprit à pressentir ce qui manquait aux mécanismes anciens et ce qu'il a fini par y ajouter. Pour le dire en un mot, c'est la substitution des pelotes *en caoutchouc à air* à celles garnies de laine ou de bourre, que M. d'Orval cherche surtout ici à justifier et à faire prévaloir. Rien de plus rationnel que la comparaison qu'il établit entre ces deux systèmes. Les moyens de remplissage autrefois employés se tassent, s'agglomèrent, se décomposent par les macérations que ces substances éprouvent à la longue. Fraîche, légère, au contraire, la pelote élastique à air offre surtout le précieux avantage de fournir une compression en même temps modérée et incessante. Si elle cède à son centre sous une impulsion accidentellement plus forte des viscères, l'air qu'elle contenait n'est que déplacé. Chassé par cet effort vers la circonférence de la pelote, il tend aussitôt à reprendre sa place, et rétablit ainsi la pression presque immédiatement après qu'on avait pu la croire vaincue. C'est un va-et-vient, une série d'actions et de réactions, une lutte toute pacifique, une succession de tendances imparfaites à la hernie et de réductions très-parfaites, d'où résulte une contention complète sans nécessiter le déploiement d'une force capable de léser les tissus sur lesquels porte son agent.

Si l'idée-mère paraît au-dessus de toute critique, il n'en est pas de même de l'exécution. M. d'Orval craignant, dit-il, « que l'air renfermé dans les pelotes pût à la longue s'altérer, y a suppléé par un mécanisme *assez ingénieux....* » Il consiste à renouveler l'air dans la pelote. Mais tout ingénieux qu'il puisse sembler à l'inventeur, ce mécanisme est en réalité fort compliqué. Il exige un bouchon à écrou sur l'écusson, une clef, une pompe foulante et aspirante, et enfin une manœuvre dont tout le monde ne saurait prendre aisément l'habitude.

A voir le soin que l'auteur met à recommander l'insufflation de la pelote en place, on reconnaît qu'il la considère comme une précieuse condition de réussite. Mais pourquoi? Est-ce à cause de l'*altération* possible de l'air? Non! L'air hermétiquement emprisonné ne se décompose point, et même cela arrivât-il, le gaz qui en résulterait ne le remplacerait-il pas alors sans désavantage dans son office de corps comprimant?— Non; la véritable raison, c'est que l'air enfermé s'échappe à la longue, et en second lieu, qu'il est bien préférable de remplir la pelote sur place, parce qu'on peut alors graduer selon les cas la quantité de fluide qu'on y insuffle. Or ces deux objets seront aisément atteints par l'emploi du caoutchouc *vulcanisé*, que nous nous étonnons de ne pas voir nommer par M. d'Orval. En effet cette préparation donne aux parois de la pelotte une imperméabilité permanente que nous avons eu plus d'une fois l'occasion de constater. Et quant à la manière de distendre la poche en caoutchouc, on y parviendra sans l'embarrassant attirail de pompe et de clef, en prolongeant la cavité de la pelote dans un long tube de même substance, par lequel le malade pourra lui-même souffler jusqu'à ce qu'il sente la contention portée à un degré suffisant. Le tube, après qu'on l'aura lié à son extrémité, sera ensuite enroulé autour du bandage.

En indiquant à l'imagination de l'auteur ces simplifications, nous ne prétendons pas qu'elles doivent d'emblée prendre rang dans la pratique telles que nous venons de les esquisser. C'est un germe à féconder; et nous ne pouvions, dans l'intérêt de son avenir, le confier en plus sûres mains qu'à celles du médecin à qui appartient l'initiative de si judicieux perfectionnements dans cette branche.

Bien que ce soit là l'objet principal du livre de M. d'Orval, d'autres points relatifs à l'histoire des hernies y ont aussi été traités. C'est ainsi qu'il compare, sous le rapport de la pureté, les divers systèmes de bandages, les ceintures, les brayers, ceux dits anglais. Une autre vue également pratique le conduit à examiner quelle est l'influence que les différentes attitudes du corps et les mouvements les plus usuels exercent soit sur la hernie, soit sur la fixité du bandage. Les malades et les médecins auront les uns et les autres à profiter de cette étude, très-approfondie, et dans laquelle l'auteur n'a pas craint d'affronter la satiété pour dire tout ce qu'il savait d'utile. — Enfin il insiste tout particulièrement sur les précautions que le malade aura à prendre pour quitter peu à peu le bandage lorsqu'il croit avoir obtenu la guérison radicale de la hernie.

Tout ceci ressort rigoureusement de la compétence spéciale que l'auteur s'est assignée; et ces divers conseils seront lus et appliqués avec un avantage incontestable par les malades. Peut-être n'en pourrait-on dire autant de la proscription qu'il lance contre les tentatives faites pour guérir radicalement les hernies par une opération. En effet, quoique le passé puisse, jusqu'à un certain point, faire douter de l'avenir qui attend cette méthode, il n'est pas permis de méconnaître les résultats qu'ont déjà réalisé les scarifications *sous-cutanées*, ainsi que les espérances ouvertes par des procédés plus récents. D'ailleurs l'expérience seule pourra prononcer en dernier ressort sur le jugement que M. d'Orval exprime à cet égard. Mais il n'est pas besoin d'attendre ses enseignements pour apprécier l'avis qu'il émet, à quelques pages de là, sur une autre question. Parmi les accidents que les hernies peuvent produire, le plus grave est, à coup sûr, l'étranglement; mais c'est aussi celui sur lequel à la fois l'art a le plus de prise, et la temporisation l'effet le plus funeste. Il y a donc imprudence, avec quelques réserves qu'on y procède, d'indiquer, en si délicate matière, aux gens du monde la conduite à tenir *en attendant l'arrivée du médecin*. Malgré

toute la circonspection qu'il y pourra mettre, celui qui entrera dans ces détails assumera toujours une lourde responsabilité; car c'est tout à fait ici le cas où les remèdes *qui ne peuvent faire aucun mal* deviennent de tous les plus directement dangereux. Vingt-quatre heures perdues par le malade à essayer lui-même le taxis ne luiont que trop souvent coûté la vie. Sans rien désapprouver des règles que M. d'Orval émet sur ce chapitre, nous l'adjurons donc de les retrancher de son livre, dont elles déparent le caractère et compromettent l'utilité.

Nous avons encore à signaler un appendice contenant les préceptes à suivre pour l'application des pessaires en gomme élastique pure dans les déplacements de la matrice et du vagin. Avec ce guide les malades, fort insouciantes d'ordinaire sur ces incommodités, pourront du moins connaître les conséquences de leur état et aviser aux moyens d'y remédier.

P. Diday.

VARIÉTÉS.

— Programme des questions posées par l'Académie de médecine de Belgique. — Concours de 1847-1851. — « Exposer l'état de nos connaissances sur le lait. Déterminer, par des expériences nouvelles, l'influence qu'exercent sur la composition et sur la sécrétion de ce liquide animal, les différents genres d'alimentation et l'ingestion des matières médicamenteuses. »

Prix : Une médaille d'or de 1,500 fr.

Concours de 1849-1851. — Première question : « Déterminer, par l'observation et l'expérimentation, la part respective des centres nerveux sur les mouvements du cœur. »

Prix : Une médaille d'or de 800 fr.

Deuxième question : « Faire l'histoire des tumeurs blanches des articulations, en insistant particulièrement sur le traitement que réclame chacune de leurs variétés. »

Prix : Une médaille d'or de 1,000 fr.

Troisième question : « Faire connaître, d'après l'état actuel de la thérapeutique, les moyens d'éviter les amputations et les résections osseuses. »

Prix : Une médaille d'or de 400 fr.

Quatrième question : « Exposer l'état de nos connaissances sur la constitution chimique des différentes productions pathologiques, tant liquides que solides, et faire connaître, autant que possible, les caractères chimiques propres à les distinguer entre elles. »

Prix : Une médaille d'or de 800 fr.

Concours de 1850. — Première question : « Exposer les causes, les symptômes, le caractère et le traitement des maladies propres aux ouvriers employés aux travaux des exploitations houillères et métallurgiques du royaume. »

Prix : Une médaille d'or de 600 fr.

Deuxième question : « Exposer, d'après les faits acquis à la science, et, au besoin, par des expériences nouvelles, la théorie de l'intoxication par les surfaces de rapport.

» La pyoémie n'est pas comprise dans cette question. »

Prix : Une médaille d'or de 600 fr.

Troisième question : « Faire l'histoire de la maladie connue sous le nom de *pleuro-pneumonie épizootique*, en insistant plus particulièrement sur la recherche de ses causes et sur les meilleurs moyens d'en préserver les bêtes à cornes.

« Déterminer, au point de vue de l'industrie, de l'hygiène publique et de l'économie, le parti que l'on peut tirer, aux différentes périodes de la maladie, des animaux qui en sont affectés. »

Prix : Une médaille d'or de 800 fr.

Quatrième question : « Tracer l'histoire médicale des maladies charbonneuses en insistant sur les diverses formes qu'elles revêtent sur nos animaux domestiques, ainsi que sur la part que prennent dans leur évolution la culture, l'assolement d'une contrée et les productions cryptogamiques qui attaquent les plantes fourragères. »

Prix : Une médaille d'or de 600 fr.

Les mémoires en réponse à ces questions doivent être écrits en latin ou en français.

Leur remise devra avoir lieu :

Pour les questions du premier et du second programme, avant le 1er avril 1851, et pour celles du troisième, savoir :

Les deuxième et quatrième questions, avant le 20 mars 1852; la troisième avant le 20 mars 1853, et la première avant le 20 mars 1854.

Les mémoires manuscrits seront seuls admis aux concours; ils devront être adressés, francs de port, à M. le docteur Sauveur, secrétaire de l'Académie, au Musée, à Bruxelles. Les planches qui seraient jointes aux mémoires doivent être également manuscrites.

Les auteurs ne mettront point leurs noms à leurs ouvrages, mais seulement une devise qu'ils répèteront dans un billet cacheté, renfermant leur nom et l'indication du lieu de leur résidence. Ceux qui se feraient connaître, de quelque manière que ce soit, ainsi que ceux dont les mémoires arriveraient après les termes fixés ci-dessus, seront exclus des concours.

L'Académie informe MM. les concurrents :

1° Que ses membres, les correspondants exceptés, ne peuvent point prendre part aux concours;

2° Que les ouvrages couronnés seront imprimés dans le recueil de ses mémoires;

3° Que les auteurs de ces ouvrages auront droit à en obtenir gratuitement cinquante exemplaire, indépendamment de la faculté qui leur sera laissée d'en faire tirer en sus de ce nombre, en payant à l'imprimeur, pour chaque feuille, une somme dont le montant est fixé par le bureau d'administration.

Bruxelles, le 15 janvier 1851.

Le secrétaire de l'Académie, D. Sauveur.

— Société académique de la Loire-Inférieure. — Concours de 1851 : « Quelles peuvent être, pour Nantes, les conséquences de l'établissement du bassin à flot de Saint-Nazaire?

» Indiquer les moyens de rendre cet établissement le plus profitable possible aux intérêts de Nantes et de son commerce. »

Concours de 1852 : « 1° Histoire abrégée de la Bretagne, pour servir à l'enseignement élémentaire.

» 2° Essai d'une faune de la Bretagne. »

Une médaille d'or de 300 fr. sera décernée à l'auteur du meilleur mémoire sur chacune de ces questions.

Les mémoires devront être adressées franco à M. Talbot, secrétaire général de la société, avant le 15 juillet 1851, pour la première question; avant le 15 juillet 1852, pour les deux antres.

— La Société médico-chirurgicale de Bologne a mis au concours les questions suivantes :

« Des cachexies en général; »

spécialement rechercher si elles présentent entre elles des différences telles qu'elles puissent être soumises à une classification nosologique, et donner lieu à des déductions utiles à la pathologie et à la thérapeutique.

Les mémoires, écrits en langue italienne ou française, et en caractères lisibles, devront être adressés avant le 31 mai 1852, francs de port, au secrétaire de la Société; le nom de l'auteur inscrit dans un paquet cacheté, répétant l'épigraphe mise en tête du mémoire.

— Nous mettons sous les yeux de nos lecteurs les relevés statistiques suivants, communiqués à l'Académie des sciences par M. Ch. Dupin.

Un relevé officiel sur la mortalité de Lille pendant cinq années, où le résultat devait être un maximum, puisqu'elles contiennent une année de disette, une de choléra et deux de perturbation, donne les résultats suivants :

Naissances	11,819
Décès au-dessous de 5 ans	4,414
Survivants effectifs	7,405
Survivants pour 1,000 naissances au bout de 5 ans	6,265

Résultat qui, comparé à la moyenne de la mortalité constatée d'après les tables de M. Monferrand, donnait un chiffre de 467 morts d'enfants au-dessous de 5 ans par 1,000 naissances, en moins que dans la dernière moitié du dernier siècle.

— M. Golland, docteur en médecine à Saint-Jean-d'Angely, chirurgien militaire de première classe, est nommé chevalier de la Légion d'honneur.

— On lit dans le Times :

« C'est avec regret que nous annonçons qu'une terrible épidémie a éclaté dans la Guyane française. Nos nouvelles sont du 3 décembre. Le gouvernement était ouvertement alarmé, et l'organe officiel de la colonie est rempli d'ordres et de proclamations prescrivant diverses mesures pour arrêter le mal, non-seulement à Cayenne, mais dans les districts ruraux. Trente mille francs avaient été votés pour les secours apportés aux indigents attaqués, et le gouvernement avait nommé des officiers de santé pour soigner les malades, surtout dans les districts sous le vent.

— Une importante mesure a été prise récemment à la Faculté de Strasbourg; elle consiste à éclairer au gaz les salles de dissection. Cette nouvelle pratique a parfaitement réussi, et les élèves dissèquent maintenant à la lumière comme au jour.

Le rédacteur en chef, JULES GUÉRIN.

REVUE HEBDOMADAIRE.

ACADÉMIE DE MÉDECINE ; DISCUSSION SUR LE CRÉTINISME.

La discussion sur le crétinisme, à l'Académie de médecine, a tourné plus court que nous ne nous y attendions ; elle s'est terminée mardi dernier. Sur la demande de M. Ferrus, transmise à l'Académie par le bureau, on a voté la nomination d'une commission qui devra examiner de nouveau la question et faire un rapport, et le renvoi aux ministres de l'intérieur et du commerce de tous les documents produits dans la discussion. Le motif de cette dernière mesure est que la question du crétinisme est actuellement à l'étude dans les conseils du gouvernement. Les curieux pourront prendre connaissance, au compte rendu de la séance, d'un incident soulevé par la brusque sortie d'un membre, non contre les propositions elles-mêmes, mais contre la manière dont elles avaient été introduites devant l'Académie. Nous n'avions jamais vu un formalisme plus colérique ni un amour des convenances plus tapageur.

La question du crétinisme a été envisagée par trois côtés principaux : 1° la caractéristique ; 2° l'étiologie ; 3° la prophylaxie. Sous aucun de ces rapports, elle ne paraîtra suffisamment éclaircie à quiconque ne voudra pas suppléer, par des vues de l'esprit ou des généralisations anticipées, aux lacunes de l'observation, ni faire un choix arbitraire entre les faits observés. Plus on relit les documents, plus on écoute les dissertations, et plus on reste pénétré de l'impuissance actuelle de la science à fixer d'une manière certaine le caractère nosologique du crétinisme, à nommer sa cause ou ses causes essentielles, à distinguer ses caractères, et ses causes essentielles de ses caractères et de ses causes accessoires, à dire par quelles transformations successives, et suivant quel ordre, passe l'organisation pour arriver à cet état de dégradation qui constitue le crétinisme ; à déterminer enfin jusqu'à quel point il est possible d'extirper ce fléau endémique de certaines contrées ou d'améliorer le sort des individus qui en sont frappés. Aussi, tout en trouvant fort naturel que l'Académie, dans l'obscurité où elle est sans doute aussi bien que nous, demande des lumières à une commission spéciale, ne pouvons-nous nous défendre de la crainte que cette commission elle-même, si son rôle doit se borner à un travail de critique, ne soit aussi embarrassée que l'Académie. La commission du Piémont et M. Ferrus ont fait dans ce genre tout ce qu'on pouvait faire. On ne fera mieux qu'avec de nouveaux éléments d'appréciation ; c'est à la commission de l'Académie à y pourvoir.

Dans cette position des choses, on comprend que si nous revenons ici sur la discussion, ce n'est pas dans le but de prendre parti définitivement pour telle ou telle opinion, mais bien pour indiquer les difficultés qu'elles rencontrent toutes. Nous voulons, tout en maintenant quelques faits acquis, montrer plutôt ce que n'est pas le crétinisme que ce qu'il est. La plus utile et la plus honnête façon de servir la science est de la préserver des solutions prématurées.

C'est surtout entre MM. Ferrus et Baillarger qu'a été débattue la question relative au caractère nosologique du crétinisme. M. Ferrus veut que ce soit une maladie ; M. Baillarger, un vice d'organisation, une monstruosité. Le premier le rapproche de l'imbécillité ; le second l'assimile à peu près complètement à l'idiotie. L'un y voit une stupeur, indice de compression du cerveau et produite par une hydrocéphalie ou un œdème cérébral chroniques. L'autre y voit un défaut de développement, une sorte d'avortement de l'intelligence, produit par des anomalies d'organisation. A ces dissidences concernant plus spécialement l'état de l'encéphale, il en faut joindre une autre, plus sérieuse encore, touchant les conditions générales de l'organisme. M. Ferrus admet une cachexie crétineuse, caractérisée par un vice général de nutrition, portant à la fois sur les centres nerveux, sur les os, sur les viscères, sur tous les éléments de la constitution, et se traduisant par la conformation extérieure. M. Baillarger ne reconnaît dans cette conformation aucun trait essentiel qui ne se retrouve dans l'idiotie.

Exprimé en ces termes, tous tirés scrupuleusement des mémoires de ces deux honorables académiciens, le désaccord paraît considérable ; il l'est en effet, mais un peu moins peut-être qu'on ne serait disposé à le croire. En effet la distinction établie par eux entre une maladie et une monstruosité, distinction fondée en nosologie, ne tire pas, dans l'espèce, à grande conséquence. M. Ferrus affirme, avec le docteur Trumbutto, avec le docteur Guggenbühl et autres, que la prédisposition au crétinisme se reconnaît chez les jeunes enfants à l'irrégularité de la conformation crânienne, à la largeur des fontanelles, à la difficulté de tenir la tête droite, au défaut d'expression des yeux, à la grossièreté des traits, etc. Qu'est-ce qu'une telle prédisposition, sinon le signe d'une lésion déjà consommée dans l'encéphale, et qu'est-ce qu'une lésion congénitale de l'encéphale ; suffusion séreuse ou anomalie de forme, sinon une monstruosité ? Les deux altérations, quelque différentes qu'elles soient en elles-mêmes, ne s'en confondent pas moins à leur origine dans le fait commun d'une *maladie* encéphalique datant de la vie fœtale. De son côté, M. Baillarger, rapproche le crétinisme de l'idiotie, et l'idiotie est une affection congénitale. On en constate les signes dès l'âge où se développe d'ordinaire l'intelligence des enfants. Seulement l'opinion de M. Baillarger entraîne cette conséquence que l'état cérébral d'où procède le crétinisme est fixe, qu'il est primordial, qu'il dure indépendamment des modifications que pourraient subir les autres conditions de l'organisme ; tandis que, aux termes de l'opinion de M. Ferrus, la bouffissure générale, la langueur de toutes les fonctions, la cachexie crétineuse en un mot, commande à l'épanchement séreux de l'encéphale et l'entretient. Il nous a semblé, pour le dire en passant, qu'on n'avait pas fait ressortir dans son véritable sens l'importance de la question de savoir à quelle époque de l'existence apparaissent les premières manifestations crétineuses. Supposez avec quelques auteurs que le crétinisme futur s'annonce *constamment* par de certains traits au moment de la naissance ou pendant l'allaitement. Qu'est-ce que cela voudrait dire ? Évidemment que le crétinisme serait toujours congénital ; que par conséquent *aucun* crétin ne serait devenu tel sous l'action immédiate et directe des conditions topographiques. Mais si des vallées profondes, humides, mal ventilées, etc., ne peuvent faire d'un enfant venu bien conformé un crétin ; comme le crétin n'est pas un mythe, mais une triste et repoussante réalité, il faut bien qu'il soit le produit d'une dégradation successive de l'espèce, et ainsi l'on pourrait dire avec Ramond, mais dans un sens un peu différent du sien, que les crétins se perpétuent à la manière d'une race. D'un autre côté, l'influence, à quelque degré et sous quelque mode que ce soit, des conditions topographiques et hygiéniques est indéniable. D'après les curieux détails du rapport sarde, l'apparition du crétinisme dans la vallée d'Aoste remonterait à l'époque (quinzième siècle) où l'invasion des Lombards avait bouleversé l'œuvre de l'oc-

Feuilleton.

NAISSANCE, PROGRÈS ET DÉCADENCE DES SYSTÈMES EN MÉDECINE ; BOUTADE A L'OCCASION DE L'HYDROSUDOPATHIE.

(Suite. — Voir le numéro précédent.)

Nous en avons dit assez sur le système ; passons maintenant à celui qui le prône, et voyons ce qu'il fait pour le succès de la cause. Et d'abord remarquons que l'une des conditions essentielles de cette réussite, c'est le passe-port du grand prêtre ; s'il est né sur des bords lointains, sa cause est à demi gagnée ; car qui pourrait croire à ses récits merveilleux s'il dépendait de chacun de les vérifier, et d'ailleurs qui peut calculer l'attrait de la nouveauté, l'effet que peut produire un langage étranger ou un costume bizarre, et tous minimes que puissent paraître ces détails, ils ne laissent pas que d'avoir leur importance pour l'accomplissement du grand œuvre de la conversion du monde au système nouveau. Mais, dira-t-on, quel profit le système procure-t-il à celui qui le vante ? A cela nous répondrons que si le système prospère, le systématique sera dans l'abondance ; que si la renommée aux cent bouches répand au loin les succès de la nouvelle méthode, il en sera de même de celui qui est comme le piédestal de la statue. Nous verrons donc que si la gloire est grande pour le système, il en résultera force distinctions, honneurs et récompenses pour celui qui le loue. Nous ne parlons pas de la fortune, un résultat aussi matériel ne pouvant entrer dans les vues du systématique, la gloire lui suffit ; et si quelquefois son cuivre se trouve changé en or, c'est presque malgré lui, et ce résultat était bien loin de ses pensées. La joie de soulager l'humanité souffrante, mais surtout l'avantage de répandre un système universellement utile ; voilà toute son ambition. Après cela, qui peut douter que le systématique ne concoure autant qu'il est en lui au succès de son œuvre. Voyons maintenant quel rôle joue le public dans l'événement que nous cherchons à expliquer.

Le public se compose d'éléments très-différents, et nous allons chercher auxquels d'entre eux on doit rapporter le succès des systèmes médicaux ; mais auparavant rappelons les principes généraux de tout succès par rapport au public.

Nous avons vu d'abord que ce principe unique, cet être de raison qui fait saillie au devant du système, était l'un des principaux éléments du succès ; que quand on avait bien compris qu'il y a des humeurs peccantes, on était tout naturellement conduit au remède Leroy ; que, si l'on admettait, avec Broussais, l'inflammation comme cause unique de tous les maux, l'on se soumettait volontiers aux sangsues, en sorte qu'en toute première ligne des causes du succès d'un système auprès du public, nous devons placer sa simplicité.

En second lieu, et comme rentrant dans ce qui précède, nous signalerons cet esprit de généralisation qui se rencontre partout dans le public ; vous avez été guéri par un remède, et vous le conseillez tout d'abord à votre voisin ; rien n'est

cupation romaine, détruit les routes, multiplié les huttes au fond des vallées, etc. Aujourd'hui encore, c'est *presque* exclusivement dans les entonnoirs des montagnes qu'on rencontre les crétins; et, pour complément de preuve, il est démontré que le crétinisme peut être enrayé par de bonnes précautions d'hygiène, qu'il a disparu de villages brûlés et reconstruits dans des conditions de salubrité, qu'il fuit devant l'activité industrielle, une bonne nourriture, un bon air et qu'on empêche quelquefois le développement du mal déjà commencé en transportant les *pesants* sur les hauteurs. Les témoignages abondent sur ce point. Voilà donc, toujours dans notre hypothèse, deux causes concomitantes du crétinisme endémique, du moins dans la presque totalité des pays à crétins : 1° imperfection congénitale d'organisation; 2° action évidente des conditions hygiéniques. L'enfant ne serait pas crétin, si la mère ne l'avait engendré tel; et la mère n'eût pas engendré un crétin, si, au lieu d'habiter les vallées, elle eût habité le sommet des montagnes. Ni l'un ni l'autre n'ont puisé le mal uniquement et directement dans le milieu hygiénique où ils vivent. En un mot, l'action du milieu s'est bornée à placer la mère dans des conditions telles que, sans devenir elle-même crétine, elle a communiqué à sa progéniture un vice originel qui, développé par les conditions d'insalubrité où l'organisation de la mère s'était déjà pervertie, a produit le crétinisme.

S'il en était ainsi, on comprendrait très-bien que la spécificité des causes du crétinisme se perdît pour ainsi dire ou se dénaturât en passant à travers les parents pour arriver aux enfants, et que des conditions étiologiques très-différentes de celles que nous rappelons à l'instant pussent engendrer le même mal endémique. On l'a observé, comme on sait, dans des localités bien découvertes et n'ayant aucune analogie avec les vallées des Alpes ou des Pyrénées. Il est possible qu'une mauvaise alimentation ou quelque autre cause d'insalubrité, même insignifiante en apparence, joue le même rôle que certaines dispositions topographiques, l'acte de la conception rétablissant, par son influence intermédiaire, l'identité du résultat pathologique, à savoir la génération d'un crétin.

Nous disions à l'instant qu'on ne saurait nier l'action des causes topographiques et hygiéniques. Encore ne faut-il pas oublier que, dans certains cas, rien ne trahit leur action ni sur les parents qui sont bien conformés, bien que donnant le jour à des crétins, ni sur l'enfant crétin dont l'affection se manifeste à la naissance ou dans les premiers mois; et que, par contre, des parents qu'on pourrait croire très-propres à transmettre les effets des causes morbides, puisqu'ils sont eux-mêmes crétins, mettent au monde des enfants bien conformés. Nous avons connaissance du fait suivant : Des parents très-sains, d'origine non-crétineuse, procréent deux enfants, un garçon et une fille, qui deviennent crétins complets vers l'âge de 6 à 8 mois. Ces deux individus ont entre eux des rapports sexuels; l'enfant qui en procède est un beau garçon qui a aujourd'hui 17 ans.

Quoi qu'il en soit de cette origine, le crétin est, comme on l'a vu, sous le point de vue psychologique, assimilé à l'idiot par M. Baillarger et à l'imbécile par M. Ferrus, avec cette différence toutefois que le second n'affirme pas que l'imbécillité et le crétinisme aient les mêmes caractères pathologiques ni dans l'encéphale ni ailleurs, et il s'est expliqué même très-catégoriquement; au lieu que le premier établit à cet égard une assimilation à peu près complète entre le crétinisme et l'idiotie. Nous regrettons que M. Baillarger ne soit pas entré, sur ce chapitre, dans des développements plus explicites. En maint endroit du travail qu'il a lu dans l'avant-dernière séance, il traite l'idiotie et le crétinisme comme deux affections différentes, et il a, mardi dernier, accusé avec beaucoup de vivacité (et avec non moins de raison, suivant nous) le docteur Stahl d'avoir donné, à la fin de son travail, des portraits d'idiots pour des portraits de crétins. Si la différence est si sensible, nous ne nous expliquons pas bien comment M. Baillarger se refuse à reconnaître, « dans la conformation extérieure ou dans l'ensemble de la constitution, des caractères différentiels tranchés entre les deux formes d'aliénation. » Il faut donc que M. Baillarger, dans sa pensée, ne pousse la comparaison que jusqu'à un certain degré; mais lequel? Voilà ce qu'il eût été bon de dire. Au reste, nous nous rangeons, jusqu'à plus ample informé, à l'avis de M. Ferrus. Non, l'aspect extérieur des crétins n'est pas celui des idiots de nos asiles; ils en diffèrent par la taille, par la physionomie, par l'état du système osseux, par un ensemble de caractères annonçant un vice profond, général, de la nutrition, et en présence desquels il nous paraît impossible que les désordres encéphaliques ne paraissent pas, qu'on nous passe le mot, comme un point dans l'espace, comme la manifestation particulière et très-circonscrite d'une perturbation universelle. La commission sarde, le docteur Stahl, M. Ferrus, ont entraîné, sous ce rapport, notre conviction.

A ne considérer que les déformations de la tête, nous inclinons aussi à croire que l'analogie n'est pas complète entre les crétins et les idiots; qu'elle est, au contraire, assez frappante entre les crétins et les hydrocéphales. La comparaison qu'en a faite M. Ferrus, dans la dernière séance, d'après les recherches d'un observateur qui ne songeait nullement à ce point de vue, de Breschet, est digne de l'attention la plus sérieuse. Nous savons bien que, d'après M. Lélut, les idiots seraient mégalocéphales; mais ce n'est que relativement à leur structure, qui est généralement moindre que celle des autres hommes. Absolument parlant, ils sont ordinairement microcéphales. Au contraire, d'après les recherches de M. Cerise, confirmées par plusieurs observateurs, les crétins ont généralement la tête volumineuse, avec amincissement des os crâniens, écartement des fontanelles, multiplicité des os wormiens, etc.

Mais, dans l'encéphale, les altérations sont-elles celles de l'hydrocéphalie, ainsi que l'assure M. Ferrus? Les suffusions séreuses y sont-elles au moins assez fréquentes pour autoriser à en faire un caractère anatomique important de la maladie? Ici la commission du Piémont ne s'accorde pas avec M. Ferrus et M. Stahl, puisque, sur cinq autopsies, elle n'a noté qu'une fois la présence de la sérosité intra-crânienne. La question ne nous paraît pas vidée. M. Baillarger a fait observer, à cette occasion, que les épanchements séreux se rencontrent aussi chez les idiots. Nous le croyons avec lui. Seulement, convaincu que nous sommes que ce genre d'altération, bien que pouvant caractériser anatomiquement certaines affections cérébrales, peut néanmoins se rencontrer dans des états pathologiques très-divers, nous n'attachons pas au fait rappelé par M. Baillarger une très-grande importance. Si l'on rencontre de la sérosité dans le crâne de quelques idiots, cela ne fait pas que les idiots soient hydrencéphales, ni que l'hydrocéphalie ne puisse jouer le principal rôle anatomique dans une autre forme d'aliénation, ni enfin que les deux maladies dans lesquelles on rencontre, avec une fréquence diverse, des épanchements intra-crâniens, soient identiques. Il est certain, d'ailleurs, que le crâne des idiots ne contient pas ordinairement de sérosité en quantité anormale, et Esquirol insistait sur l'état de *resserrement* et de *petitesse* des ventricules.

Reste enfin, pour en finir avec la *caractéristique* du crétinisme, la question symptomatique. C'est ici un point essentiel, car, tout en réservant la

plus naturel. Vient-il à guérir aussi, alors la cause du système est gagnée : on conclut du simple au composé, du fait à la loi, ce qui a guéri vous et votre voisin ne peut manquer de guérir tous les maux, et vous voilà tout d'abord lancé dans le système; vous faites cause commune avec lui; ses succès sont les vôtres; ses revers troublent vos nuits et minent votre santé; aussi n'avez-vous ni trêve ni repos, que vous n'ayez gagné amis et ennemis à la cause que vous défendez. Désormais, tout a changé d'aspect pour vous; et, semblable à ces gens dont la vue délicate réclame des verres qui affaiblissent le trop grand éclat du jour, tout en vous a revêtu la couleur du système; qu'il soit vert, jaune ou rouge, votre lunette sera toujours verte, jaune ou rouge.

Mais, sans nous contenter de regarder le public comme une masse compacte et homogène, entrons plus avant dans l'analyse et recherchons les diverses parties de cet être moral qui subissent les premières l'influence du système; elles forment l'avant-garde de ce corps d'armée qui marche tambours battants et enseigne déployée à la conquête du monde entier.

Les premiers soldats de ce bataillon sont, sans contredit, doués d'une imagination ardente; ils ont vu quelques succès que leur pouvoir inventif a revêtus de brillantes couleurs, et ils ne doutent pas de l'omnipotence du système. Pour eux, ce qui a été une ou deux fois doit toujours être. Dans leur préoccupation, ils attribuent au système ce qui provient de causes toutes naturelles; c'est ainsi que ces maladies légères qui doivent guérir, quoi qu'on fasse, avec, sans ou même malgré le médecin, sont toujours pour le systématique d'une haute gravité, et la guérison mérite d'être gravée en lettres d'or dans le temple d'Esculape. Pour eux aussi, tout insuccès du camp ennemi ne peut être que la conséquence de remèdes incendiaires ou des plus grosses bévues.

Après les enthousiastes viennent les esprits inquiets, cette partie malheureuse de l'espèce humaine qui, ne trouvant rien qui les satisfasse dans le présent, espèrent toujours de l'avenir. Leurs maux ont disparu trop lentement à leur gré, sous les méthodes ordinaires où ils n'ont pas tardé à revenir, et alors c'est toujours en dehors d'eux-mêmes qu'ils vont en chercher la cause; leur constitution n'y est pour rien, et c'est à l'ignorance des autres qu'il faut rapporter tout le mal. C'est pour eux alors que le système est une terre promise; aussi s'y jettent-ils à corps perdu, ils le vantent avant même d'en avoir essayé. Mais que les systématiques y prennent garde, s'ils ont là de chauds amis, il suffit d'un revers ou d'une réussite un peu tardive pour refroidir le zèle de ces nouveaux adeptes, et alors toute cette ardeur se tourne contre le système qui n'a pas répondu et qui ne pouvait répondre à leur attente exagérée.

Après les esprits inquiets, aucune terre n'est si bien préparée pour le système que celles de ces personnes extraordinaires pour qui la médecine a des lois particulières et un code tout spécial. Chez eux les remèdes les mieux combinés, les médications les mieux raisonnées, échouent complétement ou même aggravent les maux qu'ils étaient destinés à soulager. Il semble qu'un esprit malin ait transformé les remèdes, en sorte qu'en leur donnant un vomitif, c'est un purgatif qui se trouve agir en eux. Vous voulez les calmer, et vous les agitez; vous désirez les fortifier, et voilà qu'ils sont toujours plus faibles. Pour cette classe assez nombreuse de personnes, la médecine paraît être ensorcelée, et il est bien naturel qu'ils cherchent du soulagement partout où ils espèrent en trouver. Aussi saisent-ils le système avec enthousiasme et se l'approprient-ils au plus tôt.

question de l'anatomie pathologique, la forme et le degré des symptômes cérébraux, particulièrement des troubles psychiques, pourront servir de guide dans l'appréciation de la question thérapeutique, soit au point de vue de l'opportunité, soit au point de vue des moyens de traitement. Nous aborderons cette question à son tour. Disons seulement aujourd'hui que, d'après les descriptions émanées des hommes les plus habiles à l'observation des crétins, l'intelligence de ces malheureux paraît plutôt engourdie qu'absente, et sous ce rapport encore, selon nous, il y a lieu de les distinguer des idiots. Chez les *semi-crétins*, comme on les appelle, l'intelligence se réveille plus facilement sous l'excitation que celle des *semi-idiots* ou imbéciles. Ils ont, à l'occasion, une mimique moins lente, une mémoire moins paresseuse, la ruse plus développée. Même disproportion, sous ce rapport, entre les crétins complets et les idiots. C'est du moins ce qu'affirme le docteur Guggenbühl, qui a consacré tant d'années à cette étude; et M. Ferrus, non-seulement confirme cette assertion du témoignage de sa propre expérience, mais il voit dans cette forme d'aliénation le siége d'une compression du cerveau par épanchement séreux ou par œdème cérébral. Nous avons dit nos doutes à cet égard. Mais des suffusions séreuses sont-elles bien nécessaires à l'explication de la stupeur? Une débilité organique de la fibre cérébrale, un vice de nutrition analogue à celui que M. Ferrus a reconnu dans la généralité de l'organisme, ne rendrait-il pas un compte suffisant de l'engourdissement intellectuel? Et, en outre, si le sang circule lentement, difficilement, à travers la masse encéphalique; si ce sang, d'ailleurs, n'est pas bien artérialisé dans les poumons, n'en est-ce pas assez pour produire même de la stupeur, en l'absence d'épanchement séreux. Il y a de la stupeur dans la fièvre typhoïde, et on ne l'attribue pas à autre chose qu'à l'embarras de la circulation cérébrale.

Nous renvoyons au prochain numéro nos remarques sur l'étiologie et la prophylaxie du crétinisme.

A. DECHAMBRE.

CHOLÉRA-MORBUS.

DE LA ROUTE SUIVIE PAR LE CHOLÉRA-MORBUS DANS L'AMÉRIQUE, ET DE LA NATURE TRANSPORTABLE DE CETTE MALADIE; par M. DUCHASSAING, D. M., licencié ès sciences naturelles.

Quand on veut étudier la marche d'une épidémie, il faut avoir soin de choisir les localités où l'on peut bien suivre ses progrès. En Europe, où les voyageurs se croisent mille fois par jour, et cela dans tous les sens, il est pour ainsi dire impossible de décider si réellement le choléra est de nature transportable. Dans l'Amérique, les choses se présentent tout autrement. En effet, nous y trouvons, d'un côté, des routes sans cesse parcourues par des nuées de voyageurs et de marchands, qui ne peuvent s'écarter en rien de la ligne tracée, parce qu'ils se trouveraient alors dans les solitudes inhabitées; d'un autre côté, nous y trouverons des villes, des bourgs, des villages réunis dans des endroits non commerçants, et n'ayant presque aucune communication avec le reste du monde.

La ligne la plus suivie, par le commerce et par les voyageurs, est celle entre les États-Unis et Chagres; les Américains la prennent pour se rendre en Californie, en passant par Panama. De plus il y a un commerce continuel sur les côtes de l'Atlantique, entre Chagres, Santa-Marta et Carthagène. Ajoutons à cela, pour faire connaître la direction du commerce, que les marchandises européennes partent de Carthagène et de Santa-Marta, et remontent le Rio Magdalena (rivière de la Madelaine), pour se rendre jusqu'à Santa-Fé de Bogota.

Nous allons voir maintenant que l'épidémie a suivi précisément ces lignes, en épargnant les autres localités.

A la fin de 1849, des navires américains arrivèrent à Chagres, le choléra-morbus sévissait à bord. La maladie se répandit à Chagres, suivit la route que prennent les voyageurs, ravagea Crucès, Gorgona et arriva à Panama, où il fit les plus grands ravages; mais il ne se répandit nullement dans les bourgs et villes de l'Isthme, qui n'ont, à cause de leurs mauvais chemins, presque aucune communication avec les ports de mer.

Mais de Chagres le choléra-morbus se propagea aussi à Carthagène, fit de grands ravages dans cette ville, et arriva à Santa-Marta, où je me trouvais alors, y étant retenu par les offres qui m'avaient été faites par M. d'Avila, gouverneur de la ville.

Après avoir fait un assez grand nombre de victimes à Santa-Marta, le fléau remonta le Rio Magdalena, seule route ouverte au commerce, et dévasta Baranquillas, Mompox, Hondas, tous les villages situés sur les bords du fleuve, et ne s'arrêta qu'aux plateaux élevés, où se trouve Santa-Fé de Bogota, qui se trouva heureusement épargnée.

Dans tout ce trajet, la maladie ne s'étendit pas aux villes et villages, situés en dehors des lignes de commerce.

Nous ferons observer ici que dans toute cette portion de l'Amérique, comprise sous le nom de Nouvelle-Grenade, un espace de vingt lieues est plus difficile à parcourir qu'un espace vingt fois plus considérable ne le serait en Europe : ainsi, pour en donner un exemple, nous dirons que souvent un homme à cheval ne peut pas faire plus de trois à quatre lieues par jour : l'on voit donc que les communications sont très-rares sur beaucoup de points.

Revenons au choléra-morbus, que nous avions laissé à Panama. En 1849 il avait éclaté dans cette ville, il y dura quelques mois et disparut avant l'année 1850 : mais il se répandit dans les ports du Mexique, tels que Mazatlan et Acapulco; or ce sont précisément les lieux où touchent les steamers qui font le service entre Panama et San-Francisco, et où relâchent presque tous les bâtiments à voile qui font ces mêmes voyages.

Depuis lors l'épidémie a régné constamment dans les ports du Mexique situés sur l'océan Pacifique, tandis que les républiques de Guatemala et de Costa-Ricca, qui ont des villes populeuses, mais qui avaient fort peu de relations avec nous, ont été épargnées.

Enfin le choléra-morbus vient d'éclater une seconde fois à Panama : mais cette fois, au lieu de nous être venu par les États-Unis, il nous a été apporté des ports du Mexique. Je pense que personne, après avoir lu les lignes qui vont suivre, ne doutera de la nature transportable du choléra-morbus.

Le vapeur américain le Panama venant de la Californie toucha vers le 8 du mois dernier (juillet 1850) à Acapulco, où régnait l'épidémie. Les passagers descendirent à terre, et y séjournèrent assez longtemps; l'on se rembarqua. Quelques jours après, la maladie se déclara à bord, et avant

---

Enfin, la dernière classe du public qui vient frapper, mais frapper timidement à la porte du système, ce sont ces pauvres souffreteux qui ont déjà tout essayé en vain; ils traînent péniblement la pesante chaîne de leurs maux, leurs jours s'écoulent lentement, encadrés qu'ils sont dans une suite non interrompue de douleurs. Pour eux, l'avenir est sans espérance et le présent sans joies. Aussi n'est-ce pas de leur part que l'on vient demander un système ce que n'ont pu faire les soins les plus variés et les traitements les plus compliqués; mais c'est quelque adepte des phalanges précédemment décrites qui vient fatiguer le malade de ses récits, et qui ne lui laisse ni trêve ni repos jusqu'à ce qu'il ait ranimé pour un instant des espérances si souvent déçues. Mais, hélas! si le système est pour le pauvre malade comme la voile à l'horizon du naufragé, combien de fois l'avenir ne vient-il pas détruire ces lueurs d'espérance et cette délivrance anticipée!

Ainsi donc, le public ne peut faire défaut au système, et si parmi les divers corps que nous venons de décrire quelques-uns manquent à l'appel, les vides seront vite comblés; à ceux que le sentiment ne peut émouvoir, il présente de brillantes peintures, et si l'imagination ne se laisse point séduire, il se hâte de parler à la raison. Le voilà donc aux prises avec le public, et comme un homme habile, il sait varier adroitement sa marche; tantôt il s'avance enseignes déployées, au bruit de la grosse caisse, disant aux badauds du camp ennemi : Vos chefs ne méritent aucune confiance, j'ai seul la science infuse, ils ont passé leur vie à chercher la pierre philosophale de la science, mais moi je l'ai découverte par ma haute sagesse; je suis le guérisseur universel, prenez mon remède et vos maux s'enfuiront à l'instant comme la rosée sous la douce chaleur du soleil. Tantôt dédaignant de se montrer lui-même et faisant, au contraire, force difficultés pour paraître sur la scène, il se fait désirer et demander à grands cris par les adeptes apostés pour cela; chaque apparition du système est une faveur inestimable que l'on ne saurait acheter trop cher, et ce n'est qu'après une longue attente que l'on réussit à pénétrer dans le sanctuaire. Mais alors avec quelle vénération l'on écoute les oracles du grand prêtre, avec quelle ardeur on les met en pratique; on est déjà plus d'à moitié guéri par cette entrevue si longtemps désirée. Ajoutez à cela le mystère inséparable d'un aussi grand bienfait, les traits de jalousie et de persécution adroitement répandus, et vous comprendrez l'ardeur que l'on met à se procurer un bien si précieux.

Qu'ils sont niais ces confrères du système qui, sans se faire tirer l'oreille, se rendent dès l'abord à l'appel de l'humanité souffrante, et qui, cherchant avant tout à guérir leurs malades, ne voient dans la réussite qu'un événement trop simple pour mettre le public dans leur confidence! Mais pour le système, comme ses guérisons participent toujours du merveilleux, il lui faut un public, non pas le public qui court les rues, de celui-là il n'en a que faire, mais le public des hôtels, des livrées et des équipages.

Enfin, lorsque le système désire s'introduire dans une ville et prendre la place d'assaut, il emploie dans ce but les deux grands leviers des sociétés modernes, la presse et l'esprit d'association. Par la presse, il répand les traités et les manuels, qui font une si brillante peinture de la puissance du système, et prépare ainsi le terrain pour une riche moisson. Puis il fonde un journal consacré à répandre les idées nouvelles, à faire connaître les succès déjà obtenus, les établissements dirigés par ses grands prêtres, et en un mot à mettre sous les yeux du

d'arriver à Panama, c'est-à-dire dans l'espace d'environ huit jours, il mourut dix-huit personnes. Les symptômes étaient des vomissements accompagnés d'épigastralgie, de la diarrhée, des crampes et la déperdition du calorique : ajoutons que les malades succombaient tous en moins de vingt-quatre heures.

Le sénat de la Nouvelle-Grenade ayant dans ces derniers temps prohibé les quarantaines, comme chose tout à fait inutile, on laissa débarquer les malades à terre, et les passagers se dispersèrent dans la ville. Tous ceux qui étaient malades périrent, et avec eux un assez grand nombre de ceux qui étaient arrivés bien portants.

Les symptômes de la maladie étaient tellement intenses, que les malades périssaient en moins de douze heures.

La nuit même qui suivit le débarquement des hommes, la maladie commença à se répandre parmi les habitants de la ville. Une femme qui coucha avec l'un des employés du vapeur fut dans la nuit même attaquée des symptômes du choléra, et périt en quelques heures. Ne serait-ce pas là un véritable cas de contagion ?

Le lendemain, un autre cas se présenta sur un Péruvien domicilié à Panama ; tous les jours le nombre des victimes s'accroît, et la maladie a une telle intensité, que jusqu'ici l'on n'a pu sauver aucun malade : quelques heures seulement séparent la parfaite santé et la mort.

Déjà la maladie s'est répandue sur tout le chemin qui fait communiquer l'océan Pacifique à l'océan Atlantique entre Chagres et Panama. Mais tous les autres villages n'ont aucun symptôme d'infection.

Notre intention n'étant de parler ni de symptomatologie, ni des méthodes curatives, employées parmi les habitants du pays, nous croyons devoir seulement attirer l'attention de nos confrères sur l'itinéraire de l'épidémie que nous avons tracé. Nous sommes certain que chacun d'eux verra que c'est à tort que l'on a renoncé à l'usage des quarantaines ; car dans notre court exposé l'on voit qu'il n'y a eu que les villes commerçantes qui aient été frappées du fléau, et que toutes les villes ou villages, dénués de communications, ont été épargnés. En un mot, la maladie a constamment suivi les lignes fréquentées par le commerce. Enfin, ajoutons que la seconde épidémie de Panama, celle qui règne à présent, prouve avec la plus grande évidence, que l'on ne saurait prendre trop de précautions contre une maladie qui peut se transporter avec tant de facilité.

THÉRAPEUTIQUE CHIRURGICALE.

MÉMOIRE SUR L'APPLICATION DE L'ANESTHÉSIE AU CATHÉTÉRISME ET A LA DILATATION DES RÉTRÉCISSEMENTS DE L'URÈTRE ; par M. A. COURTY, agrégé de la Faculté de médecine de Montpellier.

(Suite. — Voir le numéro précédent.)

Je nourrissais depuis quelque temps dans mon esprit l'idée de recourir aux anesthésiques pour le cathétérisme, désireux d'en faire l'application et ne voulant pourtant pas la tenter, si ce n'est dans des cas réellement difficiles et pour lesquels l'emploi de la méthode anesthésique me paraît non-seulement utile, mais indispensable. Je m'étonnais que d'autres chirurgiens, ceux surtout qui se sont occupés plus spécialement de l'efficacité de l'éther et du chloroforme, et de leur application, n'eussent pas déjà tenté l'emploi de cette méthode dans des cas de ce genre. M. Sédillot, et, à son exemple, M. Bouisson (1), ont recommandé l'emploi des anesthésiques *pour certains cas de cathétérisme exploratif très-pénible*; mais par là ces chirurgiens entendaient seulement faire une application de l'anesthésie au diagnostic, et nullement employer cette méthode comme moyen curateur ou adjuvant des moyens curateurs. Cette différence est importante, car on verra que si je m'étais borné à employer le chloroforme comme simple moyen de diagnostic, je n'en aurais tiré aucun parti, du moins pour un de mes malades (obs. I). Dans les autres écrits publiés sur cette matière, je ne découvris aucune tentative de ce genre. Néanmoins, convaincu de la justesse de mes prévisions, je n'hésitai pas à les soumettre à l'expérience clinique. Le premier cas que je choisis dans ce dessein fut le suivant.

RETRÉCISSEMENT DU CANAL DE L'URÈTRE COMPLIQUÉ DE FONGOSITÉS SAIGNANTES ET D'ABCÈS URINEUX ; SUSCEPTIBILITÉ EXTRÊME DU SUJET ; EMPLOI DU CHLOROFORME ; L'ANESTHÉSIE FACILITE BEAUCOUP LE CATHÉTÉRISME ET DÉTERMINE ENFIN LA TOLÉRANCE DU CANAL POUR LES SONDES ; SUCCÈS COMPLET.

OBS. I. — Au numéro 35 de la salle Saint-Éloi, était couché le nommé Aresté (José), âgé de 32 ans, marié, né à Céros, dans la Catalogne (Espagne), d'un tempérament bilioso-nerveux, très-irritable, néanmoins d'une assez bonne constitution, provenant, dit-il, de parents sains et robustes et n'ayant jamais eu d'autre maladie qu'une fièvre cérébrale, à l'âge de 16 ans, et une cataracte traumatique de l'œil gauche qui n'a pas été opérée.

Voici les renseignements qu'il nous a fournis sur les antécédents de sa maladie.

Vers le milieu du mois de juin 1849, parut pour la première fois, par le méat urinaire, un écoulement assez abondant, qu'accompagnait une douleur cuisante provoquée dans le canal, surtout par le passage de l'urine. Attribuant cette blennorrhagie à un simple échauffement, Aresté la négligea d'abord ; puis après quelques jours, la voyant persister, il commença à se soigner, prit des bains, de la tisane de chiendent, s'abstint du coït et de boissons alcooliques. Sous l'influence de ce traitement, l'écoulement diminua d'une manière rapide. Au bout de dix jours, il ne restait qu'une petite goutte tous les matins. Le malade ayant repris alors ses rapports conjugaux, vit reparaître son écoulement aussi abondant que la première fois.

Le premier écoulement et cette prompte récidive s'expliquent par l'existence d'une leucorrhée assez abondante que je fus appelé à traiter plus tard chez sa femme. Cette leucorrhée n'était d'ailleurs accompagnée ni de granulations ni d'ulcérations du col, et ne pouvait être rattachée à une infection syphilitique. Elle paraissait liée plutôt à un état chlorotique prononcé, et elle céda facilement à un traitement simple et approprié.

Quoi qu'il en soit, à cette époque Aresté partit pour son pays, où il recommença le traitement qui lui avait réussi une première fois : bains, tisane de chiendent et de mauve, deux ou trois purgations, etc. ; mais comme il continua pendant tout ce temps à cohabiter avec sa femme, il vit, malgré tous ces moyens, l'écoulement persister toujours au même degré.

De retour en France, vers le commencement de décembre de la même année, et désireux de se guérir, il consulta bientôt un médecin qui lui prescrivit des pilules dont il ignora la composition et dont il prit seulement une douzaine. Cependant, sans cause connue, et sans qu'il eût, dit-il, remarqué jamais jusque-

(1) TRAITÉ THÉORIQUE ET PRATIQUE DE LA MÉTHODE ANESTHÉSIQUE, p. 406. Paris, 1850.

---

publie toutes les pièces à l'appui du système. L'esprit d'association rend aussi d'immenses services à la cause ; car un soldat ne bronche pas si son voisin de droite ou de gauche se tient ferme devant l'ennemi ; de là la fondation d'une société pour la propagation du système. Les lectures que l'on y fait, les cures que l'on y raconte, et les travaux de tous genres que fait naître l'association, réchauffent le zèle des adeptes et ne manquent pas d'en augmenter le nombre ; et c'est ainsi que l'œuvre grandit, se développe et acquiert un éclat que ses faibles commencements ne semblaient pas lui promettre.

Voilà donc le système arrivé au pinacle, il triomphe désormais et compte avec orgueil le nombre de ses grands prêtres, les victoires qu'il a remportées, les dépouilles opimes suspendues dans ses temples, et les distinctions dont il est l'objet de la part des peuples et des souverains. Il semble que désormais son sort soit assuré ; mais telle est l'instabilité des choses humaines que ces brillants succès sont souvent la cause même de sa ruine. En effet, le système, en tant que système, ne reconnaît qu'une seule cause à tous les maux, et ne leur applique, par conséquent, qu'un seul remède, c'est toujours la sangsue de Broussais, le vomi-purgatif de Leroy, le contre-stimulant de Rasori, ou l'eau des hydrosudopathes ; mais comme les causes morbifiques sont en nombre infini, les maladies qui en sont la conséquence doivent être attaquées par des remèdes très-divers et par des méthodes très-variées, et quiconque veut borner ses ressources et n'employer qu'un des moyens que la bonne Providence a mis à notre portée, se trouve nécessairement dans un cercle vicieux. C'est ainsi que le succès du système est l'une des premières causes de sa ruine ; car tant que le nombre de ses adeptes n'était pas très-considérable, il pouvait se rencontrer que les maladies qu'il était appelé à traiter fussent précisément en harmonie avec le système, et que par conséquent le succès fût facile. Mais dès que le nombre des maladies augmente avec la réputation du système, il lui devient de plus en plus difficile de répondre à l'attente du public. Les insuccès ne tardent pas à paraître, et s'ils sont d'abord étouffés par les clameurs de ses partisans, ils ne finissent pas moins par se faire jour. Les cas pour lesquels le système est inutile, peut-être même nuisible, ne peuvent manquer de se présenter, et alors le public, qui avait mis tant d'ardeur à prôner, en met tout autant à déprécier ce qu'on lui avait présenté sous de si brillantes couleurs. C'est ainsi que, lorsque la roue de la Fortune vient à tourner, ceux qui étaient au pinacle tombent au plus bas de l'échelle, et le système, qui semblait devoir défier les temps et s'emparer du monde entier, se trouve trop heureux de conserver encore quelque chétive province là où il avait rêvé des royaumes : *sic transit gloria mundi*. Enfin, la décrépitude et la mort viennent s'emparer de cet être affaibli, car le système, tout spirituel, tout aérien et tout philosophique qu'il puisse paraître, n'en est pas moins sujet à mourir ; il se rend

Où va la feuille de rose,
Où va la feuille de laurier.

L'histoire en fait foi, et l'énumération de tous les systèmes défunts serait par trop longue pour que nous n'en fassions pas grâce au lecteur. Le systématique, lui aussi, arrive à la fin de sa carrière ; et si dès lors il jette un dernier regard sur le succès de son œuvre, le passé pourrait bien n'avoir plus pour lui les brillantes couleurs dont il s'était plu jadis à l'embellir. Quelquefois, il est vrai,

là une diminution dans le jet de l'urine, il fut pris d'une rétention subite qui dura plus de quarante-huit heures. La vessie, énormément distendue, était le siége de douleurs atroces qui s'étendirent jusqu'aux reins et donnèrent naissance à une fièvre ardente accompagnée de délire. Les bains émollients et les autres moyens employés contre cet accident restèrent sans résultat. On fut obligé, la troisième nuit, d'en venir au cathétérisme. A force de travail et de peines, une sonde métallique d'un très-petit calibre fut introduite jusque dans la vessie. Une grande quantité d'urine fut évacuée; les douleurs et tous les autres symptômes alarmants disparurent; le malade trouva dans un sommeil réparateur le repos dont il avait tant besoin.

Le lendemain, le médecin voulut remplacer la première sonde, qu'il avait laissée à demeure, par une autre un peu plus volumineuse; mais malgré toutes ses tentatives, il lui fut impossible d'y parvenir. Le malade ayant souffert beaucoup de ces tentatives, et pouvant d'ailleurs uriner sans trop de difficulté, quoique le jet fût très-mince, se refusa depuis, d'une manière absolue, à ce qu'on introduisît de nouvelles sondes.

Cependant, voyant le jet de l'urine diminuer tous les jours de grosseur et d'impulsion, Aresté entra à l'hôpital Saint-Éloi de Montpellier, pour se faire traiter à la fois de son rétrécissement et de la blennorrhagie qui persistait encore. M. le professeur Bouisson, qui faisait alors le service, commença par traiter la blennorrhagie, qui était assez intense. Il prescrivit la potion de Chopart. Le 8 février, le malade en avait pris 52 cuillerées; son écoulement avait complétement disparu depuis quelques jours; sa santé paraissait bonne; il mangeait le quart.

Le 9 février, on procéda à l'examen du canal de l'urètre, et l'on constata l'existence d'un rétrécissement considérable et presque infranchissable, situé dans la portion courbe, à 6 centimètres environ derrière le gland. Pour pratiquer le cathétérisme, M. Bouisson se servit d'une très-fine sonde dont le contact détermina très-vite un léger suintement sanguin. Néanmoins, après une manœuvre laborieuse, cette sonde parvint, quoique avec beaucoup de difficulté, à franchir le rétrécissement. Quand on la retira, elle était souillée de sang, de petites granulations et de petits lambeaux membraneux qui parurent être les débris des fongosités qu'on avait diagnostiquées. On introduisit alors dans la portion antérieure de l'urètre une petite bougie conique qu'on poussa jusqu'au rétrécissement et qu'on laissa à demeure dans l'intention d'en achever plus tard l'introduction. Mais le malade la retira après quatre heures, les douleurs qu'il accusait dans le canal et son extrême irritabilité l'empêchant de la conserver plus longtemps.

Le lendemain, on essaya vainement d'introduire une sonde de gomme élastique du n° 4. Cependant, en la munissant d'un mandrin pour lui donner de la rigidité, on parvint à traverser encore le rétrécissement, et l'on recommanda au malade de la garder jusqu'au jour suivant; mais dans l'après-midi survint un accès de fièvre violente qui obligea à la retirer.

11. A la visite du matin, il y a encore de la fièvre. Le malade se plaint de céphalalgie; le visage est rouge et animé. (2 bouillons; tisane émulsionnée; bain général.) Repos jusqu'au surlendemain.

14. On essaye d'introduire une nouvelle sonde n° 3. Les tentatives déterminent l'écoulement de quelques gouttes de sang; néanmoins la sonde s'engage dans le rétrécissement sans le franchir. On la laissa à demeure; mais l'après-midi, un nouveau frisson suivi d'une fièvre intense oblige à la retirer.

M. Bouisson, voyant la susceptibilité du malade et la violence de réaction qui suivaient le séjour le plus limité possible de la sonde, en suspendit l'usage pendant une dizaine de jours.

Dans cet intervalle, le malade fut soumis aux boissons émollientes émulsionnées, aux lavements émollients, aux bains généraux.

26. Le jet de l'urine est filiforme. Une sonde en caoutchouc n° 2 est introduite de nouveau. Quoique faisant un peu saigner le canal, elle a franchi pourtant le rétrécissement sans trop de difficulté, et le malade la garda sans aucun accident pendant vingt-quatre heures.

28. On parvient à introduire partiellement dans le rétrécissement une sonde n° 4; mais après trois heures de séjour, le malade se sentant repris d'un peu de fièvre s'est empressé de l'ôter.

1er mars. A la visite du matin, j'essayai à mon tour de sonder ce malade; je tentai d'introduire dans le canal des sondes de divers calibres, notamment de grosse dimension, pour m'assurer qu'il existait un véritable rétrécissement et non une coarctation spasmodique; mais les tentatives déterminaient au moindre contact un suintement sanguin, et je fus amené à confirmer pleinement le diagnostic de M. le professeur Bouisson. Je parvins à introduire dans la vessie une sonde n° 3, que je recommandai à l'interne de service de remplacer, dans l'après-midi, par une sonde n° 4. Cette dernière pénétra assez facilement, et le malade, bien qu'il souffrît un peu du canal et qu'il fût pris pendant la nuit d'un léger mouvement fébrile, la garda jusqu'au lendemain matin.

2. Il y a un peu de fièvre, de la fatigue, de la faiblesse; j'ôte la sonde. (Bain général; tisane émolliente, émulsionnée; repos.)

3. Le canal est le siége d'un léger écoulement muqueux; mais il paraît en même temps se laisser dilater un peu mieux. Une sonde n° 4 est introduite assez facilement et laissée à demeure. Mais un nouvel accès de fièvre, survenant dans l'après-midi, oblige le malade à l'ôter; il se prolongea jusqu'à onze heures du soir.

4. L'écoulement muqueux augmente; le malade a un petit mouvement fébrile continu; son irritabilité est extrême; une légère éruption vésiculeuse se manifeste sur le prépuce. Je suspends le cathétérisme jusqu'au 13; je prescris: soupe; tisane émulsionnée; bains locaux avec une dissolution de 25 centigr. de nitrate d'argent dans 30 grammes d'eau. L'éruption vésiculeuse et la blennorrhée ne tardent pas à disparaître.

13. Le jet de l'urine ayant diminué considérablement, je tente de nouveau le cathétérisme avec une petite sonde d'argent; mais toutes mes tentatives pour pénétrer jusqu'à la vessie demeurent infructueuses; elles ont seulement pour résultat de faire saigner le canal et de provoquer de vives douleurs suivies d'un nouvel accès de fièvre très-intense, qui commence à onze heures du matin, s'accompagne, dans l'après-midi, de vomissements abondants, de matières bilieuses, et se prolonge toute la nuit.

Le lendemain et les jours suivants, la fièvre continue, la face est rouge, vultueuse; des douleurs surviennent à l'hypogastre; une petite exacerbation se manifeste chaque soir à l'entrée de la nuit; le jet de l'urine devient très-mince; enfin, une douleur vive, cuisante, semble se manifester vers le siége du rétrécissement, quelque temps après l'émission des urines. (Bouillon; potages; demi-quart; tisane émulsionnée; bains émollients.)

28. La douleur qui s'était manifestée vers le siége du rétrécissement et au périnée, s'est étendue peu à peu aux environs de l'anus et affecte beaucoup le malade, auquel elle donne de l'agitation, des frissons, de la fièvre. L'examen de cette partie fait constater une tuméfaction assez considérable, avec rougeur sur le côté droit de la marge de l'anus. (Application de 15 sangsues sur la tumeur; cataplasme après la chute des sangsues.)

30. La fluctuation se laissant percevoir dans ce point, je pratique une ouverture avec la lancette; il s'en écoule une certaine quantité de pus fétide, très-liquide, peu homogène; on entretient l'ouverture de la plaie à l'aide d'une petite mèche de charpie.

8 avril. La cavité de l'abcès ne paraissant pas avoir de tendance à l'oblitération, je prescris des injections avec la teinture d'iode affaiblie. Cependant le malade, assurant qu'à chaque émission de l'urine, une petite quantité de ce liquide passe par l'ouverture de la marge de l'anus, un examen attentif fait constater dans cette partie la présence d'une sorte de cordon dur se dirigeant vers le canal, et nous amène à présumer l'existence d'une fistule urétrale; les injections iodées étant poussées avec soin par la fistule, je constate en effet, à plusieurs reprises, qu'une petite quantité de teinture d'iode vient sortir par le méat urinaire, et j'acquiers positivement la conviction qu'il existe un trajet fistuleux, faisant communiquer avec l'ouverture extérieure probablement la portion

---

poursuivant ses illusions jusqu'à son lit de mort, il devient la dernière victime de son erreur. Quelquefois aussi, la vérité se faisant jour par l'égoïsme, et ce que n'avaient pu lui apprendre ses insuccès tant qu'ils ne le touchaient pas de si près, il vient à le découvrir, lorsque, transformé de systématique en malade, la lumière jaillit tout à coup sur le bord de la tombe, comme l'éclair qui montre le précipice où l'imprudent va tomber.

Quoi qu'il en soit, le systématique finit par mourir, et bien souvent avec lui ses grandes conceptions, ses théories majestueuses et ses applications gigantesques.

Le système, enfin, meurt bien souvent par le public, parce que lui aussi participe de la nature humaine, et qu'il veut être récréé par des idées nouvelles; qu'il veut qu'on se donne la peine de lui inventer tous les cinq ou dix ans quelque nouveau système, il faut surtout qu'on le guérisse de toutes ses maladies; car, après tout, c'est son droit, puisque la promesse lui en a été faite par le systématique. Mais, hélas! cette promesse est vaine; car enfin, quelque perfectionnée qu'on suppose la médecine, encore ne peut-elle pas tout guérir, et l'on pourrait raconter à ceux qui se font de la médecine une si grande idée, le dialogue de Frédéric II avec des officiers qu'il envoyait à une redoute formidable: « Mais, sire, lui disaient-ils, c'est nous envoyer à une mort certaine. — Eh, prétendez-vous vivre toujours, » leur répondit l'inflexible capitaine. Cette dure parole serait bien plus dure encore dans la bouche du médecin, et cependant ce serait la réponse à ces adeptes qui demandent à la médecine ce qu'elle ne peut donner; car, comme tout homme doit mourir, tout homme aussi doit souffrir.

Voilà donc le système bien et dûment enterré, *sit tibi terra levis*, lui dirons-nous; mais ne croyez pas que pour cela l'esprit de système, cet esprit inné dans le cœur de l'homme, vienne jamais à manquer d'aliment; car *uno avulso non deficit alter aureus*, et il ne faut pas une mémoire bien longue pour se rappeler combien de systèmes contemporains nous avons vus naître, se développer, puis mourir.

Mais enfin, quels sont les torts, et de quels crimes accuse-t-on la médecine vulgaire pour qu'on lui préfère toujours les brillants oripeaux du système? Son tort, c'est de ne pas sortir du cours ordinaire de la vie, et d'être du nombre de ces choses dont on a toujours entendu parler, avec lesquelles on a vécu, et que l'on rencontre tous les jours dans la rue. Son crime, c'est de ne pas chercher à entraîner le cœur du public par la promesse d'un soulagement universel, c'est de ne pas séduire l'imagination par d'éloquents plaidoyers, c'est enfin de ne point parler à la raison du public par une simplicité qui est en dehors du vrai.

Sachant que le corps humain subit l'influence d'un grand nombre d'agents modificateurs de la vie, la médecine vulgaire ne craint pas de demander à chaque règne les moyens les plus propres à combattre les maux si variés de l'espèce humaine. N'étant point aveuglée par un esprit de système, elle ne dit point avec Brown: *Opium mehercle non sedat*; mais elle lui reconnaît tout simplement une vertu dormitive. N'ayant point, comme Broussais, posé en principe que l'irritation est la cause de tous les maux, elle voit l'inflammation là où il y a chaleur, rougeur et douleur; mais elle refuse obstinément de reconnaître la même origine à tous les maux, et ne peut croire que cet être débile, qui se soutient à peine, faute de nourriture, doive être traité de la même manière que le portefaix du coin de rue ou le financier bien nourri.

tion membraneuse du canal. Je dis la portion membraneuse, car la prostate, explorée à travers le rectum, n'est ni gonflée ni douloureuse, et le malade n'a présenté aucun symptôme d'abcès dans cet organe; la direction même du trajet fistuleux, la position de l'ouverture, justifient cette opinion.

Néanmoins l'existence de cette fistule devenait une complication qui nécessitait plus impérieusement encore la dilatation du canal. Je cherchai à me rendre compte de la formation de l'abcès urineux et de la fistule qui en était la conséquence. Je me demandai si, lors du premier cathétérisme, une fausse route n'avait pas été pratiquée, si dans les tentatives subséquentes la difficulté extrême à arriver jusqu'à la vessie, la facilité du rétrécissement à saigner au moindre contact, ne tenaient pas à l'existence de cette fausse route; et si cette dernière, en entretenant et exaspérant l'état inflammatoire du tissu sous-muqueux, n'avait pas déterminé la suppuration profonde de la région périnéale droite. Mais comment admettre que cet accident ne fût pas survenu plus tôt? Comment comprendre qu'on pût arriver parfois sans trop de difficulté, bien qu'avec des sondes très-fines, jusque dans l'intérieur de la vessie, si un pareil désordre existait réellement? Je ne dus pas m'arrêter à cette idée, que les tentatives ultérieures dont je vais rendre compte auraient d'ailleurs pleinement réfutée. Je dus admettre plutôt que le rétrécissement très-fongueux, très-saignant, était produit par un boursouflement de la muqueuse urétrale enflammée par l'effet de la blennorrhagie, gonflée dans certains points plus que dans les autres, et présentant dans ces endroits une tendance marquée au ramollissement; car ne sait-on pas que les effets de l'inflammation, à une certaine période, consistent surtout dans le ramollissement des tissus? Ce boursouflement, cette facilité à saigner, cette irritabilité et cette douleur cuisante, ce ramollissement enfin de certains points du canal, indiquant une persistance de l'état inflammatoire, une tendance de cet acte morbide à se propager au lieu de se résoudre ou de se terminer peu à peu par l'induration, on conçoit qu'un phlegmon se soit développé sur un des côtés du canal, en arrière du bulbe, ait gagné peu à peu la marge de l'anus, ait fini par s'ouvrir et par donner naissance à une fistule urinaire communiquant avec la portion membraneuse de l'urètre.

Les tentatives du cathétérisme, souvent et difficilement renouvelées, n'ayant produit aucun résultat satisfaisant, avaient dû contribuer encore à favoriser l'extension du mouvement inflammatoire. Quoi qu'il en soit, il fallait les renouveler; l'indication formelle, presque la seule, était de dilater le canal et de le rétablir dans ses dimensions normales. Comment y parvenir chez un sujet aussi irritable, avec un rétrécissement si difficile à dilater, compliqué de spasme, formé de fongosité saignant au moindre contact?

Dans les tentatives faites jusqu'ici, souvent la sonde n'avait pu pénétrer, et de simples tentatives infructueuses faites avec toute la douceur possible pendant une ou deux minutes suffisaient à faire saigner le rétrécissement et à déterminer un accès de fièvre plus ou moins violent. Lorsque la sonde avait pu pénétrer, son séjour n'avait pas été supporté plus de quelques heures, et il avait presque toujours été suivi de fièvre ou d'accidents plus ou moins graves, vomissements, douleurs hypogastriques, etc. Enfin, rarement on avait pu introduire la sonde n° 4, jamais on n'avait pu en faire pénétrer de plus volumineuses, et la légère dilatation qu'on pouvait espérer d'avoir produite par son séjour, quelque borné quelle fût, disparaissait bientôt, le canal semblait se rétrécir de plus en plus et acquérir un degré plus élevé de sensibilité, d'irritabilité, partagées par le malade lui-même, qui devenait pour ainsi dire de plus en plus réfractaire au traitement.

Il y avait pourtant, je le répète, nécessité à introduire des sondes et à dilater le canal le plus rapidement possible. Convaincu de cette nécessité, je resolus de mettre en pratique les préceptes que j'avais essayé de me tracer sur l'application de l'anesthésie au cathétérisme. Il n'y avait pas d'autres ressource. Notre malade ne pouvant être soulagé par aucun autre moyen, se trouvait précisément dans les conditions que je désirais rencontrer pour faire une première épreuve de cette nouvelle méthode. Je me décidai donc à le soumettre aux inhalations chloroformiques.

13 avril. Après avoir respiré le chloroforme pendant une minute quarante-cinq secondes, le malade fut complètement plongé dans l'anesthésie. Il me fut alors facile d'introduire dans la vessie du premier coup la sonde en argent n° 3; je la retirai de suite et la remplaçai par une sonde en gomme élastique n° 6, munie de son mandrin. Après une minute environ de séjour, celle-ci fut remplacée par une sonde n° 6. Puis j'introduisis successivement de la même manière le n° 7, le n° 8, et le n° 9, que je laissai à demeure, fixé par des fils de coton à la verge et aux poils du pubis. Je sentis au passage des quatre dernières sondes une résistance assez énergique; l'instrument était embrassé et assez fortement étreint par le rétrécissement; mais une demi-minute ou une minute de séjour, et quelques mouvements de va-et-vient lui donnaient bientôt assez de mobilité pour permettre de le remplacer par un numéro supérieur. Arrivé au n° 9, l'étreinte me parut assez énergique et assez durable pour que je ne dusse pas pousser au delà. Je pouvais d'ailleurs me contenter déjà de ce degré de dilatation, qui était bien raisonnable pour une première séance.

Il ne s'écoula pas une goutte de sang, tant la cessation du spasme permettait aux fongosités de se laisser déprimer sous la pression de la sonde. L'opération dura en tout neuf minutes. Au commencement le pouls augmenta un peu de fréquence; mais à la fin il reprit son rhythme normal. Le malade s'éveilla deux fois pendant l'opération, mais il s'endormit chaque fois immédiatement sous l'influence de quelques nouvelles inhalations. Quand il fut complètement éveillé, il assura qu'il avait eu la conscience de l'introduction de la première sonde, mais qu'il n'avait nullement souffert; il exprima son admiration pour l'excellence de la méthode et l'habileté de l'opérateur; il nous donna enfin une de ces scènes d'enthousiasme et d'admiration expansive, auxquelles on est habitué quand on a employé souvent la méthode anesthésique, scène qui était rehaussée encore, dans ce cas particulier, par toute l'emphase de la langue et du caractère espagnol.

Tout se passa très-bien jusqu'à trois heures de l'après-midi; la moindre réaction ne s'était pas encore manifestée. A cette heure, je voulus tenter de remplacer le n° 9 par un numéro supérieur. Mais quand j'eus retiré le premier, il me fut impossible d'en introduire un autre. Quelque douceur et quelque peu d'insistance que j'eusse mis dans cette tentative, il s'écoula un peu de sang par le canal; pendant la nuit, le malade éprouva de la chaleur, de l'insomnie et un mouvement fébrile léger.

Le lendemain, ce léger mouvement fébrile persista dans la matinée; le canal est douloureux. (Bouillon, tisane émulsionnée, bain général émollient.)

17 avril. La douleur de l'urètre s'est complétement dissipée; le jet de l'urine est très-volumineux et sort avec beaucoup de facilité. Je laisse reposer le malade une dizaine de jours; le jet conserve son volume considérable. Le malade qui s'observe avec attention nous affirme que l'urine sort à peine par la fistule périnéale, et je m'assure, en le faisant uriner devant moi, qu'il ne sort pas plus de deux ou trois gouttes de liquide à chaque miction.

Je ne doutai plus du succès complet qu'on pouvait attribuer, dans un cas aussi difficile, à l'application de la méthode anesthésique, et je fus encouragé à poursuivre cette application jusqu'à l'entière guérison du malade. Malheureusement l'incurie et la mauvaise volonté de ce dernier ne me permirent pas d'atteindre tout à fait ce but.

Le 26 avril, je soumis de nouveau le malade aux inhalations de chloroforme. L'anesthésie était complète au bout de deux minutes; je commençai par introduire la sonde n° 6. En procédant comme la première fois, j'arrivai, jusqu'au n° 10 que je laissai à demeure; l'opération dura sept minutes. Elle avait été pratiquée comme toujours sur les neuf heures du matin, vers six heures du soir le malade enleva la sonde qui lui causait, disait-il, des douleurs dans le canal. Quelques gouttes de sang suivirent cette extraction, mais il ne se déclara pas de fièvre, et le résultat final fut aussi avantageux que la première fois.

Cependant, pour arriver à voir s'oblitérer complètement la fistule, il fallait

---

Prenant son bien partout où elle le trouve, la médecine vulgaire s'empare de tous ces agents et les fait servir à soulager l'humanité souffrante. A l'atmosphère elle demande sa bienfaisante influence, et profite de toutes ses variations du froid au chaud, du sec à l'humide, pour combattre certaines dispositions morbides. A l'eau elle demande tantôt sa vertu tonique, tantôt son effet relâchant, suivant que son malade aura besoin d'être fortifié ou abattu; elle mettra à profit la force de l'eau et sa température, et la saisissant jusque dans sa forme la plus impalpable, elle s'en sert encore lorsque, transformée en vapeur, elle semble vouloir échapper à la puissance de l'homme. Au règne végétal la médecine vulgaire emprunte une alimentation variée, tour à tour rafraîchissante, fortifiante ou adoucissante. Les plantes lui fournissent encore des médicaments émollients, astringents, calmants ou excitants. Au règne animal elle demande des aliments de tout genre, et de plus des remèdes énergiques, depuis les antispasmodiques les plus actifs jusqu'aux rubéfiants les plus forts. Enfin la médecine vulgaire emprunte au règne minéral ses sels, ses acides, ses métaux et ses poisons subtils; et cherchant ainsi dans tous les êtres les propriétés bienfaisantes que Dieu y a déposées avec profusion, elle met à profit toutes ces merveilleuses ressources pour combattre les infirmités humaines, conséquence inévitable d'une existence temporaire.

De tout cela, le systématique n'en a que faire, enfermé qu'il est dans le cercle de Popilius. Il se croit riche de son remède universel; mais il est bien pauvre en réalité, puisqu'après son remède il ne lui reste plus rien, et que, si la maladie résiste à une première attaque, toutes ses ressources se trouvent épuisées, et il en est réduit à une honteuse retraite lorsqu'un assaut mieux combiné ou des armes plus variées eussent pu le rendre vainqueur.

Ce n'est pas seulement quant aux moyens qu'elle emploie que la médecine vulgaire diffère du système; en effet, pour celui-ci, obligé de prescrire toujours le même remède, il se trouve naturellement conduit à réduire autant que possible le cercle des maladies; aussi les enferme-t-il presque toujours sous un petit nombre de causes, le plus souvent même sous une seule. Pour certain système, c'est toujours le foie, et rien que le foie, qui est atteint; pour un autre, c'est la rate; pour d'autres, l'estomac ou les intestins. N'est-ce pas encore le ver de notre homme du quai?

Mais pour la médecine vulgaire, qui ne donne pas dans les simplifications, elle ne peut être la proie du premier venu, il lui faut de longues études; elle passe en revue tous les organes du corps humain, les étudie sur le mort et sur le vivant; puis, abordant l'homme malade, elle cherche à se faire un tableau complet de ses infirmités, elle suit la maladie dans ses formes les plus variées, dans ses phases et jusque dans sa terminaison, où elle demande à chaque cadavre la cause de la mort. Ne concluant pas toujours d'après l'événement, elle suspend son opinion jusqu'à plus ample informé, et pèse à la balance du jugement tous les éléments d'un problème aussi compliqué.

Ce n'est pas tout encore: là où le système tranche et décide, la médecine vulgaire sait douter et ne craint pas de le dire. Là où le système prescrit sans hésiter un moyen dangereux, la médecine vulgaire se décide toujours pour le parti le plus prudent, croyant acheter trop cher un succès, quelque brillant qu'il puisse être, si le moyen qu'il emploie peut faire courir des risques au malade. Là où le système temporise et attend, le médecin vulgaire agit, au

arriver à pouvoir laisser des sondes à demeure, ou pour le moins à tenir toujours le canal dans un état de dilatation considérable.

Le 1er mai, je fis donc une nouvelle séance qui ne présenta rien de particulier. Je commençai par introduire la sonde n° 6, et j'arrivai jusqu'au n° 11, que j'invitai le malade a garder jusqu'au lendemain. Il la retira vers minuit à cause des douleurs qu'il éprouvait au gland, dans le canal, au bas-ventre et à la tête. Néanmoins il ne se manifesta pas le plus léger mouvement fébrile, et bien que les sondes ne soient jamais restées longtemps à demeure, on peut dire que, comparativement à ce qui se passait avant l'emploi de la méthode anesthésique, il y avait maintenant une tolérance relative bien sensible de la part du canal. Je ferai même observer que le malade, naturellement inquiet, sensible, douillet, ôtait probablement les sondes pour une douleur légère ou du moins supportable, et qu'il aurait pu les garder bien plus longtemps sans inconvénient; car leur séjour n'avait plus été suivi, depuis l'emploi du chloroforme, ni de frisson, ni de fièvre, ni d'accidents d'aucune autre espèce.

Le lendemain de ce dernier cathétérisme, le jet de l'urine était volumineux et sortait facilement, sans douleur; évidemment le canal s'habituait au passage des sondes; je voulus profiter de ces avantages pour faire une nouvelle séance de cathétérisme; mais je rencontrai chez le malade une répugnance difficile à vaincre. Après chaque chloroformisation, il avait exprimé, comme la première fois, avec un enthousiasme mêlé d'attendrissement, sa joie en vue d'une guérison prochaine et son admiration pour la nouvelle méthode. Et néanmoins il fit toute sorte de difficultés pour se soumettre à une quatrième épreuve, prétendant que le chloroforme lui donnait mal au cœur et à l'estomac, redoutant sans doute le moment pénible et quelquefois plein d'angoisses qui précède chez plusieurs sujets l'abolition de la sensibilité. Je parvins enfin à le décider, et je fis, quelques jours après, une nouvelle séance semblable aux trois premières. La sonde n° 11 fut laissée à demeure le matin; le malade la retira à quatre heures de l'après-midi, se plaignant d'une douleur assez vive au méat urinaire.

Cette séance fut la dernière que je pus pratiquer. Je voulais renouveler l'opération le 13 mai, le malade s'y refusa d'une manière absolue. Naturellement aussi peu intelligent que docile, il était devenu moins docile encore depuis que la dilatation du canal lui avait fait recouvrer toute sa facilité première dans l'émission des urines et éprouver un soulagement qu'il regardait sans doute comme équivalant à sa guérison; il assurait d'ailleurs qu'il ne sortait plus d'urine par la fistule. Je constatai en effet qu'il sortait à peine tous les matins une goutte de pus par l'orifice extérieur, que l'urine ne s'échappait pas par cet orifice pendant l'émission, et que le jet était très-volumineux. Je le renvoyai donc de l'hôpital en éprouvant le regret d'avoir obtenu seulement une guérison que je regardais comme très-imparfaite et tout à fait temporaire.

Je n'ai pas craint de rapporter cette observation dans tous ses détails, parce qu'elle prouve au dernier point l'utilité, l'importance de l'application de l'anesthésie au cathétérisme.

On remarquera d'abord que, comme je me l'étais bien promis, je commençai mes essais sur un sujet pour lequel l'anesthésie me paraissait devoir être non-seulement utile, mais indispensable. Jusqu'au jour où je le chloroformisai, l'introduction de la sonde avait été chez lui à peu près complétement impossible. Les tentatives seules de cette introduction le rendaient malade; la sonde était-elle introduite, il le devenait bien davantage; enfin il était impossible de franchir le rétrécissement avec une sonde supérieure au n° 3 ou 4; encore souvent ne pouvait-on pas y parvenir avec ces dernières. Le danger n'était pas immédiat; car le malade urinait encore, quoiqu'en jet filiforme; mais il pouvait venir d'un moment à l'autre. Il n'y avait peut-être pas absolument urgence à pratiquer le cathétérisme, mais il y avait nécessité de dilater le rétrécissement et de guérir le malade pour le soustraire à un péril imminent, à une maladie capable de mettre sa vie en danger d'un jour à l'autre. Il fallait donc tenter de sonder le malade avec le secours des moyens anesthésiques. On vient de voir que la réussite a été complète.

Le chloroforme me servit à la fois de moyen de diagnostic et de moyen curateur. J'insiste sur ce point : il est évident qu'il m'a rendu trois services importants. Le premier de me faire voir que le rétrécissement pouvait se franchir, qu'il était fongueux et que s'il saignait au moindre contact, c'était bien plus par le spasme qui le serrait et le faisait déchirer par la sonde que par sa propre nature, puisque pendant le sommeil chloroformique une et plusieurs sondes le traversaient, le dilataient sans le faire saigner.

Le deuxième, de me permettre de le dilater rapidement, c'est-à-dire d'introduire en une seule séance une série de sondes d'un volume graduellement croissant, de manière à lui donner toute l'amplitude, toute la distension dont il était organiquement susceptible. Ce résultat ne pouvait pas s'obtenir autrement; car souvent avant l'anesthésie des sondes du plus petit calibre n'avaient pu franchir le rétrécissement; d'une autre part, après l'emploi de ce moyen, le malade étant éveillé et ayant gardé la plus grosse sonde pendant plusieurs heures, si on la retirait (les premiers jours quand le canal n'était ni assez dilaté ni assez habitué), non-seulement on ne pouvait pas en introduire une plus forte, mais on ne pouvait pas remettre la même. On a vu comment une fois ces tentatives firent saigner le canal et restèrent infructueuses.

Le troisième, d'assoupir la réaction et de rendre la tolérance pour le séjour de la sonde, pendant un nombre d'heures assez considérable, bien plus grande qu'elle n'avait été pour les simples tentatives de cathétérisme entreprises dans l'état de veille, c'est-à-dire hors de l'influence anesthésique.

Le succès obtenu dans ce cas très-difficile par l'application de la méthode anesthésique à la dilatation des rétrécissements, m'encouragea à essayer de la même méthode dans un cas plus simple. On va voir, par la lecture de l'observation suivante, que l'application de cette méthode, bien qu'elle ne fût pas nécessaire, servit du moins à rendre le traitement plus facile et surtout plus rapide.

(*La suite prochainement.*)

REVUE DES JOURNAUX DE MÉDECINE.

JOURNAUX ANGLAIS.

(Suite.)

III. THE LANCET.

Les numéros de janvier, février, mars, avril, mai et juin 1850 contiennent les travaux originaux suivants : 1° *Cas de chirurgie*; par M. Erichsen. 2° *Des relations et des différences qui existent entre l'épilepsie et les convulsions puerpérales*; par M. Tyler Smith. 3° *Ectropion paralytique; nouvelle méthode de traitement*; par M. John A. France. 4° *Découvert de deux antidotes à l'empoisonnement par l'arsenic du commerce*; par M. Callell. 5° *De l'emphysème du cou causé par une toux*

---

contraire, promptement, sachant que bien souvent le succès dépend du moment favorable. Enfin, se réduisant au rôle de guérisseur, le médecin ordinaire sait prendre dans tous les systèmes ce qu'ils peuvent avoir de bon, et se composant un arsenal aussi complet que le comporte l'état actuel de la science, il attend tranquillement que le public vienne frapper à sa porte, persuadé que lorsque les fausses lueurs du système auront perdu leur éclat, le public reviendra tôt ou tard à ceux qui suivent honorablement une honorable carrière; aussi est-ce avec confiance que la médecine vulgaire en appelle de César à César mieux informé.

LOMBARD (de Genève).

— Le concours ouvert devant la Faculté de médecine de Montpellier pour la place de chef des travaux anatomiques vient de se terminer. M. Courty, professeur agrégé de cette Faculté, a été nommé à l'unanimité des suffrages.

— On vient de découvrir près de Marbourg, petite ville de la Hesse-Électorale, un manuscrit très-précieux de Denis Papin, l'illustre Français qui constata le premier l'emploi qu'on pouvait faire de la vapeur comme force motrice, et qui trouva ainsi le principe de la machine à vapeur. Ce manuscrit est intitulé : TRAITÉ DES OPÉRATIONS SANS DOULEUR. L'auteur y examine les différents moyens qu'on pourrait employer pour endormir la sensibilité des malades et leur éviter la douleur des opérations. Ce travail, que Papin composa à l'époque où il était professeur à l'université de Marbourg, et dans lequel son génie entrevoyait déjà la découverte réalisée de nos jours du chloroforme et de l'éther sulfurique, n'eut alors aucun succès. Ses collègues, auxquels il communiqua ses idées, ne les approuvèrent pas et l'engagèrent à ne point publier son ouvrage.

Papin, qui comprenait la vérité des idées qu'il émettait, éprouva un profond découragement, et cette circonstance lui fit abandonner l'exercice de la médecine, qu'il avait pratiquée jusqu'à ce moment avec un grand avantage, pour se livrer exclusivement à l'étude de la physique, dans laquelle il fit, quelques années plus tard, des découvertes qui ont immortalisé son nom. Le manuscrit de Papin est de 1681. En quittant l'Allemagne pour revenir en France, il le donna à un vieux médecin, le docteur Bœrner, son ami, qui lui seul lui avait offert des encouragements. Il appartenait, en dernier lieu, au pasteur Lahn, instituteur aux environs de Marbourg, qui est mort au mois de janvier dernier. Il vient d'être acquis par le grand-duc de Hesse pour sa bibliothèque particulière, déjà très-riche en manuscrits précieux.

— Le conseil d'État ayant émis un avis favorable au projet de décret qui reconnaît l'Association des médecins de Paris comme établissement d'utilité publique, le décret ne peut être présenté à la signature du président de la République qu'autant que les modifications apportées aux statuts par le conseil d'État auront été approuvées dans une assemblée générale de la Société, qui devra en même temps nommer un délégué pour agir en son nom.

En conséquence, une assemblée générale aura lieu le dimanche 23 février à deux heures très-précises, dans le grand amphithéâtre de la Faculté, sous la présidence de M. Orfila.

violente; par M. Knoll. 6° *Histoire de la première fièvre scarlatine épidémique qui a régné à Aukland (Nouvelle-Zélande)*; par M. A.-S. Thomson. 7° *Cas d'hémorrhagie utérine, et remarques*; par M. James Syme. 8° *Naissance d'un monstre après un travail pénible*; par M. Litchfield. 9° *Cas d'ulcère perforant de l'estomac*; par M. Waterlann. 10° *Cas de morve farcineuse aiguë*; par M. Ballard. 11° *Cas de convulsions puerpérales guéries à l'aide du chloroforme*; par M. Turner. 12° *Hydrocèle volumineuse avec épaississement du sac*; par M. Ryan. 13° *Règles pour l'emploi du nitrate d'argent dans le traitement de l'inflammation, des plaies et des ulcères*; par M. Aigginbottom. (L'anteur détaille, avec quelque exagération, ce nons semble, les avantages de ce canstique coutre plusieurs maladies.) 14° *Hémorrhagie utérine traitée par l'oxyde d'argent*; par M. Fr. Bennett. 15° *Cas de maladie du larynx où la trachéotomie fut pratiquée trois fois*; par M. Humby. (Ces trois opérations fnrent faites pour extraire plusieurs cartilages ossifiés; le snjet succomba néanmoins.) 16° *Cas de plaie du rectum par un instrument piquant, et luxation du coccyx*; par M. Blick. 17° *De l'obstruction du rectum due à l'usage des pommes de terre*; par M. Popham. 18° *De l'emploi du mercure dans l'inflammation*; par M. Chambers. 19° *Expulsion de larves vivantes de l'urètre d'un homme de 22 ans*; par M. Drew. 20° *Difformités de la poitrine chez les enfants de la classe pauvre*; par M. Bees. 21° *Sur les statistiques du choléra*; par M. Cox. 22° *Sur l'application de la fonction réflexe à la parturition*; par M. Power. 23° *Huit semaines de pratique du choléra*; par M. Gower. 24° *Cas d'amputation à lambeau au-dessous du genou*; par M. Godfreis. 25° *Hémorrhagie après l'accouchement arrêtée par l'injection d'eau froide dans la matrice*; par M. Ch. Simpson. 26° *Atrésie congénitale de l'anus, guérie par une opération*; par M. Pickop. (Incision devant le coccyx.) 27° *Fonctions et usages du thymus*; par M. Wright. 28° *Pathologie des maladies chroniques de l'ovaire*; par M. Tilt. 29° *Maladie encéphaloïde du rein gauche*; par M. Topham. 30° *Cas de hernie de la sclérotique*; par M. Coats. 31° *Nouveau moyen d'arrêter les hémorrhagies des alvéoles*; par M. Beardsley. 32° *Hypertrophie du thymus ayant causé une laryngite striduleuse et la mort*; par M. Keal. 33° *Chute de la vessie et ancienne fistule vésico-vaginale pendant l'accouchement difficile*; par M. M'Cormack. 34° *Deux cas d'ulcère phagédénique*; par M. Drew. 35° *De certains cas de fièvre jaune*; par M. Furlinge. 36° *Cas de syphilis héréditaire*; par M. Er. Wilson. 37° *Du rapport des phénomènes météorologiques avec l'influence cholérique et les autres maladies épidémiques*; par M. Atkinson. 38° *Plaie de l'artère tibiale antérieure*; par M. Featerstonhangh. (Plaie par piqûre; hémorrhagies réitérées malgré la compression soutenue par le tourniquet; ligature de l'artère; guérison.) 39° *Occlusion permanente de l'utérus mettant obstacle à l'accouchement*; par M. Fogarty. 40° *Vomissement de sang chez un enfant*; par M. Nix. 41° *Cas d'amaurose, avec remarques*; par M. Reggall. 42° *Du gaz hydrogène*; par M. Stevenson. 43° *Cas de spina bifida traité par la ligature et l'excision du sac*; par M. Moxon. (Il n'y eut aucun des accidents qu'on a à redouter de cette opération. L'enfant, qui avait alors 4 mois, est maintenant âgé de plus d'un an, et se porte parfaitement bien.) 44° *Hémorrhagie utérine suite de purpura; moyen efficace pour l'arrêter dans tous les cas*; par M. Lyell. (Tamponnement uni à la compression exercée sur l'utérus par la paroi abdominale.) 45° *Cas particulier de luxation*; par M. Hugh Thomson. 46° *Des maladies des Européens lors de leur retour des contrées tropicales*; par M. Ranald Martin. 47° *Observations d'accouchement*; par M. Fairbrother. 48° *Fracture compliquée du crâne; hernie du cerveau; guérison*; par M. Crigthon. 49° *Traitement du prolapsus utérin*; par M. Nunn. 50° *Amputation dans l'articulation coxo-fémorale faite avec succès*; par M. Wigstrom. (Snjet de 18 ans, amputé pour des abcès nombreux avec fièvre hectique. L'opération se fit en une demi-minute, à lambeaux. Le patient ne perdit que 2 onces de sang. Il marche aujourd'hui avec des béquilles.) 51° *Durée de la grossesse dans l'espèce humaine*; par M. Reid. 52° *Structure et fonctions des poumons*; par M. Williams. 53° *Considérations sur la fréquence supposée de l'ulcération de l'orifice et du col de l'utérus*; par M. Tyler Smith. 54° *Observations de spina bifida*; par M. Iliff. 55° *Effets et traitement des maladies causées par l'aspiration de l'air des égouts*; par M. James Kite. 56° *Convulsions puerpérales guéries par de copieuses saignées*; par M. Langley. 57° *Excision du coude*; par M. Cowan. 58° *Pleurésie avec épanchement du côté gauche et déplacement du cœur*; par M. Aldis. 59° *Traitement de l'inflammation de la peau*; par M. John Snow. 60° *Cas d'apoplexie hydrocéphalique*; par M. Ogilvy. 61° *Cas curieux d'hémorrhagie de l'urètre*; par M. Manifold. 62° *Amputation de la jambe nécessitée par une lésion datant de vingt ans*; par M. Litchfield. 63° *Cas d'anus artificiel*; par M. Paulson. (Guérison obtenne par l'application de l'entérotome de Dnpuytren.) 64° *Sur l'injection d'alun et d'écorce de chêne dans les écoulements du vagin et de l'utérus*; par M. Cooke. 65° *De l'inutilité de recourir au climat de l'Italie pour la cure de la consomption pulmonaire*; par M. Burgess. 66° *Luxation sans fracture de la dernière vertèbre cervicale*; par M. Drew. 67° *De la fréquence de l'ulcération du col utérin et de la signification pathologique du mot* ulcération; par M. Bennett. 68° *Remarques pratiques sur les maladies de l'œil*; par M. Dixon. 69° *Cas de tœnia expulsé au moyen du kousso*; par M. Gull. 70° *Nouvelle et pénible forme d'hystérie*; par M. Marshall Hall. 71° *Manière d'exciter la déglutition dans certains cas*; par M. Barlow. (Quand un malade est rendu insensible par des convulsions, et qu'il n'avale pas, quoique ayant la bouche pleine de liquide, il suffit de lui jeter de l'ean à la figure pour que la déglutition s'opère.) 72° *Chorée guérie par l'application endermique de la belladone*; par M. Mault. 73° *Hernie inguinale étranglée compliquée de la descente imparfaite du testicule*; par M. Featherstonhangh. 74° *De l'emploi de l'oxyde d'argent comme agent pour provoquer l'expulsion de vers*; par M. T. Whittell. 75° *Effets toxiques présumés du guano*; par M. Wearne. 76° *De l'emploi du tartre émétique dans l'emploi du tissu cellulaire*; par M. Milton.

MÉMOIRE SUR LES RAPPORTS ET LES DIFFÉRENCES QUI EXISTENT ENTRE L'ÉPILEPSIE ET LES CONVULSIONS PUERPÉRALES; par le docteur TYLER SMITH.

Les analogies symptomatiques qui existent entre l'épilepsie et l'éclampsie puerpérale, la similitude des troubles anatomiques qu'on suppose être le point de départ des accès dans ces deux maladies et qui se résument dans la congestion cérébrale, rendaient naturel de penser que l'épilepsie constitue chez les femmes enceintes, avant ou pendant le travail de parturition, une prédisposition à l'éclampsie. Aussi cette opinion a-t-elle été soutenue par un certain nombre d'accoucheurs. D'autres, au contraire, regardent l'état de grossesse comme plus propre à enrayer qu'à activer la prédisposition aux diverses formes d'affections convulsives. C'est à éclaircir ce point de pathologie que l'auteur consacre son travail.

On remarquera que la question pathologique est subordonnée ici à une question de diagnostic; car pour savoir si une femme épileptique, devenue enceinte, est plus sujette qu'une autre à l'éclampsie, il faut posséder des caractères précis à l'aide desquels on puisse distinguer l'une de l'autre les deux affections. L'auteur essaye de déterminer ces caractères. Quelque exacts qu'ils puissent paraître, nous ne pouvons nous dispenser de faire remarquer que plusieurs d'entre eux n'ont pas, relativement à la difficulté présente, une grande importance, puisqu'il en est qui sont tirés de la marche et de la durée de la maladie, et de quelques autres circonstances peu faites pour éclairer sur la nature d'un accès actuellement existant. Nous admettons volontiers, avec l'auteur, que l'éclampsie des femmes grosses, aussi bien que celle des enfants, considérées dans leurs caractères généraux, se distinguent assez de l'épilepsie pour mériter d'en être séparées dans la classification nosologique; mais il ne s'ensuit pas que tel accès d'éclampsie soit toujours facile à distinguer de tel accès d'épilepsie. De là une difficulté d'appréciation que les observations du mémoire ne lèvent en aucune manière, dépourvues qu'elles sont, sous ce rapport, des détails les plus essentiels.

Ces observations sont toutes relatives à des femmes enceintes, sujettes à l'épilepsie. Quelques-unes de ces femmes ont eu des accès d'éclampsie; d'autres en ont été exemptes ou n'ont offert pendant la grossesse que quelques attaques épileptiformes plus rares que de coutume. L'auteur conclut du résultat de sa pratique obstétricale que, somme toute, l'épilepsie prédispose les femmes enceintes aux convulsions puerpérales.

On comprend que, pour décider empiriquement ce point de fait, il faudrait de nombreux éléments statistiques qui font jusqu'ici défaut. Considérée scientifiquement, la question ne nous semble pas devoir être posée dans des termes absolus. L'épilepsie n'est qu'un symptôme; c'est une manifestation fonctionnelle dont la cause déterminante peut différer beaucoup et de nature et de siége. Telle épilepsie peut avoir son point de départ dans le crâne, telle autre dans une affection abdominale; une troisième dans un état général de l'organisme. C'en est déjà assez pour expliquer comment la grossesse n'aura pas toujours la même influence sur l'épilepsie; comment elle pourra tantôt l'aggraver, tantôt l'atténuer ou la faire disparaître. C'est de la même manière qu'on voit cette horrible affection diminuer d'intensité, ou même guérir spontanément à la suite d'une grave maladie, telle, par exemple, que la fièvre typhoïde, bien que la fièvre typhoïde ait aussi pour effet de congestionner l'encéphale. Or cette variabilité dans l'influence de la grossesse sur l'épilepsie elle-même, on peut, on doit la retrouver dans l'influence de la grossesse sur la maladie convulsive à laquelle l'épilepsie paraît devoir prédisposer, c'est-à-dire sur l'éclampsie. Il est probable que dans les cas où la grossesse détournera les accès d'épilepsie, elle ne

disposera pas à l'éclampsie, et que dans ceux où elle les favorisera, l'éclampsie aura plus de facilité à se produire.

Mais ce n'est pas tout. L'éclampsie paraît se lier ordinairement à un état anormal des liquides, qui se traduit par l'albuminurie. Si cela est vrai, si le rapport entre les deux états pathologiques est aussi constant que le professent certains auteurs, on voit que l'épilepsie ne saurait, en tout cas, constituer qu'une prédisposition éloignée et très-indirecte, puisqu'elle ne ferait que placer les centres nerveux dans des conditions défavorables, sans influer en rien sur la cause déterminante des convulsions puerpérales.

ECTROPION PARALYTIQUE ; NOUVELLE MÉTHODE DE TRAITEMENT ; par M. JOHN A. FRANCE.

Dans les paralysies qui portent sur le facial, la paupière supérieure, privée du soutien que lui offre la contraction de l'orbiculaire, tombe par son poids. De là résultent, outre une difformité pénible, le larmoiement, puis, si cet état se prolonge, la conjonctivite, et bientôt l'inflammation de la cornée.

Lorsque cette paralysie a résisté à tous les topiques, il ne reste qu'à avoir recours à une opération. Voici celle que M. France conseille et qu'il a pratiquée deux fois avec succès.

Le malade étant assis, le chirurgien placé en face de lui traverse d'avant en arrière la paupière inférieure avec un ténaculum, immédiatement derrière son bord ciliaire, et juste à un dixième de pouce du côté temporal du point où une perpendiculaire abaissée le long de la cornée — le malade étant supposé regarder devant lui — rencontrerait la paupière si elle était ramenée à sa situation normale. On enlève ensuite le bord de la paupière depuis le lieu piqué jusqu'à son angle externe.

La même opération est alors répétée sur la paupière supérieure, en ayant soin de comprendre dans l'excision la muqueuse, la peau, les orifices des glandes de Meibomius, les cils et leurs follicules. On passe ensuite entre les bords des deux paupières une suture continue avec un fil fin; quelques bandelettes sont ajoutées dans le sens vertical pour s'opposer à un excès de tension. Enfin, on place sur la plaie un linge imbibé d'une solution saturnine froide.

En deux mots, l'opération de M. France consiste à rafraîchir successivement le bord libre des deux paupières dans un sixième environ de leur étendue, à partir de la commissure externe; puis à les réunir définitivement l'une à l'autre par la suture.

Le but principal de ce procédé n'est point de relever mécaniquement la paupière inférieure en diminuant la largeur de la fente interpalpébrale. Il vise à faire participer la paupière inférieure aux mouvements de la supérieure, à remplacer la contractilité perdue de la première par celle que son releveur spécial donne à la seconde. C'est assez dire que si ce dernier muscle était aussi paralysé, l'opération dont nous parlons serait pratiquée en pure perte; que par conséquent, avant de l'entreprendre, il importe de s'assurer si la troisième paire n'est pas paralysée en même temps que la septième.

Dans ce cas, le releveur de la paupière supérieure ne vient pas seulement en aide à l'inférieure par les mouvements évidents d'élévation, que tout le monde connaît. Il y contribue aussi en vertu de ce mouvement, bien décrit par Ch. Bell, qui résulte de ce que le releveur, en se contractant, presse sur le globe oculaire, le pousse en avant, et, par son intermédiaire, abaisse un peu la paupière inférieure. C'est grâce à ce mécanisme que, dans l'état normal, quand le releveur se contracte, il écarte à la fois les deux paupières l'une de l'autre, tirant la supérieure en haut, et poussant légèrement l'inférieure en bas.

— Malgré le résultat satisfaisant que M. France dit avoir obtenu sur ses deux malades, nous devons rappeler que cette opération laisse à sa suite un symblépharon partiel, difformité des plus fâcheuses et qui devient alors un état définitif. Aussi, malgré la convenance théoriquement parfaite du procédé, ne devra-t-il jamais être employé qu'après avoir vu échouer tous les moyens propres à rendre à la paupière inférieure sa contractilité, et notamment l'électricité appliquée selon l'ingénieuse et efficace méthode de M. Duchenne.

DU TRAITEMENT DE L'HÉMORRHAGIE UTÉRINE PAR L'OXYDE D'ARGENT; par le docteur FRANCIS BENNETT.

DE L'OXYDE D'ARGENT CONTRE LE TOENIA; par le docteur WHITTELL.

Dans un des précédents numéros (p. 37), rendant compte des opinions d'un médecin américain, le docteur Thweatt, sur l'emploi de l'oxyde d'argent dans le traitement de l'hémorrhagie utérine, nous ajoutions que ce composé jouissait d'une grande faveur dans la thérapeutique anglaise. En effet, deux praticiens recommandables, sir James Eyre et le docteur Butler Lane s'en sont fait les promoteurs déclarés, et leur exemple a trouvé beaucoup d'imitateurs. La présente note de M. Francis Bennett est encore un témoignage en faveur de leur opinion sur l'efficacité de l'oxyde d'argent dans l'hémorrhagie passive de l'utérus, provenant d'une trop grande fluidité du sang.

L'auteur rapporte succinctement deux observations.

Dans la première, il s'agit d'une femme déjà mère de cinq ou six enfants, et qui avait eu, immédiatement après chaque accouchement, une perte utérine des plus abondantes. Elle offrait, dit le texte, la *diathèse hémorrhagique*; la moindre égratignure saignait assez longtemps; ses sœurs, qui étaient mariées et avaient des enfants, étaient aussi sujettes à des pertes. M. Bennett, averti qu'il aurait à donner des soins à cette personne pour un futur accouchement, pensa qu'il y avait possibilité de prévenir l'accident habituel en donnant par avance l'oxyde d'argent. Il en commença donc l'administration après le septième mois de la grossesse, à la dose d'un demi-grain deux fois par jour. Le traitement fut continué pendant trois ou quatre semaines, sauf de très-courtes interruptions ménagées à dessein. A l'époque voulue, le travail commença et se continua heureusement. Immédiatement avant la sortie de la tête, on donna une dose d'ergot. L'expulsion du fœtus eut lieu aussitôt, puis quinze minutes après, celle du placenta. La perte de sang ne fut pas plus grande que dans les accouchements les plus favorables. Le rétablissement fut prompt.

Le second cas est très-analogue au premier, si ce n'est que les pertes n'étaient pas aussi considérables. L'oxyde d'argent fut donné pendant un mois, l'accouchement fut des plus heureux, et exempt d'hémorrhagie proprement dite.

— Nous répétons ce que nous disions il y a quelques semaines; nous n'avons pas une expérience personnelle de l'efficacité de l'oxyde d'argent contre l'hémorrhagie utérine. Au fond, nous sommes fort disposé à y croire. Nous devons seulement ajouter que, dans notre pensée, beaucoup de métaux facilement réductibles, l'or, le cuivre, le platine, le bismuth et d'autres encore auraient peut-être, sous le rapport indiqué, le même effet que le fer ou l'argent. C'est une question que l'avenir décidera.

Quant à la signification isolée des deux faits relatés par M. Bennett, elle est fort difficile à établir. Les malades ont pris pendant quelques semaines de l'oxyde d'argent, et l'accouchement survenu peu de temps après n'a pas été suivi, comme les précédents, de pertes abondantes. Si l'expérience était aussi simple et si elle se répétait un certain nombre de fois, elle aurait une valeur réelle. Mais on a donné, au moment de l'accouchement, du seigle ergoté. Or ce dernier moyen suffit si souvent pour empêcher les pertes, qu'on n'ose plus en faire honneur, même pour une petite part, à l'oxyde d'argent; et si tel a été en effet le mécanisme de l'arrêt du sang, s'il a cessé de couler uniquement parce que l'utérus sollicité par l'ergot est revenu promptement et énergiquement sur lui-même, il en résulte que les deux faits ci-dessus relatés, non-seulement ne suffisent pas pour démontrer la propriété hémostatique de l'oxyde, mais ne déposent même pas en faveur de l'influence qui lui est attribuée sur la plasticité du sang.

Mais on a vu, par l'un des titres rapportés en tête de cet article, que l'oxyde d'argent entre les mains des médecins anglais, prétend à autre chose qu'à rendre au sang sa plasticité. Voici qu'on le propose contre les entozoaires. Dans deux cas, M. Whittell a vu l'administration de l'oxyde amener l'expulsion de portions considérables de tœnia *mort*. Malgré cette dernière spécification, la lecture des observations ne rassure pas complétement contre la chance de récidives. Nous devons faire remarquer en outre que le premier sujet avait pris, antérieurement à l'oxyde d'argent (on ne dit pas au juste à quelle époque), de la térébenthine et, en même temps que l'oxyde, du bitartrate de potasse à la dose de 6 gros par jour; que, chez le second malade, le bitartrate avait été également administré, indépendamment de quelques autres purgatifs.

A. DECHAMBRE et P. DIDAY.

(*La suite au prochain numéro.*)

TRAVAUX ACADÉMIQUES.

ACADÉMIE DES SCIENCES.

SÉANCE DU 17 FÉVRIER.

MONSTRE DOUBLE MONOCÉPHALIEN, FORMANT UN NOUVEAU GENRE NOMMÉ HÉMITROPAGE.

M. EUDES DESLONGCHAMPS adresse une note sur un cas de monstruosité double observée sur deux agneaux situés parallèlement de manière à regarder du même côté, et soudés par leurs côtés correspondants, depuis la base du col jusqu'au bassin inclusivement; les deux têtes sont libres, égales et bien conformées. Il n'y a que deux membres pour le train de devant, un pour chaque frère, le droit pour le frère de droite, et réciproquement. Mais il y a quatre membres égaux et bien conformés pour le train de derrière; il y a aussi deux queues.

Les colonnes vertébrales des deux frères sont situées parallèlement et distantes l'une de l'autre de 3 à 4 centim.; mais chacune d'elles, dans sa moitié postérieure seulement, ayant fait sur son axe un quart de révolution, l'une de gauche à droite, l'autre de droite à gauche, la soudure des deux troncs n'est plus en arrière ce qu'elle est en avant. Dans leur moitié antérieure, les troncs sont soudés par leurs côtés, tandis qu'ils sont réunis par leurs faces abdominales dans leur moitié postérieure. Il est résulté de ce singulier mode de coalescence que les quatre membres postérieurs ont pu se développer, puisque leurs points d'insertion au bassin étaient libres ; mais il en a été autrement pour les membres antérieurs ; deux seulement (un pour chaque frère) ont pu se développer, les deux autres ayant été rendus impossibles par la confluence des régions où ils eussent dû s'attacher.

Ce genre de monstruosité a beaucoup de rapport avec celui que M. Is. Geoffroy-Saint-Hilaire a nommé *ectopage*; mais, dans ce dernier genre, les deux jumeaux, soudés parallèlement et dans la direction de leurs axes longitudinaux, sont situés de telle sorte que la soudure est beaucoup plus étendue vers la région inférieure que vers la supérieure, que les colonnes vertébrales sont notablement écartées, et que la région des épaules est restée libre. D'où résulte, pour les ectopages, la possibilité du développement des quatre membres du train de devant ; seulement les deux membres les plus voisins sont rejetés vers le dos, et souvent soudés entre eux d'une manière plus ou moins complète.

SUR LA VIVIPARITÉ DE DEUX SAURIENS, LE GONGYLE OCELLÉ ET LE SEPS CHALCIDE.

M. GUYON, chirurgien en chef de l'armée d'Afrique, informe l'Académie que, depuis trois ans et plus, il a constaté la viviparité d'un petit saurien, le gongyle ocellé. La viviparité de ce gongyle s'étend probablement, dit M. Guyon, à d'autres espèces du même genre, et peut-être aussi à des genres voisins. Toujours est-il qu'elle existe également chez le seps chalcide (Ch. Bonaparte), ainsi que je l'ai constaté depuis mon observation sur le gongyle ocellé.

ACADÉMIE DE MÉDECINE.

SÉANCE DU 18 FÉVRIER. — PRÉSIDENCE DE M. ORFILA.

Le procès-verbal de la dernière séance est lu et adopté.

EXTRACTION DES CORPS ÉTRANGERS CONTENUS DANS LA VESSIE.

M. LEROY-D'ÉTIOLLES adresse à l'Académie une lettre relative à l'extraction des corps étrangers contenus dans la vessie, autres que les calculs urinaires ; il rappelle qu'avant M. Courty, il avait posé le principe de courber en deux les tiges longues et minces, de manière à diriger leurs pointes en arrière. Quant aux moyens d'exécution, il pense que ceux qu'il a imaginés et dont il a fait usage sont préférables à l'instrument dont M. le professeur de Montpellier s'est servi et qu'il a communiqué à l'Académie.

M. Leroy-d'Étiolles suppose que si les procédés d'extraction sont peu connus ou mal appréciés, cela peut tenir au rapport très-défavorable dont ils ont été l'objet en septembre 1844, rapport dont la conclusion était *que la taille est préférable à tous les moyens d'extraction par les voies naturelles sans incision*. Il demande si M. le professeur Roux, seul vivant des trois signataires de ce rapport, est toujours dans les mêmes sentiments. M. Leroy-d'Étiolles proteste contre une telle doctrine; il ajoute que depuis ce rapport, il a extrait des vessies de quatorze malades : un manche de cuiller de moutardier, deux épingles à cheveux, sept sondes ou bougies, dont une en gutta-percha, deux branches de brise-pierres, des esquilles d'os devenus noyaux de pierres, sur deux blessés de février et de juin 1848.

Les moyens d'extraction imaginés par M. Leroy-d'Étiolles varient en raison de la forme et de la nature des corps contenus dans la vessie. Ces instruments divers sont placés sous les yeux de l'Académie; M. le secrétaire perpétuel en fait la démonstration.

S'agit-il d'une tige courte et mince, telle qu'une épingle ou une aiguille? un instrument semblable à un brise-pierre dont les branches s'accolent, non pas d'avant en arrière, mais latéralement, la saisit par le travers, la fait tourner sur elle-même et la place en long dans la direction de l'urètre. La tige est-elle trop longue pour pivoter ainsi? un brise-pierre fenêtré, dont la branche mâle ou simple fait saillie en arrière, la saisit, la ploie en dirigeant ses extrémités en arrière. Si c'est une sonde ou une bougie de petit calibre, elle est saisie, ployée et extraite comme il vient d'être dit. Est-elle trop volumineuse pour passer en double dans l'urètre? un instrument en forme de brise-pierre muni d'une lame la coupe en travers, retient un des bouts et laisse retomber l'autre dans la vessie. S'agit-il d'extraire le mors d'un brise-pierre rompu dans une opération de lithotritie? un bilabe à double cuiller, muni de deux petits râteaux mobiles, au moyen de tiges minces qui se prolongent jusqu'à la poignée de l'instrument, permet de saisir ce fragment brisé, de le basculer et de le faire tomber dans la double gouttière, où il se trouve complétement enfermé. Les corps ligneux sont divisés par la scie-pierre de Weiss, ou mâchés et triturés par un brise-pierre puissant.

Enfin M. Leroy d'Étiolles a essayé l'action des barreaux aimantés et des électro-aimants pour extraire les pièces d'instruments brisés. Les appareils qu'il a imaginés dans ce but sont également placés sous les yeux de l'Académie (1).

M. MICHEL LÉVY adresse, au nom de M. BARBY, médecin ordinaire aux ambulances de la division d'Alger, un mémoire intitulé : RECHERCHES SUR L'EMPLOI D'UN MÉLANGE DE POIVRE CUBÈBE ET D'OLÉO-RÉSINE DE COPAHU, COMME SUCCÉDANÉ DU SULFATE DE QUININE, DANS LE TRAITEMENT DES MALADIES DITES A QUINQUINA. (Comm. déjà nommée.)

M. DANEY, officier de santé à Paris, soumet à l'Académie un projet de fondation d'une colonie maritime spécialement destinée aux jeunes détenus lymphatiques, scrofuleux, tuberculeux. (Commiss. : MM. Bouchardat, Baillarger et Ferrus.)

M. BERNIER (de Romorantin) envoie une relation d'un accouchement forcé nécessité par une éclampsie violente. (Commissaires : MM. P. Dubois et Danyau.)

MM. CHEVALLIER et LASSAIGNE adressent un travail intitulé : OBSERVATIONS CHIMIQUES SUR UNE NOUVELLE SUBSTANCE ORGANIQUE COMPOSANT LA MATIÈRE DES TUBERCULES FORMÉS A LA SURFACE DE LA MUQUEUSE DIGESTIVE, SUR LE FOIE, LE COEUR, ET DANS LE TISSU MÊME DE CES ORGANES CHEZ LE MÊME SUJET.

La substance que les auteurs de ce travail signalent comme composant des productions tuberculeuses paraît, par ses propriétés chimiques, tenir le milieu entre la cystine et la xanthine, ils proposent de la désigner sous le nom de *xantho-cystine*.

M. MOUCHET (de Bone) adresse quelques observations de fièvres paludéennes traitées par les préparations arsenicales.

L'ordre du jour appelle la suite de la discussion sur le goitre et le crétinisme.

La parole est à M. Ferrus.

GOÎTRE ET CRÉTINISME.

M. FERRUS : Dans le mémoire que j'ai eu l'honneur de soumettre à l'Académie, j'ai dit que mon intention n'avait point été de faire une monographie du crétinisme, et quant à la question des eaux, « qu'il ne fallait pas devancer les faits, que je me bornais à en réclamer de nouveaux, et à demander l'examen des assertions récemment reproduites. »

Je n'ai en conséquence poursuivi qu'un but, celui d'appeler la discussion sur cet important sujet, en exposant des convictions scientifiques qui pouvaient modifier les révélations et les points de vue nouveaux apportés par cette discussion même. J'ai enfin demandé que, quelles que fussent les vraies causes auxquelles est due la production du goître et du crétinisme, on adoptât une mesure dans tous les cas nécessaires, la séquestration des crétins avancés, afin de délivrer ainsi certaines populations d'un fléau hideux dans ses formes et terrible dans ses effets.

L'intervention de l'Académie me semblait d'autant plus opportune que le gouvernement se trouvait saisi de la question. Le ministère de l'instruction publique et celui de l'intérieur s'en préoccupaient, et déjà, par suite de la publicité qui s'est attachée à nos discussions, il est venu des localités où sévit le crétinisme, des demandes de séquestration en faveur des malheureux qui en sont atteints.

Comme il ne s'agit ici, pour aucun de nos honorables collègues ni pour moi, d'un intérêt de personnalité et de doctrine, mais d'un intérêt de vérité, que nul ne peut à bon droit prétendre avoir dit le dernier mot dans une telle question, je dois donc me féliciter que mon appel ait été entendu, et que déjà M. Bouchardat, dans une brillante argumentation, et M. Rochoux, sous une forme qui lui est propre, en ont fait le sujet d'un débat public.

Messieurs, avant d'entrer dans la discussion purement scientifique, de signaler les divergences qui séparent mes opinions de celles de M. Bouchardat, et d'essayer de prouver, ce qui peut-être sera facile, qu'il y a plus de verve incisive que de sérieuse réalité au fond des objections de M. Rochoux, je me plais à constater que mes propositions et mes conclusions n'ont été ni ébranlées ni contredites par les argumentations de l'un et de l'autre. M. Bouchardat, en particulier, a conclu comme j'avais conclu moi-même; seulement il a circonscrit ma pensée à un point spécial, en se bornant à demander que l'Académie, par les moyens dont elle dispose, fit étudier la constitution géologique des terrains et la nature des eaux potables dans les localités à goître et à crétinisme endémiques.

A la vérité, M. Bouchardat n'a point parlé de la séquestration des crétins. Il serait même permis de croire qu'il juge cette précaution superflue, si l'on prenait à la lettre les paroles où il dit « que les causes du crétinisme agissent progressivement, commençant par ébranler l'économie normale, spécifique, qui se transmet par hérédité et se dégrade de plus en plus, jusqu'à ce que, grâce à une heureuse prévoyance de la nature, cette race déchue s'éteigne par infécondité. »

Il est clair que s'il en était ainsi, on n'aurait qu'à laisser agir la nature et à se confier à sa prévoyance. Malheureusement, s'il était vrai que les crétins très-complets soient inhabiles à se reproduire, il ne l'est pas moins que les semi-crétins et les crétineux sont fort aptes à alimenter cette hérédité funeste, et que, comme le reconnaît M. Bouchardat, en admettant une progression dans le développement de cette maladie à travers les générations, quand un crétin meurt par infécondité, il s'en forme beaucoup d'autres par propagation crétineuse.

(1) Comme les cas de corps étrangers dans la vessie sont rares, les chirurgiens hésiteront peut-être à faire l'acquisition d'instruments qui ne leur serviraient qu'une fois. Ceux qui voudraient tenter l'application des appareils à extraction de M. Leroy-d'Étiolles peuvent s'adresser à M. Mathieu, fabricant d'instruments de chirurgie, rue de l'Ancienne-Comédie, 28, qui les mettra à leur disposition.

De même M. Bouchardat a rejeté sans raison suffisante cette influence de l'atmosphère que j'ai essayé de placer à toute la hauteur des questions d'hygiène, non sans m'exposer aux anathèmes de M. Rochoux, pour quelques expressions hardies empruntées à M. Dumas, lequel a dit dans ses belles leçons de statique, en parlant de l'influence respective que les animaux ressentent : « que ce que les uns donnent à l'air, les autres le lui reprennent; qu'enfin, à considérer ces faits au point de vue le plus élevé de la physique du globe, on pourrait dire qu'en ce qui touche leurs éléments vraiment organiques, les plantes et les animaux dérivant ou dépendant de l'air, ne sont que de l'air condensé. »

M. Bouchardat a traité de la même façon négative les questions d'insolation, de hauteur des lieux, de configuration, de direction des vallées, d'électricité et d'insalubrité de l'habitation. A l'occasion d'améliorations obtenues dans la Maurienne par le percement d'une route de premier ordre, il a fait remarquer que ces avantages s'expliquent en ce que cette route, amenant beaucoup d'habitants nouveaux, a pu changer ou modifier les conditions fondamentales de la nutrition, donner au commerce la facilité d'importer des aliments usuels, céréales, vins, animaux alimentaires, plantes et condiments renfermant des principes qui s'opposent à l'effet nuisible des eaux potables.

J'ajouterai, pour mon compte, que les avantages obtenus ont pu se rattacher concurremment à l'accélération du mouvement commercial, à l'instruction primaire et à l'extinction des préjugés régnants.

Mais peu m'importe que l'amélioration ait été obtenue par une cause ou par l'autre, qu'elle soit ou non due à un renouvellement de population et à une importation d'aliments étrangers aux localités.

Ce fait, ajouté à mille autres, établit, montre et prouve l'influence que les modifications locales et hygiéniques sont appelées à exercer directement ou indirectement sur la maladie qui nous occupe.

Rechercher la cause première, la cause prochaine, la cause essentielle des maladies, suivant l'expression même de M. Bouchardat est sans doute une tentative fort louable. C'est le travail auquel je me suis permis, dans la question du crétinisme, de convier mes honorables confrères; mais tout en s'y livrant, on ne doit pas oublier que presque toujours ces causes sont multiples, et qu'alors même qu'on a saisi avec une certaine précision la cause déterminante des maladies accidentelles, il reste encore à apprécier les conditions individuelles qui ont pu favoriser l'action. Il faut se souvenir que nous n'avons jamais pu découvrir la cause qui décide la formation des tubercules, du cancer, de la scrofule et du rachitisme; que c'est par de très-rares exceptions qu'on a pu déterminer la cause alimentant la durée d'une affection endémique, et que, quand cette découverte heureuse s'est accomplie, c'est dans les dispositions locales, en tant surtout qu'elles pouvaient vicier l'atmosphère, qu'elle a été trouvée; qu'enfin les maladies épidémiques puisent d'une manière constante dans les courants atmosphériques et dans certaines modifications de l'air, dont la nature est inconnue, mais dont l'action est incontestable, leur propagation rapide et leur mode de transmission.

J'ai dit dans mon mémoire que là où le goître existe, il y a, sinon commencement de crétinisme, du moins tendance à cette affection. M. Bouchardat, allant plus loin dans cette corrélation dont il fait le lien de sa doctrine, montre dans le crétinisme le dernier terme de l'affection dont le goître serait souvent le premier degré.

Il faut être sincère, messieurs, dans les discussions scientifiques, alors qu'on cherche à préciser un point indécis et à obtenir que tôt ou tard la lumière se fasse. Bien loin d'admettre plus intime la connexité du crétinisme et du goître après l'argumentation de M. Bouchardat, j'en suis au regret d'avoir exprimé l'opinion qu'il a reproduite et rendue sienne en l'exagérant. De nouveaux faits, des études nouvelles m'ont convaincu plus décidément encore que ce sont là deux formes d'affections distinctes; que le goître, fréquemment uni au crétinisme, en est pourtant complétement indépendant.

N'est-il pas vrai, comme je l'ai dit dans mon mémoire, que le goître se trouve fréquemment allié à une santé parfaite et à une intelligence supérieure?

N'y a-t-il point, par exemple, dans la Nouvelle-Grenade qu'a citée M. Bouchardat d'après M. Boussingault, des provinces entières où le goître est très-commun et le crétinisme presque ignoré?

Ce dernier fait a pour sanction le témoignage d'hommes habitant cette contrée du nouveau monde. Un savant illustre dans les Amériques du Sud, Jose-Francisco Caldas, directeur de l'Observatoire de Bogota, ami et compagnon d'études de M. Humboldt, a fait ressortir cette particularité dans son ouvrage de l'INFLUENCE DU CLIMAT SUR LES ÊTRES ORGANISÉS, réédité à Paris en 1849, dans le samonario de la Nouvelle-Grenade, page 150 et suivantes.

Ne sait-on pas, enfin, que tous les crétins ne sont pas goîtreux?

Une dernière remarque, messieurs.

M. Bouchardat, dont j'ai suivi l'argumentation avec intérêt, et avec lequel je suis heureux d'être plus d'une fois tombé d'accord, détruit, mais n'édifie pas. Il nous apporte la stérilité d'une négation, n'attache d'importance qu'à la seule question des eaux, tout en annulant, par son analyse même, la valeur respective des éléments chimiques qui les composent; il hasarde une sorte de croyance timide dans l'action du sulfate de chaux, et termine en quelque sorte, comme Montaigne, par un : « Que sais-je? »

Je ne suis pas, du reste, enclin à l'en blâmer, car le doute n'est fort souvent que de la sagesse; mais en matière scientifique, toutefois, le doute ne doit point aller jusqu'à un scepticisme radical, et à ce point de vue, j'en conviens, je préférerais l'opinion de M. Grange, ce dernier chimiste s'efforçant du moins de combler la lacune que sa doctrine creuse dans la science par une pensée digne d'examen, et qui a, quant à présent, le mérite de captiver l'attention.

Quant au sulfate de chaux, que M. Bouchardat serait enclin à substituer à la magnésie, je dois faire observer en passant que ce produit chimique semble plus innocent encore que les sels magnésiens, si l'on en juge du moins par l'innocuité de ses effets dans l'eau d'Arcueil, qui, d'après Thénard, en contient une notable proportion, et surtout dans l'eau des fontaines de Belleville et de Ménilmontant, qui, selon lui, fournissent à l'analyse 1,253 de ce sel par litre.

Pour agréer, en un mot, l'opinion de M. Bouchardat, il faudrait, selon l'expression de Fodéré, outrager la plus vénérable antiquité, renoncer à tout ce qu'enseigne une expérience journalière et tomber dans le néant.

Ce discours, vous ne l'avez point oublié, messieurs, a été suivi d'une protestation contre les opinions que venait d'émettre M. Bouchardat. M. Caventou a demandé que l'Académie suspendît son jugement, et a cité, d'après M. Niepce, des faits en opposition avec ceux qui venaient de vous être présentés.

M. Guibourt en a rapporté, au contraire, qui semblent favorables aux nouvelles théories chimiques sur l'influence des eaux. Je ne saurais trop insister pour mon compte sur la nécessité d'étudier cette grave question. Au début de la dernière séance, vous avez entendu la lecture d'une lettre de M. Grange, qui, s'il ne saurait tomber d'accord avec nous sur la simultanéité d'action de plusieurs causes dans la production du goître et du crétinisme, n'entend pas non plus abandonner sa cause spécifique pour agréer celle de M. Bouchardat.

Il en résulte dès lors, messieurs, que si, d'une part, les principes de la pathologie et les données en général de l'hygiène ne peuvent s'accommoder d'une opinion tirée de ce qu'on affecte d'appeler les sciences exactes et positives en opposition à celle que nous professons, de l'autre des chimistes éminents ne se réunissent dans une idée commune que pour marcher au moyen de l'analyse à la découverte du principe minéralisateur capable, suivant eux, de produire et de féconder le crétinisme.

Puisse un tel résultat venir mettre bientôt un terme à nos incertitudes; rien de précis malheureusement ne l'indique; rien dans cette discussion même ne le fait augurer. Plusieurs faits nouveaux et marquants, portés à ma connaissance depuis qu'elle est engagée, sont de nature encore à ébranler la théorie de M. Grange. Je ne citerai qu'un fait : il m'est personnel.

M. Grange, avec une obligeance à laquelle ma gratitude est acquise, a bien voulu placer sous mes yeux ses cartes géologiques. L'examen auquel il me conviait avait pour but d'établir, disait-il, une circonstance très-concluante pour sa doctrine, c'est-à-dire l'entière concordance existant entre mes observations dans les Pyrénées et les notions qu'il avait recueillies, soit d'après M. Elie de Beaumont, soit par lui-même, sur la nature des terrains où mes investigations avaient porté.

Il m'a montré le sol sur lequel le village d'Andressein est assis et la vallée de la Belle-Loogne (ravagés l'un et l'autre par le goître ou le crétinisme) formés de terrains dolomitiques et, suivant lui, par conséquent magnésiens.

La ville de Castillon, où se rencontrent encore des goîtres et quelques idiots, est placée sur l'extrême limite des terres magnésiennes; enfin la vallée de Bethmall, où j'ai trouvé une si florissante population, échappait à la teinte orange qui accuse l'existence de la magnésie.

Jusque-là tout est mieux; car, d'après les indications de M. François, ingénieur des ponts et chaussées, cette vallée abrupte, mais si salubre, repose sur un sol graniteux des plus faciles à reconnaître. Toutefois, au centre même de cette vallée, j'ai signalé le village d'Arien, comme attaqué, sinon par le crétinisme, du moins d'une manière très-notable par le goître. J'avais, du reste, pour mon compte, attribué son apparition insolite à la qualité des eaux potables, qui, avant de servir à la boisson des habitants, avaient traversé des terres cultivées.

Que conclure de ce fait? Dans ce village, élevé et salubre, habité par une population remarquablement belle, et situé à deux portées de fusil du village Dayet, qui se trouve jeté sur le même versant de la montagne, existerait-il quelques filons magnésiens?

Ces faits attendent et sollicitent de nouveaux éclaircissements.

Je me bornerai, pour le moment, à protester contre l'identité que M. Bouchardat s'est efforcé d'établir entre le goître et le crétinisme.

M. Baillarger, qui s'écarte en ceci de mon opinion, n'admet entre le crétinisme et l'idiotie que deux degrés.

C'est une idée que je repousse. Les crétins et les idiots ne sauraient être confondus ni au point de vue symptomatique, ni au point de vue psychologique, ni au point de vue anatomique.

Sous le rapport symptomatique, car jamais l'intelligence n'a paru, chez les crétins les plus avancés, aussi radicalement absente que chez certains idiots de nos hospices. Toutes les descriptions auxquelles on peut ajouter foi, depuis Fodéré jusqu'à nos jours, prouvent, en les comparant avec impartialité, cette différence; elle est nettement établie par le docteur Guggenbühl; elle ressort avec évidence des détails fournis par la commission sarde, et s'il m'est permis de réclamer quelque confiance en mon opinion, je déclare qu'après avoir étudié avec grand soin pendant près de dix ans l'idiotie à Bicêtre, j'ai été frappé des dissemblances marquées que présentent les idiots ordinaires et les crétins.

Sous le rapport psychologique, car il n'y a pas, que je sache, d'exemple d'idiots sans langage revenant presque soudainement à l'intelligence et recouvrant une parole en quelque sorte parfaite.

Cette faculté des crétins m'a conduit à les rapprocher des stupides; elle m'eût encore porté anatomiquement à les réunir, si toute leur histoire d'ailleurs n'eût autorisé ce rapprochement. Les crétins ont, comme les stupides et la plupart des hydrocéphales, des phases d'améliorations brusques et fugitives, des rémissions inattendues.

N'est-on pas dès lors en droit de se demander quelle est, à l'exception de l'épanchement séreux, l'affection du cerveau, parmi celles rigoureusement décrites

par l'anatomie pathologique, susceptible de laisser à la fonction de cet organe des intervalles lucides, tout en persévérant dans son action?

En un mot, j'ai voulu prouver que le crétinisme constituait un état pathologique parfaitement caractérisé, et j'ai considéré la question en dehors des phénomènes psychiques, non que ces phénomènes me parussent étrangers à l'état pathologique, mais comme s'y rattachant moins immédiatement que les symptômes tirés de l'état général de l'économie.

Je me suis appliqué à démontrer que la faiblesse, l'inertie, la torpeur des crétins, était commune au cerveau et aux différents organes, et qu'elle dépendait pour tous de la bouffissure, de l'infiltration séreuse et de l'œdématie générale.

J'ai rappelé que l'état intellectuel des crétins témoignait d'une stupeur profonde résultant d'une compression du cerveau, et non d'une abolition complète ou partielle des facultés en rapport avec une altération organique très-localisée.

Tous les observateurs qui ont pu examiner comparativement et à loisir des idiots et des crétins ont été frappés de cette différence.

Cette opinion m'a naturellement conduit à une appréciation du crétinisme qui reliât par une analogie cet état à l'hydrocéphalie comme à la stupidité. Je pressentais, du reste, l'opposition qu'elle a rencontrée; mais c'était l'unique moyen qui me fût offert de rendre exactement ma pensée et d'appeler l'attention de l'Académie, sinon sur la cause immédiate du crétinisme, du moins sur ses phénomènes pathologiques les plus majeurs et les plus caractéristiques. C'est au même point de vue que j'ai, sans réserve, comparé le crétinisme à la stupidité et à l'hydrocéphalie.

Une quantité plus ou moins grande de sérosité accumulée dans les ventricules du cerveau ou répandue à sa surface constitue l'hydrocéphalie; mais nul n'a déclaré que cette accumulation dût être considérée toujours comme une hydropisie essentielle, et n'être, dans aucun cas, l'effet d'une modification survenue dans la contexture de l'organe.

Cette remarque s'applique aussi directement aux crétins. On trouve sans doute pour eux, comme pour les idiots, une conformation vicieuse et même des lésions partielles du cerveau. Des faits empruntés à Roth et à Stahl l'ont établi; mais ce qui reste évident aussi, c'est que l'examen anatomique constate chez eux presque toujours une quantité plus considérable de sérosité que l'état normal ne le comporte, soit que cette accumulation, pour eux comme pour les déments, certains idiots et imbéciles, soit consécutive à l'atrophie cérébrale, soit qu'elle résulte d'un état maladif particulier du cerveau dans l'enfance ou pendant la période fœtale, soit enfin qu'elle dépende exclusivement de la disposition de l'économie entière, laquelle détermine chez les crétins la bouffissure générale de l'œdème partiel.

Dans le mémoire que m'a obligeamment confié M. Andral et dont j'ai donné communication à M. Baillarger, le docteur Stahl a consigné dix-neuf observations de crétinisme empruntées à d'autres auteurs ou qu'il a tirées de sa propre expérience.

Pour huit de ces cas, l'autopsie n'a point été faite; parmi les onze restants, Stahl signale en termes vagues un assez grand nombre de modifications anormales rencontrées dans la substance cérébrale : parties plus ou moins irrégulièrement développées, circonvolutions moins nombreuses et comme atrophiées, diversités dans la consistance qu'elles présentent. Aucune de ces altérations ne constitue toutefois une véritable perte de substance, une destruction locale bien caractérisée, et elles ne se rattachent point l'une à l'autre par un lien d'uniformité. Il n'y a de constant que les anomalies dans la forme générale et que l'accumulation séreuse.

De ces deux dernières conditions, l'une est plus importante que l'autre; mais toutes deux se remarquent identiquement dans les différents cas d'hydrocéphalie.

Stahl a remarqué, à l'égard de ses onze autopsies, qu'il a reconnu huit fois l'existence d'épanchements ventriculaires ou qui entouraient le cerveau. Le même fait s'est produit après l'autopsie incomplète d'un cas qu'il suppose hydrocéphalique. En une autre circonstance, il y avait épanchement sanguin autour du cerveau. Reste donc la onzième observation, qu'il ne serait que trop facile d'expliquer si le docteur Stahl, malgré son expérience éprouvée, avait pu commettre l'erreur que lui impute M. Baillarger, et s'il avait confondu les idiots et les crétins. Mais l'auteur auquel Stahl a emprunté cette observation ne peut-il pas avoir négligé de signaler l'existence d'une quantité anormale de sérosité attribuant, comme M. Baillarger, trop peu d'importance à cette condition anatomique?

Stahl termine, au reste, par ces mots : « Des *exsudations hydropiques* dans la voûte crânienne se trouvent presque constamment unies aux anomalies que nous venons d'énumérer; elles *entourent tout le sensorium et remplissent les ventricules.* J'ai vu même les plexus choroïdes occupés par de grandes et nombreuses hydatides. Parmi les conséquences des *épanchements hydropiques*, on trouve assez souvent des ramollissements de parties qui sont baignées. »

Ailleurs Stahl affirme que beaucoup d'enfants meurent d'épanchements hydropiques dans le cerveau.

M. Baillarger, je l'avoue, me semble avoir fait trop bon marché d'autorités pareilles à celles que j'ai citées. Pour moi, on trouvera juste que je les apprécie, d'autant plus qu'elles sont en rapport direct avec mes observations personnelles. L'expérience, éclairée par la discussion, prononcera.

Quant à la difficulté d'appliquer ma proposition touchant l'opposition au mariage des crétins, cette difficulté ne serait pas plus grande pour les crétins que pour les aliénés ordinaires. Or l'article du Code est loin d'être toujours sans application et surtout sans utilité.

J'ai reconnu, avant M. Baillarger, que les crétins ne se continuent pas nécessairement par procréation, et qu'il est de nombreuses exceptions à cette filiation générative. Toujours est-il qu'on diminuerait par cette opposition le nombre des procréations crétineuses, ce qui constituerait déjà un avantage important.

M. Rochoux : Quand une opinion est fondée, il suffit d'un fait bien avéré pour en donner la démonstration. Je n'en citerai donc qu'un pour établir de la manière la plus convaincante que le crétinisme et l'idiotie sont des affections identiques; qu'il n'y a d'autre différence que les complications très-nombreuses qu'elles présentent.

Ce fait, je le trouve dans le mémoire même de M. Ferrus.

Il résulte du parallèle fait par M. Ferrus qu'il y a identité complète entre le crétinisme et l'idiotie. Mais, malgré cette identité que M. Ferrus reconnaît, il prétend établir une différence fondée sur ce qu'on trouve souvent chez les idiots des indurations locales et autres altérations qu'il considère comme caractéristiques. Je n'ai jamais ouvert de cadavres d'idiots, mais j'ai très-fréquemment rencontré ces mêmes altérations sur d'autres sujets; ces lésions ne sont donc pas propres à établir un caractère distinctif, puisqu'elles se trouvent dans toute autre maladie.

M. Delafont : On a dit que les animaux étaient sujets au goître : cela existe en effet. Assurément, les animaux ne sont pas exempts de cette maladie : on l'a reconnue non-seulement dans les pays de plaines, mais encore dans les pays de montagnes. On a trouvé le goître chez le cheval, je l'ai rencontré moi-même chez des chiens; mais je ne sache pas qu'on en ait jamais constaté l'existence à l'état endémique. Il n'y a rien qui soit comparable, sous ce rapport, au goître qui existe chez l'homme. On trouve cependant, dans un compte rendu de l'École de médecine vétérinaire de Lyon, une observation fort curieuse. Voici ce qu'il dit : « Le goître est une maladie familière aux chiens; elle affecte plus particulièrement les chiens carlins. »

C'est là l'observation la plus complète que nous ayons. Est-ce à dire que les animaux ne soient pas exposés, comme l'homme, à subir les influences diverses du climat, du sol, de l'alimentation, des logements? Les animaux sont exposés comme les hommes à ces influences. Ainsi on a constaté que, dans les pays où le sol est argileux, les animaux contractent toujours des maladies anémiques ou hydrohémiques. Les animaux sous l'influence de ce sol dépérissent tellement que les pertes s'élèvent à 5 ou 6 millions. Dans les contrées à base calcaire, recouvertes d'une couche épaisse de terre végétale et où la végétation est riche et abondante, les animaux ont une prédisposition à la pléthore. Dans les contrées marécageuses, comme dans la Sologne, ils deviennent sujets aux maladies de nature septique, avec altération du sang. L'influence des logements n'est pas moins manifeste. Ne voit-on pas les porcs devenir scrofuleux dans les lieux bas, obscurs et humides où on les loge? Si cela est ainsi, je me demande pourquoi les animaux qui vivent dans les mêmes lieux, qui se nourrissent des mêmes plantes que le sol fournit, et boivent les mêmes eaux que l'homme dans les pays où sévit le crétinisme, ne deviennent pas crétins.

On a dit, et c'est M. Bouchardat qui a émis cette opinion, que le sulfate de chaux pouvait être une cause du développement du goître dans l'homme; eh bien! les animaux font un grand usage d'eaux contenant du sulfate de chaux; ainsi autour de la capitale, à Vincennes, où tous les puits contiennent une grande quantité de sulfate de chaux, on a été obligé d'interdire aux troupes l'usage de ces eaux. Les animaux en boivent beaucoup; cependant ils ne contractent pas le goître. D'un autre côté, les animaux en trouvent dans les plantes qui poussent dans les terrains calcaires. Les analyses ont démontré que les trèfles et les foins en contiennent beaucoup; c'est en quelque sorte la substance qui leur donne la vie. Je me demande pourquoi ces animaux ne contractent pas le goître; ils contractent cependant d'autres maladies. Les vaches qui sont placées dans des étables sombres, humides, et qui se nourrissent d'aliments contenant une grande quantité de sels calcaires, sont très-sujettes à une phthisie calcaire, nommée par les vétérinaires *pommelière*; c'est une véritable carrière que l'on trouve, dans ce cas, dans l'intérieur du poumon et même dans toutes les parties de l'économie. Le lait qui est sécrété par ces vaches contient sept fois plus de carbonate de chaux. On trouve souvent dans les animaux des calculs énormes, formés particulièrement de carbonate de chaux. Il y a donc chez les animaux qui vivent de plantes calcaires une quantité de chaux considérable, et pourquoi le sulfate de chaux qui détermine le goître chez les hommes ne le détermine-t-il pas chez les autres animaux?

J'en dirai autant pour la magnésie à laquelle M. Grange a récemment attribué une si grande influence dans la production du goître et du crétinisme. Il suffit de rappeler qu'il est extrêmement commun de rencontrer chez les chevaux des quantités énormes de sels magnésiens et notamment de phosphates ammoniaco-magnésiens, bien qu'il fût très-rare d'observer chez eux le goître. Je me demande encore une fois pourquoi cette grande quantité de magnésie qu'absorbent les animaux n'engendre pas le goître, tandis qu'elle l'engendrait chez l'homme. Je soumets ces faits aux médecins pour qu'ils en fassent leur profit.

M. Baillarger revient d'abord sur la question de l'endémicité. M. Bouchardat croit que le crétinisme diffère surtout de l'idiotie par la nature des causes qui le produisent; or cette différence n'a pas l'importance que lui accorde M. Bouchardat, puisque l'idiotie est aussi quelquefois endémique dans les mêmes localités et par suite des mêmes influences que le crétinisme. A Sainte-Marie-aux-Mines, par exemple, un recensement récent a fait reconnaître sur une population de 11,000 âmes 111 idiots ou idiotes et 60 crétins ou crétines.

Quant aux rapports du goître et du crétinisme, c'est évidemment là le point le plus difficile, mais le plus curieux de la question qui se débat devant l'Académie. En attendant de nouvelles recherches, je crois cependant devoir faire remarquer que tous les auteurs semblent d'accord sur ce fait, que les goîtreux engendrent des crétins; et Fodéré était si convaincu à cet égard, qu'il proposait

d'interdire le mariage à tous les individus qui portaient un goître volumineux.

Je crois important de compléter un des faits signalés par M. Ferrus touchant l'établissement de l'Abenberg. Ce n'est pas seulement un journal vaudois qui a prétendu que les enfants guéris à l'établissement n'étaient autres que des scrofuleux. Ce journal s'est borné à reproduire le résultat d'une enquête officielle, ordonnée par le gouvernement, ce qui donne, ce me semble, à ce fait une bien plus grande portée. J'ajouterai que la commission du Piémont, tout en admettant que ce crétinisme n'est pas tout à fait inguérissable, ne se prononce qu'en hésitant et ne cite aucune observation à l'appui de son opinion. Ce qui d'ailleurs jettera toujours beaucoup d'incertitude sur les faits de guérison qu'on pourrait recueillir, c'est que le crétinisme est très-difficile à reconnaître chez les très-jeunes enfants. Il y a dans les localités infectées, de l'avis de tout le monde, un crétinisme purement physique, ce qui rend très-embarrassant le jugement qu'on devra porter sur le développement intellectuel de certains enfants.

J'arrive à l'opinion nouvelle que M. Ferrus a émise sur la nature du crétinisme, qu'il définit une *hydrocéphalie œdémateuse chronique*. Cette opinion repose sur deux arguments principaux : 1° qu'il y a pendant la vie, chez les crétins, un état de stupeur qu'il faut rattacher à la compression du cerveau; 2° que l'hydrocéphalie s'est constamment montrée dans toutes les autopsies faites avec soin.

Quant aux symptômes de compression, à la stupeur, il ne peut évidemment s'agir ici que des crétins au dernier degré, qui sont de beaucoup les moins nombreux, et ne figurent au plus que pour un cinquième. Pour les autres, la visite que M. Ferrus a faite à l'hospice de Sion prouve que les crétins sont au moins aussi animés que les imbéciles de nos asiles.

Je ne puis, pour ce qui est de l'anatomie pathologique, que rappeler les résultats obtenus jusqu'à présent par les observateurs qui méritent le plus de confiance. Sur cinq autopsies publiées par la commission du Piémont, l'existence de la sérosité n'est mentionnée que dans un cas. Pour vingt autres observations examinées par le rapporteur de la même commission, il n'y a qu'un cinquième des cas où des suffusions séreuses plus ou moins abondantes soient indiquées. Fodéré surtout, si intéressé dans la question, n'a pas trouvé l'hydrocéphalie dans deux autopsies qu'il a faites, et cependant, quelle lésion plus facile à constater que ces épanchements considérables dans les ventricules latéraux?

Quant au travail de M. Stahll, il ne peut guère, comme je l'ai dit, servir à éclairer la question, puisque les idiots et les crétins y sont partout confondus. Dans les observations de dix-sept et dix-huit, qui méritent le plus de fixer l'attention, puisque les autopsies ont été faites par M. Stahll lui-même, et qu'il s'agit de véritables crétins, l'hydrocéphalie n'existait pas.

L'hydrocéphalie se rencontre chez les idiots, comme le prouvent les faits recueillis par Esquirol, M. Andral, etc.; son existence, plus fréquente chez les crétins, ne prouverait pas qu'il faut séparer complétement l'idiotie et le crétinisme. Les médecins des localités infectées, consultés à cet égard par la commission du Piémont, ont déclaré que la mortalité, chez les enfants crétins ou prédisposés au crétinisme, était énorme, et principalement due aux convulsions et à l'hydrocéphalie. Les épanchements séreux doivent donc être rencontrés assez souvent, sans qu'on en puisse rien conclure quant à la cause organique du crétinisme, car il s'agit ici d'une maladie incidente.

Je ne puis donc que maintenir mes conclusions sur l'identité des lésions qu'on rencontre dans le cerveau des crétins et des idiots.

M. Ferrus répond en quelques mots à l'argumentation de M. Baillarger, notamment en ce qui concerne l'hydrocéphalie, qu'il persiste à considérer comme l'un des caractères anatomiques principaux du crétinisme complet, qu'il a eu principalement en vue dans son travail; et il termine en déclarant qu'il ne croit, après cette discussion, avoir rien à changer à ses conclusions.

M. le Président met aux voix les deux propositions suivantes, arrêtées de concert avec le conseil d'administration et M. Ferrus :

1° Adresser, à titre de renseignement, la communication de M. Ferrus aux ministres de l'intérieur et du commerce, qui s'occupent actuellement de cette question;

2° Nommer une commission qui aura à s'occuper de tout ce qui a trait à ce sujet.

La première proposition suscite une vive opposition de la part de quelques membres; M. Malgaigne apostrophe vivement M. le président, qu'il accuse, ainsi que M. Ferrus, d'avoir voulu faire accepter subrepticement à l'Académie une proposition contraire à tous les usages et probablement au règlement.

M. le président répond d'une manière très-modérée à cette attaque; M. Ferrus y répond d'une manière un peu plus vive, et l'Académie adopte la proposition à l'unanimité, moins la voix de M. Malgaigne et celles de MM. Rostan et Moreau.

La deuxième proposition est adoptée sans opposition.

La commission sera composée de MM. Ferrus, Baillarger, Michel Lévy, Rochoux, Bégin, Bouchardat, Caventou et Boutron-Charlard.

La séance est levée à cinq heures un quart.

BIBLIOGRAPHIE.

REPORT OF THE GENERAL BOARDS OF HEALTH, ON THE EPIDEMIC CHOLERA OF 1848 AND 1849 (RAPPORT DU COMITÉ GÉNÉRAL D'HYGIÈNE SUR LE CHOLÉRA ÉPIDÉMIQUE DE 1848 ET 1849.)

(Suite. — Voir le n° 6.)

Nous continuons à suivre pas à pas et d'abord en simple historien le rapport de la commission anglaise sur la dernière épidémie de choléra. Après l'étude de la marche du fléau et de son mode d'invasion et de propagation, nous arrivons à celle des conditions étiologiques qui se rapportent directement à l'hygiène.

La commission a porté d'abord son attention sur les changements atmosphériques, et elle n'a rien découvert qui puisse être considéré comme ayant exercé une influence manifeste sur la marche ou l'intensité de l'épidémie. On dit bien qu'à Saint-Pétersbourg l'électricité atmosphérique *paraît* avoir subi une perturbation et que les machines ne pouvaient pas être chargées; on ajoute que la puissance magnétique était également diminuée; mais des observations instituées dans le but de vérifier le fait à Berlin et à Hambourg n'ont pas eu le même résultat. A Londres, dans le fort de l'épidémie, les coups de tonnerre étaient fréquents et l'atmosphère très-sèche; le magnétisme terrestre *était rarement troublé*, et la diminution du degré d'électricité *était en rapport seulement avec la diminution de l'humidité de l'air*. Sur les bords du Danube et dans toutes les contrées orientales dévastées par l'épidémie, celle-ci augmentait généralement d'intensité avec la chaleur. A Londres, à l'époque des plus grands ravages et de la plus grande mortalité, c'est-à-dire du milieu d'août au milieu de septembre, la température fut constamment élevée. En outre l'atmosphère était stagnante, et M. Glaisher, de l'observatoire royal de Greenwich, a constaté que le mouvement horizontal de l'atmosphère pendant toute cette période n'avait que la moitié de sa vitesse ordinaire, et que, à de certains jours, pendant qu'une forte brise soufflait au sommet de l'observatoire, il n'y avait pas le plus léger mouvement de l'air sur les rives de la Tamise.

Le rapport signale un remarquable accord entre ces observations et celles que M. Thorn a faites à Korrah, dans l'Inde. Il est pourtant bon de noter qu'à côté de la stagnation et de la haute température de l'atmosphère remarquées par M. Thorn quelques semaines avant l'apparition du choléra parmi les troupes, l'auteur signale une extrême humidité de l'atmosphère, tandis qu'à Londres, comme on vient de le voir, l'atmosphère offrit une sécheresse insolite. Il est étonnant que le rapport ne tienne aucun compte de cette différence et n'en présente par moins, comme résultant des documents qu'il vient de citer, cette proposition que « les conditions physiques de l'air qui favorisent le plus la production et la propagation du choléra sont la chaleur, la stagnation et l'*humidité* de l'atmosphère. » C'est avec raison, du reste, qu'il ajoute que toutes ces conditions atmosphériques ne peuvent être regardées que comme des causes accessoires, et non comme les causes directes et essentielles de l'épidémie, puisque celle-ci ravage, au milieu de conditions tout à fait différentes, certaines contrées telles que l'Écosse qui a été envahie pendant les gelées du mois de janvier, l'atmosphère étant très-sèche.

C'est dans l'étude des conditions locales que le rapport a cru reconnaître les signes les plus marqués d'une influence, au moins secondaire, sur la production ou le développement de la maladie. Les auteurs des deux appendices ou rapports particuliers, les docteurs Sutherland et Grainger insistent l'un et l'autre d'une manière spéciale sur les funestes effets de l'encombrement. Au commencement de juin 1849, la maison de travail de Taunton fut brusquement et violemment envahie par le choléra. Il n'y en avait eu aucun cas antérieurement et il n'y en eut pas davantage postérieurement dans la ville, bien que la diarrhée y fût très-commune. Cet établissement est construit d'une manière défectueuse; l'air s'y renouvelle très-difficilement. L'école des filles a seulement 50 pieds de long, 10 pieds 10 pouces de large, 7 pieds 9 pouces de haut, et elle contient 67 enfants; ce qui donne pour chaque enfant 68 pieds cubes d'air respirable, avec une ventilation insuffisante. Suivant les calculs de M. Poumet (d'Orléans), il faut par individu et par heure, pour une respiration complète, 20 mètres cubes d'air à + 16° centig. A ce compte, nu voit que 68 pieds cubes ne peuvent suffire qu'autant que l'air s'y renouvelle rapidement. C'est là que le choléra exerça ses ravages. Le docteur Sutherland ajoute que dans l'école des garçons on ne pouvait empêcher les enfants de casser leurs carreaux pour respirer plus librement, et que le chapelain de la maison attribue à cette mutinerie hygiénique l'immunité de cette partie de l'établissement. M. Grainger pose en règle générale que dans les maisons de travail le nombre des attaques était proportionné à l'encombrement et à l'insuffisance de

la ventilation. Il cite surtout pour exemple la maison de Shoreditch, l'une des plus malsaines qui existent sous ce double rapport.

Une influence non moins certaine et non moins fâcheuse est attribuée aux émanations des égouts, des produits de déjections, de la vase en putréfaction, des canaux et fossés mal entretenus, etc. MM. Grainger et Sutherland s'élèvent contre cette opinion assez répandue que les miasmes des produits des déjections ne sont pas nuisibles, et peuvent même être respirés avec avantage : d'où la pratique de faire coucher certains malades dans des étables. L'un et l'autre citent des cas où l'entassement de ces matières aurait fourni un fâcheux aliment au foyer de l'épidémie. Près d'une fabrique d'engrais artificiel, où le sang de bœuf et le produit des vidanges étaient desséchés à une haute température dans une étuve et quelquefois par la simple exposition des matières à l'air libre, sous l'action du soleil, est une maison de travail contenant environ 400 enfants et quelques adultes pauvres. Quand la fabrique fonctionne activement, et surtout quand le vent en emporte les émanations du côté de la maison de travail, on observe un grand nombre de fièvres de mauvais caractère et d'angines gangréneuses; les rougeoles et les varioles y revêtent une physionomie typhoïde. En 1848, le choléra ayant envahi la contrée, 60 enfants furent pris, dans la même matinée, d'une diarrhée intense. L'établissement fut fermé, et l'état sanitaire des enfants ne fut plus troublé. Cinq mois après, reprise des travaux. Un ou deux jours après, le vent venant de la manufacture, 45 garçons, dont le dortoir recevait directement les émanations, furent pris de diarrhée, tandis que les filles, dont le dortoir était plus éloigné, regardant dans une autre direction, fut complétement épargné. La fabrique fut supprimée, et depuis lors rien de pareil n'a été observé.

Cet exemple est emprunté à M. Grainger. En voici un autre qui appartient à M. Sutherland, et dont le récit est accompagné d'un plan de la localité. Dans la partie est de la ville de Hull, est un faubourg appelé Witham, au milieu duquel est un espace triangulaire entouré de maisons, et dont les deux tiers servent de dépôt aux produits des vidanges et à d'autres engrais dispersés par monceaux le long des maisons; les habitants en font commerce pour les besoins de l'agriculture. Or. les registres établissent que, dans la fabrique, la vie moyenne n'est que de 18 ans, landis qu'elle est de 23 ans dans la ville. Les autorités furent vainement averties, à l'approche du choléra, du danger de ce foyer d'infection. L'épidémie vint et y sévit avec une violence presque inouïe. Sur les côtés de ce triangle, mesurant un peu plus de 200 *yards* (moins de 200 mètres), 91 individus moururent du choléra.

L'action pernicieuse dont il accuse les miasmes fournis par les produits des déjections, le rapport l'attribue également à ceux qui proviennent de la vase en putréfaction, des égouts, fossés, canaux, cimetières, etc. Ici comme ailleurs, il procède par exemples. Nous en rapporterons quelques-uns, cette partie de l'histoire du choléra méritant une attention particulière.

Pendant que l'épidémie sévissait à Cardiff, au mois de juin 1849, elle se déclara soudainement dans un groupe d'habitations situées à 1 mille et demi de la ville, près d'un canal qu'on avait mis à sec pour cause de travaux, laissant sur une large surface une boue putride exposée à l'action directe du soleil. Cette localité se composait de 22 maisons, dont 3 étaient vacantes; la population totale était de 117 âmes. Des 19 maisons habitées, 15 furent atteintes. On constata 43 cas de diarrhée et 33 de choléra confirmé. Il y eut 13 morts. Ainsi les *deux tiers* des habitants furent malades, et il en périt *un neuvième*. Le canal étant réparé, l'eau y fut admise, et *immédiatement* l'épidémie s'arrêta.

Le docteur Milroy a particulièrement appelé l'attention sur l'influence délétère des canaux et fossés du voisinage de Londres; il cite surtout le réservoir du canal du Régent, appelé réservoir de Cumberland, situé à mi-voie de la route de Hampstead et de Regent's-Park. Pendant la durée de l'épidémie, toutes les rues voisines du bassin furent attaquées avec une violence qu'on ne pouvait pas attendre dans une localité généralement regardée comme salubre, bien aérée, élevée et modérément peuplée. La rue qui a le plus souffert est *Edward-street*, du côté ouest du bassin. Dans quelques-unes des maisons, on a constaté jusqu'à 4 et même 6 décès par le choléra; on en a compté 20 dans un espace de 200 pieds de longueur. M. Milroy ajoute que la maladie attaquait principalement les hommes employés sur les bateaux. Or le bassin différait peu, à cette époque, d'un marais. L'eau était entièrement couverte d'herbes et dans un état complet de putridité. Il était impossible de s'en servir pour les besoins du ménage, tant elle était noire et répandait une mauvaise odeur. Plusieurs médecins du lieu affirment que ces conditions nuisent à la santé des habitants et ont surtout contribué à aggraver la dernière épidémie cholérique. L'un d'eux, le docteur Johnson, demanda le curage du bassin. La prudence exigeait qu'on n'y procédât qu'après la cessation de l'épidémie, et c'est le parti qu'on prit. On retira deux à trois cents tonnes de vase.

Relativement à l'influence des cimetières, voici ce qu'on rapporte. A Bristol, dans le lieu dit le Rackhay, existe un lieu de sépulture long de 80 pieds, large de 40 à 50. Tout autour sont des maisons, au nombre de 33. Sous le mur d'enceinte, passent des conduits munis de grillages, par lesquels, suivant le témoignage des médecins inspecteurs, s'échappe une odeur caractéristique de cimetière. De ces 33 maisons, dont une seulement était vide, 15 furent envahies par le choléra. L'une d'entre elles fournit à elle seule 11 cas; plusieurs autres 5 ou 6. Il y eut en tout 47 cas de choléra et 33 décès. Le docteur Grainger rappelle que l'un des médecins qui ont payé de la vie leur dévouement dans la dernière épidémie, M. Key, habitait une maison dont certaines fenêtres donnaient sur un cimetière; qu'il avait l'habitude de se placer à ses fenêtres; qu'il s'était plaint souvent de l'odeur exhalée par les sépultures, dont plusieurs renfermaient des cadavres de cholériques, et que le jour même où il fut atteint, une fosse nouvelle attira son attention comme ayant augmenté les mauvaises exhalaisons.

Nous mentionnerons seulement pour mémoire les observations et les remarques du rapport touchant les dangers de l'usage habituel d'une eau impure en boisson ou d'une nourriture malsaine, ou de l'intempérance. Ces circonstances peuvent devenir l'occasion d'attaques de choléra par les troubles qu'elles déterminent du côté des voies digestives. Il n'y a rien là qui ne soit connu et admis de tout le monde. Mais un point instructif de l'histoire de l'épidémie est celui qui concerne l'immunité dont ont joui certaines catégories d'individus. L'un des plus remarquables exemples qu'on en puisse tirer est emprunté aux asiles des pauvres; et ici le fait mérite d'autant plus d'être relevé, que les asiles des pauvres ont été en partie institués dans des vues d'hygiène publique. A Bloomsbury, George-street, à Drury-Lane, Charles-street et King-street, sont des établissements destinés aux célibataires. Ces établissements, qui laissent beaucoup à désirer, sous le point de vue hygiénique, mais sont à l'abri d'émanations insalubres, contiennent 210 individus, parmi lesquels on n'observa qu'un seul cas de choléra; cette exception porte sur un vieillard de 70 ans, adonné à l'intempérance. Il y avait pourtant à la même époque, dans George-street, 10 cas, et dans Charles-street, 2 cas de diarrhée, témoignant de la présence de l'influence épidémique. Deux faits analogues sont empruntés à d'autres établissements situés, l'un sur la route de Pentonville, l'autre sur la vieille route de Saint-Pancrace. Dans ce dernier, qui contient 500 habitants, et dont les conditions de salubrité sont meilleures que dans la plupart des maisons de ce genre, on observa seulement 7 cas de diarrhée, et pas un seul de choléra proprement dit, tandis qu'à une distance de 300 à 400 mètres, dans un lieu appelé Paradise-Street, il y avait 3 décès cholériques dans une seule maison; le choléra régnait dans une maison adjacente, et tout le voisinage était ravagé par la diarrhée.

Cette immunité relative a été remarquée dans la prison modèle de Pentonville et dans les prisons de Giltspur et de Newgate, dans la maison de correction de Cold-Bath-Fields, dans la prison de Bridewell. Ces deux derniers établissements, qui n'ont pas offert un seul cas de choléra confirmé en 1848, bien que l'épidémie les environnât comme une ceinture, avaient payé un tribut assez lourd au fléau de 1832. Il faut ajouter que, pour les prisons comme pour les asiles, l'immunité est attribuée à une amélioration des conditions hygiéniques.

Quant aux asiles d'aliénés, le rapport ne parle que de ceux du district métropolitain : Bethlem et Hanwell. Le premier, qui contient 400 personnes, a été exempt de choléra en 1848, comme en 1832, bien que la maladie sévit avec violence dans les environs. Dans le second, sur une population de 961 individus, il y a eu 140 femmes atteintes de diarrhée, mais pas un seul cas de choléra confirmé. On ne dit rien des conditions hygiéniques de ces deux maisons. Le docteur Grainger rappelle seulement que, il y a plusieurs années, des fièvres et la diarrhée s'étant montrées dans une division en apparence très-salubre, on en chercha la cause et l'on découvrit une fuite dans les tuyaux de conduits des fosses d'aisance. Ce défaut fut réparé et la santé revint dans la division.

Cet exposé termine ce qui est relatif à l'étiologie du choléra pendant la dernière épidémie. Il nous reste à passer en revue, avec MM. Ashley, Edwin Chadwich et Southwood Smith, ce qui concerne les prodromes du mal, sa nature, les mesures qui ont été prises pour en prévenir l'invasion ou en modérer le développement et les résultats obtenus, toutes choses un peu brouillées dans le rapport, mais que nous aurons soin de séparer. Cette œuvre de pure analyse terminée, nous aurons à apprécier le travail dans son ensemble, et à rechercher jusqu'à quel point il peut éclairer, sous le côté scientifique et sous le coté pratique, la question si grave et si difficile du choléra. On nous pardonnera, en raison de l'importance du sujet et des documents, de solliciter encore et de retenir, pour ainsi dire, l'attention du lecteur pour un prochain numéro.

A. Dechambre.

Le rédacteur en chef, JULES GUÉRIN.

REVUE HEBDOMADAIRE.

ACADÉMIE DE MÉDECINE : DISCUSSION SUR LE CRÉTINISME.

(Suite. — Voir le numéro précédent.)

Nous avons dit, dans notre précédent article, que vraisemblablement le crétinisme est toujours une affection originelle, procédant d'un vice particulier et spécifique du germe, alors même que les parents ont toutes les apparences de la santé et d'une bonne conformation. Nous en avons conclu que les causes généralement assignées à ce mal endémique ne sont jamais que des causes indirectes, incapables de rendre crétin un individu venu au monde bien conformé, par exemple un enfant pris au sein des robustes populations de l'Auvergne et transporté dans la vallée d'Aoste. Ces causes locales, avons-nous ajouté, n'en sont pas moins réelles, puisque des individus sains qui viennent s'y soumettre engendrent des enfants crétins; puisque là où elles ont disparu, le crétinisme a diminué et fini par s'éteindre; puisqu'on a fait en partie avorter le crétinisme chez des enfants manifestement marqués des premiers signes du mal, en les transportant sur des hauteurs; mais toute l'action de ces causes s'épuise à placer les parents dans des conditions organiques favorables à la génération des crétins, et la physionomie des populations qui habitent les pays infestés atteste que cette action, si elle n'est pas très-profonde, est au moins très-générale.

Cet ordre d'idées, dont on ne s'est pas assez préoccupé, nous tenons à y fixer l'attention du lecteur, parce qu'il peut seul donner la clef de cette étiologie confuse et contradictoire au milieu de laquelle se débat l'infructueuse activité des observateurs. Il n'est pas particulier au crétinisme; on le retrouve dans d'autres parties de la pathologie, où la recherche étiologique s'égarerait de la même manière si elle ne s'en servait pas comme d'un flambeau. Ainsi, à côté de parents scrofuleux donnant le jour à des enfants frappés de la même maladie, on voit des parents sains, mais exposés à telle ou telle cause de scrofule, engendrer des scrofuleux ; on voit dans des familles soumises à des causes morbides très-diverses les progénitures frappées de scrofules à caractères identiques; on voit des parents tout à la fois sains et soustraits aux causes de scrofules engendrer néanmoins des scrofuleux. Pourquoi ce résultat identique dans des conditions si différentes? Parce qu'il ne procède *directement* que de l'acte de la conception; parce que c'est dans cet acte que se passe le mystérieux phénomène de l'imprégnation du germe par un principe morbide. Par contre, on voit des parents scrofuleux mettre au monde des enfants sains, l'acte de la conception ne s'étant pas prêté apparemment à la transmission du mal. Or, imaginez où en serait l'étiologie des affections scrofuleuses, si, faisant abstraction de ce terme essentiel du problème, la génération, on voulait leur assigner une cause spécifique et exclusive parmi les conditions hygiéniques!

Transportez maintenant ce point de vue à l'étiologie du crétinisme, et elle cessera de vous apparaître comme une énigme singulière et sans précédents. Certes elle est pleine encore d'obscurités; mais la plus grande difficulté n'est pas où on la cherche. On prétend trouver au crétinisme une cause extérieure spécifique; il n'y en a pas. On s'en prend tour à tour à l'air, au sol, aux eaux; c'est à l'acte de la conception, c'est à l'influence séminale qu'il faut s'en prendre; influence viciée par les conditions du sol, des eaux, de l'atmosphère, à la bonne heure, mais constituant seule la cause directe et efficiente de la détérioration du produit. Les causes locales peuvent être très-variées; elles peuvent, en certains pays, n'être pas du tout celles qui paraissent agir et agissent en effet dans d'autres pays, et l'on n'est pas fondé par conséquent à refuser à une condition topographique ou hygiénique déterminée le caractère d'une cause, parce qu'elle manquera dans une localité infestée par le crétinisme. Absente ici, elle pourra jouer ailleurs un rôle très-actif, quoique indirect; et elle aura pu être remplacée, là où elle manquait, par une autre non moins active. Bien plus, il n'y a aucune difficulté à admettre qu'une condition hygiénique donnée, l'air chaud des vallées, par exemple, sans cesser de posséder virtuellement la faculté de produire le crétinisme, puisse, dans certains cas, ne pas amener un résultat semblable; il n'y a, disons-nous, aucune difficulté à l'admettre du moment où l'on voit parfois l'acte de la génération, accompli par deux crétins complets, se refuser à transmettre leur vice d'organisation. Personne ne s'autorise d'un pareil fait pour nier l'hérédité du crétinisme; le défaut d'influence d'une condition donnée n'autorise pas davantage à nier son caractère étiologique.

Considérez enfin que la constitution crétineuse appartient à des populations entières, à ce point qu'on en reconnaît aisément les traits chez des individus très-intelligents; considérez que ces populations ne sont pas absolument emprisonnées dans leur ligne géographique; que les alliances et le mouvement des affaires les entraînent souvent et les fixent dans des localités exemptes des conditions répétées favorables au développement de la maladie; que, dans ces migrations, ils portent, avec la constitution puisée au lieu de leur naissance, l'élément principal de la reproduction du crétinisme, et vous comprendrez combien il est difficile d'apprécier l'influence des causes extérieures d'après le mode de distribution des crétins sur la surface d'un pays. Vous arriverez aussi à cette conséquence générale que la population crétine, sans procéder d'une race proprement dite, est une sorte d'espèce morbide perpétuée par générations successives.

Tout ce qu'on sait sur les causes extérieures du mal vient à l'appui de ce qui précède; et si nous voulions nous y arrêter, nous n'aurions qu'à copier le rapport sarde, le mémoire de M. Ferrus et quelques autres publications modernes. On a accusé l'étroitesse et la profondeur des vallées, et cependant les vallées de l'Isère en Savoie, de Maira, de Varaita, de Stura, riches en crétins, sont découvertes; la vallée de Gressonney exactement configurée comme celles où le crétinisme abonde, ne renferme pas même de goitreux. De Saussure attribuait une grande influence à l'élévation des vallées au-dessus du niveau de la mer; il fixait à 3,000 mètres la hauteur au-dessus de laquelle on ne rencontrait plus ni goître ni crétinisme, et on trouve l'un et l'autre dans des villages élevés d'un peu plus de 1,000 mètres seulement. Que d'influences encore n'a-t-on pas dénoncées! L'usage en boisson des eaux provenant de la fonte des neiges; et des deux rives d'un même ruisseau où tous les habitants du village vont s'abreuver, l'un compte beaucoup de crétins et l'autre n'en possède aucun; — l'influence des eaux contenant en dissolution des principes calcaires, plus particulièrement, suivant M. Bouchardat, du sulfate de chaux; et il est certain que dans beaucoup d'endroits où le crétinisme et le goître endémiques sont inconnus, l'eau qui sert de boisson contient de notables proportions de sels calcaires, y compris le sulfate, et M. Delafond a rappelé que les animaux, qui ne sont pas insensibles aux conditions géologiques ni même exempts du goître, ne

---

Feuilleton.

CHRONIQUE MÉDICALE.

Passe-temps de la Chronique.—Propos de concours.—Mauvaise réputation du mode actuel. — Correspondance insolite de l'Académie de médecine. — Prix d'Argenteuil. — Mauvais exemple. — Sorciers indiens. — Un dentiste aristocrate.

La CHRONIQUE, qui n'est pas tenue d'être savante et qui profite habituellement de la permission, se régale surtout, par intervalles, du spectacle de ces luttes appelées *concours*, où se disputent les hautes positions médicales. Elle n'y met pas plus de malice que ces excellents bourgeois, tout frais retirés des affaires, qui s'en vont suivre les cours du collége de France ou de la Sorbonne et restent des heures entières, les mains croisées sur l'abdomen, à écouter une dissertation sur le calcul intégral ou sur la raison pure, uniquement pour le plaisir de voir fonctionner le larynx d'une célébrité. Et, pour continuer la comparaison, la CHRONIQUE est toujours enchantée de ce qu'elle voit et entend à ces sortes d'exhibitions, particulièrement de l'agilité de certaines langues, qui en est le caractère le plus tranché et le plus distinctif. Elle admire comment sur une petite tumeur superficielle, sur un méchant os fracturé, sur le moindre gonflement articulaire, on peut amasser assez de mots, ayant un sens déterminé, pour faire retentir les échos pendant soixante minutes. Elle est stupéfaite de la rigueur de calcul avec laquelle certains candidats distribuent ce qu'ils ont à dire sur leurs deux sujets, de manière à accorder scrupuleusement à l'un et à l'autre la même part de temps, et à terminer la leçon au coup de l'horloge. Elle ne revient pas de la régularité méthodique qui, chez d'autres, préside invariablement à l'exposé de toutes les circonstances de l'observation : causes, caractères anatomiques, symptômes, diagnostic, pronostic, marche et terminaison, sans compter les résultats nécroscopiques qu'ils décrivent quelquefois par anticipation. Pour la CHRONIQUE, enfin, un concours n'est jamais qu'une source de satisfaction. Aussi serait-il à désirer, pour le bien des candidats, que le compte rendu critique lui en fût confié, au lieu d'incomber aux colonnes supérieures, malheureusement habituées à considérer les choses par le côté scientifique.

Ce n'est pas là, du reste, tout ce qu'elle gagne à fréquenter les concours. Il lui arrive souvent de recueillir dans le voisinage, ou, comme on dit, dans la coulisse, avant ou après la nomination, des mots, des bruits, des anecdotes qu'elle ramasse avidement comme étant sa nourriture habituelle. C'est ce qui l'autorise à deviser encore quelques minutes sur ce sujet, à l'occasion du concours actuellement ouvert à la Faculté.

On s'est plaint souvent, dans des circonstances semblables, de ce que le

deviennent pas plus sujets à cette affection quand ils absorbent avec certaines plantes de très grandes quantités de sulfate de chaux ; — l'influence de la magnésie prise avec les eaux potables ; et le rapport de M. Ferrus et celui de la commission piémontaise prouvent par des faits, suivant nous, décisifs, que le crétinisme et le goître endémique peuvent se montrer là où l'eau n'est nullement chargée de magnésie, et que ces deux états pathologiques sont inconnus dans des localités où les eaux potables sont notablement magnésiennes, comme à Laxou près Nancy.

Il serait inutile d'entrer dans de plus grands développements. Nous n'avons voulu que justifier par quelques exemples les remarques exposées au commencement de cet article. Nous le répétons, il n'est sage, dans l'état actuel de la science, de nier aucune des causes invoquées jusqu'ici pour l'explication du crétinisme. Quelques-unes sont sans doute illusoires ; probablement aussi il en existe plusieurs autres encore inconnues ; l'expérience a fort à faire sur ce point ; mais il n'est pas plus prudent de nier que d'affirmer. Nous demandons seulement quant à présent qu'on sache comprendre et restreindre dans ses véritables limites l'action étiologique des conditions d'hygiène et de topographie. C'est le seul point de vue que nous ayons eu à cœur de bien déterminer.

A. Dechambre.

THÉRAPEUTIQUE MÉDICALE.

CONSIDÉRATIONS SUR L'EMPLOI THÉRAPEUTIQUE COMPARÉ DES PRÉPARATIONS ARSENICALES ET DU SULFATE DE QUININE ; par le docteur Bailly.

Depuis peu de temps quelques médecins se donnent une peine incroyable pour faire admettre l'innocuité et la constante efficacité de la quinine dans le traitement des fièvres paludéennes ; par contre, les préparations arsenicales ne donneraient *entre leurs mains* qu'accidents et insuccès, d'où il résulterait qu'il faut renoncer à ces dernières et s'en tenir à l'emploi à peu près exclusif de la quinine. C'est contre cette conclusion, qui a pour principal organe un jeune médecin adjoint, M. Jacquot, que nous nous inscrivons d'une manière formelle.

Première question. — Est-il vrai que la quinine soit un médicament innocent, et avec lequel on puisse *jouer*, comme l'avance M. Jacquot (1) ?

Indépendamment des gastralgies violentes signalées par MM. Bégin, Alquié et un grand nombre d'autres médecins ; indépendamment des paralysies, des accidents épileptiformes constatés par une foule d'observateurs dignes de foi, l'administration du sulfate de quinine a donné lieu à d'autres accidents très-graves, tels que la surdité et l'amaurose ; ainsi MM. Briquet et Piorry attribuent à ce médicament plusieurs cas d'amaurose. Itard cite le cas d'une surdi-mutité incurable, survenue chez un jeune homme soumis à la médication par la quinine. J'ai moi-même observé, chez un fébricitant qui avait pris en Afrique de larges doses de quinine, une surdité à gauche durant depuis quatre mois. M. Maillot constate, après l'emploi de 3 à 8 décigr. de sulfate de quinine, de la diarrhée, des *vomissements* et des *coliques assez vives* (2).

(1) Gazette Médicale de Paris, 4 janvier 1851.
(2) Communication faite à l'Académie.

Malheureusement ce n'est pas tout : la quinine a donné lieu à de véritables empoisonnements.

Quatre cas de mort dus à la quinine sont signalés dans divers hôpitaux de Paris.

Premier décès. — Un jeune homme, à l'Hôtel-Dieu (service de M. Récamier), prend du sulfate de quinine à haute dose ; bientôt après il est plongé dans le délire, le coma, et il meurt (1).

Deuxième et troisième décès. — Deux malades traités à l'hôpital Cochin, dans les salles de M. Briquet, par le sulfate de quinine, meurent empoisonnés (2).

Quatrième décès. — Un malade du service de M. Piedagnel (hôpital Saint-Antoine) succombe à des signes visibles d'intoxication, après l'usage de la quinine (3).

Six décès, à la suite de fièvres intermittentes traitées à Paris par le sulfate de quinine à la dose de 2 à 3 grammes dans les vingt-quatre heures, sont signalés, avec certaines réserves, par M. Piorry (4).

Onzième décès. — Le professeur Giacomini à l'Université de Pavie, relate aussi le cas d'un *empoisonnement* dû à la quinine (5).

Douzième décès. — Au rapport de M. Guersent, un médecin de la Haute-Saône, après s'être administré à lui-même ainsi qu'à sa femme, du sulfate de quinine, pour une fièvre rebelle, succomba promptement à des phénomènes d'*intoxication*, tandis que la femme ne mourut pas, grâce à la maladie de son mari, qui fit interrompre le traitement, mais elle resta toujours *sourde* et *aveugle* (6).

Ainsi *douze décès*, la plupart dans les hôpitaux de Paris, après l'usage de la quinine, pour des maladies d'une issue le plus ordinairement heureuse !

Il y a plus, si des praticiens d'un haut mérite avouent que la quinine a produit entre leurs mains des maladies, des infirmités et même la mort, combien de médecins, moins éminents, n'ont-ils pas dû éprouver de pareils accidents, sans oser les révéler !

De tels faits commandent assurément la plus grande prudence à l'égard du sulfate de quinine, et doivent mettre en défiance contre ces assertions exagérées qui tendent à lui prêter une immunité toxique ; aussi pensons-nous, contrairement à M. Jacquot, qu'il faut se garder de *jouer avec la quinine*.

Deuxième question. — Est-il vrai que l'efficacité de la quinine soit constante ?

Et d'abord que l'on fasse appel aux souvenirs de tout praticien de bonne foi, et l'on avouera que, dans bien des circonstances, le sulfate de quinine se montre impuissant, en mettant de côté, bien entendu, les cas où il est soumis à une falsification coupable, ou à un mode défectueux d'administration, deux conditions malheureusement trop fréquentes d'insuccès.

Voyons le chiffre des récidives, ce critérium si probant de tout fébrifuge. A Alger, MM. les frères Monard constatent sur 1,192 fièvres 672 qui ont déjà subi la médication quinique, ou bien 56,38 récidives sur 100. A Blidah, M. Finot compte 3,604 fièvres récidivées sur 6,018 malades, autre-

(1) Examinateur médical, 15 février 1843.
(2) Bean, Journal de médecine, février 1843.
(3) Mélier, Mém. de l'Acad., t. X.
(4) Piorry, Traité de méd. prat., t. IV, p. 150, 516 et suiv.
(5) Annali univers. di medicina, mars 1841.
(6) Dict. de méd., art. Quinquina.

vainqueur était désigné à l'avance ; la plainte a même été générale parmi les compétiteurs, le vainqueur excepté, bien entendu. Nous qui n'assistons jamais à ces joûtes qu'en simple curieux, nous ne trouvons pas qu'il y ait là matière à grosse réprimande, ni même, à parler rigoureusement, une injustice. Le bagage scientifique, ce qu'on appelle les *titres antérieurs*, est un des éléments du jugement à intervenir. Le juge est libre d'en tenir tel compte qu'il jugera convenable, et, naturellement, le degré d'importance qu'il y attachera sera en raison inverse de la confiance qu'il croira devoir placer dans les épreuves du concours. Supposez un concours institué de manière à pouvoir fournir une mesure assez exacte du mérite des candidats, les titres antérieurs perdent de leur valeur relative ; les épreuves gagnent en proportion. Comme c'est en définitive un homme capable qu'on cherche, un témoignage certain de haute capacité compensera l'insuffisance des services rendus ; et le calcul sera bon, la pénurie de travaux n'étant pas (tant s'en faut !) un signe d'impuissance. Mais que les garanties du concours soient illusoires, comme il arrive en certain pays ; qu'il impose des conditions banales, devant lesquelles la médiocrité verbeuse est souvent l'égale du vrai mérite ; que peut alors, que doit faire un juge désireux de récompenser chacun suivant ses œuvres, sinon se réfugier dans la calme appréciation des titres acquis, des ouvrages publiés, des perfectionnements imaginés, de ce qui enfin, dans l'état des choses, lui offre, pour éclairer son verdict, la lumière la moins infidèle ? Il ne paraît pas qu'on ait cette fois de pareilles appréhensions. Il y a même longtemps, ce nous semble, que l'avenir d'un concours n'a été enveloppé d'une aussi profonde obscurité. Si nous nous en rapportions à certains propos, nous pourrions nous vanter de posséder sur les chances de quelques compétiteurs des renseignements inédits, qui montreraient à quelles incertitudes en sont réduites les conjectures les moins timides. Deux ou trois partis, aux couleurs d'autant de candidats, se seraient formés dans le jury. Des couleurs, nous n'avons rien à dire ici ; il est convenu qu'on n'en dispute pas plus que des goûts. Dans les anciens tournois, on choisissait sa reine de la figure qu'on l'entendait ; on peut bien user de la même liberté à l'endroit de prétendants qui visent, par d'autres qualités, à des honneurs du même genre, et voudraient bien devenir, non pas tout à fait des *rois*, mais des *princes* de la science. Ce qui mérite seulement d'être remarqué, c'est la devise assez publique de messieurs les *tenants*, ou, pour parler sans figure, leurs motifs d'option. « Celui-ci, dit l'un, mérite des égards ; tout bien calculé, il a concouru une ou deux fois de plus que ses compétiteurs. Il est juste de lui tenir compte de sa persévérance. — Si vous cherchez un candidat rompu au concours, répond un autre, en voilà un qui fera mieux votre affaire ; celui-là, dit-on, n'a jamais échoué, et chaque lutte a été pour lui un triomphe. Il a déjà conquis deux fois le professorat ; n'est-ce pas un motif déterminant ? — Tout au contraire, réplique un troisième ; votre homme est déjà pourvu. Laissons-le où il est et faisons profiter quelque autre de l'aubaine. Tenez, un tel est de l'étoffe dont on fait les professeurs de clinique ; il n'a pas encore à un degré suffisant la sûreté de la diction et l'habitude de la chaire ; mais le temps les lui donnera certainement, etc. » Et ainsi se croise le dialogue, sans qu'il soit plus question des épreuves que si nous vivions en plein système de présentation ; ainsi il se croisait avant même que les épreuves ne fussent commencées. Qu'y a-t-il au fond d'un pareil langage ? Il est facile de le dire, il y a

ment dit 58 pour 100. A Lille, M. Maillot signale 15 récidives sur 42 fiévreux traités par le sulfate de quinine dans l'espace de quatre mois et demi, ce qui, pour une période d'une année, conduit à 84 pour 100 environ. Enfin à Rome, il résulte des expériences propres de M. Jacquot que les récidives, après traitement par la quinine, se sont élevées en dix mois au delà de 91 pour 100, c'est-à-dire à plus de 109 pour 100 dans l'espace d'un an (voir Gaz. Méd., 18 mai 1850).

Ces documents, qu'il nous serait facile d'étendre davantage, empruntés aux partisans mêmes de la quinine, sont assez significatifs touchant la valeur fébrifuge de ce médicament pour qu'il soit inutile d'y insister.

Examinons la puissance curative de la quinine tant vantée contre les fièvres pernicieuses.

Pour la Bresse la mortalité a été de	1 sur 2 malades.	Nepple.
Rome.	1 sur 2,25	Bailly.
Guadeloupe	1 sur 2	Gouuet.
Bordeaux.	1 sur 4	Contanceau.
Algérie.	1 sur 4,5	Monard.
Algérie.	1 sur 5	Maillot.

En présence de tels résultats, que penser de la confiance illimitée accordée à la quinine dans les fièvres pernicieuses?

En résumé, la proportion des fièvres intermittentes complétement réfractaires, le nombre considérable des récidives, la mortalité effrayante à la suite des fièvres pernicieuses, telles sont les raisons qui nous amènent forcément à conclure que l'on a singulièrement exagéré les propriétés thérapeutiques de la quinine, et que c'est faute d'un examen sérieux que nous voyons quelques médecins répéter que ce médicament exotique est constamment efficace.

Troisième question. — Peut-on induire des accidents provoqués et des insuccès obtenus par quelques médecins, que les préparations arsenicales ne sont applicables qu'à des cas restreints de fièvre intermittente?

Quelques expérimentateurs accusent l'arsenic, non-seulement de n'être pas un fébrifuge efficace, mais aussi de déterminer des accidents. Mais que penser de la valeur de ces assertions en présence des faits diamétralement opposés, constatés par une foule de praticiens de tous les pays?

« Il est un résultat, dit M. Gibert (1), bien constaté par les expériences » des médecins modernes, parmi lesquelles nous ne craignons pas de men» tionner celles de M. Boudin et les nôtres, c'est que l'acide arsénieux con» venablement étendu d'eau, et administré en solution parfaite, constitue » un médicament dont l'*innocuité est complète*, pour peu que le méde» cin en surveille les effets...... (P. 21.) Nous avons pu bien des fois con» stater le maintien intact de la santé générale chez des sujets traités à plu» sieurs reprises par les préparations arsenicales, sans qu'*aucun accident* » *sérieux se fût produit*, soit pendant le traitement, soit durant les mois » et les années écoulées depuis. » (P. 15.) « On ne saurait se refuser à ad» mettre, conclut M. Gibert, la *propriété fébrifuge* de la liqueur arseni» cale, en même temps qu'à reconnaître son *innocuité*, lorsque la prudence » et la méthode président à son administration. » (P. 27.)

(1) Gibert, Emploi médical particulièrement dans les maladies de la peau et les fièvres intermittentes. Paris, 1850.

Il reste donc bien démontré que M. Gibert croit à l'efficacité et à l'innocuité de l'arsenic *convenablement manié*. Pour soutenir le contraire, M. Jacquot prête à M. Gibert un passage qui appartient au docteur Lachèze (d'Angers), et dans lequel il s'agit des propriétés physiologiques, et non de l'action thérapeutique de l'arsenic.

Dans un travail publié dans le Journal de médecine de Lyon (mai 1848), M. Teissier s'exprime ainsi :

« L'arsenic, si dangereux entre des mains *inhabiles*, peut devenir, pour » le praticien *éclairé*, d'une très-grande utilité. Après avoir cité quelques » observations, le médecin de Lyon arrive aux conclusions suivantes : » 1° conformément à l'opinion de M. Boudin, l'arsenic manié avec pru» dence est d'une *innocuité complète*, et il peut rendre de grands ser» vices; 2° il partage avec le quinquina la propriété de couper les fièvres » intermittentes; 3° il a la propriété de stimuler l'appétit, etc. »

Voici comment M. Maillot formule son opinion sur l'emploi de l'arsenic :

« Je n'hésite pas à déclarer qu'il n'y a *aucun danger* à traiter les fièvres » intermittentes par l'acide arsénieux, et que ce médicament est jusqu'à ce » jour le *meilleur succédané* des préparations de quinquina (1). »

Pour que M. Jacquot soit mieux fixé qu'il ne paraît l'être sur l'opinion de M. Fuster, nous croyons utile de reproduire quelques passages d'une note communiquée récemment à l'Académie de médecine par ce professeur :

« Les fièvres paludéennes invétérées, *rebelles même au traitement par* » *la quinine*, *cèdent* au traitement arsenical..... Nous n'hésitons plus au» jourd'hui à débuter par cinq centigrammes en trois fois dans la journée. » Nous augmentons chaque jour la dose de un à deux centigrammes jus» qu'à *neuf, dix et onze centigrammes dans les vingt-quatre heures...* » *Nous n'avons jamais observé aucune espèce d'accidents*. Presque » toujours il produit un *effet curatif*, sans occasionner *la moindre im-* » *pression fâcheuse*, il est *toléré parfaitement*. »

Je pourrais multiplier ces citations en rapportant les déclarations analogues de beaucoup d'autres expérimentateurs, de M. Ibreslisle à Metz, de M. Néret à Nancy, de M. Vérignon à Hyères, de M. Massart à Napoléon-Vendée, de M. Legouest à Phalsbourg, de M. Mazière à Ile-Boin (Vendée), de M. Bertet à Cercoux, de M. Beving à Toul, de M. Bonnefoy à Provins, de M. Worbe à Rochefort, de MM. Voilpré et Travail dans la Bresse marécageuse, etc. Je pourrais joindre à cette liste les noms de plusieurs médecins distingués de Paris, de Marseille et de Montpellier. On voit que les partisans de l'arsenic sont un peu plus nombreux que ne le pense M. Jacquot.

Ainsi donc, de l'aveu d'un grand nombre d'expérimentateurs, le fébrifuge arsenical est doué de propriétés curatives aussi énergiques qu'inoffensives, lorsqu'il est convenablement manié.

Mais, à quelles causes peuvent tenir les résultats négatifs et même funestes signalés par un petit nombre de médecins? Médicament et malades sont les mêmes, les médecins seuls diffèrent. Qu'y a-t-il de plus logique à déduire? Évidemment, que ceux qui ne guérissent pas ou qui empoisonnent tiennent une conduite différente de celle des médecins qui guérissent et qui n'empoisonnent pas. M. Jacquot semble faire bon marché du mode d'administration, comme s'il était indifférent de traiter avec la quinine par la

(1) Communication faite à l'Académie de médecine.

la négation absolue du concours; car enfin, on ne prend pas, que nous sachions, des numéros à la porte de la Faculté pour y entrer chacun à son tour, comme on fait dans un salon d'attente les jours de consultation; on n'est pas appelé non plus, dans un concours, à témoigner de ses qualités passées ou futures, mais uniquement de ses qualités actuelles; et le fait d'une position acquise constituerait à nos yeux une présomption favorable plutôt qu'un motif d'éviction. Il est bien entendu que ces remarques ne tendent ni de près ni de loin à desservir tel ou tel candidat, et que nous ne refuserions nos sympathies à aucun de ceux qui sont, dans le jury, l'objet de sollicitudes particulières. Nous tenons uniquement à constater le peu d'autorité dont jouit le mode actuel de concours auprès de ceux-là mêmes qui sont chargés de l'appliquer. En serait-il ainsi sous un mode différent? Des amis à nous, gens de beaucoup de sens, tiennent pour l'affirmative. Ils assurent que les échappatoires ne feront jamais défaut, qu'il y aura toujours place pour la tangente dans le système le plus rigoureux et le plus sincère, que ce sont là de ces vices inhérents à l'infirmité humaine et aussi incurables qu'elle. Quant à nous, nous éviterons bravement de nous prononcer, nous contentant de faire remarquer, avec la simplicité d'un moraliste contemplateur, que le péché serait plus gros sous un régime entouré de plus de garanties.

— L'Académie de médecine a depuis quelque temps une correspondance très-active..... sur papier timbré. On se rappelle qu'elle a été, il y a quelques mois, sommée, par ministère d'huissier, d'insérer la rectification d'un passage de ses comptes rendus; que le bureau se révolta d'abord contre une telle prétention, se retrancha derrière l'inviolabilité d'un corps officiel, et refusa d'assimiler son bulletin à un journal. La discussion sur ce point s'étant engagée en comité secret, les avis furent fort partagés. Nous n'avions pas eu encore l'occasion de dire que, cédant à des avis très-sages, selon nous, l'Académie avait fini par s'exécuter. La rectification a été insérée, et du même coup ont été évités les chances douteuses d'un procès, les désagréments souvent attachés aux plaidoiries de la partie adverse, et un retentissement dont elle n'avait pas à profiter. L'Académie, qui n'est chargée ni de faire les lois ni de les appliquer, n'est pas inviolable à la façon d'un corps politique ou judiciaire; son bulletin qui paraît périodiquement et qui se vend par abonnement, ressemble fort à un journal, et il est de fait que les éditeurs responsables de la publication seraient obligés de suivre devant les tribunaux quiconque les y appellerait sous prétexte de diffamation. On a coupé court à tous les embarras. C'est d'une bonne politique.

Aujourd'hui voilà une autre anicroche, et celle-ci encore vient donner raison à des opinions invariablement soutenues dans la Gazette. Il s'agit du fantastique prix d'Argenteuil. Qui ne sait que ce prix quatriennal, qui, aux termes du testament, aurait dû être déjà décerné deux fois, n'a pas fait jusqu'ici la moindre apparition? Qui ne sait que l'Académie a admis en ce qui le concerne le principe du partage, alors que le texte formel du testament affecte à la somme disponible une destination déterminée dans le cas où aucun travail sur le sujet spécial du concours n'en aurait été jugé digne? Or il paraît que l'exécuteur testamentaire du marquis n'entend pas de cette oreille; il met l'Académie en demeure de satisfaire aux conditions du legs sous peine de se voir assignée en revendication pour cause résolutoire. Que fera l'Académie? En cette circon-

méthode de Torti, de Sydenham on de Bretonneau, comme si nn seul système de médication était applicable aussi dans toutes les circonstances.

Laissons M. Leterne, de Luynes (Indre) rendre compte de ses essais :

« Je fis connaissance, dans la GAZETTE DES HÔPITAUX, avec les dernières » expérimentations de M. Bondin, et je commençai à expérimenter l'acide » arsénieux, *suivant exactement la méthode indiquée*. Je possède nne » trentaine d'observations dans lesquelles j'ai obtenu *un succès vraiment* » *inespéré*; et j'ai remarqué que les cas où j'ai échoué sont cenx où il ne » m'a pas été permis *d'administrer moi-même le médicament.* »

Écoutons aussi M. Bernier, médecin en chef de l'hôpital de Sarreguemines :

« J'ai employé l'acide arsénieux sur 54 malades atteints de fièvres inter- » mittentes rebelles, en grande partie contractées en Afrique on dans les » îles du Rhin; la fièvre *a cédé*, dans le plus grand nombre des cas, *après* » *la première ou la seconde prise* d'acide arsénienx. *L'engorgement de* » *la rate a cédé aussi avec une grande promptitude.* Je n'ai pu constater » *le moindre accident imputable à ce remède*, et je n'ai jamais observé » *ni vomissements, ni diarrhée.* Les malades ont pris le médicament sans » la moindre répugnance. En ce qui concerne la médication, *je me suis* » *conformé aux règles relatives à la posologie, ainsi qu'à la tolérance* » *formulées par M. Boudin* (1). » (Voir ANN. DE BOUCH., 1850.)

On vnit qne la médication du médecin en chef du Roule n'est pas sans importance, puisque ceux qui, comme MM. Bernier, Leterme et autres en suivent les prescriptions d'une manière complete arrivent aux résultats thérapeutiques les plus satisfaisants, alors qne cenx qui s'en éloignent se privent plus ou moins de ses avantages on provoquent des accidents. Pour ne citer qu'un fait incomplétement examiné par M. Jacquot, nous vnyons M. Vérignon, qui s'est bien trouvé de l'arsenic, échouer 3,2 sur 100, tandis que MM. Bernier, Boudin, etc., signalent 0 pour 100 d'échecs. Il va sans dire qne cette médication, si utile en France, devra être plus ou moins modifiée pour réussir dans d'autres localités ; c'est au médecin à déployer toute sa sagacité pour adapter le traitement arsenical au génie spécial de la fièvre, à la constitution médicale, à la diversité des climats, etc. C'est ponr avoir su mettre en pratique des préceptes aussi sages que simples que des succès remarquables ont été obtenus par le docteur Robert Jackson à Saint-Domingue, par le docteur Winterbottom sur la côte occidentale d'Afrique, par MM. Persiani, Azevedo-Pinto et Sigaud au Brésil, par MM. Carezi et Garbiglietti en Italie, par M. Portafax en Corse. Tnut récemment M. Gonnet, premier médecin en chef de la marine à la Guadeloupe, a obtenu, dans cette île, c'est-à-dire sous les tropiques, de brillants résultats de l'arsenic, alors que les fièvres pernicieuses traitées par la quinine donnaient lieu à une mortalité de 50 pour 100. Nous apprenons aussi qu'un médecin distingué de l'Algérie, dont nous tairons le nom pour des raisons que l'on appréciera certainement, vient d'obtenir les plus beaux résultats avec l'acide arsénieux.

Tous ces travanx autorisent à penser que l'arsenic réussira certainement dans la Romagne, du jour où il sera convenablement manié. On ne songe pas, dit M. Jacquot, à employer l'arsenic dans les fièvres pernicieuses. M. Jacquot professerait une opinion un peu différente, s'il eût consulté les travaux des docteurs Jackson, Winterbottom et Colombol, dont les succès dans le traitement des fièvres pernicieuses sont connus.

En résnmé, lorsque l'on voit l'arsenic réussir, non-seulement à Montpellier, à Rochefort, dans la Bresse marécagense, en nn mot dans toutes les parties de la France, mais aussi dans les pays chauds et notamment à la Guadelonpe, lorsque nous voyons M. Bondin, pendant des années entières, dispensé de recourir au sulfate de quinine, lorsque le nombre des fièvres traitées avec sncces par l'arsenic, dans tous les pays, s'élève, en 1849 et 1850, à plusieurs milliers, il est bien permis de donter de l'exactitude de cette proposition de M. Jacqnot, que l'arsenic ne peut être appliqué qu'à des cas restreints ; et l'on est forcé d'admettre, an contraire, que l'emploi de ce médicament tend à se généraliser de plus en plus. Déjà les ministres de la marine française et américaine ont réglé l'approvisionnement des navires de l'État en acide arsénieux.

Passons à quelques résultats comparatifs fournis par l'acide arsénieux et la quinine.

APTITUDE À COUPER LA FIÈVRE. — Avec le sulfate de quinine, M. Jacquot dit avoir conpé net 50 fièvres sur 100 ; M. Vérignon, avec l'acide arsénieux en a coupé 67 sur 100; ainsi donc, M. Vérignon, obtenant de meilleurs résultats avec l'arsenic qne M. Jacquot avec la quinine, aurait plus de chances de prévenir le retour à la perniciosité, et cependant M. Jacquot le conteste.

RÉCIDIVES. — Sur 100 fièvres traitées annuellement par le sulfate de quinine, M. Jacquot constate plus de 109 récidives, non compris les hommes renvnyés en France, qui peuplent nos hôpitanx; et M. Maillot en compte 84; au contraire, sur 100 fièvres soumises à la médication arsenicale par M. Boudin, M. Masselot signale, en fait de récidives, 1,2 sur 100 (ARCH. GÉN. DE MÉD., 1846). De plus, M. Maillot a observé que l'arsenic avait, sur le quinine, cet avantage de rendre les récidives plus tardives.

SÉJOUR A L'HÔPITAL. — La moyenne du séjour à l'hôpital pour les malades traités par le sulfate de quinine a été, à Alger de 27,7 jours (MM. Monard); à Versailles, de 30 jours (M. Masselot). Pour les malades traités par l'acide arsénieux à l'hôpital de Chalamont (Bresse), la durée moyenne du séjour a été de 8,3 (Dr Travail).

FIÈVRES REBELLES. — Sur 100 fièvres traitées par la quinine à Paris, M. Champouillon (Voy. GAZ. DES HÔP., 30 mars 1850) constate 20 fièvres rebelles à la quinine. Sur 100 fièvres traitées par l'acide arsénieux à Versailles, M. Masselot indique 0 pour 100. Ajoutons que M. Champouillon, sur 100 fièvres rebelles à la quinine, constate que 66 ont cédé à l'acide arsénieux (*Ibid.*).

De l'ensemble de ces faits, il résulte :

1° Que le sulfate de quinine n'est pas un médicament aussi inoffensif qu'on est porté à le croire généralement, et qu'il a produit souvent des accidents toxiques et la mort.

2° Que l'on a beaucoup exagéré les propriétés fébrifuges du sulfate de quinine, en affirmant sa constante efficacité.

3° Que les préparations arsénicales, convenablement administrées, constituent un médicament d'une très-grande puissance curative.

(1) Communication faite à l'Académie le 20 octobre 1850.

---

stance encore, nous craignons pour elle une décision judiciaire. D'un autre côté, sans vouloir nous permettre à son égard aucune allusion désobligeante, nous croyons pouvoir dire que la rondeur de la somme à attribuer, considérablement accrue par l'accumulation des intérêts (car il s'agit aujourd'hui de 12,000 fr.), est devenue un obstacle. On hésitera d'avantage à ceindre une tête quelconque d'une telle *auréole* (le mot est ici de toute justesse), surtout après avoir déclaré tous les travaux insuffisants; et il ne serait pas moins singulier de trouver tout de suite deux lauréats pour les deux prix actuellement venus à échéance, après avoir passé une douzaine d'années sans pouvoir en désigner un seul. Il faut espérer que tout cela finira par quelque arrangement amiable.

La question a bien un autre point de vue, c'est celui de la gestion des fonds. Ces fonds, placés chez un banquier, avaient été compromis à la révolution de février. L'Académie était-elle responsable? C'est un point dont nous nous sommes occupés en temps et lieu et sur lequel nous ne reviendrons pas. Nous ignorons où en est ce côté de l'affaire et si monsieur l'exécuteur testamentaire chicane aussi sur la gestion ; les renseignements qui nous ont été transmis là-dessus sont trop vagues pour que nous jugions convenable de nous y arrêter.

— Pendant que nous sommes dans les procès, en voici un assez singulier. Un médecin de la banlieue, retiré, assure-t-il, de la pratique, est mandé en toute hâte, la nuit, pour un pauvre diable atteint de nous ne savons quelle affection grave. La femme du médecin répond que son mari est absent. Peu édifié sur la sincérité de cette réponse, et vu l'urgence, le chef du poste de la garde nationale se rend lui-même avec quelques soldats chez l'homme de l'art, et, bon gré, mal gré, l'amène au chevet du patient. Que fait notre ingénieux confrère? A quelques jours de là, il fait passer au chef du poste une petite note de 5 francs pour visite de nuit faite sur sa demande ; puis, les honoraires ne venant pas, il l'assigne en justice pour violation de domicile. Il s'en est peu fallu que la circonstance aggravante de l'effraction ne fût invoquée, et qu'on ne montrât à l'empressé lieutenant les galères en perspective. Le tribunal ne s'est pas montré compatissant envers la victime du guet-apens, qu'il a déboutée de ses prétentions. Nous en donnons avis à nos confrères pour qu'ils aient à se méfier à l'avenir de la sensibilité des chasseurs et de la philanthropie des corps de garde.

— Nous disions quelques mots, l'autre jour, de la *pharmacie Indienne*, dont les prospectus attribuent à la médecine sauvage des merveilles qui tiennent de la sorcellerie. Nous croyons rendre service à cet établissement en lui montrant le danger de ces imprudentes exaltations d'une science que nous ne cherchons pas à contester. On n'a que trop de dispositions à regarder les Indiens comme sorciers, et voici à quels désagréments cela les expose. Pendant l'épidémie du choléra, au Mexique, les habitants d'un village s'imaginèrent que deux vieux Indiens avaient fait un pacte avec le diable. Il fut décidé que deux crapauds seraient frits dans l'huile, et qu'avec cette huile bouillante, on composerait *secundum artem* deux lavements qui seraient administrés proprement aux deux sorciers. Ceux-ci furent attachés à des poteaux, et on les priait déjà de se mettre en position, quand une pluie torrentielle dissipa l'attroupement. Une main charitable vint les délivrer. Mais la leçon est assez sévère pour qu'on en profite, et qu'on ne s'avise plus de prêter aux pauvres gens qui y sont exposés des qualités surnaturelles et diaboliques. Nous recommandons seulement à la pharmacie In-

REVUE DES JOURNAUX DE MÉDECINE.

JOURNAUX ANGLAIS.

(Suite.)

III. THE LANCET.

LARGE PLAIE PAR PIQURE DU RECTUM ET LUXATION DU COCCYX; par M. BLICK.

Les exemples de guérison après *empalement* accidentel se sont tellement multipliés qu'on serait presque autorisé à dire que dans ces cas, en apparence d'abord si graves, une terminaison heureuse est la règle. Nonobstant ceci, ils conservent toujours assez d'intérêt pour qu'on lise avec plaisir les histoires où, comme ici, l'on voit la nature réparer à elle seule et sans accidents de si vastes désordres.

OBS. — C. H., âgé de 36 ans, tomba du haut d'un tas de foin sur le manche d'une fourche qui était fichée en terre. L'instrument pénétra à 6 pouces de profondeur; il avait 3 pouces et demi de circonférence. On le reporta chez lui, à une lieue de distance.

Huit heures après l'accident, M. Blick le trouva abattu; le pouls faible, à 62. Après avoir réussi à provoquer la réaction, on procéda à l'examen. Il n'y avait eu qu'une hémorrhagie insignifiante. On trouva entre l'anus et le sacrum une plaie par piqûre, à travers laquelle les matières fécales avaient passé. En portant un doigt par cette plaie, on sentit le coccyx déplacé et comme mobile sous le périnée; un autre doigt, introduit dans le rectum, se mit, à 3 pouces de profondeur, en contact avec le premier. La plaie intéressait donc cet intestin; mais le malade avait uriné depuis sa blessure : preuve que la vessie et l'urètre étaient intacts. (Large cataplasme et quelques stimulants à l'intérieur.)

Le lendemain 19 juin, insomnie; grande douleur au périnée; gêne extrême pour uriner; l'urine sort fréquemment et en petite quantité; pouls à 108; langue rouge; soif vive. Il n'y a pas eu d'évacuation alvine. (Saignée de 20 onces; 24 sangsues sur le pubis; flanelles appliquées sur cette région et cataplasmes au périnée.)

A neuf heures du soir, grande amélioration; pouls à 98; l'urine sort moins fréquemment. Il y a eu une évacuation fécale involontaire.

Le 20, l'amendement continue.

Du 21 au 24, la plaie suppure abondamment. Un foyer se manifeste à la racine du scrotum; on le ponctionne: il en sort du pus en abondance, mêlé à des lambeaux de tissu cellulaire mortifié. (Sulfate de quinine et chlorydrate de morphine.)

Le 30, il se déclare un autre abcès plus près de l'anus; il en sort la même matière, et le 4 juillet, on en retire une grande quantité de tissu cellulaire gangrené. Les fèces passent en partie par l'anus, en partie par la plaie, laquelle se recouvre de granulations de bonne nature.

Le 10, le sphincter commence à recouvrer sa contractilité.

Le 17, on divise des bourgeons charnus trop tôt formés à la surface, et on panse avec une pommade à la résine.

Le 8 août, il ne passe plus par ce qui reste de la plaie que des matières fécales liquides.

Le 20, le sphincter a recouvré toutes ses fonctions.

Le 22 septembre, la plaie est cicatrisée; le malade est guéri.

DE L'AMPUTATION A LAMBEAU DE LA JAMBE, AU-DESSOUS DU GENOU; par M. GODFREY.

Lorsqu'on veut emprunter aux chairs postérieures de la jambe un lambeau, on le taille ordinairement de toute l'épaisseur du mollet; on commence par conséquent à promener le couteau de haut en bas, en lui faisant raser la surface postérieure du tibia et du péroné. M. Godfrey fait observer qu'en exécutant ainsi ce premier temps, on s'expose à ne couper l'artère et le nerf tibial postérieur qu'au moment où l'on tourne le tranchant de l'instrument vers la peau pour achever la section du lambeau. Or laisser à ces parties une telle longueur n'est pas sans inconvénient : c'est alors, en effet, qu'on voit le nerf compris dans la cicatrice devenir comme bulbeux à son extrémité et produire des douleurs par la suite. Quant à l'artère, le couteau, conduit de cette manière, peut l'avoir coupée obliquement, en bec de flûte, ce qui gêne pour la retrouver ensuite à la surface du lambeau, et plus encore pour la lier.

On évitera ces imperfections et ces embarras en ayant soin de passer de prime abord le couteau *à travers* les muscles du mollet, au lieu de le faire cheminer *derrière* leur masse entière, en le maintenant à un demi-pouce en arrière de la face postérieure des os, ainsi que de la face antérieure du soléaire, laquelle est contiguë aux nerfs et aux vaisseaux que nous venons de nommer.

— Cette modification donne encore à l'opérateur la possibilité de ne pas former un lambeau d'épaisseur identique chez tous les sujets. Sa limite antérieure n'étant plus invariable, il pourra, en portant l'incision plus ou moins en arrière, mettre le volume du lambeau en rapport avec l'épaisseur du mollet, variable chez les divers individus.

DES FONCTIONS ET DES USAGES DU THYMUS; par M. WRIGHT.

Voici, en deux mots, la singulière hypothèse que M. Wright propose pour expliquer les usages du thymus. Lors de la naissance, dit-il, la moitié supérieure du corps, la seule qui ait fonctionné jusque-là, est comparativement beaucoup plus développée que l'inférieure. Les extrémités pelviennes ont alors à prendre et prennent effectivement un accroissement très-rapide, afin de satisfaire à la condition principale de la vie extra-utérine, la faculté pour l'individu de se déplacer. Or cet accroissement, plus prompt que ne l'est celui d'aucune autre partie à quelque époque que ce soit de l'existence, doit être alimenté par une source où les matériaux de nutrition se trouvaient pour ainsi dire en réserve.

Le thymus contient des corpuscules semblables à ceux qui existent dans le chyle. Ses rapports intimes avec le poumon lui permettent de verser son contenu directement dans la circulation générale. Enfin on remarque que la période où il offre son plus considérable volume est celle où un plus grand appel est fait pour l'accroissement des extrémités inférieures, et que lorsqu'elles ont atteint une proportion en rapport avec celle du reste du corps, le thymus ne tarde pas à s'atrophier. Il est donc vraisemblable que telle est la fonction de cet organe.

NOUVEAU MOYEN D'ARRÊTER LES HÉMORRHAGIES DES ALVÉOLES; par M. BEARDSLEY.

Il s'agit ici d'une sorte de mastic dont il faut, avant tout, faire connaître

---

dienne (car les habiles tirent parti de tout) de vérifier si la friture de crapaud, qui est assez puissante pour chasser le démon, ne conviendrait pas à quelques autres infirmités, à l'égal des pommades, plantes et outils des sauvages.

— Si M. Lévi (de Londres) *Conduit Street, Regent Street*, actuellement de passage à Paris, est de première force sur les maladies du pied, on peut affirmer qu'il ne s'en mouche pas. M. Levi est *patronisé par la famille royale et la noblesse de la Grande-Bretagne;* s'il est momentanément dans la capitale de la France, c'est qu'*il a été spécialement invité à y venir donner ses soins à quelques personnages distingués*. Puis il est muni de certificats que vous pouvez lire dans tous les journaux et signés de quels noms! Le prince LOUIS-NAPOLÉON BONAPARTE, le prince de SCHWARZENBERG, le comte DEMIDOFF, le marquis de VILLA-PALMA, le marquis de LANSDOWNE, etc. On s'étonne que de tels personnages qui ne touchent jamais de l'orteil le pavé national aient des cors et des oignons comme un praticien de quartier; c'est ce qui faisait dire à quelqu'un que, selon toute vraisemblance, ils étaient souvent dans leurs petits souliers, particulièrement le président de la République française.

En se faisant l'éditeur responsable de ces pitoyables plaisanteries, le signataire de l'article appelle sur leur auteur anonyme toute l'indulgence du lecteur.

A. DECHAMBRE.

— Les médecins militaires avaient été oubliés dans la dernière distribution de décorations pontificales faite à l'armée d'occupation des États romains. Cet oubli a été largement réparé envers les confrères qui avaient assisté au siége de Rome et éprouvé les fatigues de deux épidémies. Les intendants militaires, intermédiaires obligés entre les officiers de santé de l'armée et le commandement, sont tout à fait étrangers à cette réparation, qui a eu lieu sans qu'ils le sussent. Ils avaient commis la faute de laisser oublier leurs subordonnés; il était juste qu'ils ne participassent pas au plaisir et à l'honneur de la réparation. Le général Gémeau, commandant en chef, a remis lui-même les décorations suivantes, le 7 février :

Commandeur de l'ordre de Grégoire le Grand :
M. Lacauchie, officier de santé en chef;

Chevaliers de l'ordre Piano :
MM. Mayer, F. Jacquot, Renard, Gillet, Dusseuil;

Chevalier de l'ordre de Grégoire le Grand :
M. Couquet, chirurgien sous-aide.

la composition. Prenez: gutta percha, 30 grammes; goudron, de 45 à 60 grammes; créosote, 4 grammes; gomme laque, 30 grammes ou davantage, afin de donner de la consistance à ce mélange. Faites bouillir ensemble dans un petit creuset en agitant et broyant continuellement jusqu'à formation d'une masse homogène dure.

Pour s'en servir, on en détache un fragment, auquel on donne la configuration d'un cône tronqué; puis on l'enfonce dans l'alvéole, dont il prend immédiatement la forme. On l'y retient un moment avec le bout du doigt. Ce mélange n'est pas visqueux; cependant il convient de mouiller le doigt, afin que, lorsqu'on ôte celui-ci, il n'entraîne pas le bouchon avec lui.

M. Beardsley rapporte, comme preuve de l'efficacité de son moyen, un cas dont les détails semblent effectivement aussi péremptoires qu'on le puisse désirer. Appelé pour extraire la première molaire droite supérieure d'un homme de 23 ans, le patient l'avertit que, deux ans auparavant, on lui avait arraché la seconde molaire, contiguë à celle actuellement malade, et qu'il s'en était suivi une hémorrhagie considérable par laquelle sa vie avait été mise en danger. Ainsi prévenu, le chirurgien enleva la dent, et vit en effet un flot de sang artériel remplir immédiatement la bouche.

Voulant alors constater la valeur de son moyen par l'insuccès préalable des autres, M. Beardsley essaya d'abord de tamponner avec de la charpie; mais le sang sortait si abondamment qu'il l'eut bientôt emportée. Il renouvela alors la même tentative avec de la charpie trempée dans de l'alun et du chlorure de fer, le tout soutenu par de la charpie sèche. Au bout de cinq minutes, le sang ne coulait plus, et le malade put retourner chez lui; mais après un court espace de temps, en ouvrant la bouche, il provoqua le retour de l'hémorrhagie.

Le lendemain, le sang coulait encore abondamment; M. Beardsley, sans plus attendre, enleva le caillot, mit son mélange dans l'alvéole, et appuya fortement dessus avec le doigt. L'hémorrhagie fut immédiatement suspendue.

Au bout de vingt-quatre heures, le malade enleva le corps obturateur qui s'était durci dans l'alvéole, et formait, étant retiré, un *fac simile* exact des racines de la dent extraite. Il n'y eut plus dès lors aucun accident.

L'auteur propose aussi ce moyen comme un hémostatique commode contre les piqûres de sangsues qui saignent trop longtemps.

— La composition de ce corps obturateur nous paraît assez ingénieuse pour lui mériter la préférence que son inventeur réclame; mais, nous l'avouons, notre suffrage lui serait plutôt acquis par la considération de sa préparation que par le succès qu'on invoque ici en sa faveur; car, pour être autorisé à arguer de l'insuffisance des procédés ordinaires, l'auteur eût au moins dû les employer tels qu'ils sont partout conseillés, c'est-à-dire soutenir le tampon de charpie par une plaque de liége, puis assurer l'immobilité des deux mâchoires. D'autre part, à l'époque où il a fait intervenir son mastic, l'auteur n'avait plus sans doute à lutter que contre une hémorrhagie déjà notablement atténuée; de sorte que sa temporisation, spécialement destinée à prouver la puissance du moyen en question, allait sous ce rapport directement contre le but proposé.

Malgré ces remarques, malgré aussi la préparation un peu compliquée de cette pâte solidifiable, nous n'hésitons pas à la déclarer supérieure à la cire et aux autres substances qui jusqu'ici avaient été employées pour le même objet.

LUXATION DE LA TÊTE DU PÉRONÉ; par M. HUGH THOMSON.

Obs. — A. H..., âgé de 35 ans, scieur, marchant sur un tronc d'arbre placé au-dessus d'une fosse, glissa et tomba dans le trou. Ce fut la jambe gauche qui supporta le choc, et il lui fut ensuite impossible de marcher sans aide.

En examinant le membre deux heures après l'accident, la seule chose que M. Thomson remarqua fut une saillie non naturelle de la tête du péroné qu'il trouva jetée en avant sur la face antérieure externe du tibia. Il s'efforça de la replacer en pressant sur elle avec les doigts; mais il ne put y réussir que lorsqu'il eut fait en même temps fléchir la jambe sur la cuisse, ce qui relâcha le biceps. L'os rentra alors dans sa place avec un bruit perceptible à l'oreille, et la partie reprit son apparence naturelle. On appliqua une compresse et un bandage, et on ordonna le repos. Il y eut un léger épanchement dans l'articulation du genou; mais il disparut en peu de jours. Au bout d'une quinzaine, le blessé fut en état de reprendre son travail.

DES INJECTIONS AVEC L'ÉCORCE DE CHÊNE ET L'ALUN DANS LE TRAITEMENT DES ÉCOULEMENTS DU VAGIN ET DE L'UTÉRUS; par M. COOKE.

Les injections contenant une certaine proportion de tannin ont un inconvénient, ordinairement de peu d'importance, mais qui peut cependant parfois ajouter à la gravité de l'affection principale. Elles coagulent l'albumine de l'écoulement vaginal, et de nouvelles couches de ce dépôt s'amoncelant successivement les unes sur les autres déterminent alors une irritation dont le médecin cherche en vain à triompher s'il n'en a pas pénétré la véritable et toute mécanique cause. M. Cooke, appelé auprès d'une femme atteinte de polype, de prolapsus utérin et de leucorrhée, trouva à son grand étonnement l'entrée du vagin tellement rétrécie que le doigt pouvait à peine y pénétrer quoiqu'elle fût d'âge mûr et eût eu un enfant. La surface interne du conduit vulvo-utérin était rugueuse, chaude et sèche. Il y avait de la constipation, de l'ardeur en urinant, fièvre, peau chaude, soif, etc.

Ce qu'il y avait d'inexplicable dans ces symptômes s'éclaircit pour le médecin lorsque sa malade l'informa qu'elle avait fait précédemment des injections renfermant de l'écorce de chêne et de l'alun, et qu'elle avait oublié de nettoyer l'albumine coagulée. Ce dépôt, semblable à du cuir s'était donc amassé sur les parois vaginales, resserrant l'orifice externe et produisant une vive inflammation. Il fallut une semaine d'injections chaudes, d'onctions grasses et de purgatifs pour débarrasser le vagin et rétablir la santé.

M. Locock a communiqué à l'auteur les détails d'un fait encore plus singulier où une concrétion en forme de saucisse due à la même cause et provenant du fond du vagin, fut prise pour une hernie intestinale, et eût sans doute été traitée comme telle s'il ne l'avait saisie avec les doigts, et extrait la prétendue hernie à la grande surprise des assistants.

— On n'aura pas à craindre cet accident si l'on recommande aux malades de faire toujours avant l'injection médicamenteuse une injection d'eau pure, précaution d'ailleurs des plus utiles pour assurer l'effet curatif complet du topique sur la paroi vaginale.

DEUX CAS DE PLEURÉSIE, AVEC ÉPANCHEMENT DANS LA POITRINE ET DÉPLACEMENT DU CŒUR; par le docteur J.-B. ALDIS.

CAS D'EMPYÈME; par le docteur BUDD.

Des deux cas rapportés par M. Aldis, le premier, intitulé: *Pleurésie latente*, est remarquable par le degré considérable auquel était arrivé l'épanchement sans provoquer d'accidents sérieux. Tout le côté gauche du thorax était mat; la respiration ne s'y entendait plus; il n'y avait point trace d'égophonie; la paroi costale gauche, très-bombée, restait immobile dans la respiration; le cœur battait vers le mamelon *droit*. Néanmoins il n'y avait pas de dyspnée notable. Le patient se couchait indifféremment sur le dos ou sur l'un ou l'autre côté. Absence d'expectoration; un peu de toux. Il y avait eu, quelque temps avant la visite de M. Aldis, une hémoptysie. Le sujet avait continué à vaquer à toutes ses occupations. L'auteur donne, sur la déformation de la poitrine et ses mouvements dans la respiration, des détails et des mesures propres à mieux mettre en relief cette sorte de contraste entre l'abondance de l'épanchement et le peu de gravité des symptômes. — Le second cas n'offre à noter qu'une circonstance peu louable du traitement. L'épanchement thoracique étant devenu très-considérable, on pratiqua la thoracentèse sans prendre aucune précaution ni pour prévenir l'entrée de l'air dans le thorax ni pour mesurer la quantité de liquide à extraire au degré d'expansibilité que l'on pouvait supposer au poumon, d'après l'ancienneté et le volume de l'épanchement. Il est à croire du moins que si quelque précaution de ce genre eût été prise, l'observation n'eût pas manqué de le mentionner. Elle se borne à dire que la thoracentèse ayant été pratiquée entre la sixième et la septième côte, au niveau de leur angle, on retira environ deux pintes et quart d'un liquide transparent, coagulable par la chaleur et l'acide nitrique. Un soulagement momentané s'ensuivit; mais le jour même survint une grande dyspnée; le pouls monta à 140, et le malade mourut le lendemain.

Nous rapporterions en détail la dernière observation, celle de M. Budd, si elle n'était trop longue; nous en rappellerons au moins les circonstances principales. Elle est d'abord, comme l'une des précédentes, remarquable par le peu d'influence que paraissait avoir sur la respiration, même sur la circulation, un énorme déplacement du cœur. Les battements de cet organe se sentaient du côté droit, et sa pointe venait frapper juste au-dessus de la mamelle droite. Cependant, jusque dans les derniers mois de l'existence, il n'y avait ni œdème ni aucun autre signe d'obstacle à la circulation centrale. Les bruits cardiaques étaient distincts, d'un timbre clair, sans intermittence ni irrégularité, ni aucun autre phénomène anormal.

Ainsi que l'autopsie parait le constater, l'épanchement thoracique avait eu pour point de départ une perforation tuberculeuse du poumon. Un pneumo-thorax en avait été la suite, et celui-ci avait ultérieurement fait place à un épanchement purulent. Il fallut plusieurs mois pour que cette substitution fût complète, et c'est ce qui aide à comprendre comment le cœur, lentement repoussé, parut s'habituer au déplacement qu'il était forcé de subir.

Ce qui mérite enfin d'être noté, c'est que le sujet vécut encore quatre

ans après la perforation. On en est d'autant plus surpris tout d'abord que, indépendamment de l'accident grave de la perforation du poumon, une autre cause de mort menaçait le malade, à savoir la cause même de la perforation, la tuberculisation avancée du parenchyme pulmonaire. Mais il faut remarquer que le poumon droit était sain, à l'exception du sommet, qui contenait quelques tubercules durs et enkystés.

DE L'EMPLOI DU TARTRE ÉMÉTIQUE DANS L'INFLAMMATION DU TISSU CELLULAIRE; par M. JOHN L. MILTON.

L'auteur a été amené à user de cette médication contre certaines formes d'inflammation diffuse du tissu cellulaire, par l'impuissance avérée des autres remèdes, même les plus actifs. Il lui sembla que si le tartre stibié guérit la pneumonie, qui est une inflammation du tissu cellulaire, il devait avoir le même pouvoir sur les phlegmasies de ce système, dans les autres régions. Partant de ce principe, il a répété ses tentatives dans *quelques centaines* de cas, dit-il, et en a toujours retiré de bons effets. Lors même que le remède était commencé trop tard pour empêcher la suppuration, il la limitait et la prévenait dans les points où elle n'était pas encore déclarée.

Parmi les cas qu'il cite comme preuve de la supériorité de cette pratique, les suivants nous ont paru les plus capables d'en donner une juste idée.

INFLAMMATION DIFFUSE DU COUDE.

OBS. I. — B. F. vint, le 25 octobre, consulter M. Milton. A voir l'aspect du membre, on aurait cru la suppuration inévitable, et la malade en jugeant ainsi, avait recouvert le coude de cataplasmes. L'inflammation, la douleur et l'enflure, très-vives, s'étendaient à une grande distance au-dessus et au-dessous de la jointure. (1 grain d'émétique et 10 gouttes de teinture d'opium toutes les trois heures; un vésicatoire sur la partie.)

Le 30 octobre, l'état est beaucoup meilleur. (3 grains d'iodure de potassium et une once d'infusion de colombo, trois fois par jour; panser le vésicatoire avec une pommade au zinc.

Le 6 novembre, amélioration. (Continuer les mêmes remèdes.)

Le 13, même état.

Le 27, le vésicatoire est sec. Toute trace de la maladie a disparu.

TUMEUR PHLEGMONEUSE DE L'AINE DROITE ET ÉRYSIPÈLE DE LA JAMBE.

OBS. II. — G. C. se présente le 14 août 1849. La peau est d'un rouge vif, et la tumeur de l'aine semble prendre les caractères de l'érysipèle. Sa figure, enflée et congestionnée, indique qu'il supporte mal les érysipèles. (1 grain et demi d'émétique toutes les trois heures; augmenter cette dose dès que le remède ne fatiguera plus l'estomac.)

Le 23 août, il est mieux. La rougeur a disparu; l'enflure et l'érysipèle cèdent. (Continuer la même prescription.)

Cet homme cessa subitement ses visites, et l'on n'eut plus de lui aucune nouvelle.

PANARIS ET SES RÉSULTATS.

OBS. III. — Miss Y., 24 ans. Ce cas, dit l'auteur, démontre manifestement les bons effets de l'émétique. Convalescente d'une fièvre rhumatismale avec péricardite, elle prit en octobre un panaris au troisième doigt de la main droite, qui suppura, quoiqu'elle se fût fait soigner par un chirurgien. Les désordres consécutifs furent tels qu'il fallut d'abord extraire la troisième phalange, et ceci ne suffisant pas, amputer ensuite la portion du doigt malade. Trois jours après cette opération, elle fut prise des symptômes d'un abcès dans la gaîne de ce doigt et dans la paume de la main. (1 demi-grain d'émétique toutes les deux heures; frictions avec une pommade au nitrate d'argent et lotions éthérées continuelles sur le doigt et la région palmaire.)

Le remède produisit pendant cinq heures des nausées et du malaise; mais l'amélioration fut rapide et décidée.

A partir de ce jour, il n'y eut plus d'accident. L'émétique, continué quelque temps, fut remplacé par l'iodure de potassium, et la cure devint bientôt complète.

PANARIS CONSIDÉRABLE.

OBS. IV. — J. R., boucher, vint consulter le 28 août 1849; la veille au soir, il s'était introduit dans le pouce un morceau de bois qui n'avait pu être retiré qu'avec difficulté. Inflammation violente du pouce; douleur intolérable; rougeur et tuméfaction. Il y a *évidemment* de la suppuration (1) (1 grain d'émétique toutes les trois heures.)

On ne revit cet homme que le 8 février de l'année suivante, et l'on apprit de lui qu'il avait parfaitement guéri, sauf un peu de roideur persistant dans la jointure. Il n'y avait pas eu de suppuration, et il paraissait fort satisfait de cette médication, qui n'avait procuré que deux évacuations.

BUBON AXILLAIRE; SUPPURATION ARRÊTÉE ET LIMITÉE.

OBS. V. — Élisa W., âgée de 3 ans, fut amenée à M. Milton, le 25 octobre, pour une tuméfaction douloureuse de l'aisselle survenue à la suite d'une brûlure qui s'était accompagnée d'érysipèle. Le bubon augmentait rapidement en volume et causait beaucoup de douleur. (Un purgatif, puis 1 quart de grain d'émétique et une goutte de laudanum toutes les quatre heures.)

Le 29, la tumeur est plus prononcée. Il y constipation quoiqu'on ait jusqu'ici donné alternativement un purgatif et le sel d'antimoine; cependant la mère a supprimé ce dernier tout récemment. (Poudre cathartique et boisson laxative.)

Le 30, il y a eu des évacuations; l'enfant est sans douleur, mais très-faible; la tumeur est plus grosse, tendue et rouge. (Un tiers de grain d'émétique toutes les trois heures.)

Le 1er novembre, il n'y a eu qu'une selle. La tumeur est luisante, saillante et douloureuse. L'enfant semble néanmoins mouvoir le bras plus aisément. (Un demi-grain d'émétique toutes les trois heures.)

Le 2 (porter la quantité à deux tiers de grain), amélioration visible.

Le 3, l'enfant est mieux et la tumeur plus petite. (Trois quarts de grain, au lieu de deux tiers.)

La tumeur diminua alors rapidement; mais bientôt après, on changea de médecin; on dut ponctionner le bras et modifier les remèdes. Il sortit peu de pus.

L'auteur termine sa communication par des développements fort étendus sur la valeur générale de la médication qu'il préfère. On comprend que, après les arguments de fait qui viennent d'être produits, ces considérations purement théoriques ne nous aient pas offert une importance capable d'en motiver la traduction *in extenso*. Nous en extrairons seulement le conseil que M. Milton donne d'associer à l'émétique soit des cathartiques, soit une préparation opiacée, selon que le médicament laisse le ventre serré ou le relâche par trop.

— En consultant les observations qui forment le fond de ce travail, on se prend d'abord à regretter la forme invariablement laconique que l'auteur leur a donnée. Dans aucune, il n'est fait mention des symptômes généraux, et souvent c'est à peine si l'état local est indiqué de manière à ce que, sans avoir vu le titre, le lecteur pût reconnaître de quelle maladie il s'agissait, à plus forte raison pour lui donner une idée de la gravité qu'elle pouvait avoir.

Une autre objection naît irrésistiblement de cette lecture. Prenant plutôt l'intérêt de ses malades que celui de sa méthode, l'auteur n'a presque jamais employé celle-ci exclusivement. D'autres moyens généraux, un traitement local énergique partagent le plus souvent les frais, et partagent par conséquent aussi l'honneur de la cure.

Remarquons d'ailleurs que peu de ces observations prouvent directement par l'évolution des symptômes ce qu'elles sont destinées à prouver, c'est-à-dire l'efficacité du tartre émétique pour combattre l'inflammation du tissu cellulaire. Ici vous prétendez avoir prévenu la suppuration! Mais il était au moins douteux qu'elle dût venir. Là vous croyez avoir eu raison de la phlegmasie! Et cependant je vois qu'il a fallu donner un coup de lancette. Trois fois les malades, est-il dit, vont parfaitement bien! Et je ne sais comment cela se fait, mais ces malades que vous félicitez de leur bonheur changent de médecin ou disparaissent pour ne plus revenir qu'au bout de six mois.

C'est que, il faut bien le dire, s'il jouit réellement — et nous ne voulons le nier — d'un certain pouvoir, ce traitement porte bien aussi ses inconvénients et ses tribulations. Il faut d'autant moins s'étonner de les avoir vu ressentir très-vivement par les clients de M. Milton, que l'administration de l'émétique a dû être prolongée chez eux cinq, six et même chez l'un jusqu'à dix jours de suite. Certes il y a bien là de quoi lasser la patience et épuiser le courage, surtout alors que la terminaison naturelle de l'affection par la suppuration n'a rien qui puisse *à priori* motiver, aux yeux du malade, et l'engager à supporter la longue continuation d'une médication aussi particulièrement désagréable que l'est celle-ci.

A. DECHAMBRE et P. DIDAY.

(1) De la suppuration formée en moins de vingt-quatre heures! C'est à peine si on pourrait le croire de celui qui aurait vu le pus. Ce seul *évidemment*, si évidemment hasardé, compromet beaucoup, à nos yeux, la valeur des conclusions de M. Milton. (NOTE DU RÉDACTEUR.)

TRAVAUX ACADÉMIQUES.

ACADÉMIE DES SCIENCES.

SÉANCE DU 25 FÉVRIER.

TRAITEMENT DES ÉRECTIONS GÉNITALES MORBIDES CHEZ L'HOMME.

M. le docteur PISTACH, sous-aide major à l'hôpital militaire de Perpignan, envoie un travail sur les érections génitales morbides chez l'homme et sur leur traitement par la compression du prépuce.

L'auteur étudie successivement les érections syphilitiques, l'érection essentielle (priapisme et satyriasis), l'érection sympathique (calculs vésicaux, strangurie, cystite, hémorrhoïdes, inflammation du col vésical), l'érection synergique (action des cantharides, oxyures dans le rectum). Voici les conclusions dans lesquelles il résume son travail.

1° Pour prévenir les érections nocturnes, liez modérément le prépuce en avant du gland, lorsque le malade se couche.

2° Pour combattre l'érection pendant son évolution, maintenez avec les doigs, pendant une minute, le prépuce amené en avant du gland.

3° Ces moyens, héroïques dans la syphilis, peuvent être employés dans le priapisme et le satyriasis ; dans toutes les affections enfin où l'érection se produit.

4° Ces modes de traitement sont faciles dans l'application, nullement dispendieux et applicables toujours, pourvu que le malade ne soit pas circoncis.

ADDITION A LA SÉANCE DU 10 FÉVRIER.

SUR UN NOUVEAU GENRE DE MONSTRES DOUBLES PARASITAIRES DE LA FAMILLE DES POLYGNATHIENS.

M. Is. Geoffroy Saint-Hilaire lit sur ce sujet un mémoire dont nous extrairons les principaux passages :

Après avoir rappelé que depuis l'achèvement de son histoire générale des anomalies, six genres nouveaux de monstres seulement ont été introduits dans la science, rentrant tous d'ailleurs dans les familles déjà établies, M. Is. Geoffroy Saint-Hilaire décrit une nouvelle monstruosité qui devra constituer un septième genre de la famille de polygnathiens, auquel il propose de donner le nom de *desmiognathe*. Cette nouvelle monstruosité consiste en une tête surnuméraire et très-imparfaite, qui est unie au sujet principal par des attaches musculaires et cutanées et non osseuses ; attaches qui sont converties en un long pédicule ou cordon, à l'extrémité duquel la tête surnuméraire est suspendue et comme flottante. De plus, ce pédicule s'insère, non sous la tête, mais sous le col ou même sous la partie antérieure du sternum du sujet principal.

Cette monstruosité s'est rencontrée presque simultanément sur deux veaux, à Vannes et à Neuville. L'un de ces membres encore vivant est actuellement à la ménagerie du muséum. Voici en quels termes M. G. Saint-Hilaire la décrit :

« Les deux desmiognathes se ressemblent par les conditions générales et essentielles de la monstruosité ; mais les différences secondaires sont nombreuses.

» Chez tous deux la tête accessoire est une masse, de forme très-irrégulière, beaucoup plus petite que la tête principale, en grande partie osseuse et musculaire, recouverte par la peau et velue sur une face, présentant à découvert sur l'autre la membrane muqueuse buccale, avec sa structure très-caractéristique, une langue rudimentaire et une ou plusieurs dents. Sur la partie velue de cette tête imparfaite s'insère le pédicule, sorte de cordon musculaire et cutané, de forme cylindrique, dont l'autre extrémité se confond avec le bord inférieur du fanon. Les poils du pédicule et de la tête accessoire sont de même nature et de même couleur que ceux du col et de la région sternale.

» Les différences entre les deux sujets sont relatives soit au pédicule, soit à la tête elle-même.

» Chez le desmiognathe de Vannes, le pédicule est inséré sous le milieu du col, et assez long pour que la masse parasitaire touche le sol dès que l'animal baisse un peu la tête. Chez le sujet de Neuville, il est inséré tout à fait à la partie postérieure du fanon, et plus court ; la masse parasitaire est suspendue au niveau de la partie supérieure du canon.

» Chez le premier, la portion velue de la tête accessoire ou masse parasitaire est supérieure et antérieure. En examinant cette masse par la face inférieure, on reconnaît aussitôt en avant l'extrémité de la mâchoire inférieure, avec ses huit incisives et la lèvre inférieure, et un peu plus en arrière la langue, placée transversalement de gauche à droite et presque continuellement animée d'une sorte de mouvement vibratoire. En arrière, à l'autre extrémité de la masse, est une fissure médiane qui, très-étroite il y a quatre mois, s'est beaucoup élargie par l'effet du développement de la tête ; elle sépare deux éminences arrondies qui ne sont autres que les deux moitiés d'une lèvre supérieure et d'un mufle imparfait ; un peu en avant et (à raison de la largeur de la fissure) à grande distance l'une de l'autre sont deux petites dents poussées depuis peu, l'une d'elles en remplacement d'une autre qui était seulement implantée dans la gencive et qui est tombée presque aussitôt que venue. Ces petites dents sont évidemment les deux incisives supérieures que tout le monde connaît chez les camélidés, et qui, dans l'état normal, n'existent pas chez les autres ruminants. On voit déjà par ce que nous venons de dire que les parties qui devraient être superposées, la lèvre et les huit incisives inférieures, les deux demi-lèvres et les deux incisives supérieures, se trouvent rejetées à distance, aux deux extrémités antérieure et postérieure de la tête, absolument comme si la cavité buccale s'était ouverte et étalée en table, à la manière d'un livre dont on écarterait les deux moitiés jusqu'à les placer dans un même plan. Cette même disposition se retrouve à l'égard des molaires : sur les parties latérales de la tête existent, en arrière, les molaires inférieures, au nombre de trois de chaque côté ; en avant, entre les huit incisives et le pédicule, les molaires supérieures, au nombre de quatre à gauche, au nombre de trois à droite, la quatrième d'un côté et la troisième de l'autre ayant paru depuis quelques jours seulement. Nous ajouterons à ces détails que l'existence de glandes salivaires est attestée par l'excrétion d'une salive abondante ; celle de muscles dans la tête, par les mouvements de la langue, et, dans le pédicule, par la rétraction momentanée, très-sensible en quelques circonstances, de la masse suspendue à son extrémité. Quant aux os, le toucher en fait reconnaître plusieurs, tous mal conformés ou même très-imparfaits, à l'exception de la portion terminale des maxillaires inférieurs.

» Nous devons dire encore que la masse parasitaire a pris, depuis que l'animal est sous nos yeux, un accroissement très-notable, mais très-inégalement réparti entre les diverses parties de cette masse ; son diamètre antéro-postérieur et son diamètre transversal étaient l'un et l'autre, il y a quatre mois et demi, d'environ 18 centim. : le premier a à peine changé ; le second mesure aujourd'hui près de 23 centimètres. Cet accroissement transversal a porté presque en entier sur le côté gauche ; aussi les incisives inférieures, d'abord médianes, sont-elles aujourd'hui à droite de la ligne médiane.

» Nous ne saurions entrer dans autant de détails sur le desmiognathe de Neuville : la bizarre et informe organisation de sa tête serait absolument inintelligible sans le secours d'une figure. Nous dirons seulement que la masse surnuméraire, longue de 14 cent. et large de 11, est suspendue par une de ses extrémités, et qu'elle a ses faces principales à droite et à gauche. C'est la face droite qui est velue. La gauche se divise en trois portions très-distinctes : l'une, supérieure, formée par une partie de la cavité buccale, ouverte et étalée comme dans le cas précédent, avec un rudiment de langue bifide et une dent bifurquée à la couronne ; une moyenne, garnie de quelques poils et ne présentant d'ailleurs rien de remarquable ; l'inférieure, revêtue d'une membrane muqueuse, aplatie et se terminant en bas par deux lames de forme irrégulière intérieurement cartilagineuse, l'une courte, l'autre très-saillante, celle-ci généralement regardée comme une oreille mal conformée ; détermination que toutefois nous sommes loin d'admettre comme scientifiquement établie. Ici l'examen anatomique le plus minutieux sera nécessaire, et nous avons dû le renvoyer au moment où il pourra être fait avec le plus de fruit, c'est-à-dire lorsque la mort de l'autre sujet fournira un terme de comparaison presque indispensable à l'égard d'anomalies aussi complexes. Il est toutefois deux points qu'il importait de mettre en lumière, dès à présent, la composition du pédicule et les relations vasculaires existant entre le parasite et l'autosite. Le pédicule est formé par des téguments qui se continuent avec ceux de la région sternale, par un peaussier assez épais et par un faisceau musculaire, grêle et allongé, dont les fibres, longitudinalement disposées, expliquent parfaitement la rétraction, parfois observée chez ce sujet comme chez l'autre, de la masse parasitaire. Dans l'intérieur du pédicule, sur la ligne médiane, est une artère principale qui, en haut, se porte un peu à gauche, se recourbe derrière le sternum, et va s'insérer sur la thoracique interne. La thoracique interne droite fournit de même une branche qui se porte dans le pédicule, mais qui est fort petite et disparaît bientôt. Le système veineux présente une disposition analogue. Nous n'avons point, au contraire, trouvé de nerf accompagnant l'artère et la veine principale du pédicule. Il est presque inutile d'ajouter que les artères, veines et nerfs des téguments de cette partie, se continuent avec les artères, veines et nerfs de la peau que revêt le sternum, comme ces téguments eux-mêmes avec les téguments de la région sternale dont ils sont le prolongement et dont ils conservent complétement la structure.

» Ces faits anatomiques sont parfaitement en rapport avec les résultats des expériences, plusieurs fois répétées, que nous avons faites tant sur ce sujet que sur le précédent. Une piqûre, une pression, soit sur la peau du pédicule, soit, de même, sur la partie velue de la masse parasitaire, est aussi vivement perçue par le sujet principal que si elle était faite sur ses propres téguments. Au contraire, les piqûres faites sur les parties revêtues seulement de la membrane buccale, ne provoquent aucun signe de sensibilité.

» En rapprochant ces faits de ceux qui sont connus chez les hypognathes et dans les genres voisins, on voit que les desmiognathes, quant à la conformation de la tête accessoire, reproduisent une organisation déjà connue ; mais le mode d'insertion de la masse parasitaire les met, parmi les polygnathiens, dans des conditions toutes spéciales, dont l'étude peut être, à double titre, d'un grand intérêt.

» D'une part, cette étude peut, mieux que celle de toutes les autres monstruosités, jeter du jour sur ces masses parasitaires amorphes qui se développent parfois dans l'utérus, les ovaires ou les trompes, et que l'on a si longtemps confondues avec les môles ; de celles aussi qui, incluses congénialement dans un autre individu, constituent le plus singulier genre de monstruosités doubles parasitiques. Dans ces deux cas, chez les zoomyliens, dernier terme de la monstruosité unitaire, aussi bien que chez les endocymiens, dernier terme de la monstruosité composée, le parasite continue durant des années, mais intérieurement et obscurément, une vie dont les singuliers phénomènes, généralement soustraits à l'observation directe, ne peuvent être connus que par induction et à la faveur de circonstances rares et accidentelles. Chez les polygnathiens, ces phénomènes, ossification, production, chute et remplacement de dents, production de poils, accroissement général ou partiel de la masse parasitaire, ont pu, au contraire, être étudiés par l'observation, mais toujours, pour les genres jusqu'à présent connus, d'une manière incomplète ; car la mort survient bientôt chez les hypognathes et dans les genres voisins, parce que la préhension des aliments devient de plus en plus difficile ; chez les myognathes, parce que la déglutition est empêchée. Chez les desmiognathes, au contraire, le pédicule étant inséré très-loin de la bouche et du pharynx, aucun de ces effets n'a lieu, et rien n'empêche que l'animal atteigne l'âge adulte ; d'où la possibilité de suivre, dans toutes ses phases, l'évolution de la masse parasitaire, et de constater successivement tous les phénomènes vitaux qui s'y produisent.

» Les desmiognathes sont, en même temps, de tous les monstres doubles, ceux dans lesquels la duplicité monstrueuse se montre le plus clairement le ré-

sultat de la greffe d'un individu sur un autre, et non du dédoublement partiel ou de l'hypertrophie locale d'un sujet essentiellement unitaire. L'individualité de chacun des deux sujets qui composent un monstre double, ne peut être démontrée, dans presque tous les autres cas, que par l'étude complexe d'un grand nombre de faits anatomiques et physiologiques; elle se trouve ici mise en évidence par la nature elle-même, qui nous montre l'autosite et le parasite unis seulement par un pédicule et tenus à distance l'un de l'autre. Si, dans une discussion célèbre qui a longtemps occupé l'ancienne Académie des sciences, Lémery eût pu s'éclairer et s'appuyer d'un seul fait de ce genre, Winslow et ses alliés n'eussent sans doute pas réussi à faire prévaloir cette doctrine de la *monstruosité par excès*, presque universellement admise dans le dix-huitième siècle, et acceptée jusque dans le nôtre par Meckel et plusieurs autres anatomistes illustres. »

ADDITION A LA SÉANCE DU 17 FÉVRIER.

FONCTIONS DU LARYNX SUPÉRIEUR CHEZ LES OISEAUX.

M. Second envoie sur ce sujet la note suivante :

« Les travaux d'anatomie et de physiologie relatifs à l'appareil vocal des oiseaux, malgré leur grande perfection, sont encore insuffisants pour faire l'histoire de la voix chez ces animaux. Les intéressantes recherches de Herissant, Vicq d'Azyr, Savart, Cuvier, Muller, etc., ont malheureusement conduit à une opinion trop absolue, d'après laquelle le larynx supérieur se trouverait entièrement mis de côté, par suite de l'hypothèse trop exclusive instituée à l'égard du larynx inférieur. A toutes les expériences tentées jusqu'à ce jour, j'en opposerai une bien simple :

» 1° Quand on ouvre largement le bec d'un coq ou d'une poule, on apprécie très-nettement, à chaque cri de l'animal, un frémissement très-marqué dans les replis qui bordent en haut l'ouverture de la trachée-artère. Il est bon de rappeler que chez les gallinacés le larynx inférieur est sans muscles propres et sans dilatations latérales.

» 2° Dans la même expérience, il est facile d'observer que l'articulation du son qui, chez la perdrix, par exemple, est ordinairement représentée par les lettres suivantes : *cac, càc, cac*, est manifestement exécutée par le mode de séparation des lèvres de cette véritable glotte supérieure ; et que, sans contredit, cette articulation, combinée avec divers degrés d'ouverture de la bouche et du pharynx, constitue les conditions essentielles de l'imitation de notre langage chez les oiseaux parleurs.

» En attendant qu'un nouveau travail place l'ensemble de la théorie de la voix sur son vrai terrain, cette remarque pourra dès à présent modifier la manière absolue de raisonner relativement à la phonation chez les oiseaux. »

ACADÉMIE DE MÉDECINE.

SÉANCE DU 25 FÉVRIER. — PRÉSIDENCE DE M. ORFILA.

Le procès-verbal de la dernière séance est lu et adopté.

M. le préfet de police envoie le relevé statistique de la mortalité dans la ville de Paris pour le mois de janvier 1851.

GOÎTRE ET CRÉTINISME.

M. Bonjean (de Chambéry) adresse une lettre sur l'influence des eaux potables sur le goître et le crétinisme. Il informe l'Académie, à l'occasion de la discussion récente sur ce sujet et en particulier des opinions émises par MM. Bouchardat, Grange et Ferrus, qu'il existe en Maurienne (Savoie), province excessivement sujette au goître et au crétinisme, trois sources qui passent pour donner le goître à ceux qui en boivent. Les jeunes gens du pays en ont souvent fait usage avec fruit quelques mois avant la conscription pour s'exempter du service. Ces sources sont à Montvernier, à Villardclément et à Leyssaud. M. Bonjean a analysé les tufs ou dépôts formés par chacune de ces eaux. Il résulte de ces analyses que ces trois dépôts ne contiennent que des quantités très-faibles de sulfate de chaux, l'un d'eux, celui de Leyssaud n'en renferme même que des traces; les sels magnésiens y sont également en très-faible proportion, surtout dans les dépôts de Villardclément et de Leyssaud. Les dépôts de Villardclément se distinguent par une quantité assez forte de silice que M. Bonjean a retrouvée en répétant le dosage de cet acide.

M. Aguilhon (de Riom) adresse un manuscrit relatif à quelques documents propres à éclairer la question du goître et du crétinisme. Chargé par l'Académie de Clermont-Ferrand de lui rendre compte des travaux de la commission des États sardes sur le goître et le crétinisme, M. Aguilhon a fait, à cette occasion, des recherches sur l'état de cette question dans le département du Puy-de-Dôme. Il résulte de ces recherches qu'on observe dans ce département des cas rares et isolés de crétinisme, tandis que les goîtres y sont nombreux généralement et à l'état endémique dans plusieurs vallées; la connaissance des eaux et des terrains, l'observation générale et les recherches statistiques se réunissent pour combattre l'opinion de M. Grange relativement à l'action de la magnésie sur les crétins et les goitreux; enfin les mêmes chiffres apprennent que le goître a sensiblement diminué de fréquence dans celles de ces localités où la civilisation a le plus imprimé ses pas.

M. Grange adresse des renseignements sur l'établissement de l'Abendberg qu'il a visité en novembre 1849, et sur lequel il a fait un rapport au ministre de l'instruction publique.

APPLICATION DES PLAQUES MÉTALLIQUES AU TRAITEMENT DES AFFECTIONS NERVEUSES.

M. Burq adresse de nouvelles observations sur l'application des métaux au traitement des affections nerveuses, et appelle l'attention de l'Académie sur les quatre propositions suivantes :

1° Le plus grand nombre d'affections qualifiées du titre de névroses (hystérie, hypocondrie, gastralgie, certaines névralgies, etc.) offrent presque toujours, sinon toujours, un état négatif plus ou moins prononcé, suivant leur gravité, de la sensibilité ou de la motilité, et le plus souvent des deux.

2° Chez presque tous les malades affectés d'anesthésie ou d'amyosthénie (perte de la motilité), la sensibilité et la motilité redeviennent normales par l'application sur les parties où l'une ou l'autre sont en défaut, d'une plaque de métal, qui, suivant certaines conditions encore inconnues, est tantôt du cuivre, tantôt de l'acier, de l'argent, de l'or, etc.; quelquefois même un mélange défini de métaux et, dans ce cas, presque toujours un alliage.

3° Tous les malades traités par une armature, faite avec le métal qui ramène d'une manière non équivoque la sensibilité et la motilité, lorsque l'une ou l'autre a été altérée, guérissent rapidement de leurs spasmes; attaques, migraines, névralgies, dyspepsie, aménorrhée, etc., quelles que soient la gravité et l'ancienneté de l'affection nerveuse.

4° Une névrose, avec anesthésie ou amyosthénie, étant donnée, toute la différence du traitement consiste donc à déterminer le métal ou le mélange de métaux capable de ramener la sensibilité et la motilité à l'état normal. (Commissaires, MM. Bérard, Cloquet et Guérin.)

— M. Hameau, médecin à la Terre-de-Buch, adresse un opuscule sur le choléra, dans lequel il dit avoir eu des succès par l'emploi du sulfate noir de mercure. (Commission du choléra.)

M. Maslieurat-Lagémard adresse la relation d'une opération de trachéotomie pour un cas de croup, par le procédé décrit en 1841, et sur ses avantages sur ceux de la canule.

M. Delfrayssé communique un procédé de cathétérisme dont le but est d'éviter la blessure du tissu muqueux de l'urètre et les fausses routes qui en sont si souvent le résultat. (Comm., M. Ségalas.)

M. A. Favrot adresse un paquet cacheté dont le dépôt est accepté.

— M. le Président informe l'Académie qu'elle se formera en comité secret à quatre heures et demie, pour entendre le rapport sur la candidature dans la section d'accouchements.

CHAPEAU A COURANT D'AIR.

M. Poiseuille fait, au nom de MM. Bégin, Gimelle, et au sien, un rapport officiel sur un *chapeau à courant d'air*, de M. Mansart Piggiani.

La commission propose de répondre que si, pendant l'été, les chapeaux ventilateurs dont il s'agit présentent des avantages, ils ne sont pas sans inconvénients si on en fait usage en hiver. (Adopté.)

MÉCANISME DE LA CIRCULATION CHEZ LES ACÉPHALES PRIVÉS DE CŒUR.

M. Cazeaux, candidat pour la section d'accouchements, lit, sous ce titre, un travail qui se compose de deux parties : la première est consacrée à la description d'un monstre paracéphale présentant absence complète de tête, de cœur et de membres supérieurs ; dans la deuxième partie, l'auteur examine, à l'occasion de ce fait, le mécanisme de la circulation chez les fœtus privés de cœur. Voici en quels termes il résume la discussion à laquelle il se livre sur ce sujet :

Dans les cas, si rares qu'ils ont été contestés, dans lesquels l'acéphale appartient à une grossesse unique, et même dans quelques cas de ceux où la grossesse était gémellaire, je suis forcé, dit M. Cazeaux en résumant ce travail, de supposer dans le placenta une libre communication entre l'appareil vasculaire et les vaisseaux maternels, d'admettre la théorie de Monro, d'après laquelle le sang venant du placenta entre dans le corps du fœtus par la veine ombilicale, les rameaux de cette veine remplacent les artères, distribuent le sang dans toutes les parties du fœtus, et le sang revient au placenta par les artères ombilicales.

L'auteur admet, en définitive, que le sang des monstres privés de cœur est mis en mouvement, dans le plus grand nombre des cas, par la contraction du cœur de son frère jumeau, et, dans quelques cas très-rares, par l'impulsion que leur transmet le cœur de la mère, à l'aide de communications anormales établies entre les vaisseaux utéro-placentaires et les vaisseaux du fœtus.

ABLATION DU MENTON PAR UN COUP DE CANON.

M. H. Larrey lit, en son nom et au nom de M. Bégin, un rapport sur une observation communiquée au mois d'août dernier à l'Académie, par M. Hutin, chirurgien en chef des Invalides, et relative à une ablation complète du menton par un coup de canon.

Nous avons fait connaître les principaux détails de cette observation, lors de la communication de M. Hutin. On se rappelle qu'il s'agit d'un militaire qui, venant d'avoir le menton enlevé par un boulet de canon, fut laissé pour mort sur le champ de bataille, devant probablement son salut à la double circon-

stance de l'hémorrhagie primitive qui prévint les accidents réactionnels et de la syncope qui mit à temps un terme à cette hémorrhagie.

Voici quelques-unes des considérations qu'émet à ce sujet M. le rapporteur.

M. Larrey examine d'abord la question des hémorrhagies dans les plaies d'armes à feu, et recherche jusqu'à quel point ces sortes de blessures y sont sujettes. On en vient, dit-il, à reconnaître que les coups de feu, loin d'être exempts des hémorrhagies immédiates, y sont au contraire exposés; mais ce qui arrive alors, c'est qu'après la première perte de sang, le foyer de la plaie subit une modification complexe qui tend à suspendre l'hémorrhagie jusqu'à ce que celle-ci survienne ou soit à craindre secondairement.

De là deux sortes d'hémorrhagies primitives : celle qui est immédiatement ou instantanément presque inévitable, mais s'arrêtant souvent d'elle-même; et celle qui est prochaine, moins fréquente, il est vrai, dans les plaies d'armes à feu que l'hémorrhagie consécutive proprement dite.

Dans le fait rapporté par M. Hutin, il y eut une hémorrhagie primitive qui s'arrêta spontanément, grâce à une syncope. Grâce à la nature même de la blessure plutôt qu'à l'intervention de l'art, il n'y eut point d'hémorrhagie consécutive.

Voici de quelle manière M. Larrey explique ce fait.

Si l'écoulement du sang subsiste dans des régions où d'autres blessures, telles que des plaies par instrument tranchant rendent les hémorrhagies si graves, c'est parce que les différents tissus de ces régions sont à peu près parallèles ou superposés les uns aux autres, comme dans la continuité des membres, et surtout uniformément divisés. Or il n'en est pas de même dans la région de la face dont les divers éléments anatomiques, parties molles et parties dures, se trouvent disposés de telle sorte, que s'ils sont entamés ou détruits par les projectiles d'armes à feu, ils peuvent pour ainsi dire soustraire la blessure, d'une part, à l'hémorrhagie primitive, en raison du phénomène d'hémostasie spontanée, tels que l'attrition, la dilacération, le gonflement des tissus, l'escarrification de leur surface, la torsion ou le refoulement des vaisseaux sanguins; d'autre part, à l'hémorrhagie consécutive, par les modifications que les tissus paraissent éprouver. Ainsi les téguments déchirés se resserrent en adhérant aux organes sous jacents; les muscles se rétractent en différents sens en recouvrant ou en entraînant avec eux les vaisseaux qui ont subi des effets de torsion, de mâchure ou de refoulement, et qui d'ailleurs, comprimés par le gonflement des parties molles, rencontrent sur les saillies osseuses des points de résistance contribuant à oblitérer tout à fait, malgré le développement de l'appareil sanguin et la multiplicité des anastomoses artérielles de cette région.

Tel est, suivant M. le rapporteur, l'explication de ce phénomène d'autant plus digne d'attention, qu'ayant été observé dans des cas analogues, il semble assurer une sorte d'immunité aux plaies de la face par armes à feu.

La commission, appréciant à sa valeur la communication de M. Hutin, propose :

1° De le remercier d'avoir fait connaître complètement une observation digne d'intérêt;

2° De la déposer dans les archives avec le masque en plâtre qui lui appartient;

3° D'engager l'auteur à continuer ses recherches sur les cas remarquables qui lui sont offerts aux Invalides, et à les communiquer, comme il l'a déjà fait, à l'Académie.

M. Robert : Je ne saurais rien ajouter aux judicieuses réflexions de M. Larrey sur le travail de M. Hutin. Je regrette seulement que notre honorable collègue ait craint de donner trop d'extension à son rapport, en nous faisant connaître les effets des mutilations, à divers degrés, produites par les armes à feu sur la mâchoire inférieure. La science gagnerait beaucoup à cette étude, que l'expérience de M. Larrey n'aurait pas manqué d'enrichir de faits précieux. Dans le cas cité par M. Hutin, on voit, en effet, un projectile qui emporte la presque totalité de la mâchoire inférieure, avec les parties molles qui la recouvrent, sans que le blessé ait éprouvé d'accident très-grave, et surtout sans qu'ultérieurement les fonctions du larynx et du pharynx aient été altérées. Or je suis frappé de ces résultats d'une vaste plaie faite par un hasard aveugle, comparés à ceux des amputations réglées, pratiquées sur la mâchoire inférieure, quand elles sont considérables et qu'on est obligé de sacrifier avec l'os les parties molles qui le recouvrent. Tous les chirurgiens savent que ces cas sont très-graves. On a beau disséquer au loin les téguments de la face ou du cou pour amener ceux-ci au contact et combler la perte de substance, les efforts que l'on fait pour rapprocher les chairs, bien que très-modérés, compriment de chaque côté les moignons de l'os maxillaire, rétrécissent l'espace destiné à loger la base de la langue, refoulent celle-ci en arrière et compriment plus ou moins gravement le larynx et le pharynx. Tantôt ce résultat a lien immédiatement, et par le seul fait du pansement qui succède à l'opération, comme je l'ai observé une fois; tantôt il survient plus tard et par l'effet de la rétraction lente des tissus, comme M. Bégin l'a depuis longtemps signalé. Un malade, opéré par moi il y a quelques années à l'hôpital Beaujon, ne pouvait plus avaler vers le deuxième jour, et m'obligea de recourir à la sonde œsophagienne; il succomba plus tard à la gêne croissante de la respiration et de la déglutition.

En présence de ces résultats, je me suis demandé si, dans les plaies par armes à feu et en particulier dans le cas remarquable rapporté par M. Hutin, où toutes les parties molles avaient été emportées par un boulet, l'impossibilité où l'on s'est trouvé de faire aucun pansement capable de diminuer la perte de substance, n'a pas eu quelque part dans le peu de gravité des accidents primitifs, et l'absence des troubles consécutifs de la respiration et de la déglutition.

Je pense donc qu'il y a lieu de rechercher si, quand on pratique l'ablation d'une portion considérable du corps de l'os maxillaire inférieur, et qu'on est obligé d'enlever les chairs qui le recouvrent, il ne vaut pas mieux abandonner la plaie à elle-même plutôt que de tenter le rapprochement de ses bords, au prix de dissections prolongées sur le cou ou sur les parties latérales de la face. Je le répète : pour moi, cette question de médecine opératoire me paraît devoir être examinée de nouveau.

M. Larrey ne pense pas que la différence des résultats sur lesquels a insisté M. Robert doive être attribuée à la différence des pansements; mais il croit qu'elle doit plutôt être attribuée à la différence des conditions dans lesquelles se trouvent les plaies par armes à feu et celles qui sont le résultat de l'art. Il est d'avis que si, dans le cas rapporté par M. Hutin, on avait procédé immédiatement à un pansement régulier, on aurait obtenu un résultat encore plus avantageux que celui qui a été observé.

Les conclusions du rapport sont mises aux voix et adoptées.

L'Académie se forme en comité secret à quatre heures et demie.

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS.

COMPTE RENDU DES ÉPREUVES DU CONCOURS DE CLINIQUE CHIRURGICALE.

(Suite. — Voir le n° 7.)

VI. — M. CHASSAIGNAC. — LÉSION SUS-ORBITAIRE. — PARALYSIE FACIALE. — ABCÈS DE LA BASE DU THORAX.

Premier malade. — C'est une femme, âgée de 73 ans, ex-blanchisseuse, au repos par incapacité de travail, débile quoique sans infirmités; ses fonctions cérébrales ne sont pas affaiblies au point d'empêcher ses réponses; elle respire bien. L'œil gauche est tuméfié, couvert de sang, il y a aussi quelques traces de suppuration; le faciès rappelle à divers égards celui des paralytiques ou des apoplectiques. Cette femme est tombée hier, dit-elle, mais la suppuration empêche de s'arrêter à ce renseignement : je demande s'il n'y a pas eu d'autre chute, elle répond qu'elle est tombée il y a huit jours. Ainsi la présence du pus est dû à cette chute, tandis que l'ecchymose et la plaie contuse dépendent de la chute la plus récente. Comme il s'agit d'une blessure de la tête, il fallait interroger la musculation. Y avait-il paralysie de la face? Oui, elle était evidente du côté gauche, qui est celui de la lésion. Si on fait respirer la malade, elle fume, c'est-à-dire que la joue est déprimée dans l'inspiration et qu'elle se soulève dans l'expiration.

État de la région oculaire. — Commencement de cataracte sénile, fait, dans ce cas peu important. Près du rebord orbitaire et de la tempe existe une petite plaie arrondie laissant échapper du pus; si on sonde avec un stylet, on constate une dénudation de l'os dans certains points; la sensation de l'existence d'une fracture manque; la plaie est arrondie, ce qui n'est pas ordinaire, car les plaies contuses qui avoisinent le rebord orbitaire sont parallèles à ce bord qui tranche pour ainsi dire les tissus des parties profondes vers les superficielles quand on fait une chute sur ce point. Mais ici l'inflammation a modifié la forme : la tuméfaction s'étend autour de la plaie avec quelques apparences d'érysipèle; la paupière est surtout tuméfiée et dure; la conjonctive est vascularisée; le cercle sénile est très-prononcé; la pupille n'est pas dilatée; l'œil est mobile.

En même temps que ces lésions, il existe une paralysie faciale. Dans ce cas, la langue se porte du côté paralysé, mais chez notre malade ce signe ne pouvait être constaté à cause de la sécheresse de la langue. Je n'ai pu examiner le voile du palais; la tête est inclinée du côté droit; en pinçant la joue du côté droit, la malade a porté la tête du côté gauche, il n'y a donc pas paralysie, mais commencement de contracture. Sur le reste du corps, rien de particulier, les bras remuent, les jambes sont sensibles au pincement, même au froid. Je n'ai obtenu que très-peu de renseignements sur l'état de la vessie; il eût fallu examiner plus complétement.

Il n'y a pas de liaison entre la paralysie faciale et la lésion oculaire; la malade n'a pu nous donner aucun renseignement sur l'existence d'une paralysie antérieure; cependant un épanchement partiel aurait pu se faire du côté de la paralysie, et rigoureusement le coup aurait pu en être la cause.

Cette lésion est grave à cet âge, bien qu'il n'y ait ni méningite partielle ni épanchement intracrânien bien caractérisé, mais il existe une dénudation de l'os, ce qui est fâcheux, et l'inflammation extérieure peut devenir intérieure.

Traitement. — On pourrait employer quelques sangsues aux apophyses mastoïdes, des révulsifs intestinaux, le tartre stibié, par exemple, avec la précaution d'éviter les vomissements; dans ce but, je préférerais les lavements purgatifs. Les révulsifs sur les membres conviennent aussi; cet état exige une surveillance générale. La vessie doit être surtout examinée; quant à la question de trépanation, elle ne peut pas se poser.

Il faut se défier des abcès métastatiques.

Deuxième malade. — C'est un homme vigoureux, dans la force de l'âge, exerçant la profession de cocher, de palefrenier, et surtout de laveur de voitures, c'est-à-dire, subissant habituellement l'influence de l'humidité.

En l'examinant sous le rapport de ses antécédents syphilitiques, nous appré-

nons qu'il a eu une simple gonorrhée il y a treize ans. Ce renseignement ne suffisant pas, il a fallu procéder à un examen direct. Celui-ci n'a fourni aucun signe évident de syphilis constitutionnelle, sauf peut-être quelques taches rosées sur la face.

A la partie latérale gauche, et vers la base du thorax, existe une tumeur ovoïde allongée dans le sens des côtes, ce qui s'observe quelquefois dans la carie, bien que les abcès qui reconnaissent cette cause soient plus souvent globuleux; cette tumeur, non sensible à la pression, est fluctuante, un peu bosselée.

Interrogé sur le début de cette affection, le malade dit avoir reconnu, il y a sept mois, une petite grosseur non douloureuse à la pression des vêtements; il en ignore entièrement la cause : il n'a pas reçu de coup, il n'a pas subi de froissement dont il ait le souvenir. L'origine de cette tumeur a été lente et sourde, ce n'est que dans ces derniers temps qu'elle s'est développée; plus récemment une douleur légère s'est fait ressentir, ce qui a décidé le malade à entrer à l'hôpital.

Nous constatons une fluctuation élastique, qui n'est pas celle d'un abcès franchement liquide enveloppé d'une couche d'une épaisseur uniforme, ce n'est pas non plus la fausse fluctuation des tumeurs molles encéphaloïdes. Nous n'y retrouvons pas non plus les caractères d'un kyste ou d'un lipome. La constitution du malade permet difficilement de comprendre la formation d'une carie des côtes. Nous pensons que c'est plutôt un abcès idiopathique contenu dans une enveloppe résistante qui a longtemps arrêté on comprimé son développement, mais qu'après un certain temps cette enveloppe ramollie, ayant cédé à la distension, le foyer purulent s'est accru avec beaucoup plus de rapidité.

Abandonné à lui-même, cet abcès perforera bientôt la peau; il y a déjà un point aminci.

Le rôle du chirurgien consisterait d'abord à faire une ponction avec le trois-quart explorateur, à s'assurer avec un stylet de l'état des côtes, et si on vérifiait, ce qui est probable, le diagnostic que nous avons posé, on pourrait traiter cet abcès par l'injection iodée après un lavage préalable de sa cavité.

VII. — M. JARJAVAY. — TUMEUR LYMPHATIQUE SUS-CLAVICULAIRE. — ABCÈS DE LA PARTIE INTERNE DU COUDE.

Premier malade. — Homme de 35 ans, limonadier, ancien soldat, appareil musculaire assez développé, mais apparence de tempérament lymphatique. Dès son bas âge il a été atteint de la teigne faveuse, et il a eu les glandes du cou engorgées. A part cette affection, sa santé a été bonne jusqu'à 15 ans, puis il a été sujet à plusieurs bronchites. L'une d'elles fut très-intense à l'âge de 22 ans, bien qu'on ne trouve sur la poitrine aucune trace d'une médication énergique. En 1848, il se manifesta dans la région sus-claviculaire une petite tumeur mobile roulante, n'inspirant au malade aucune inquiétude, et qui fut traitée par des frictions avec une pommade blanche, et par des toniques et des amers à l'intérieur. Cette tumeur n'en a pas moins grossi, d'abord sans gêner les mouvements, plus tard en les rendant difficiles. Au mois de novembre dernier, il y a eu accroissement de volume, et depuis dix jours une nouvelle augmentation.

Dans l'état actuel, on observe une tuméfaction dans la région sus-claviculaire; le doigt peut être enfoncé entre la tumeur et l'os; la tuméfaction est moins limitée en haut, sans être diffuse; en arrière et en avant, la limitation est très-exacte; les tumeurs sous-cutanées se développent très-facilement, ce qu'avait très-bien remarqué Lamotte, qui dit, en parlant de certaines tumeurs du cou, qu'elles mettent le menton à l'uni du sternum. Les tumeurs sous-aponévrotiques sont plus gênées dans leur accroissement, elles font moins de saillie; si elles sont plus profondément placées, elles gagnent le long des vaisseaux. La tumeur actuelle est sous-cutanée, sa consistance est un peu dure en arrière et en avant, demi-molle dans les autres sens; sa forme est ovoïde, elle a 5 centimètres et demi de hauteur; la peau a sa coloration normale, excepté au niveau des bosselures antérieures, où elle a un aspect violacé; elle glisse sur la tumeur. La température de celle-ci est la même que celle du reste du corps, excepté en avant. J'ai reconnu que la tumeur était mobile; pour ce genre d'appréciation, il faut préalablement fixer les parties, afin de ne pas confondre leur propre mobilité avec celle de la tumeur. En conséquence, j'ai fait fixer le sterno-mastoïdien et le trapèze par la contraction, et j'ai alors reconnu la mobilité de la tumeur dans tous les sens. Il n'y a pas de ganglions sous-maxillaires ni axillaires engorgés.

Quelle est cette tumeur? Dans une telle région il peut se produire des tumeurs gazeuzes, liquides ou solides. Les premières ont leur origine dans une lésion pulmonaire : on ne saurait y songer dans le cas actuel. La tumeur est liquide et solide à la fois, son siége est sous-cutané, ce qui est très-important; car s'il fallait l'enlever et qu'elle fût profonde, on aurait, dans ce point, à redouter la blessure des veines et les complications qui s'y rattachent. Sa nature est-elle fibreuse? Non, à cause de son siége et de l'absence de prolongements consistants en divers sens. Est-ce un lipome? Il y en a de mous, semi-fluctuants. Mais ici ce caractère est borné, puis la peau glisse sur la tumeur; tandis que dans le lipome, l'existence de lamelles cellulo-fibreuses sous-cutanées restreint ce glissement. Est-ce une tanne? Ce serait possible, mais nous n'avons pas vu d'apparence de goulot oblitéré d'un follicule; je rejette donc ce diagnostic. Y a-t-il abcès? ce n'est pas un abcès chaud. Un abcès froid idiopathique est l'exception, et rien n'autorise à penser que ce soit un abcès symptomatique d'une lésion de l'os maxillaire ou des vertèbres cervicales, quoiqu'il y ait dans ce point une douleur fixe. Quant à l'encéphaloïde, bien qu'il puisse se développer dans cette région, on ne pourrait en supposer l'existence dans ce cas. Nous ne trouvons non plus aucun caractère de l'anévrisme; ainsi, en raisonnant par voie d'exclusion, nous arrivons à penser qu'il s'agit d'un ganglion lymphatique engorgé; il y a probablement infiltration tuberculeuse, avec ramollissement dans quelques points : certains antécédents autorisent à le penser. L'auscultation n'indique aucune lésion pulmonaire, mais j'ai dû examiner la poitrine, parce que des lymphatiques pulmonaires se rendent aux ganglions du cou.

La marche de la maladie indique, qu'abandonnée à elle-même, la collection purulente s'accroîtra et tendra à se faire jour à travers la peau, déjà amincie.

Le traitement doit être général et local : le premier consiste en des amers, des toniques, l'emploi de l'huile de foie de morue et une bonne hygiène. Quant au traitement local, avant toute action chirurgicale, il faudrait faire une ponction exploratrice; si du pus sort de cette ouverture, il faudrait l'agrandir, puis ébarber les portions de peau dégradées ou menacées de sphacèle, comme dans la plupart des cas de tumeurs de ce genre. Le fond devra être touché avec un pinceau chargé de teinture d'iode.

Il faut s'attendre, après la guérison, à une cicatrice irrégulière et déprimée.

Deuxième malade. — C'est un homme vigoureux, n'ayant, dit-il, jamais été malade, exerçant la profession de tailleur.

C'est une histoire un peu obscure. Cet homme, voulant soulever un fer à tailleur, tomba sur le coude droit; il ne survint pas d'ecchymose, mais une tache rouge; plus tard, une douleur assez vive se manifesta, et l'empêcha de travailler. La tumeur s'est ensuite accrue graduellement. D'après l'assertion du malade, il n'aurait pas eu d'affection syphilitique; néanmoins nous lui avons découvert la goutte militaire, puis le pénis a une coloration rosée et des taches d'un blanc mat peu prononcées, il est vrai.

Le coude présente une altération de forme; la configuration ordinaire a disparu; la dépression rétro-épitrochléenne s'est effacée; le bord postérieur du cubitus qui, dans l'état normal peut être suivi de bas en haut, ne peut l'être chez notre malade. La peau est d'un rouge vif; il y a les apparences d'une tumeur phlegmoneuse, saillante, principalement à la partie interne du coude, mais à contour vague. Il y a plusieurs bosselures, la supérieure surtout présente de la fluctuation; il y a de la gêne dans les mouvements des bras; la région olécrânienne est saine.

Cette maladie n'est pas articulaire, elle n'occupe pas non plus les ganglions lymphatiques de la partie interne et inférieure du bras, qui ne s'enflamment guère qu'à l'occasion de la lésion des doigts. Au reste, tous les antécédents repoussent l'idée d'une adénite sus-épitrochléenne.

La maladie est ou un simple abcès, ou un abcès consécutif à l'existence d'une inflammation syphilitique, d'une périostite de la région.

Le traitement général et local doit être dirigé conformément à cette dernière interprétation.

VIII. — M. MOREL-LAVALLÉE. — LÉSION ORGANIQUE DU GENOU. — ABCÈS DU SEIN.

Premier malade. — Sujet à système musculaire développé; pas de maladie antérieure; pas d'affection de poitrine; cas difficile pour lequel je réclame la bienveillance de mes auditeurs.

En 1845, pendant une course rapide, le malade heurta du pied le sol et fait une chute sur le côté droit; il dit n'être pas tombé sur le genou : c'est le coude-pied qui a porté. Pas d'ecchymose. Malgré cette assertion du malade, M. Morel-Lavallée pense que la lésion a atteint le genou, dont les ligaments ont pu être distendus ou tiraillés. Il n'y a pas eu de rupture du tissu fibreux.

Il y a eu de la douleur, du gonflement produit peut-être par un épanchement intra-synovial. Après trois ans d'intervalle entre la cause présumée et la lésion actuelle, celle-ci s'est produite avec une apparence de spontanéité; le malade a souffert près du condyle interne, il y a eu du gonflement et des mouvements embarrassés.

État actuel. — Décubitus dorsal, genou droit demi-fléchi. Si on cherche à déterminer l'état anatomique de la tumeur, on remarque un gonflement osseux. Je n'ai pu constater l'augmentation de volume par comparaison avec l'autre genou; il aurait fallu le compas d'épaisseur. L'élément fibreux paraît moins altéré; la douleur, d'après l'assertion de Bichat, se reconnaît par le tiraillement. Je n'ai pu déterminer de mouvement anormal; je ne crois pas à une altération prononcée du tissu fibreux. La synoviale présente des traces d'inflammation; la rotule est soudée; le mouvement d'extension est très-obscur.

Considérée dans son ensemble, la jointure présente un gonflement interne; il n'y a ni fluctuation ni bruit particulier. Y aurait-il eu un épanchement sanguin sans ecchymose extérieure? C'est possible. Je crois cependant plutôt à un état fongueux. Il existe en arrière, à peu près dans la direction du tendon du biceps, une tumeur dépressible, fluctuante, qui cependant n'est pas un anévrisme des os, ni un cancer, ni un lipome, ni un kyste, mais qui serait plutôt un abcès ou une tumeur fibro-plastique. Une certaine sensation de froissement me fait croire à l'existence d'un abcès grumeleux. Il serait convenable de faire une ponction exploratrice.

Pronostic. — Il peut varier. La rotule, qui adhère déjà, se soudera plus complètement. L'usage du membre sera entravé. La maladie est grave sous tous les rapports.

Traitement. — Il est, comme le pronostic, subordonné au diagnostic. Si c'est un abcès, il faut l'ouvrir; si c'est un corps étranger, il ne faut pas y toucher; s'il s'agit d'une maladie osseuse, une action locale peut être utile. L'iode et l'huile de foie de morue seraient indiqués. Il pourrait y avoir un progrès de l'ostéite réclamant plus tard le sacrifice du membre, mais je ne le crois pas. L'emploi d'appareils extenseurs mécaniques aurait ses avantages.

Deuxième malade. — Femme de 24 ans, sans dispositions héréditaires, d'un

tempérament lymphatique. Mariée, ayant eu deux enfants, le premier mort-né il y a un an, le deuxième en décembre dernier. La parturition et les suites de couches n'ont rien présenté de particulier, si ce n'est que les lochies se sont supprimées au bout de quatre ou cinq jours. Cette femme a nourri son enfant quinze jours. Le lait était abondant, mais le mamelon était mal configuré, il était enfoncé, aussi a-t-il subi des tiraillements. Aucune autre cause morbide évidente n'a pu être appréciée. Il n'y a eu ni impression de froid ni émotion morale. Le sein gauche s'est d'abord gonflé; cet état a été de courte durée, puis le sein droit s'est pris sans cause connue.

Actuellement, ce sein est volumineux, le mamelon est retiré. On voit un abcès ouvert, du pus s'écouler par l'ouverture. On sait que quatre espèces d'abcès peuvent se développer dans la mamelle. Ici l'abcès n'est ni superficiel, ni sous-mammaire, ni dans les conduits galactophores; nous avons affaire à un abcès de la glande elle-même. Il conviendrait, au reste, de faire l'examen microscopique du liquide purulent. Les glandes de l'aisselle sont médiocrement engorgées. M. Morel-Lavallée se livre à quelques considérations sur la marche des abcès du sein et sur le traitement qui leur convient; il se prononce en faveur de l'ouverture artificielle de ces abcès.

IX. — SANSON. — CANCER MAMMAIRE. — PSEUDARTHROSE.

Notre premier malade est une jeune femme, admise à l'hôpital de la Charité pour une tumeur au sein. Le nombre des tumeurs qui se manifestent dans cette région est très-considérable et exige beaucoup d'attention pour le diagnostic.

La tumeur existe au sein droit, en dehors; le reste du sein est cependant malade. Elle est sans changement de couleur à la peau, n'est pas sous-cutanée, mais intra-mammaire. La glande est pesante, inégale. M. Sanson entre dans quelques considérations sur la structure et sur les applications de cette notion au classement des tumeurs.

Il en est qui ont pour siége les conduits sécréteurs, d'autres résultent de l'altération des produits sécrétés; d'autres se développent dans le tissu même de la glande, ou les éléments anatomiques celluleux ou fibreux qui entrent dans sa composition.

Il faut avoir égard non-seulement au siége, mais à la nature de l'affection.

La tumeur que j'ai examinée n'est pas inflammatoire; cette tumeur étant pleine et résistante, il faut aussi repousser l'idée d'un kyste.

On peut être éclairé par l'histoire du développement de la maladie. Notre malade a accouché il y a un an, elle a nourri huit jours, puis elle a cessé. Sa constitution n'est pas chétive, elle est brune, ne paraît pas scrofuleuse. Depuis neuf mois elle s'est aperçue d'un gonflement comparable à une noix, qui s'est accru graduellement. Un médecin a fait une ponction exploratrice, le point piqué est encore rouge et un peu douloureux. Il n'y a pas de ganglions axillaires engorgés; la tumeur est parfaitement circonscrite. Il manque le caractère de la douleur lancinante.

De quelle affection s'agit-il? Une leçon de clinique n'est pas seulement un problème de diagnostic, de pronostic et de traitement, c'est aussi un problème scientifique. Est-ce un squirrhe? Nous en avons toutes les apparences, le squirrhe se développe surtout dans le tissu fibreux de la glande. — Ce pourrait être cependant une inflammation chronique avec induration, mais avec tendance à dégénérer.

Le pronostic est fâcheux. La tumeur continuera à se développer, puis se ramollira, et on peut craindre tous les effets de l'affection cancéreuse.

En ce qui concerne le traitement, avant de recourir à l'opération, il faut essayer les résolutifs, les fondants mercurieux et iodurés. Ces moyens pourraient encore réussir; j'ai vu Dupuytren condamner des seins réputés cancéreux; mais un traitement administré avant l'opération fit voir, non sans étonnement, que celle-ci eût été inutile.

Enfin, en cas d'insuccès du traitement médicamenteux, il faudrait en venir à l'opération; je ne décrirai pas ici l'amputation du sein, il faudrait employer après l'opération la réunion immédiate. Il y a des chances de guérison pour un squirrhe sur une femme jeune encore. La récidive elle-même ne serait pas un motif pour désespérer de la guérison; j'ai vu Dupuytren opérer cinq fois et réussir à la sixième.

Deuxième malade. — Il présente une fracture de l'humérus rendue évidente par une mobilité anormale très-prononcée. Cette fracture occupe le niveau du quart inférieur de l'os. Le bras est déformé, amaigri au delà des limites de la fracture par l'effet de la longue compression qu'il a subie; il est renflé dans le point lésé, où l'on observe une saillie anormale en avant et un angle rentrant en arrière. Cette saillie est constituée par une résistance osseuse, appréciable par le toucher. L'extrémité supérieure du fragment inférieur est volumineuse et émoussée. L'accident qui a produit cette solution de continuité remonte à trois ans; il s'agit d'une fracture ancienne sans consolidation, d'une pseudarthrose.

Quelle cause a pu empêcher la consolidation? Cet homme est exempt de toute disposition morbide générale, vénérienne ou cancéreuse, susceptible d'exercer une influence fâcheuse et d'apporter un retard au travail de formation du cal. Il est probable que la lésion elle-même, produite par une cause très-violente, le passage d'une roue de charrette, s'est trouvée dans des conditions locales défavorables à la réunion, et que celle-ci n'a pu s'opérer, malgré la longue application des appareils, et divers moyens mis en usage depuis que l'on a reconnu l'insuccès des appareils contentifs ordinaires.

M. Sanson s'occupait d'exposer les moyens de traitement recommandés dans les cas d'articulation contre nature, et de discuter la valeur de leur application à son malade, lorsque le temps qui lui était accordé a été rempli.

X. — M. VOILLEMIER. — TUMEUR SYPHILITIQUE DE LA LANGUE. — CANCER DE L'AINE.

Le premier malade est un homme de 47 ans, ferblantier; il est assez bien développé et n'a jamais été malade, dit-il, avant la lésion qui a nécessité son entrée à l'hôpital. Il résulte cependant d'un interrogatoire qui a dû être dirigé avec attention, qu'en 1837 il a eu, à la suite de fatigues exagérées, un double engorgement inguinal. J'ai dû lui demander s'il avait eu des chancres ou des excoriations à la verge, il a répondu négativement. Il affirme aussi qu'il n'a pas eu d'écoulement, mais il avoue avoir reconnu des taches jaunâtres épaisses sur son linge, et j'ai constaté chez lui un suintement urétral transparent. Interrogé sur le traitement qu'on lui a fait subir, il répond que ses bubons ont duré trois mois, et qu'ils ont guéri ensuite à l'aide d'une tisane préparée par le médecin. Il ajoute aux renseignements qui lui sont demandés, que des taches se sont développées sur le ventre et qu'ensuite elles ont disparu. Enfin, il y a cinq mois, des picotements se sont fait sentir dans la moitié gauche de la langue, puis dans la moitié droite; l'organe s'est gonflé, et il a été obligé d'entrer à l'hôpital pour cette dernière maladie. Voici dans quel état nous l'avons trouvé.

La langue est tuméfiée à sa partie antérieure; son volume est double; elle semble coupée en deux par un sillon antéro-postérieur, profond en avant, disparaissant graduellement en arrière. Le tissu de la langue est d'une consistance variable, suivant le moment de l'exploration; quand elle se contracte, on sent de la dureté; dans le relâchement, on éprouve, en la pressant, une fausse sensation d'œdème et de fluctuation. Sur les côtés de la langue, on reconnaît l'empreinte des dents, fait habituel quand il y a gonflement de cet organe. En arrière et à droite existe une ulcération particulière avec exsudation jaunâtre, d'aspect pseudo-membraneux. Au-dessous, la langue présente des inégalités, comme si le tissu avait de la tendance à se séparer en écailles. Le plancher buccal est sain, la voûte palatine présente une couleur lie-de-vin. Rien sur le voile du palais et l'isthme du gosier. Les dents sont saines sur tous les points. Le malade n'a jamais eu de salivation et ne présente aucune altération dans les ganglions sous-maxillaires.

En examinant les organes génitaux, nous trouvons les testicules volumineux. Le droit est déformé, ce qui indique une maladie antérieure; le gauche, plus lourd que de coutume et surmonté d'un épididyme engorgé, présente des points douloureux et indurés. Il y a évidemment des traces de la maladie appelée *testicule vénérien*.

La région de l'anus n'offre rien de particulier. Les os sont sains.

De quelle affection de la langue s'agit-il? M. Voillemier rappelle les causes du gonflement de la langue signalées dans le mémoire de Louis.

Il pense que ce n'est pas un cancer, parce que lorsque la lésion qui s'y rapporte passe d'un côté à l'autre de la langue, elle ne respecte pas la cloison.

C'est une affection vénérienne dont le début apparent a consisté dans un double engorgement inguinal. Il n'est cependant pas probable qu'il y ait eu bubon d'emblée. Selon toutes les probabilités, il y avait eu des chancres inaperçus. Malgré les dénégations du malade, l'évolution de la maladie syphilitique est évidente, et les coïncidences symptomatiques actuelles prouvent la réalité d'une tumeur syphilitique de la langue.

Pronostic. — Ce cas appartient aux accidents secondaires de la syphilis. On aurait à redouter les accidents tertiaires, si la maladie était abandonnée à elle-même; des ulcérations se montreraient probablement bientôt à la langue.

Traitement. — Cette maladie ne saurait être traitée comme inflammatoire.

Les incisions destinées à opérer le dégorgement de l'organe ne conviennent pas; généralement il faut s'abstenir, autant qu'on le peut, des incisions chez les malades travaillés par la syphilis.

Faudrait-il enlever l'organe? Je n'en parlerais pas si cette opération n'était préconisée dans le mémoire de Louis. Il n'y a d'ailleurs aucune urgence, il faut avant tout recourir à un traitement antisyphilitique.

Je ne crains pas, dans les accidents secondaires, de blâmer l'emploi de l'iodure de potassium seul. Il échoue souvent. Il faut lui associer le proto-iodure de mercure à l'intérieur. Ici, il faudrait l'administrer à petites doses, parce que le traitement doit durer longtemps.

Il faut en outre agir localement par des lotions adoucissantes d'abord, puis par des frictions sur la langue avec le chlorure d'or en poudre. C'est un moyen résolutif qui, dans ce cas, aurait l'avantage de conjurer les accidents de la salivation, toujours fâcheux quand la langue est déjà malade.

Deuxième malade. — C'est une triste tâche que d'avoir eu à l'examiner; c'est aussi un triste devoir de vous en parler. Cet homme est moins un malade qu'une pièce d'anatomie pathologique. C'est un menuisier âgé de 32 ans, affecté d'un cancer incurable sous tous les rapports. Il y a trois ans, qu'en dehors de toute influence héréditaire et de toute cause occasionnelle, il a vu se développer de chaque côté, au-dessous du ligament de Fallope, un engorgement inguinal. M. Mirault (d'Angers) enleva ces tumeurs et laissa la plaie se cicatriser par première intention. Mais au bout de six mois, nouvelle tumeur au-dessous de la cicatrice. Le développement et l'ulcération de ces tumeurs ont fait de tels progrès que le diagnostic est certain. Dans la région inguinale à droite et à gauche existe un large champignon cancéreux et ulcéré, à lambeaux ou bosselures irréguliers gangrenés dans quelques points et d'une odeur fétide, etc.

Engorgement ganglionnaire.

Œdème par compression des vaisseaux.

Diathèse cancéreuse très-caractérisée.

Il s'agit d'un encéphaloïde arrivé à une période très-avancée. Le malade sera mort avant un mois.

Il n'y a aucune opération à tenter.

Il n'y a à faire que de la médecine morale ou palliative.

XI. — M. GIRALDÈS. — FRACTURE DE LA COLONNE VERTÉBRALE. — CONTUSION DE L'ÉPAULE.

PREMIER MALADE. — C'est un homme âgé d'environ 30 ans, admis à l'Hôtel-Dieu pour une lésion grave produite par une chute du haut d'une charrette, chute pendant laquelle la tête et la partie supérieure de la colonne vertébrale ont porté violemment sur le moyeu de la roue.

Au côté gauche du crâne existe une plaie nette, étendue du front à l'occiput, formant un lambeau et mettant à découvert les os du crâne. Cette plaie n'est ni ecchymosée ni meurtrie. Le malade accuse en même temps une douleur très-vive dans la région cervicale postérieure, redoublant d'intensité si on essaye de soulever le corps. Il y a de la stupeur, la face est pâle, les traits sont affaissés, les pupilles contractées. Point d'ecchymose aux paupières ni d'écoulement par l'oreille. Le malade voit et entend; sa langue se meut facilement et sans déviation; son corps pèse de tout son poids sur le matelas; il ne peut élever les bras; il y a seulement quelque contraction dans les trapèzes; les membres inférieurs sont dans une impuissance absolue et dans un état d'anesthésie complète; le chatouillement à la plante des pieds n'est pas ressenti. Je n'ai pu déterminer de mouvements réflexes. La sensibilité était abolie jusqu'au niveau des mamelons. L'examen particulier de la région cervicale était trop douloureux pour que j'aie pu m'y livrer.

Quant aux fonctions organiques, elles étaient altérées dans leur exercice; la respiration était diaphragmatique et non costale, le pouls lent, dépressible, quelquefois irrégulier. La chaleur du corps était abaissée.

En résumant l'état de ce malade, nous voyons qu'à la suite d'une cause traumatique, il s'est développé une série de phénomènes qui font présumer une lésion de la colonne vertébrale. La précision des réponses du malade exclut l'idée d'une lésion cérébrale.

Les lésions de la colonne vertébrale que nous pouvons supposer sont ou des luxations ou des fractures. M. Giraldès rappelle quelques exemples de luxations cités par les auteurs, afin de montrer par la comparaison avec l'état de son malade que celui-ci en n'est pas atteint. Le mécanisme de la chute a dû plutôt produire une fracture dans un point de la colonne cervicale dont je ne saurais préciser la hauteur. Ces fractures exposent à la lésion de la moelle. Il est probable que dans le cas actuel un épanchement sanguin comprime la moelle et occasionne la paralysie.

Le pronostic est grave à cause du siége de la fracture. Indépendamment des phénomènes immédiats qui sont sérieux, on peut craindre une myélite secondaire.

Le traitement doit s'adresser à deux lésions, celle du cuir chevelu, celle de la colonne vertébrale. Le lambeau du cuir chevelu n'étant pas meurtri et la vitalité de la peau du crâne étant très-prononcée, il faut réunir par la suture. Pour la lésion de la colonne vertébrale, un repos absolu est d'abord nécessaire. Il y a lieu d'employer les antiphlogistiques locaux, des sangsues en nombre, des ventouses scarifiées si c'est possible. Le lit hydrostatique employé dans les hôpitaux de Londres serait ici nécessaire. On aura égard à l'état des voies urinaires. On cherchera à prévenir la formation d'escarres. Des lavements purgatifs seront administrés au malade dont on excitera aussi le système nerveux par des potions, dans lesquelles on fera entrer le carbonate d'ammoniaque.

DEUXIÈME MALADE. — Il s'agit d'un homme âgé de 27 ans, robuste, et exerçant la profession de couvreur.

Il présente une lésion de la partie postérieure de l'épaule droite, due à la chute d'un corps lourd.

La région blessée est le siége d'une douleur vive qui s'accroît pendant les explorations. Vue par-devant, la région scapulaire du côté malade, comparée à celle du côté sain, ne présente aucune différence remarquable; examinée par derrière, elle présente une écorchure assez étendue au niveau de l'omoplate. La région scapulaire est tuméfiée et arrondie; le malade ne peut exécuter aucun mouvement d'élévation du bras. Les mouvements imprimés à l'omoplate sont très-pénibles, la douleur paraît se localiser au-dessous de l'épine de l'omoplate. Je n'ai constaté ni mobilité anormale ni crépitation, j'ai reconnu seulement un craquement particulier sous la pression, au centre de la partie contuse. Ce craquement est analogue à celui que donne l'emphysème ou la pression d'un fragment de neige.

Je crois donc à l'existence d'un épanchement sanguin dans la région scapulaire. Le genre de cause précédemment signalé a pu parfaitement produire ce résultat par la pression oblique du corps lourd. La peau a été seulement excoriée; mais il y a eu une extravasion sanguine par la rupture des capillaires sous-cutanés. Depuis l'entrée du malade à l'hôpital, on n'a appliqué sur cette lésion que des cataplasmes. Je préférerais des astringents locaux, des applications froides. Il convient de placer le membre supérieur contre le tronc et de le maintenir à l'état de repos.

XII — M. RICHET. — SQUIRRHE DU SEIN. — STAPHYLOME DE LA CORNÉE.

J'ai d'abord examiné une femme couchée au n° 26 de la salle Sainte-Catherine à la Charité. Cette femme, d'une constitution primitivement bonne, a été affaiblie par la misère et la maladie actuelle; elle a les chairs molles et le teint pâle; âgée de 53 ans, elle n'est plus menstruée depuis cinq ans. Sa maladie actuelle consiste en une tumeur du sein dont elle ne peut préciser bien exactement l'origine; elle l'attribue à un coup de coude qu'elle aurait reçu il y a trois ans; mais je pense que ce coup n'est pas la véritable cause de sa maladie, et qu'il n'a été que l'occasion qui lui en a fait découvrir l'existence.

Les progrès de la tumeur ont été lents; elle a été négligée pendant quinze mois; c'est après ce temps seulement qu'on a conseillé quelques émollients. Plus récemment on a prescrit quelques applications de sangsues sur les ganglions axillaires qui se sont engorgés, et qui ont diminué de volume à la suite de ce moyen local.

La tumeur dont nous avons déterminé la nature existe au sein droit au-dessus du mamelon. Déjà il y a changement de couleur à la peau qui présente une éruption à laquelle la malade dit être sujette. Quelques croûtes existent sur le relief de la tumeur; si on les soulève, il se produit un suintement séreux rougeâtre, et l'on met à nu une petite ulcération sans bourgeons sanguins ni végétations particulières. Le mamelon n'est pas rétracté; il est au contraire saillant. La surface de la tumeur est irrégulière, elle est mal circonscrite, quoique mobile considérée en masse; la peau est adhérente; il n'existe pas de fluctuation; elle est plus dure au centre qu'au pourtour. Au creux de l'aisselle, on reconnaît par la palpation trois tumeurs ganglionnaires résistantes et qui sont le siége de quelques douleurs dont le retentissement se propage à la partie interne du bras. Quelques-uns de ces ganglions sont appliqués jusque sur les vaisseaux de l'aisselle, mais ne s'étendent pas dans le creux sus-claviculaire.

Cette tumeur est-elle bénigne ou maligne? J'exclus d'emblée le premier caractere, en faisant toutefois observer que des tumeurs bénignes, telles que les tumeurs syphilitiques simulent, quelquefois le cancer. Notre malade ne présente rien de ce genre. Elle a bien eu un abcès à la région génitale; mais comme elle n'a pas présenté de symptômes syphilitiques secondaires, je n'ai pu accepter cette interprétation. Il s'agit chez elle d'une tumeur maligne, d'une maladie cancéreuse; je n'y retrouve ni les signes d'une encéphaloïde ni ceux d'un squirrhe atrophique; c'est plutôt la variété nommée squirrhe rameux, parce qu'elle pousse des espèces de jetées dans le tissu de la glande mammaire.

C'est une mauvaise variété du cancer. On peut présumer que si la maladie est abandonnée à elle-même, l'ulcération va s'en emparer, les ganglions s'engorgeront, la maladie locale deviendra générale, si elle ne l'est déjà.

Malgré l'état des ganglions de l'aisselle et l'état général de la malade, l'opération est possible et faisable, je ne saurais en proposer d'autre que l'ablation du sein. Le caractère rameux du squirrhe n'en permettrait pas sûrement l'extirpation en conservant le reste de la glande. L'opération devrait être faite en deux temps, l'un consacré à l'ablation de la tumeur mammaire, l'autre à l'extraction des ganglions axillaires qui devraient être attaqués par une incision spéciale.

Après l'opération, j'administrerais les remèdes vantés contre les maladies cancéreuses.

DEUXIÈME MALADE. — C'est un jeune homme de 18 ans, employé aux bureaux du palais de justice, d'une constitution assez faible, mais non portée jusqu'au degré de la constitution scrofuleuse. Il aurait été atteint il y a trois ans d'une double ophthalmie très-intense et qui dura six mois. Aucun trace n'en reste sur l'œil droit, si ce n'est un léger nuage sur la cornée. L'œil gauche est, au contraire, assez gravement affecté, surtout depuis une nouvelle inflammation datant du mois dernier et qui a été mal à propos négligée par le malade. Cette dernière inflammation s'est compliquée de douleur circumorbitaire, d'hémicranie et d'irradiation douloureuse dans les divisions de la cinquième paire.

Voici les symptômes actuels : La douleur est assez vive; elle a le caractère que nous venons d'indiquer et s'exaspère la nuit avec une certaine périodicité. L'œil est saillant, mais le gonflement est limité à la partie cornéale. La sclérotique présente une rougeur arborisée, vineuse. Les vaisseaux, avant d'arriver à la circonférence de la cornée, traversent la sclérotique pour communiquer avec des vaisseaux plus profonds, ce qui semble indiquer un travail phlegmasique à siége intérieur. Quelques vaisseaux arrivent jusque sur la cornée elle-même; celle-ci est dépolie, opaque vers la partie inférieure. La pupille est large, l'iris adhérent en bas. La vision est abolie de ce côté; le malade sent la lumière, mais ne la voit pas. Les paupières sont saines, leur vascularité seule est augmentée.

De quelle maladie s'agit-il? Est-ce une hydropisie de l'œil? Non, car ce n'est pas la totalité de l'organe qui est malade. Est-ce un cancer? Cette affection n'est pas rare dans le jeune âge. Mais ici la maladie n'a pas l'aspect cancéreux, et d'ailleurs elle est consécutive à une inflammation aiguë. C'est un staphylome en masse de la cornée. M. Richet entre dans quelques détails sur le mécanisme de la formation du staphylome.

Quel est le pronostic? On ne saurait présentement déclarer que les accidents sont très-sérieux; mais ils peuvent le devenir. Une ophthalmie à répétition, une nouvelle bouffée inflammatoire, peuvent s'établir sur cet œil continuellement irrité par le frottement des paupières. La cornée le percera; l'œil vide deviendra difforme.

Il ne faut pas attendre ce résultat inévitable. Les fonctions de l'œil étant perdues, il faut éviter les chances d'inflammations ultérieures, et conserver à l'organe le plus de régularité possible. On a déjà sagement agi en ponctionnant la cornée. D'autres ponctions seront convenables; mais comme la guérison est douteuse par ce moyen, il faudra en venir à une opération plus radicale, l'ablation de la partie antérieure de l'œil, en avant de l'insertion des muscles. On aura un moignon qui, après s'être cicatrisé, permettra l'adaptation d'un œil artificiel.

M. Richet conseille d'administrer ensuite du sulfate de quinine, associé à l'opium, pour combattre la névralgie qui complique la maladie oculaire.

— Le défaut d'espace nous force à renvoyer au prochain numéro la suite de notre article sur la première épreuve clinique du concours ouvert à la Faculté. En attendant, nous nous bornons à insérer, dans ce numéro, la fin du compte rendu des leçons.

BIBLIOGRAPHIE.

De l'emploi de l'eau en chirurgie (thèse pour le doctorat en médecine); par M. Alphonse-Auguste Amussat. — Paris, décembre 1850. — In-8° de 92 pages.

Ces précieux avantages de l'eau employée comme topique ne sont contestés par personne; pourtant son usage ne semble guère en rapport avec les éloges que tant d'auteurs lui prodiguent à l'envi. Même en 1836, à l'époque de sa plus grande vogue, on ne la trouvait qu'exceptionnellement appliquée dans les hôpitaux de Paris. Et depuis lors chaque année a vu décroître la fortune de cette médication, dont la presse ne daigne plus aujourd'hui enregistrer que de loin à loin les succès.

C'était donc une entreprise de tout point utile et louable que celle de chercher à réhabiliter un agent si digne de tenir le premier rang, et qui ne l'a perdu que par des causes indépendantes de sa valeur intrinsèque. M. Alphonse Amussat a accompli cette œuvre de la manière la plus méthodique, et on peut aussi le dire la plus intelligente. En effet, réunir en un faisceau compacte le sentiment explicitement approbateur des autorités les plus compétentes, c'était quelque chose sans doute. Montrer par d'intéressantes études de physiologie pathologique la nature intime de l'action à tant de titres bienfaisante du remède, c'était beaucoup. Vulgariser, à l'aide d'appareils simplifiés, l'exécution des procédés de pansement à l'eau et d'irrigation, c'était plus encore. Mais ce simple précis des notions acquises n'eût point suffi, même avec l'instructive clarté que M. Alph. Amussat lui a su donner, pour vaincre l'indifférence générale. Il fallait un nouvel attrait, quelques points de vue révélés pour la première fois, l'appât d'une discussion qui remuât profondément le sujet en le présentant sous un jour jusque-là inconnu.

Ce programme étant supposé le meilleur pour le succès de la cause qu'il s'était chargé de défendre, personne ne niera que M. A. Amussat n'en ait rempli toutes les conditions de la façon la plus propre à lui concilier la faveur de ses juges. Sollicité et soutenu à la fois par le nom qu'il porte, s'il a ouvert à l'hydriatrie chirurgicale une nouvelle voie, il n'a point cherché à y engager la science avant de l'avoir lui-même consciencieusement explorée. C'est l'observation à la main, c'est armé des résultats d'une pratique dont la loyale sincérité est proverbiale parmi nous, qu'il vient réclamer le droit de modifier les règles qu'on s'était habitué à regarder comme devant invariablement présider à toute application locale de l'eau.

Cette réforme peut se traduire en deux mots. Jusqu'ici, dans les inflammations traumatiques, ce qu'on demandait au contact de l'eau c'était avant tout un effet réfrigérant. Eh bien! une impression froide aussi prolongée a des inconvénients sérieux. Avec A. Paré, avec Lombard, notre auteur pense qu'ils peuvent être éloignés, tout en conservant les principaux avantages de la médication aqueuse locale, si au liquide froid, on substitue l'eau à une température de 18° à 25°.

Avant d'apprécier une doctrine, il importe d'en exposer les termes bien précis. Or ici cette tâche ne se présente pas sans difficultés. En effet, la détermination de la température de l'eau à employer ne pouvait être fixée d'une façon invariable. M. A. Amussat a même donné la meilleure preuve de son excellent esprit d'observation en laissant volontairement varier ce degré entre deux limites assez distantes. Car, ainsi qu'il le dit, ceci « dépend de la constitution du malade, de l'état dans lequel il se trouve, de la saison, du climat, etc. De l'eau à 15° paraîtra chaude en été à un homme sanguin robuste, en proie à une fièvre violente, tandis qu'elle serait froide pour une femme nerveuse, débilitée, ou pour un enfant. On voit donc qu'en posant pour règle générale du degré de température la sensation du malade, on a un thermomètre préférable à tout autre.

Or, quelle est la sensation qu'on doit se proposer, que M. A. Amussat se propose de faire éprouver au malade? A cet égard, il faut bien le dire, les explications qu'il donne laissent le lecteur dans une incertitude assez embarrassante. « L'eau, dit-il dans un passage, sera à une température moyenne, agréable au malade, ne s'éloignant pas trop de celle du corps, à laquelle elle devra presque toujours être inférieure (p. 50). » Ce dernier membre de phrase semblerait donc indiquer le désir d'obtenir l'action réfrigérante à un certain degré. Mais voilà que, ailleurs, il trouve « l'eau *tiède* préférable dans la majorité des cas (p. 80), » idée qu'il répète encore un peu plus loin en termes identiques (p. 90).

En résumé donc, nous adressons à M. A. Amussat un éloge et une critique; et nous ne tenons pas moins à spécifier l'un que l'autre. Il a sagement fait d'éviter de préciser thermométriquement le degré auquel le liquide d'irrigation doit être porté; car ce degré doit varier suivant une foule de conditions. Mais une fois l'impression sur la peau prise pour type, la précision redevenait et possible et désirable. Sera-t-elle de froid, sera-t-elle de chaud? Sera-ce tantôt l'une, tantôt l'autre? Ce point domine toute la doctrine : il méritait donc d'être éclairci de manière à ne permettre aucun doute. — Si cependant il ne propose, ce qui est le plus vraisemblable, que de rendre la réfrigération moins forte qu'on ne la fait d'ordinaire, que d'user d'eau *fraîche* et non d'eau froide, et de supprimer ainsi les chances de cette réaction inflammatoire qui succède souvent à l'irrigation trop froide, nous devons déclarer que, ainsi comprise, la réforme dont M. Amussat lève ici le drapeau trouverait en nous ses plus sincères partisans.

Ce n'est pas cependant que la question de température soit la seule. L'irrigation liquide, en entraînant incessamment le pus, prévient les excoriations au pourtour de la plaie, favorise la réunion par première intention, met obstacle au développement de la fièvre hectique, de la résorption purulente. Employée dans les salles d'hôpitaux, elle empêcherait sans doute la formation de ces gaz méphitiques produits par la fermentation du pus, et dont l'influence sur les malades est si pernicieuse. M. A. Amussat expose très-judicieusement ces divers avantages, sans néanmoins omettre de mentionner aussi les contre-indications, fort rares il est vrai, qui rendraient nuisibles l'emploi de cette médication.

Passant ensuite à l'examen des principaux procédés pour l'application de l'eau, l'auteur divise cette partie de son sujet en trois paragraphes, savoir : pansement à l'eau, irrigation et immersion.

Le premier chapitre contient la description très-intéressante d'un pansement que M. Amussat emploie avec succès. Il se compose de quatre pièces : l'une, à laquelle il donne le nom pittoresque de *crible*, destinée à laisser passer le pus, est un morceau de tulle commun à larges mailles, qu'on applique immédiatement sur la plaie. Le second, dit *absorbant*, est constituée par un disque de vieux linge qu'on place par-dessus la première pièce. La troisième a reçu le nom d'*humectant* : c'est un morceau d'amadou, corps qui a la propriété de ne céder que très-lentement l'eau dont on a en soin de le pénétrer. Enfin, le tout est recouvert d'un tissu imperméable, afin de prévenir le mieux possible l'évaporation du liquide : c'est l'*inévaporant*. — On comprend quelles précieuses qualités offre cette combinaison, qui rappelle, mais notablement perfectionnée, la ceinture hydrothérapique.

Quant aux irrigations, M. A. Amussat se borne à énumérer tous les nombreux appareils imaginés pour en rendre l'emploi sûr et facile; puis il donne quelques règles générales qui apprendront aux jeunes médecins à utiliser le plus simplement, selon les cas, les éléments contenus dans les appareils des divers auteurs.—A ce propos, nous ferons remarquer à M. A. Amussat que l'innovation dont il se fait le patron nécessitait impérieusement un appendice au chapitre des appareils. Pour maintenir, la nuit surtout, le liquide irrigateur à une température uniforme, certaines précautions sont sans doute nécessaires. La chose, quant à nous, nous paraît extrêmement difficile à obtenir. Mais c'est justement pour cela que l'auteur était tenu d'ajouter quelques conseils sur la manière de remplir cette importante partie de la médication qu'il conseille.

Sous le nom d'immersion, M. A. Amussat comprend les bains généraux ou locaux, dans l'eau à la même température. Ce moyen, trop négligé, convient surtout dans les cas où il est utile que l'action médicatrice de l'eau agisse sur des tissus placés à une profondeur assez considérable.

Au reste, pansement, irrigation, immersion, ne sont que trois procédés d'une même méthode. Tel est le nombre des lésions qui en sont justiciables, telle est la diversité des conditions où elles se présentent que, à chaque instant, le chirurgien a besoin de varier les moyens s'il veut exactement satisfaire à chaque indication. C'est là un avantage que les trois modes dont il vient d'être question permettent de réaliser à volonté; car les recherches de M. Amussat démontrent sans réplique que celui qui ignore l'art de les combiner ou de les remplacer l'un par l'autre, selon les circonstances, se prive des principales ressources de la médication hydriatique locale.

Le plan primitif de cette thèse comportait encore deux parties, l'une spécifiant les classes de maladies où l'on doit employer l'eau; l'autre énumérant les observations et décrivant les procédés par ordre de régions. Le temps n'a pas permis à M. A. Amussat de remplir ce cadre. Espérons qu'il saura trouver le loisir de reprendre son travail. Ainsi complété, cet opuscule embrassera l'ensemble entier des notions pratiques relatives à l'usage topique de l'eau, et formera, nous pouvons le dire, le code obligé de ceux qui voudraient revenir à cette méthode aujourd'hui si délaissée et si peu digne de l'être.

P. Diday.

Le rédacteur en chef, JULES GUÉRIN.

REVUE HEBDOMADAIRE.

CONCOURS POUR UNE CHAIRE DE CLINIQUE CHIRURGICALE A LA FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS.

DEUXIÈME ÉPREUVE. — PREMIÈRE LEÇON CLINIQUE.

(Suite. — Voir le numéro 7.)

Dans notre précédent article, nous avons insisté sur les mérites relatifs de quelques-uns des compétiteurs. Cette analyse personnelle, intéressante, surtout quand il s'agit des concurrents placés sur les degrés de la chaire à conquérir, peut aujourd'hui être utilement complétée par quelques remarques générales sur l'esprit scientifique et les tendances pratiques du plus grand nombre. En effet, le hasard, après avoir mis en présence les quatre compétiteurs entre lesquels la lutte effective paraît devoir s'établir, a réuni dans une seconde catégorie ceux qui n'ont d'autre ambition que de rivaliser de zèle et de mérite avec les plus favorisés. Ce départ, que nous acceptons comme un fait et non comme une catégorisation de titres, nous permettra donc d'insister plus sur le côté des choses que sur le côté des personnes.

Une des dispositions générales qu'on a pu remarquer dans ce concours, c'est la tendance qu'ont les compétiteurs à faire abus de la méthode diagnostique par *exclusion*. Une tumeur, une lésion, une anomalie se présentent : au lieu de rechercher directement ce que c'est, on s'efforce de l'induire de ce que ce n'est pas. Cette méthode peut rendre quelques services dans les cas obscurs et difficiles ; mais elle n'est pas exempte d'inconvénients. Là où le plus grand nombre y a eu recours, elle pouvait utilement être remplacée par la détermination diagnostique directe. Celle-ci a non-seulement l'avantage de mettre en regard les causes et les effets, les altérations anatomiques et les lésions physiologiques, mais elle éloigne cette redondance scolastique qui, dans l'ordre scientifique, est l'équivalent de l'abondance stérile des poëtes improvisateurs. La première méthode suppose toujours de l'originalité et un certain esprit d'invention ; la seconde ne réclame qu'un peu d'ordre et beaucoup de mémoire. Il ne faudrait pas juger trop sévèrement, dans ce concours, ceux qui, par tradition ou habitude, ont fait un trop grand usage de la méthode par exclusion ; chez eux c'est plutôt défaut d'éducation philosophique que symptôme d'impuissance.

On a fait une remarque plus grave. En présence d'un état pathologique constitué, d'une maladie chronique d'articulation, par exemple, d'une tumeur du sein, etc., les compétiteurs s'évertuent sans cesse à amoindrir le cas soumis à leur observation. Déjà nous avons indiqué, chemin faisant, des applications de ce système vicieux ; elles se sont répétées presque à chaque leçon. Préoccupés sans cesse de l'idée que tout état pathologique peut être ramené à une lésion matérielle, sensible, et circonscrite dans cette lésion, ils cherchent, à travers les complications de la maladie, bien plus un point de repère systématique qu'un lien naturel entre les éléments qui le constituent. Sous le prétexte d'une observation plus rigoureuse parce qu'elle est plus matérielle, ils ne voient qu'un côté des choses, le côté le plus étroit et le plus superficiel. Il serait téméraire de prétendre réformer des tendances aussi générales ; un se borne à les signaler ici comme preuve qu'elles existent, et comme une des manifestations éclatantes de l'École dont elles procèdent. Nous regrettons même que cette remarque, en la faisant remonter aussi haut, porte avec elle une apparence de blâme ; mais l'insistance que des esprits plus zélés que clairvoyants mettent à nier le caractère de l'École de Paris, nous oblige, dans l'intérêt mieux entendu de cette grande institution, à insister sur le côté fâcheux des tendances qu'elle encourage et perpétue. Pour faire toucher du doigt la légitimité de ce reproche, nous allons prendre presque au hasard un des cas qui ont fait le sujet des leçons de la seconde épreuve.

M. Morel-Lavallée a eu à examiner un malade chez lequel existait une maladie chronique du genou depuis 1845. L'honorable concurrent est une des espérances de l'École. En présence d'une maladie ancienne et complexe, il s'exprime comme il suit :

« HISTORIQUE. — En 1845, pendant une course rapide, le malade heurte » du pied le sol et fait une chute sur le côté droit. Il dit n'être pas tombé » sur le genou : c'est le cou-de-pied qui a porté. Pas d'ecchymose. Malgré » cette assertion du malade, M. Morel-Lavallée pense que la lésion a atteint » le genou, dont les ligaments ont pu être distendus ou tiraillés. Il n'y a » pas eu de rupture du tissu fibreux. Il y a eu de la douleur, du gonflement produit peut-être par un épanchement intrasynovial. Après trois » ans d'intervalle entre la cause présumée et la lésion actuelle, celle-ci s'est » produite avec une apparence de spontanéité. Le malade a souffert près » du condyle interne ; il y a eu du gonflement ; mouvements embarrassés.

» ÉTAT DU MALADE. — Décubitus dorsal ; genou droit demi-fléchi. Si on » cherche à déterminer l'état anatomique de la tumeur, on remarque un » gonflement osseux. L'élément fibreux paraît moins altéré. La synoviale » présente des traces d'inflammation ; la rotule est soudée ; le mouvement » d'extension est très-obscur.

» DIAGNOSTIC. — Considérée dans son ensemble, la jointure présente » un gonflement interne. Il n'y a ni fluctuation ni bruit particulier. Y aurait-il un épanchement sanguin sans ecchymose extérieure ? Je crois » plutôt à un état fongueux. Il existe en arrière, à peu près dans la direc- » tion du tendon du biceps, une tumeur dépressible, fluctuante, qui cependant n'est pas un anévrisme des os, ni un cancer, ni un lipome, ni un » kyste, mais qui serait plutôt un abcès ou une tumeur fibro-plastique. » Une certaine sensation de froissement me fait croire à un abcès granuleux. »

Qu'on veuille bien le remarquer d'abord, ce n'est pas comme sujet de critique particulière que nous citons ces passages, mais comme spécimen très-général de ce qui se fait et se dit dans ce concours et de ce qui se pratique dans l'École de Paris. Constatation confuse, incomplète, des symptômes extérieurs et des lésions anatomiques de la maladie ; recherche, au milieu de ces lésions, de quelque circonstance matérielle mieux déterminée — épanchement de sang, abcès ou état fongueux — à laquelle on puisse subordonner, sinon sacrifier la considération de toutes les autres particularités du mal ; et, comme conséquence thérapeutique, rétrécissement du champ des indications et des moyens curatifs. En place de cette méthode, la GAZETTE MÉDICALE préconise depuis longtemps une autre manière de procéder : elle étudie d'abord la maladie au point de vue de la lésion *initiale* ; elle distingue avec soin les symptômes et les caractères appartenant à cette pre-

---

Feuilleton.

DE LA DUALITÉ HUMAINE ET DES CARACTÈRES QUI SERVENT A L'ÉTABLIR (1).

Les sciences philosophiques et les sciences naturelles se sont disputé jadis et se disputent encore l'étude du moral de l'homme. Il est des métaphysiciens qui contestent aux physiologistes toute espèce de prétentions sur les problèmes étrangers à l'observation des phénomènes sensibles, comme il est des physiologistes qui revendiquent les faits de conscience au détriment du droit des psychologues. Il y a de l'exagération de part et d'autre. Il est tout aussi injuste de vouloir isoler le physique du moral que de chercher à identifier le moral au physique. Il ne faut pas que la physiologie et la métaphysique se détruisent l'une l'autre, mais qu'elles se réduisent. Le vrai se trouve dans la limitation de leurs droits mutuels, et non dans le fait de leur exclusion réciproque.

(1) Ce fragment est tiré d'une introduction ajoutée à la deuxième édition du traité DU DÉLIRE DES SENSATIONS, qui doit paraître très-prochainement chez Labé, libraire de la Faculté de médecine.

L'étude du moral humain n'est point envisagée de la même manière par tous les physiologistes. En France, ceux-ci se rangent sous la bannière de deux systèmes qui ont leur expression la plus originale et la plus vive, l'un dans l'école de Paris, et l'autre dans celle de Montpellier.

A Paris, l'habitude de se préoccuper beaucoup des instruments et pas assez des causes conduisit naturellement à substituer les organes aux forces dans la conception des éléments constitutifs d'un phénomène. De là, en ce qui concerne les faits intellectuels et moraux, la tendance à confondre le principe de ces faits avec les centres nerveux, et partant une doctrine plaçant tous les phénomènes psychiques sous l'empire de la même loi qui régit les autres fonctions de l'économie vivante, un système d'après lequel la vie et la pensée ne sont rien autre chose que l'organisation plus ou moins perfectionnée.

Successivement personnifié dans la physiologie parisienne par Cabanis, Bichat, Broussais, M. Magendie, etc., le *matérialisme* s'inféoda plus tard au système de Gall.

La phrénologie, à laquelle se rallia Broussais vers la fin de sa vie, fut un moment très en faveur. Elle avait séduit plusieurs savants qui d'un commun accord la propageaient avec ardeur dans des livres, des cours, des conférences et des journaux. Aujourd'hui, grâce aux travaux de MM. Flourens, Lélut, Leuret et Dubois (d'Amiens), les choses ont bien changé de face. Des conférences, des cours et des journaux dévoués à la défense de ce système, il n'en est plus question. La Société phrénologique elle-même a disparu au milieu du naufrage. La doctrine de Gall serait aujourd'hui totalement ensevelie dans l'histoire, sans l'existence d'une certaine école où ses principes survivent, et

mière phase morbide, de ceux qui ne viennent qu'après. Un état pathologique étant donné, elle le considère, en vertu du principe : *La fonction fait l'organe*, comme la source nécessaire d'un second ordre d'altérations. Celles-ci, abstraction de leur mode de production, sont donc, au seul point de vue de leur ordre de succession, différentes des premières, quoique se présentant, à l'époque où on examine le malade, comme confondues avec elles et ne faisant qu'un tout avec elles. Ceci n'est que de l'observation pure.

Après l'observation, l'interprétation. Or l'étude de l'évolution des symptômes et des altérations est la première condition d'un bon diagnostic, non du diagnostic anatomique, mais du diagnostic étiologique, le seul vrai, le seul utile au traitement des maladies. On peut différer avec nous sur la théorie que nous aurions à proposer pour expliquer et mettre d'accord tous les éléments si divers d'un cas pareil à celui qu'a eu à diagnostiquer M. Morel-Lavallée ; mais on ne saurait se refuser à admettre comme conditions d'une bonne méthode d'observation et d'interprétation : 1° la considération de l'ordre d'évolution des symptômes ; 2° la séparation des *lésions* initiales d'avec les *altérations* consécutives. — Cette seule réforme introduite dans la manière de procéder à la recherche des choses conduirait infailliblement à trouver ce qu'on ne suppose pas même exister aujourd'hui. Appliquant ce qui précède au cas de M. Morel-Lavallée, nous nous bornerons à lui soumettre les questions suivantes : Quelle a dû être, chez sa malade, la lésion initiale ? quand sont survenues les altérations de sécrétion, le gonflement des extrémités articulaires ? quand le membre s'est-il fléchi ? quand a-t-il cessé de pouvoir s'étendre ? quand la rotule a-t-elle commencé à se souder avec les surfaces sur lesquelles elle repose ? quelle part ont les muscles, les ligaments et les surfaces osseuses dans l'obstacle au mouvement ? finalement, quel est le fait général qui relie et explique la génération de tous ces faits particuliers, et quel traitement général et particulier opposer à chacun d'eux ? La difficulté qu'il y aurait à résoudre ces questions n'exclut pas le droit de les soulever.

Nous signalions l'autre jour, incidemment, la pauvreté, sinon l'absence des ressources médicales conseillées par quelques compétiteurs. Cette remarque pourrait être reproduite à l'occasion de la leçon de chacun d'eux. Tous, sans exception, considèrent l'intervention de la médecine dans les cas chirurgicaux comme de nulle valeur. Ils conseillent bien pour la forme, et comme auxiliaires très-accessoires de l'opération, le régime, les médications internes ; mais il n'est venu à l'idée d'aucun jusqu'ici de se demander si, dans les cas où la chirurgie n'a que des chances de succès très-problématiques ou n'en a plus du tout, il ne vaudrait pas mieux s'abstenir, et s'adresser à la médecine. Deux compétiteurs, d'ailleurs d'un mérite reconnu, MM. Richet et Voillemier, ont donné à cet égard l'exemple d'une abnégation rare. Le premier, se trouvant en présence d'un cas de *squirrhe rameux* du sein, avec complication de tumeurs ganglionnaires lancinantes au creux de l'aisselle et jusque sur les vaisseaux de l'aisselle, a conseillé de faire l'opération d'abord, et de traiter la malade médicalement après. « Après l'opération, dit-il, j'administrerai les remèdes vantés contre les maladies cancéreuses. » Et pourquoi pas avant ? — M. Voillemier a été plus loin. Il s'agissait d'un cancer ulcéré de l'aine déjà opéré et récidivé. « Cet homme est moins un malade qu'une pièce d'anatomie pathologique, a dit ce compétiteur ; le malade sera mort avant deux mois. » En conséquence de cet arrêt, il n'y a plus rien à tenter, si ce n'est de la médecine morale et palliative ! A cette occasion, nous avons entendu citer des exemples de cancers ulcérés guéris par des charlatans ! N'est-ce pas le cas de répéter avec un homme d'esprit, qu'il vaut mieux guérir de la main du charlatan que de mourir par ordonnance de l'École ? Dans ces positions désespérées, en effet, l'enseignement de l'empirisme n'est pas toujours à dédaigner ; et, à la place de M. Voillemier, nous nous serions demandé si, à défaut du bistouri, les caustiques, la médecine et l'hygiène aidant, on n'aurait pas pu prolonger la vie du malade au delà du terme fatal assigné par la chirurgie. La vie n'est qu'une question de temps, et toute guérison n'est, en fin de compte, qu'une solution relative de cette question.

JULES GUÉRIN.

CONSTITUTION MÉDICALE.

NOTE SUR L'UN DES CARACTÈRES DE LA CONSTITUTION MÉDICALE ACTUELLE ; par M. THOLOZAN, médecin adjoint à l'hôpital du Val-de-Grâce.

Les traits qui frappent le plus dans l'étude de la constitution médicale actuelle sont, d'une part, la bénignité des affections du parenchyme pulmonaire, le peu de réaction qu'elles provoquent, et le fond d'adynamie qui les enveloppe ; d'autre part, l'existence de cas assez nombreux de diarrhée persistante, avec borborygmes, crépitation abdominale et selles biliaires. Ces maladies, de même que celles de l'appareil respiratoire, sont accompagnées de faiblesse, de prostration, de débilité générale. Elles se combinent le plus souvent les unes avec les autres, comme dans tous les cas où la constitution médicale est mixte, sans cachet épidémique ou sans prédominance exclusive de telle ou telle affection. Ainsi il n'est point rare de voir tout à la fois, chez le même malade, la bronchite grippale avec aphonie et angine légère et une diarrhée qui exige une appropriation particulière du traitement. Quelquefois les symptômes gutturo-bronchiques prédominants et la diarrhée ne semblent être qu'un symptôme surajouté. Le plus souvent nous avons rencontré, en janvier et en février, la prédominance des symptômes diarrhéiques accompagnés de catarrhe bronchique. Dans quelques cas, de simples diarrhées ont revêtu vers leur déclin les symptômes et les allures typhoïdes : ventre douloureux, météorisé ; papules rosées ; paroxysme fébrile nocturne.

Ajoutons que bon nombre d'ictères sont venus et viennent encore aujourd'hui se joindre aux affections régnantes. Quelques fièvres typhoïdes graves, avec profonde adynamie dès le début et tendance aux hémorrhagies ; des macules scorbutiques, non point pétéchiales et profondément ecchymotiques, mais larges, superficielles, tantôt violacées, tantôt ardoisées, siégeant aux aines, à la face interne des cuisses, sur l'abdomen, complètent le tableau pathologique de cette saison.

Si on pénètre plus profondément dans cette étude, et si on analyse toutes ces maladies, on fait une remarque qui dénote bien leur caractère pathologique. Les maladies en apparence les plus différentes, les ictères, les fièvres typhoïdes, dont nous venons de parler, présentent les mêmes complications broncho-pulmonaires, que nous avons vues coïncider presque toujours avec les diarrhées régnantes. Ce fait si général de complication de toutes les maladies par l'élément pathogénique, qui affecte plus spécialement les voies

---

excitent beaucoup d'enthousiasme, je veux parler de l'école *positiviste*, dont le chef est M. Auguste Comte.

Que d'inconséquences et d'infractions aux règles de la logique chez ces savants qui se piquent d'une si extrême rigueur de méthode, qui usent et abusent à tout moment du mot *positivisme !*

Suivant eux, en dehors du domaine des sciences naturelles, il n'y a pas de certitude dans la recherche du vrai, et ils professent précisément l'admiration la plus vive pour des faits que ces sciences rejettent.

L'anatomie pathologique, l'anatomie comparée, la physiologie expérimentale, la tératologie se réunissent pour donner le démenti le plus formel à la phrénologie, et malgré cela ils persistent à regarder cette fausse science comme une des importantes conquêtes de notre siècle. Voilà un échantillon de la sévérité du *positivisme !*

Avant d'identifier les faits de conscience aux faits vitaux, avant d'absorber la psychologie dans la physiologie, les partisans du *positivisme* auraient dû prouver que cette opinion ne repose pas sur une hypothèse. Or c'est ce qu'ils n'ont pas établi, et c'est ce qu'ils ne pouvaient pas établir. En physiologie, nous savons bien par l'expérience qu'il y a une dépendance entre l'organe et la fonction ; mais nous ignorons comment des particules matérielles arrangées d'une certaine manière s'y prennent pour produire un phénomène vital. Si ce phénomène était un simple résultat de la matière organisée, il faudrait qu'il y eût toujours corrélation directe entre l'état de la fonction et l'état de son instrument. Or les études anatomiques démontrent que la fonction est tout et l'organe presque rien ; que le but peut rester le même quand le moyen se transforme ou quand il fait défaut. Sans parler de la force animatrice qui dans le germe est antérieure à la production de tout tissu, rien ne se ressemble plus anatomiquement que les organes glandulaires, et rien ne diffère davantage que les produits qu'ils sécrètent. Le système nerveux n'est point l'instrument exclusif de la sensibilité, car les membranes séreuses, où peuvent se développer des douleurs si violentes, n'offrent pas de nerfs, ou du moins ceux qu'elles présentent, si tant est qu'ils existent, ne sont nullement en rapport avec la sensibilité extrême qui s'y manifeste dans certains cas. La locomotion peut à la rigueur se passer des muscles, car, suivant des expériences microscopiques entreprises tout récemment par M. Mandl, les nerfs de la sangsue détachés du corps de l'animal ont fourni à plusieurs reprises des mouvements spontanés d'une évidence irrécusable. Les poissons jouissent de la faculté d'entendre, malgré la privation de la membrane du tympan. Quelques reptiles sont également en possession de l'ouïe, en l'absence des osselets et de cette même membrane.

Or si l'opinion qui identifie la cause d'un phénomène avec son instrument n'est démontrée à l'égard d'aucun organe du corps humain, elle l'est encore moins pour le cerveau que pour tout autre viscère ; et hypothèse pour hypothèse, celle qui distingue cette cause de l'organe dont elle se sert est encore plus intelligible et plus vraisemblable que celle qui les confond.

A Montpellier, l'homme passe pour un être beaucoup plus complexe. Il est envisagé comme un agrégat matériel ou un système d'organes régi par deux forces très-distinctes, le principe *vital* et le principe du *sens intime*, l'un commun à l'homme et aux animaux, l'autre exclusivement propre à l'homme.

aériennes, se retrouve partout et contribue à donner aux maladies un degré de gravité auquel elles n'arriveraient point, si elles existaient isolement.

Voilà bien le cachet des constitutions grippales ; mais cette influence explique-t-elle toutes les particularités des maladies régnantes? nous ne le pensons point. Il y a eu, dans les mois de janvier et de février surtout, une telle prédominance de symptômes diarrhéiques qui du reste continuent à se montrer encore maintenant, des selles liquides peu nombreuses accompagnées d'amaigrissement rapide, d'yeux cerclés, de prostration considérable, que nous n'hésitons point à penser qu'il y a eu là, à côté de l'influence grippale qui se généralise davantage en ce moment, une influence d'une nature toute particulière et que nous rattachons à l'épidémie cholérique qui nous a visités en 1849.

Les lois qui régissent le retour des grandes manifestations épidémiques dans chaque localité ne sont point tout à fait indépendantes des saisons, bien qu'on ait argué de quelques faits en apparence contradictoires. Les mêmes formes morbides peuvent sans contredit exister aux mêmes époques et dans des localités très-éloignées ou à des températures très-différentes. Mais alors que la maladie épidémique aura eu son cours et fait son évolution normale, quelle que soit l'époque de l'année où elle se sera montrée, on pourra souvent prédire qu'aux mêmes saisons, dans les années suivantes, il apparaîtra telle ou telle forme morbide qui relève évidemment d'une influence épidémique antérieure. C'est ce que nous avons vu manifestement en France, dans un grand nombre de localités, après le choléra de 1832. Cela a fait dire que cette maladie laissait dans les lieux qu'elle avait visités des germes, des ferments, qui, après une incubation plus ou moins longue, reprenaient leur action pathogéniquement spécifique. Quoi qu'il en soit de cette opinion, hypothèse qui se rattache à la théorie des germes vivants très en vogue actuellement en Angleterre pour expliquer les différents phénomènes d'apparition des épidémies, toujours est-il que le fait, tel que nous le signalons à propos des maladies régnantes, existe presque partout. Nous avons plusieurs fois signalé en juillet, août, septembre de l'année passée, en rendant compte de l'état sanitaire de Londres, l'apparition dans cette capitale de cas assez fréquents de choléra sporadique et la co-existence de nombreuses affections diarrhéiques.

Ces maladies s'étaient là aussi montrées aux époques qui, l'année précédente, avaient favorisé le développement de l'épidémie cholérique. En consultant les rapports de la mortalité de Londres, nous trouvons encore, cette année, une coïncidence remarquable et une presque identité de manifestation morbide entre cette ville et notre capitale. Ainsi, dans la dernière semaine de février, il y a eu 56 morts d'affections éruptives, 65 de coqueluche, 8 de croup, 119 de bronchites, 35 de typhus, 18 de diarrhée et 2 de dyssenterie.

On sait depuis longtemps que l'influence grippale, de même que l'influence cholérique, s'étend à de très-grandes distances et peut couvrir tout un continent. Quand ces deux influences sont très-prononcées et fortement caractérisées, le fait de cette grande diffusion est évident ; quand, au contraire, l'une ou l'autre de ces manifestations, perdant de son intensité, devient tout à fait bénigne, on n'en signale point l'existence, et à moins d'être prévenu du fait, on pourrait le laisser passer inaperçu.

Cette cause est une de celles qui faussent le plus l'observation des constitutions médicales. Ces états, ces manières d'être des maladies, ont besoin, pour être appréciées, d'une observation minutieuse ; il faut les suivre dans toutes leurs transformations, à travers les saisons et les années, pour se rendre compte de quelques particularités que l'observation est parvenue à déterminer dans ce sujet si vague, malgré les difficultés que nos institutions médicales actuelles présentent pour une semblable étude.

THÉRAPEUTIQUE PROPHYLACTIQUE.

DU TRAITEMENT PRÉVENTIF DES RÉCIDIVES DE FIÈVRES INTERMITTENTES, EN ALGÉRIE ET EN FRANCE; par FR. AUGUSTE DURAND (de Lunel), médecin ordinaire à l'hôpital militaire du Gros-Caillou.

Il n'est pas de convalescences qui soient aussi instables, aussi décevantes que celles des fièvres intermittentes. Les convalescents ont beau se soustraire aux causes extérieures qui avaient d'abord provoqué leur maladie, ils en ont importé, dirait-on, le germe, et pendant plusieurs semaines et plusieurs mois, ils ont une récidive et puis d'autres à redouter.

Quelle que soit l'explication de ce phénomène ; qu'on le rapporte, selon les solidistes, à un état particulier des nerfs, analogue à celui d'où dérivent les névroses et les névralgies, ou, selon les humoristes, à la présence d'une matière fermentescible dans le sang, opinion qui, soit dit en passant, est parfaitement d'accord avec ce que nous présumons déjà de la cause miasmatique des fièvres intermittentes (1) ; quelle que soit, dis-je, l'explication

(1) Si les miasmes ne sont autre chose que des atomes de matière végéto-animale en fermentation, ou bien de simples produits de cette fermentation, il est clair que tout atome de matière fermentante, introduit par une voie quelconque dans le système circulatoire, peut, après y être devenu délétère, soit par lui-même, soit par quelqu'un de ses produits, non-seulement y rester pendant un certain temps, mais encore y poursuivre et y étendre son mouvement de fermentation, tout en y recélant cette fois son influence délétère. Il n'a pour cela qu'à pénétrer dans un de ces organes vasculaires et peu impressionnables où la circulation sanguine subit naturellement un certain ralentissement, notamment dans la rate, dans cette rate qui s'engorge presque toujours pendant les fièvres intermittentes. Alors le temps d'arrêt ou de ralentissement qu'il subira lui-même s'opposera à son élimination par les voies naturelles et favorisera son élaboration et sa propagation aux atomes fermentescibles qui lui sont similaires. Ces atomes ne provoqueront pas de réaction de la part d'un organe aussi peu impressionnable que la rate; mais à un certain temps donné, entraînés par le flot circulatoire, ils en sortiront, ils se répandront dans le reste de l'économie et y provoqueront de nouveau l'impression délétère d'où proviennent les accès; de là des récidives. Il est à faire remarquer enfin que les atomes miasmatiques sortiront plus abondamment de la rate le jour que la nuit, puisque cet organe, ainsi que je l'ai prouvé par quelques milliers d'observations prises en Algérie, se dégorge beaucoup mieux pendant le jour que pendant la nuit, et alors les nouveaux accès seront, comme les anciens, périodiques et plutôt diurnes que nocturnes. (Voir, pour de plus amples détails, l'exposé de ma NOUVELLE THÉORIE DES FIÈVRES INTERMITTENTES DES MARAIS dans la GAZETTE MÉDICALE du 30 juin 1847, et mon MÉMOIRE STATISTIQUE ET THÉORIQUE SUR LES ALTERNATIVES QUOTIDIENNES D'AUGMENTATION ET DE DIMINUTION DU VOLUME DES RATES ENGORGÉES PENDANT LES FIÈVRES INTERMITTENTES, dans la GAZETTE MÉDICALE des 23 et 30 juin 1849.)

Quand on analyse avec soin et parallèlement les principaux modes qui constituent les deux éléments du dynamisme humain, on ne tarde pas à s'apercevoir, en effet, que si la *force vitale* et le *sens intime* ont des analogies qui peuvent au premier abord en imposer pour une identité de nature, ils ont aussi des dissemblances et des oppositions telles que la raison se refuse de ne voir parmi leurs divers modes que des degrés dans l'expression d'une seule et même cause.

Assurément le principe vital et le sens intime sont doués tous deux de la puissance de *réaction*, c'est-à-dire de l'aptitude à opérer dans le système organique des mouvements passagers, en conséquence d'une impression exercée par un agent extérieur sur quelque partie du corps. Sans contredit tous deux jouissent aussi de la *spontanéité*, autrement dit de la force d'exécuter des actes propres, en vertu de causes internes et sans avoir besoin de provocation extérieure. Mais les modes de réaction et de spontanéité sont aveugles dans le principe vital, tandis que dans le sens intime ils sont éclairés, accompagnés du fait de conscience ou d'intuition. Dans le premier, ils sont automatiques, prévus et réglés d'avance ; dans le second, ils sont libres, susceptibles d'être gouvernés arbitrairement.

Les physiologistes qui confondent ces deux forces, qui admettent que la pensée est la plus haute expression des fonctions vitales, devaient regarder la conscience comme la compagne inséparable de l'animalité ; ils devaient supposer dans l'échelle zoologique des degrés d'intuition correspondant aux divers degrés de perfectionnement organique des espèces. Or c'est précisément ce qu'a fait Legallois. « Dès qu'un être sent et se meut, dit ce physiologiste, c'est » un animal vivant et qui a le *sentiment de son existence* (1). » Aussi, pour être logique, Muller, qui adopte les prémisses, est-il obligé de tirer cette conséquence absurde, que chez les planaires, les polypes et les annélides, il y a autant de portions de conscience et de volonté qu'il y a de tronçons susceptibles de vivre isolément.

Certains physiologistes appartenant à cette même école, hésitaient pourtant, il faut le dire, à regarder le fait de conscience comme inséparable de la sensibilité propre à la vie animale ou de relation. Le sentiment est-il totalement distinct du mouvement? Est-il possible de concevoir l'un sans l'autre? Telle était la question que s'était posée Cabanis (2), et il n'était pas éloigné de conclure qu'en dernière analyse la vie pourrait bien se réduire au mouvement pur et simple. « La sensibilité, ajoute-t-il, se rattache peut-être, par quelques points » essentiels, aux causes et aux lois du mouvement, source générale et féconde » de tous les phénomènes de l'univers (3). »

Aujourd'hui la physiologie *spiritualiste* est en mesure de résoudre le problème que Cabanis n'avait fait qu'entrevoir et qu'il osait à peine se poser à lui-même.

Au commencement de ce siècle, il se fit une grande révolution dans la théorie des fonctions du système nerveux : je veux parler de la découverte de la

(1) EXPÉRIENCES SUR LE PRINCIPE DE LA VIE, 1812, p. 2 et 4.
(2) RAPPORT DU PHYSIQUE ET DU MORAL; in-8°, 3e ed., 1815, t. I, p. 85.
(3) *Ibid.*, p. 86.

de ce phénomène, il est de la plus grande importance de le prévenir, soit en imposant certaines particularités au traitement des accès, soit, une fois qu'on les a fait cesser, en les poursuivant encore pendant quelque temps par des médications actives.

Malheureusement ce n'est pas toujours là ce qui est pratiqué; trop souvent le mode de traitement appliqué aux accès actuels est incompatible avec les moyens qui préviennent le mieux les récidives, et trop souvent encore, après la cessation des accès, et malade et médecin s'éloignent l'un de l'autre, l'un trop confiant dans son apparente guérison, et l'autre n'osant pas insister sur un traitement que son malade croit inutile, ou bien se méfiant des moyens préventifs que sa raison lui indique, mais que son expérience a souvent trouvés en défaut. Toutefois, l'un et l'autre vont se revoir bientôt pour s'éloigner et se rapprocher encore un nombre indéterminé de fois.

En fait, les fièvres intermittentes épuisent et déciment les armées et les populations, tout autant par le retour des causes extérieures qui les ont provoquées que par le retour des effets internes de celles-ci, une première fois qu'elles ont sévi. N'y a-t-il donc pas des moyens sûrs de prévenir ces récidives? les auteurs n'en ont-ils pas indiqués? l'expérience ne nous a-t-elle pas éclairés sur cet intéressant sujet, notamment depuis que nous occupons l'Algérie, cette mine féconde en enseignements pratiques?

Oui, il y a des moyens, sinon sûrs, du moins presque toujours heureux, pour prévenir ces récidives : d'un côté, les auteurs anciens, à la tête desquels je citerai Torti, Sydenham, Werloff, Van Swieten, Pringle, Stoll et toute l'école de Montpellier, ont tracé, quant à l'association des évacuants du tube digestif avec la médication antipériodique et quant à la continuation méthodique de l'emploi du spécifique après la cessation des accès, des règles qui, jusqu'au commencement de ce siècle, avaient été universellement adoptées; d'un autre côté, il s'est trouvé en Algérie des médecins qui, après avoir fait une loyale mais malheureuse épreuve, dans le traitement de ces maladies, des préceptes de la doctrine de l'irritation, en sont venus à s'y abstenir, d'une manière plus ou moins complète, des émissions sanguines, et qui par cela même ont paru rendre plus certaines et plus durables les guérisons. Mais, on le sait, la médecine moderne avait répudié, dans une grande partie de la France, les errements de la médecine ancienne; sceptique, séduite par de brillantes apparences, aimant à prendre les effets patents pour les causes cachées, elle avait sur ces spécieuses conditions bâti de nouvelles doctrines, et puis, quand au contact de l'expérience, ces doctrines se sont trouvées en défaut, un grand nombre d'adeptes déçus, au lieu de revenir résolument aux anciens errements, se sont mis à tâtonner, à vouloir concilier, à osciller dans des voies prétendues éclectiques, à mêler souvent ainsi le faux et le vrai, et, en définitive, à mettre beaucoup de doute et de confusion dans l'art de guérir.

En Algérie, le traitement des fièvres intermittentes s'est ressenti de ces méfiances contre le passé, de ces insuccès, de ces oscillations, et enfin de ces associations hybrides qui dénotent déjà un progrès, mais qui en demandent d'autres. On suspend rapidement dans cette contrée, et c'est là, je crois, un avantage obtenu sur la médecine ancienne, les accès de fièvre; il s'y trouve même un assez grand nombre de médecins qui savent complétement les guérir, c'est-à-dire en prévenir les récidives, quand ils peuvent y employer le temps et les moyens nécessaires; mais, à cet égard, on verra plus tard par l'historique que je ferai des phases successives du traitement des fièvres intermittentes dans la nouvelle colonie, qu'il y a quelque chose à y faire encore, je ne dis pas seulement pour perfectionner les méthodes anciennes, qui ne laissent pas que d'être perfectibles, mais aussi peut-être pour remonter à leur niveau.

J'ai le dessein, dans ce mémoire, d'exposer et de discuter les bases du traitement préventif des rechutes des fièvres intermittentes, de faire voir quels ont été naguère et quels sont aujourd'hui, à cet égard, la conduite et les progrès des médecins de l'Algérie, et enfin d'exposer avec détail la méthode que mon expérience, généralement appuyée sur celle des auteurs les plus recommandables, m'a fait considérer comme la meilleure à suivre.

Je ne prétends pas innover; je ne changerai rien, on le sent bien, au fond des préceptes de nos devanciers; mais, considérant que nous avons affaire en Algérie à une phénoménalité, ce qui veut dire aussi à une causalité morbide plus intense que celles qu'ont observées les auteurs anciens, qui n'ont en général traité que des fièvres intermittentes européennes, je désire faire voir en quoi il est utile, dans le but de prévenir les récidives de ces affections en Algérie, d'exagérer leurs préceptes, et en quoi au contraire il est nécessaire de garder à leur égard une certaine réserve. Au fond, j'ai pour vue principale, non pas de ramener nos confrères de la colonie à une vérité née de traitement vers laquelle, par instinct ou par expérience, ils convergent tous, mais de diriger vers elle, en la définissant, les jeunes médecins, quelquefois imbus de principes incompatibles avec un bon traitement des maladies des pays chauds, que le devoir ou le dévouement appelle dans cette contrée.

§ I.

Pour bien déduire les bases du traitement préventif des rechutes de fièvres intermittentes, je dois d'abord exposer quelques considérations sur les conditions fondamentales de tout traitement.

Tout traitement doit, dans ses vues, embrasser l'ensemble de la maladie à traiter, c'est-à-dire sa cause, sa nature, son appareil symptomatique, ses conséquences organiques ou vitales, ses probabilités de récidives, etc., etc. S'en tenir à l'attaque d'une ou plusieurs de ces conditions, sans prendre les autres en considération, c'est souvent non-seulement manquer le but à atteindre, mais encore en atteindre un tout contraire. Pourquoi cela? C'est que, dans un grand nombre de maladies, il se présente deux phénomènes physiologiques bien distincts et souvent inverses, l'*action* et la *réaction*. L'action dépend directement de l'impression sourde ou brutale de la cause, et la réaction de la lutte de l'organisme contre cette impression. L'action a ses dangers, mais la réaction en a souvent d'aussi grands. Il faut donc alors les traiter l'une et l'autre. Mais il est clair que ce qui convient à celle-ci peut être l'inverse de ce qui convient à celle-là, l'une étant quelquefois le contrepied de l'autre, la première étant souvent, par exemple, asthénique, et la seconde sthénique. Ainsi si, dans certains cas, sans s'inquiéter de l'action et de sa nature, on combat la réaction, il est évident que l'on peut aggraver l'essence de la maladie, et cela souvent de deux manières, d'abord parce que l'on tend à enrayer les moyens de lutte de l'organisme contre l'action, ensuite parce que quelquefois, dans cet effort, on peut modifier cet organisme dans le sens même de cette action, c'est-à-dire comme l'avait modifié la cause elle-même. Certes alors les symptômes parfois dangereux de la réaction seront modérés ou vaincus, mais l'économie n'en sera pas moins disposée à mieux recevoir l'impression de la cause et, si celle-ci ne disparaît pas facilement, à en subir pendant longtemps de nouveaux effets.

---

loi du pouvoir *réflexe* ou *excito-moteur*. Cette loi, établie pour la première fois par Prochaska, en 1800, resta longtemps inaperçue. Ce ne fut qu'en 1833 qu'un illustre physiologiste anglais, Marshall Hall, la formula d'une manière nette et explicite en lui donnant une foule de développements qu'on ne lui soupçonnait pas avant lui. Or tous les physiologistes actuels regardent le pouvoir *réflexe* ou *excito-moteur*, dont la moelle est le foyer principal, comme une force involontaire, conséquemment tout à fait distincte de la force libre qui commande arbitrairement aux organes locomoteurs. Seulement il y a dissidence entre eux sur un point capital. Avec Marshall Hall, les uns prétendent que les mouvements *réflexes* ne sont jamais accompagnés du fait de conscience; avec M. Longet, les autres soutiennent que ces mouvements n'impliquent pas nécessairement l'absence d'intuition; que tantôt celle-ci les accompagne, et que tantôt elle en est séparée.

Si, avec Marshall Hall, on exclut la conscience, le *moi*, de tous les phénomènes *réflexes*, ces prémisses conduisent à tirer des conséquences entièrement en faveur de la dualité du dynamisme humain.

Ce qui prouve que toute la physiologie matérialiste se trompe en faisant du sens intime, partant de la conscience, de la comparaison, du jugement, les attributs nécessaires, inséparables des produits de la force vitale, autrement dit des sensations, des besoins, des penchants, des sentiments, des passions, c'est que, en pathologie nerveuse, il est une maladie, le somnambulisme naturel, qui isole parfaitement, dans les fonctions encéphaliques, les phénomènes psychologiques des phénomènes vitaux.

Le symptôme pathognomonique de cette névrose, c'est le défaut absolu de conscience ou d'intuition. Tous les sujets qui en sont atteints n'ont, au réveil, aucun souvenir des actes et des mouvements auxquels ils se sont livrés au sein de leur accès.

Les physiologistes ont expliqué jusqu'ici de trois manières les phénomènes du somnambulisme naturel. Avec Frédéric Hoffmann, Van Swieten, de Haen, Haller, etc., les uns admettent que cette maladie consiste en un sommeil profond, pendant lequel l'imagination se substitue aux fonctions des sens externes; les autres pensent, avec Wolf, Meiner, Pœckel, Rudow, Davidson et Darwin, que c'est un état qui tient le milieu entre la veille et le sommeil, état durant lequel l'homme ne perd pas entièrement connaissance, comme dans le sommeil pur et simple, de tout rapport avec les objets extérieurs, et où il est affecté d'une certaine manière par quelques sensations qui règlent ses mouvements sous l'influence simultanée de l'imagination. Enfin Wienhold, ne trouvant aucune de ces deux théories satisfaisante, en proposa une troisième, où il admet l'existence d'un sixième sens externe.

D'après ce dernier physiologiste, les sens des somnambules sont complétement fermés aux agents du monde extérieur, car quand on approche une lumière des yeux de ces malades, les pupilles restent dilatées et ne se contractent qu'au moment du réveil, suivant les observations de Haen et de Van Swieten, et parce qu'il s'est assuré lui-même que le tact, l'ouïe et l'odorat étaient inactifs dans un cas où le sujet faisait souvent la nuit de longs voyages à pied ou à cheval. Le sommeil des somnambules est si profond, ajoute Wienhold, qu'il est beaucoup plus difficile de les éveiller que les individus qui dorment du sommeil ordinaire.

Dans d'autres cas, au contraire, ne s'occuper que de l'action quand la réaction va tuer le malade, est évidemment manquer de stratégie médicale.

Que faire pour concilier, s'il se peut, ces deux données souvent contradictoires? Que faire? le voici:

1° *Prendre pour pivot de traitement l'attaque à la cause, ce qui veut dire aussi à l'essence de la maladie, à ses chances de récidives, etc.*

2° *S'il faut combattre la réaction, l'attaquer avec des moyens en même temps hostiles à la cause, ou tout au moins incapables de la favoriser.*

3° *Si ces moyens sont, selon certains cas, insuffisants, lents ou inapplicables, et qu'il n'en reste que de ceux qui, tout en étant promptement efficaces contre la réaction, peuvent cependant favoriser l'action de la cause, n'appliquer ceux-ci que dans les cas d'extrême urgence et dans les mesures les plus modérées.*

4° *En réparer le plus tôt possible les fâcheux effets par de fortes quantités des moyens qui combattent le mieux la cause.*

5° *Si, par la longue persistance de la cause, les symptômes de la maladie, une fois suspendus, sont sujets aux récidives, revenir souvent et d'une manière méthodique à ces derniers moyens.*

Il est certes possible d'appliquer ces principes au traitement des fièvres intermittentes et particulièrement en prévision de leurs rechutes; mais pour cela il faut au moins se rendre compte du mode général d'influence de la cause de ces maladies sur l'économie animale. Quel est donc ce mode d'influence? Est-il sthénisant ou asthénisant? C'est ce qu'il importe surtout de déterminer.

1° La qualité acide et par conséquent sédative des produits de la fermentation végétale, je dis plus, du miasme ou des produits du miasme paludéen (1); 2° l'influence hyposthénisante de la chaleur et de l'humidité qui viennent en aide à cette cause (2); 3° l'état de faiblesse caractéristique qui précède, accompagne et suit les accès; 4° la forme algide, quelquefois sidérante du stade d'action; 5° l'existence de certains accès algides, sans les moindres phénomènes de réaction; 6° l'absence ordinaire, pendant les fièvres en question, des caractères anatomo-pathologiques et hématologiques (3) de l'inflammation; 7° la fugacité de ses caractères spéciaux; 8° l'extrême rareté de son développement comme conséquence des accès; 9° la non-coexistence, sous le rapport du climat et des saisons, du génie intermittent et du génie inflammatoire; 10° la lenteur du pouls entre les accès et surtout entre les rechutes; 11° l'état d'anémie, d'inertie et de flaccidité textile des habitants des pays marécageux; 12° la propriété tonique du pivot médicateur (le quinquina) et de la plupart des autres antipériodiques (1); 13° enfin l'impuissance de tous les moyens antitoniques, tels que les émissions sanguines, les tempérants, les émollients, etc., pour prévenir ou guérir seuls les fièvres intermittentes légitimes: tout cela indique évidemment l'action *asthénisante* de la cause et l'essence asthénique de la maladie.

(1) MM. Meirieu père et fils, médecins à Saint-Gilles (Gard), ont reconnu la réaction acide à la rosée qu'ils venaient de recueillir sur les bords des marécages des environs de cette ville. (Voir INFLUENCE DES MIASMES MARÉCAGEUX SUR L'ÉCONOMIE ANIMALE, DANS LA PRODUCTION SURTOUT DES FIÈVRES INTERMITTENTES, thèse inaugurale de M. Meirieu fils. Montpellier, 1829.)

(2) Voir mon EXPOSÉ D'UNE NOUVELLE THÉORIE DES FIÈVRES INTERMITTENTES DES MARAIS, § 11, dans la GAZETTE MÉDICALE du 30 janvier 1847.

(3) Voir RECHERCHES SUR L'ÉTAT DU SANG DANS LES MALADIES ENDÉMIQUES DE L'ALGÉRIE, par MM. Léonard et Foley, dans le RECUEIL DES MÉM. DE MÉD., DE CHIRURG. ET DE PHARM. MILIT., t. LX, année 1846.

Que l'appareil nerveux cérébro-spinal se montre ordinairement surexcité pendant ces affections, peu importe; que dis-je! c'est même là, en vertu de la loi générale de balancement, un nouveau signe de l'asthénie de l'appareil de la vie organique, *sanguis moderator nervorum*; or si le sang n'est plus le sang, si sa qualité essentielle, sa qualité tonique est profondément altérée par une cause quelconque, il ne sera plus le modérateur désiré, et alors, par défaut d'équilibre, par l'hyposthénie portée sur l'appareil nerveux du système sanguin, la prépondérance vitale, l'hypersthénie, se porteront sur l'appareil nerveux du système de relation.

Voilà donc jugée asthénisante, au moins pour le système sanguin, c'est-à-dire pour le système radical de l'économie, la cause des fièvres intermittentes. Eh bien! pour en revenir aux bases du traitement déjà posées et les appliquer aux fièvres intermittentes et surtout préventivement à leurs rechutes, voyons s'il se présente dans ces maladies les caractères symptomatiques désirés pour cette application.

Voici des refroidissements violents: ils représentent une période d'action, d'une action brutale qui semble bien porter une atteinte asthénisante au principe de la vie. Puis viennent de violents symptômes fébriles, congestifs, etc.: ils représentent une période de réaction dont les phénomènes simulent, à s'y méprendre, d'intenses phénomènes d'inflammation.

Tous les médecins savent quel sera, contre l'affection ainsi représentée, le pivot de leur traitement, l'antagoniste de la cause; je n'ai pas besoin de nommer le quinquina.

On ne pourra guère donner le quinquina pendant le stade d'action, à moins que celui-ci ne se prolonge pour prendre les caractères de l'accès algide. Puis la réaction venant, on ne pourra guère non plus, si elle a une forme franchement sthénique, songer au spécifique jusqu'au déclin des phénomènes fébriles, à moins qu'elle ne se prolonge aussi pour imprimer à l'affection le type de la pseudo-continuité. Que faire en attendant? Au stade

(1) Il n'est peut-être pas absolument nécessaire qu'un médicament jouisse des propriétés toniques pour être antipériodique, témoin l'acide arsénieux qui, probablement, ne jouit que de propriétés antiseptiques à l'égard du miasme paludéen; mais si ce médicament n'est pas par lui-même un tonique, il est du moins bien digne de remarque que les observateurs qui font en ce moment des études sur son emploi, dans le traitement des fièvres intermittentes, se voient forcés, pendant qu'ils l'administrent, de soumettre leurs malades à une alimentation abondante, substantielle et tonique, à ce que l'un d'eux, M. Boudin, a pittoresquement appelé l'*entraînement*. Ne suppléent-ils pas par là, je le demande, à l'action tonique qui manque à l'acide arsénieux et qui serait dès lors bien nécessaire à un parfait traitement des fièvres intermittentes?

Quoi qu'il en soit, s'il est vrai que les fièvres intermittentes puissent efficacement se guérir sans l'emploi d'une médication tonique, j'aurais toujours à constater que, tout en étant un puissant antipériodique et un puissant antiseptique, le quinquina est en même temps un puissant tonique, et que sa propriété tonique n'en contre-indique jamais l'emploi dans le traitement des fièvres intermittentes; d'où il est impossible d'attribuer la qualité sthénique à la cause ou aux causes de ces maladies. Si cet adage, *naturam morborum ostendit curatio*, est fondé quelque part, c'est surtout ici, ce me semble.

La théorie de Wienhold pèche par plusieurs points. Non-seulement l'admission d'un sixième sens est une pure hypothèse, mais encore aux faits qu'il cite en faveur de la suspension absolue de l'exercice des sens, on peut en opposer d'autres tout à fait contraires. — Louyer-Villermay parle d'un Italien, âgé de 30 ans, qui, dans ses accès, pressait le pas quand on faisait du bruit à ses côtés (1). Il est aussi question, dans un autre recueil (2), d'un ecclésiastique auquel on offrit, au milieu de l'accès, un verre d'eau au lieu d'un verre d'eau-de-vie qu'il avait demandé. Il ne voulut pas boire l'eau. On lui présenta l'eau-de-vie qu'il ingurgita aussitôt. Si ces deux faits sont authentiques, il est bien évident que l'ouïe et le goût peuvent être en exercice chez les somnambules, partant que tous les sens ne dorment pas à la fois. Aussi est-il beaucoup plus raisonnable d'admettre la théorie d'après laquelle un ou deux sens, en restant actifs, suppléeraient au repos des autres, de concert avec la réminiscence et l'imagination.

Quoi qu'il en soit, si des somnambules peuvent entendre et savourer sans avoir l'intuition ou la conscience de leurs sensations auditive et gustative, on est en droit de conclure que l'action *réflexe*, telle que la définit Marshall Hall, n'est pas seulement limitée aux nerfs rachidiens, comme le prétend cet illustre physiologiste, mais qu'elle peut encore s'étendre aux nerfs crâniens sensoriels.

Un autre caractère qui distingue les produits de la *force vitale* des produits du *sens intime*, c'est leur marche et leur durée, leur histoire chronologique, pour me servir d'une expression du professeur Lordat, histoire qui, étudiée parallèlement, offre des divergences du plus haut intérêt. « La première de ces puis» sances, dit l'illustre physiologiste de Montpellier, s'agrandit en intensité, se » développe depuis zéro jusqu'à une certaine époque, où elle demeure presque » stagnante ou légèrement flottante; après cette apogée, elle décroît, comme elle » avait augmenté, et perd ses forces de manière à marcher vers le zéro opposé, » si elle n'est pas supprimée par un accident. Ainsi cette puissance, dans sa du» rée, peut être représentée par un fuseau. Le premier bout est zéro; il est rare » que le second conoïde aille jusqu'à cette pointe, parce que mille accidents » tronquent le solide. Mais il n'en est pas de même de la durée du sens intime; » je ne puis pas fixer son origine, parce qu'il existait avant qu'il se fût montré. » Il s'agrandit, lui aussi, comme l'autre puissance; mais il s'augmente longtemps » après que la force vitale diminue. Bien plus, je ne sais pas s'il y a un second » conoïde ou conoïde décroissant pour le sens intime, et par conséquent s'il doit » se terminer en fuseau. Je présenterai un grand nombre de faits, d'après les» quels il faudra conclure que la force vitale est sujette à la vieillesse, et par» tant à la mort, qui est le terme de cette décroissance; mais qu'il est impos» sible de prouver que le sens intime soit *sénescible* ou sujet à la vieillesse, et » qu'il doit finir en vertu d'une progression décroissante (1). »

(1) DICT. DES SC. MÉD. EN 60 VOL., art. SOMNAMBULISME.

(2) ENCYCL. MÉTH., art. SOMNAMBULISME.

(1) Ébauche du plan d'un traité complet de physiologie humaine. Montpellier, 1841, p. 96 et 97.

d'action on opposera de rapides excitants, et alors, du moins, on se trouvera dans une bonne voie de traitement, dans une voie contraire à la cause; mais qu'il succède à cet état une vive réaction, une réaction à combattre ou à modérer, oh! alors, c'est ici qu'il ne faudra jamais perdre de vue l'essence asthénique de l'affection. Qu'alors donc, pour atténuer la réaction, cette fausse image de l'inflammation, des médecins croient devoir d'ordinaire pratiquer des émissions sanguines, soit; ils modéreront les phénomènes de la turgescence réactive, et ils pourront quelquefois, je l'avoue, rendre un signalé service à leurs malades; mais, qu'ils ne se le dissimulent pas, quant à la cause, quant à l'essence de la maladie, quant à ses probabilités de récidives, ils aggraveront tout cela.

Il vint un moment en Algérie où, sous les auspices de M. Maillot et de M. Worms, alors médecins de l'hôpital militaire de Bone, les doses de sulfate de quinine, à l'égard desquelles on avait été fort timide jusque-là, furent considérablement augmentées; or voici ce que dit M. Wurms en parlant des malades qui avaient été traités par de plus fortes doses de ce sel qu'on n'en employait auparavant, mais qui l'avaient été aussi par des émissions sanguines : « Quoique mourant plus tard d'une manière qui devait moins frapper les yeux, les hommes mouraient après de nombreuses rechutes, ou rentraient en France et dans leur corps, pour longtemps, sinon pour toujours, impropres au service (1). » Plus bas, en parlant de ceux que l'on avait traités par les déplétions sanguines à l'exclusion du sulfate de quinine, le même auteur s'exprime ainsi : « Quand ces malades ne mouraient pas subitement dans le coma, le délire ou l'algidité, c'était pour succomber, après quelques mois de rechutes, à l'infiltration et à la diarrhée. » Je n'ajoute rien à ce tableau que j'ai vu maintes fois de mes yeux.

Après les émissions sanguines, une partie de la cause, si elle était constituée par un agent délétère suspendu dans le sang, aura été enlevée avec ce fluide; telle est la justification de l'emploi général des émissions sanguines que j'ai entendu faire à satiété; or notons bien ces trois conséquences de la saignée appliquée à tout cas d'infection miasmatique ou virulente : 1° Il restera encore, après la déplétion opérée, une grande quantité de la cause, une quantité proportionnelle à la quantité restante du sang; dès lors rien de changé par la saignée dans l'altération des qualités de ce fluide, par son mélange avec le miasme; il avait, avant son évacuation partielle, perdu de sa force tonique, il n'en gagnera pas plus après, le miasme restant relativement aussi abondant. 2° Voici qui est plus sérieux : le sang, le tonique normal de l'économie, c'est par sa quantité comme par sa qualité; or si, aux inconvénients de l'altération préexistante de la qualité, on joint ceux de la diminution de la quantité, il est clair que l'on enchérit sur les effets de la cause morbide, et que, en dépouillant l'organisme de ses moyens de lutte, on le livre tout entier à cette cause. 3° Il se présente enfin une considération plus grave encore concernant les causes fermentescibles, telle que paraît et doit être le miasme paludéen : c'est que, en même temps que ces causes s'opposent, par la provocation d'un fait morbide, à la reproduction du sang qui a été soustrait, elles se reproduisent elles-mêmes dans l'organisme par l'effet de leur fermentation. Oh ! alors, plus que jamais les saignées sont contre-indiquées, quant à la cause, quant à l'essence et quant aux probabilités de récidives des fièvres intermittentes.

Ce n'est pas à dire, on le voit bien, qu'il faille les proscrire d'une manière absolue dans le traitement de ces maladies; certains graves accidents de réaction peuvent, en effet, impérieusement les réclamer, alors même qu'elles aggravent la cause du mal. Mais si j'ai pour but unique, dans ce mémoire, le meilleur traitement préventif des récidives de fièvres intermittentes, il est clair que j'y dois signaler les pratiques usitées dans un autre but qui contrarient celui-là, que j'y dois dès lors, à leur égard, recommander la plus grande réserve, et qu'il est enfin nécessaire d'y diriger les vues vers des moyens médicateurs souvent plus efficaces et toujours moins dangereux, tels qu'il en existe réellement, ainsi qu'on va bientôt le voir.

Après les saignées on opposera, je le sais, d'énormes doses du remède spécifique, non-seulement au fait morbide, mais encore aux effets débilitants de la soustraction du sang, et ainsi on soutiendra artificiellement un organisme privé d'une partie de ses éléments naturels de tonicité; mais au moins faudrait-il que cet organisme ne tendît pas sans cesse à éliminer son excitant artificiel et trouvât en celui-ci toutes les autres qualités de l'excitant naturel. Ce sont là des conditions qui manquent dans la médication dite spécifique; mieux valait donc conserver en entier l'excitant naturel, mais alors d'une autre manière modérer ses mouvements impétueux, et surtout d'une autre manière l'épurer; voici par quels procédés.

Il existe, dans l'arsenal thérapeutique, des moyens précieux qui ont les propriétés : 1° d'activer les actes sécrétoires qui s'opèrent à la surface interne du tube digestif; 2° d'évacuer ce tube et de le délivrer ainsi des produits de ces sécrétions et de tous ceux morbides et non morbides qui l'envahissent ordinairement pendant les fièvres intermittentes; 3° d'en préparer les parois à l'absorption des médicaments antipériodiques; 4° de diminuer la masse du sang, sans lui ôter ses éléments les plus toniques, c'est-à-dire en ne lui soustrayant que sa partie séreuse; 5° d'éliminer par conséquent, avec cette partie séreuse, les agents délétères, tels que les miasmes qui peuvent y être suspendus pendant les fièvres intermittentes; 6° de dériver le sang de certains organes, tels que les organes congestionnés pendant les réactions des fièvres intermittentes, et tels que ceux qui sont habituellement engorgés pendant le cours de ces maladies, comme le foie, la rate, etc.; 7° de comprendre, dans cette dérivation et dans l'élimination subséquente, celle des agents septiques, tels que les miasmes, qui peuvent, pendant les fièvres intermitentes, être renfermés dans ces derniers organes et y poursuivre et y étendre leur mouvement de fermentation; 8° de provoquer dans l'organisme des secousses favorables à des mouvements critiques; 9° enfin d'atténuer les réactions fébriles. Ces moyens sont les *vomitifs*, les *purgatifs* et les *laxatifs* que toutes les écoles anciennes ont préconisés dans le traitement des fièvres intermittentes, que les théories exclusives de Broussais en avaient brusquement écartés et qu'une sage réaction y ramène aujourd'hui par degrés.

Eh bien ! il est visible que ces moyens, non-seulement peuvent d'ordinaire, dans le traitement de ces maladies, et je dirai plus, de leurs réactions, remplacer les émissions sanguines, et, comme on vient de le voir, les remplacer sans leurs inconvénients et avec de plus grands avantages, mais encore être toujours d'excellents antagonistes de la cause ordinaire de ces maladies. Donnés contre les réactions, ce seront des dérivatifs et des déplétifs puissants, tout en conservant cependant au sang ses éléments toniques; donnés contre l'essence de la maladie, non-seulement ils élimine-

(1) EXPOSÉ DES CONDITIONS D'HYGIÈNE ET DE TRAITEMENT PROPRES A PRÉVENIR LES MALADIES ET A DIMINUER LA MORTALITÉ DANS L'ARMÉE EN AFRIQUE. Paris, 1838, p. 72.

Or comme, dans le moral humain, les sensations, les instincts, les besoins, les penchants, les sentiments, les passions, etc., changent avec les âges, les sexes, les climats, les saisons, les modes d'alimentation, les maladies et même les heures de la journée; comme ils sont tous soumis aux lois de la progression décroissante, il s'ensuit que ces phénomènes moraux sont des produits de la force vitale. Mais les phénomènes intellectuels proprement dits, la conscience, l'attention, la mémoire volontaire, le jugement, la comparaison, la volonté, etc., ne doivent pas dériver de cette même force, car on peut rassembler une foule de probabilités en faveur de leur *insénescence*. Sophocle fit des tragédies jusqu'à l'âge le plus avancé. Platon écrivait encore à 81 ans, Socrate à 94, Géorgias, le Leontio, à 107. Malgré leur vieillesse extrême, les Fabius Maximus, les Paul-Émile, les Fabricius, les Curius, les Appius n'avaient rien perdu de leur aptitude pour les affaires politiques.

Dans les Lois de Platon, par exemple, qui sont l'œuvre de sa vieillesse, vous ne trouvez pas la vigueur et la fécondité d'imagination qui brillent dans la plupart de ses autres dialogues, et notamment dans sa RÉPUBLIQUE, car la réminiscence et l'imagination, produits de la force vitale, sont susceptibles de décliner ou de s'amoindrir; mais en revanche on y rencontre des vues plus solides, des réflexions plus exactes, en un mot plus de jugement et plus de bon sens. Dans la vieillesse, la décadence est du fait de la force vitale, et non pas de celui du sens intime. Si chez beaucoup d'individus, le talent semble décliner avec les organes, cette sorte d'impuissance est plus apparente que réelle. Elle tient à ce que le vieillard est désabusé de tout, à ce qu'il sait que dans ce monde le but à atteindre ne vaut pas la peine qu'on se donne pour l'obtenir. Otez à la jeunesse les illusions : l'amour, l'ambition, le désir de la gloire, etc., et tout aussitôt vous la réduisez à l'impuissance morale. Chez un artiste, chez un poëte, le talent s'affaiblit avec le progrès de l'âge, parce que les arts et la poésie sont fils de l'imagination et des passions ; mais il n'en est pas de même du talent de l'homme d'État, du philosophe, du savant, dont tout le génie réside dans le bon sens, la justesse du coup d'œil, la prévision, la pratique des hommes et l'expérience des choses. Les législateurs et les sages de tous les peuples sont presque toujours des vieillards.

Rien n'est plus faux que cette autre proposition des matérialistes : Parmi les facultés intellectuelles, celles qui se manifestent les premières s'affaiblissent avant celles qui n'ont acquis toute leur énergie que dans un âge plus avancé. Chronologiquement parlant, l'imagination est postérieure au sentiment de l'identité personnelle, et cependant jusqu'à la vieillesse la plus extrême, sauf le cas de démence sénile, ce sentiment se conserve dans son intégrité. A toutes les époques de l'existence, on sait qu'on est le même homme avec des goûts très-mobiles, on sait qu'on peut commander de la même manière aux organes locomoteurs, ce qui ne veut pas dire que ceux-ci obéissent toujours aux ordres de la volonté.

Or si le sentiment de l'identité personnelle ne vieillit pas durant la vie, il n'est donc point impossible qu'il se perpétue après la mort. L'âme, malgré l'état latent où elle se trouve dans certaines conditions normales ou maladives, est tellement *insénescible* que la plupart des aliénés recouvrent leur raison au moment de rendre le dernier soupir, et que beaucoup d'individus sains d'esprit montrent aux approches de la mort une solidité de jugement, une lucidité et

ront de l'économie ces saburres gastro-intestinales qui, selon les anciens anteurs et quelques modernes, sont elles-mêmes des causes de retour d'accès, en même temps qu'elles sont des embarras évidents pour l'absorption des médicaments antipériodiqnes, mais ils en élimineront encore nne partie des agents délétères qne peut suspendre le sérum dn sang, soit dans le système vascnlaire général, soit dans certains organes engorgés, et ils seront ainsi, pour l'organisme infecté, d'excellents épurateurs.

On le voit donc, si les évacnants dn tube digestif penvent sonvent obvier aux accidents fébriles et congestifs des réactions propres aux accès, ils penvent encore efficacement combattre l'essence de la maladie, et par conséqnent retarder ou empêcher les récidives. — *Quæ in morbis pnst crisin relinquuntur recidivas facere solent*, disait Hippocrate. — *Sublato morbn*, disait Sydenham, *incredibile dictu quanta morborum vis, expurgationis defecto, pnst febris subnascatur.* — *Prætermisso emetico*, écrivait Senac, *rebelles fiunt febres et diuturnæ,....., et tantus est hujus magmatis fomes, ut una vice vomere multis satis non sit.* — *Cortex interdum parum efficax.....*, disait Heberden, *sumpto autem emetico, febris nnn raro cedit.*

Quand il s'est agi de confirmer l'excellence de ces préceptes dans leur application aux fièvres intermittentes de l'Algérie, et de protester dans cette contrée contre la proscription qui les avait atteints, c'est M. Worms qni a parlé le premier : « Je snpprimai la saignée....., dit-il; les accidents fnnestes devinrent plus rares, les convalescences un peu plus durables. Mais je rencontrai encore des fièvres d'accès rebelles, qne, même avec de fortes doses de snlfate de quinine, je parvenais seulement à affaiblir, mais pas à guérir radicalement..... J'administrai l'émétique, et immédiatement après une potion de snlfate de quinine; dès ce moment s'ouvrit pour moi par cette pratique une série de succès qui n'ont fait que prendre de l'accroissement (1). Bien convaincn que, par un évacuant, il s'adressait à la cause morbide, M. Worms le prescrivit ponr tous les cas, au moment où l'effervescence de la réaction fébrile tendait à diminuer.

Après le témoignage de M. Worms, vint celui de M. Boudin. M Boudin, quoique ayant fait particulièrement ressortir (2) les préceptes d'Hippocrate, de Sydenham, de Senac et d'Heberden, que j'ai cités plus haut, ne fut pas anssi absolu que M. Worms en faveur de l'émétique; il ne le fut pas alors comme il l'est devenu depuis, car nous le voyons aujourd'hui faire toujours précéder le traitement antipériodique (arsenical) de l'administration d'un vomitif (3). Mais il prescrivit au moins l'émétique pour tous les cas où se présentaient des caractères bilieux. « Négliger cette médication auxiliaire, dit-il à l'occasion de ces cas, ce serait non-seulement diminuer et parfois annihiler l'action du spécifique, mais encore ce serait laisser le malade, même guéri de la fièvre avec un embarras gastrique, obstacle puissant à une bonne convalescence et source d'interminables rechutes. »

Ainsi, chez les auteurs ancieos comme chez les auteurs modernes qui en ont fait une large expérimentation, le fait est reconnu : l'emploi des évacuants, toujours associé, bien entendu, aux antipériodiques, oppose un certain obstacle aux récidives. Pouvait-il en être autrement si, comme il est encore avéré, les évacoants, administrés seuls, suffisent souvent pour

(1) Ouvrages cités, p. 73 et 74.
(2) TRAITÉ DES FIÈVRES INTERMITT., RÉMITT. ET CONTIN. Paris, 1842, p. 322.
(3) DES PRÉPARAT. ARSENIC. DANS LES FIÈVRES INTERMITT; mémoire lu devant l'Académie de médecine, séance dn 28 août 1849.

arrêter les accès de fièvre, et savent toujours, pour le moins, en modérer l'intensité?

Mais la considération de ces deux faits nnus mène, on le sent bien, à l'indnction d'nne vérité plns générale : c'est que les évacuants exerçent nne certaine action (nne action éliminatrice sans donte) sur la canse morbide elle-même. Eh bien! s'il en est ainsi, on est en droit de se demander si nn simple vomitif, donné nne senle fois an débnt dn traitement, comme le font qnelqnes médecins, est suffisant, quelqne bien associé qu'il soit aux moyens antipériodiqnes, pour le but que l'on se propose. L'expérience répond que non; car on n'observe encore que trop de rechutes après la pratiqne en qnestion. Alors donc, je le demande, pnnrqnoi ne pas faire en Algérie ce qne faisaient en Enrope Huxam (1), Fr. Hoffmann (2), Mead (3), Lancisi (4), Pringle (5), Colombier (6), etc., et ce que fait encore l'École de Montpellier, à savoir répéter, et, selon les cas, varier les évacnants? On insiste pour démontrer l'efficacité d'nn évacuant; on sait qne son association aux antipériodiques n'est pas cependant tonjours suivie d'nu succès absoln, et l'on ne conseille pas d'y revenir, et, selon certains cas, d'en modifier la natnre! Ponr mon compte, je n'ai cessé, dans les trois dernières années de mon séjour en Afrique, d'user de cette pratique, donnant tantôt des vomitifs et tantôt des purgatifs on des laxatifs, et j'ai toujours eu lieu de remarquer qne plus j'en administrais, ce que je faisais jusqu'à concurrence de trois on qnatre pendant le conrs d'un traitement, y compris le traitement des convalescents, moins sonvent et moins vite se reproduisait la maladie.

Je le sais, l'on a dit que l'on ne donnait le vomitif qn'en vue des saburres, et qne ces sabnrres sont des causes de fièvres on de rechutes de fièvres que l'emploi d'un uuiqne évacuant suffit pour éliminer; mais où est-il donc prouvé que les évacuants ne guérissent les maladies à saburres qu'en éliminant celles-ci? N'y a-t-il donc plus rien à éliminer an delà des saburres? N'y a-t-il pas les nouveaux produits de la sécrétion qne l'on provoque, par conséquent les éléments dn sang qui vont constitner ces produits, et par conséquent enfin, avec ces éléments, les agents délétères qui paraissent être la cause principale de la maladie? Et, du reste, pourquoi ne s'attaquer qu'aux saburres gastriques en n'employant que la médication vomitive, et négliger les saburres intestinales en s'abstenant des purgatifs et des laxatifs?

On a bien dit encore que, quoique les purgatifs et les laxatifs puissent souvent à eux seuls gnérir certains accès de fièvre et modérer les autres, ils peuvent cependant, dans quelques cas, provoquer l'état algide, on, qnand il existe déjà, l'augmenter. Certes je ne prétends pas plus étendre la médication purgative à toutes les circonstances des cas donnés de fièvres intermittentes que je ne prétends proscrire la saignée pour tous les cas de ces maladies; mais je dis cette médication utile pour la généralité des cas en activité, si l'on sait s'en abstenir dans certaines circonstances, et puis, quand on l'emploie, toujours se précautionner contre ses inconvénients connus. Ainsi, s'il est vrai que les pnrgatifs qui peuvent à enx seuls guérir

(1) ESSAI SUR FIÈVRES, trad. franç. Paris, 1755, p. 33.
(2) TRAITE NES FIÈVRES, trad. franç. d'Eidous. Paris, 1746, t. I, p. 42.
(3) MONIT. et PRÆCEPT. MEDIC., cap. 1, sect. VIII.
(4) DE NOX. PALLUD. EFFLUV., lib. II, épid. 4, sect. XXVI, et Traversar, EPIST. AD LANCIS, *ibid.*, épid. 4, cap. 8, sect. 21.
(5) OBSERV. SUR LES MAL. DES ARMÉES, trad. franç. Paris, 1755, t. I, p. 320.
(6) CODE DE MÉDEC. MILIT. Paris, 1772, t. III, p. 90, 131.

---

une pénétration d'intelligence dont antérieurement ils n'avaient jamais fourni de preuves.

Ce n'est pas seulement au point de vue de l'organologie que le système de Gall est erroné; il pèche encore dans sa partie purement psychologique.

Et d'abord, à tout moment, les phrénologues se contredisent et font double emploi dans leur analyse et leur classification des facultés. Ils avancent que les facultés intellectuelles ne sont que des attributs généraux de chaque organe cérébral en exercice; que la perception, la mémoire, l'imagination, la comparaison sont des modes purement abstraits, sans aucune existence spécifique, et à côté de cela ils établissent nn organe de l'individualité, ayant pour but de connaître les objets extérieurs et de les distinguer de soi-même; un organe des localités ou de la mémoire des lieux, un organe de l'idéalité ou de l'instinct poétique, un organe de la comparaison, etc., etc.

L'analyse et la classification de la volonté sont anssi fort défectueuses dans le systèmes des phrénologues. « La volonté, dit M. Vimont, est le résultat de la réaction des facultés réflectives et des sentiments supérieurs sur les facultés animales (TRAITÉ DE PHRÉNOLOGIE, t. II, p. 634). Les facultés réflectives sont, d'après les phrénologues, les organes de la comparaison et de la causalité, et les sentiments supérieurs sont régis par les organes de la vénération et de la justice. Mais rien de tout cela ne constitne la volonté. Être libre, c'est commander arbitrairement soit aux opérations de son esprit, soit à ses organes locomoteurs. Or les analogies et les similitudes arrivent en foule à tel qui les évite, et échappent au contraire à celui qui les cherche. Quant aux sentiments de la vénération et de la justice, vénérer n'est pas vonloir, et l'on pent avoir le sentiment de la justice, sans avoir la volonté d'être juste. Pour mouvoir mon bras, par exemple, je n'ai pas besoin de l'empire des facultés reflectives et des sentiments supérieurs snr les facnltés animales. La volonté est, on le conçoit, un élément psychiqne fort embarrassant pour les physiologistes matérialistes, car comment pourrait-elle être contenue dans nn organe sans en dépendre, et comment en dependrait-elle en restant libre?

En anthropologie, on est spiritualiste de diverses manières. Avec Descartes et Willis, on peut rattacher certaines facultés psychiqnes à l'organisation, comme l'effet à sa cause; avec Barthez et M. Lordat, on pent ne pas admettre qne ces mêmes facultés dérivent immédiatement et nécessairement de l'agrégat matériel.

Les spiritualistes doivent éviter un écueil, celui qni consiste à agrandir outre mesure le domaine de l'ame pensante. Au dix-huitieme siecle, Stahl tomba le premier dans cet excès, et de nos jours le plus célèbre représentant de la physiologie de l'école de Montpellier n'en est pas lui-même tont à fait exempt. En effet, selon le professeur Lordat, l'imagination serait une facnlté du sens intime; il y a même plus : la passion ne serait pas un attribut exclusif de la force vitale; l'âme pensante contribuerait autant que celle-ci à la produire (1).

Que nos propensions soient nobles ou grossières, qu'elles appartiennent à la

(1) Voyez disconrs d'onverture du cours de physiologie pour l'année 1850 et 1851 (dans la GAZETTE MÉDICALE DE MONTPELLIER, nº 10 — 15 janvier 1851, p. 153).

des accès, et qui dès lors exercent une action incontestable sur les causes intimes des fièvres, provoquent pourtant, pendant l'acte éliminateur auquel ils donnent lieu, une débilité et même une perte de caloricité très-passagère, il est clair : 1° que l'on doit éviter leur emploi quand dominent des symptômes de prostration et d'algidité; 2° que l'on doit être très-circonspect à leur égard quand se présentent certaines conditions de faiblesse dépendant de l'âge, de la constitution, des maladies antérieures, etc.; 3° que l'on doit enfin avoir besoin, toutes les fois qu'on les emploie, de faire précéder et suivre leur administration de celle d'une certaine dose de sulfate de quinine. J'ai mis en usage cette pratique chez plus de dix mille malades actuellement atteints de fièvres intermittentes, et je n'ai jamais eu qu'à m'en louer. On verra bientôt que je l'ai encore employée dans les convalescences de ces fièvres, et que, grâce à elle, les inconvénients que l'on a aussi, dans ces circonstances, reprochés aux purgatifs, ne se sont jamais présentés.

On le voit, en recommandant la plus grande réserve à l'égard des déplétions sanguines, et en insistant, au contraire, sur l'emploi des évacuants de tous genres, je reste sur le terrain de la médecine étiologique, sur le seul terrain qu'il y a à garder dans un travail ayant trait au traitement préventif des rechutes des fièvres intermittentes. On voit dès lors combien je suis loin de me rendre à ces préceptes banals de la médecine symptomatique, qui consistent à n'opposer les évacuants du tube digestif qu'aux fièvres intermittentes à symptômes dits *bilieux*, et à n'opposer les émissions sanguines qu'aux fièvres intermittentes à symptômes dits *inflammatoires*. C'est surtout contre les fièvres intermittentes de l'Algérie qu'une doctrine ainsi formulée me semble incomplète et dangereuse : incomplète sous le rapport de l'application trop bornée des évacuations gastro-intestinales, dans une contrée où l'intoxication miasmatique est extrêmement profonde, et où les phénomènes bilieux sont si fréquents que leur absence ne saurait y impliquer celle du génie bilieux; dangereuse sous le rapport de l'application trop étendue des déplétions sanguines, qui, presque toujours prescrites contre de faux symptômes inflammatoires, sont de plus, je le répète, essentiellement contre-indiquées contre le fond même de la maladie.

Les fièvres intermittentes de l'Algérie sont, du reste, je viens de le faire entendre, des maladies essentiellement bilieuses. M. Boudin dit y avoir rencontré les phénomènes bilieux dans les sept dixièmes des cas. Ce serait déjà là, ce me semble, une assez belle proportion pour constituer à l'ensemble de leurs cas le génie bilieux, et par conséquent l'indication générale de la médication évacuante; mais je ferai observer que M. Boudin ne parle des cas de ces fièvres qu'en tant qu'ils ont été soumis à son observation; or si notre honorable confrère s'était en idée reporté au début de chaque cas, il n'aurait pas hésité à affirmer que toutes les fièvres intermittentes de l'Algérie sont bilieuses. Pour moi, du moins, je ne les ai jamais vues à leur début sans symptômes bilieux, c'est-à-dire sans symptômes quelconques du côté de l'appareil digestif. Eh bien! s'il en est ainsi, raison de plus pour insister sur les évacuations du tube intestinal et pour redouter l'emploi des émissions sanguines. « J'ai remarqué, dit Stoll, que la saignée soulageait dans les maladies bilieuses, mais momentanément, et que le mal devenait bientôt après plus pressant (1). » S'il est une remarque que le praticien de l'Algérie ne doive jamais perdre de vue, c'est celle-là.

(1) Stoll, MÉDECINE PRATIQUE, édit. de l'ENCYCL. DES SCIENCES MÉDIC., p. 17. Paris, 1837.

Reste pourtant la question de ces accès pernicieux où d'énormes congestions sur des organes essentiels, tels, par exemple, que l'encéphale, menacent la vie du malade, où souvent celui-ci sans connaissance ne peut avaler un remède et où pourtant le pouls présente de la dureté et de la plénitude. Oh! alors, une déplétion sanguine pourra être utile et sauver le malade. Mais ici plus qu'ailleurs, ce sera le cas, je ne saurais trop le répéter, de ne pas perdre de vue la nature de la cause, de se bien persuader qu'on va l'aggraver par la saignée et qu'on va dès lors augmenter les chances de retour d'accès, de modérer par conséquent l'émission sanguine et de réparer aussitôt que possible ses effets fâcheux par de fortes doses du tonique spécifique, l'emploi des évacuants du tube digestif, etc., etc.

Je viens d'exposer et de discuter la conduite à tenir pendant le traitement des accès actuels, pour avoir, une fois ceux-ci arrêtés, le moins de récidives à redouter : je la résume en quelques mots : *Prendre pour pivot de médication le quinquina, ou plutôt le sulfate de quinine; s'abstenir des déplétions sanguines, comme de tout autre genre de moyens sédatifs pour l'appareil sanguin; enfin user largement des moyens éliminateurs, et notamment des évacuants du tube digestif.*

Mais, il faut bien le dire, là ne peut se borner le traitement des fièvres intermittentes un tant soit peu sérieuses, et surtout de celles du nord de l'Afrique. Soit que l'agent miasmatique, qui paraît en grande partie provoquer ces fièvres, ne puisse être éliminé en entier par les évacuants, soit que ses effets antitoniques ne puissent être complétement combattus par le tonique spécifique, soit enfin que lui-même, considéré comme corps septique, ne puisse être complétement atteint par celui-ci considéré comme corps antiseptique, et qu'alors, incomplétement éliminé et imparfaitement annihilé, cet agent puisse, en qualité de corps fermentescible, s'élaborer et se multiplier dans l'économie, et notamment dans les organes qui s'engorgent habituellement pendant les fièvres intermittentes; toujours est-il que la conduite à tenir pendant les accès actuels, telle que je l'ai indiquée plus haut, quoiqu'elle retarde, quoiqu'elle rende moins graves et moins nombreuses les récidives, est encore insuffisante à les prévenir d'une manière radicale. Que faire dès lors? une chose fort simple et encore indiquée dans les anciens auteurs : *Continuer pendant quelque temps l'emploi des moyens exposés.*

On est vraiment étonné, en raison de la simplicité de cette méthode, qu'il faille l'appuyer de quelque argument; mais, il faut le dire, même bornée à l'emploi pur et simple du quinquina ou du sulfate de quinine, elle a été repoussée et considérée comme inutile par quelques médecins de l'Algérie dont il sera question plus tard. Le fait est grave, et on l'a motivé sur ce que l'emploi longtemps continué du spécifique usait son efficacité pour prévenir les rechutes. Certes Torti, Sydenham, Werloff, Van Swieten, Pringle, Cullen, M. Bretonneau, M. Nepple et tant d'autres, en prescrivant pendant quelque temps le quinquina après la cessation des accès, savaient cela; mais alors que faisaient-ils? ils obviaient à cet inconvénient par un procédé des plus simples encore. Ils ne revenaient au quinquina et à certains moyens évacuants que d'une manière intermittente, et cette pratique était d'autant plus sûre que l'on pouvait, sans le moindre inconvénient, la prolonger aussi longtemps qu'on le voulait.

Exposer cette méthode, c'est démontrer sa haute valeur; car il ne viendra jamais à l'esprit de personne de prétendre que les moyens qui arrêtent le second et le troisième accès d'une rechute, n'auraient pas eu la propriété d'en arrêter le premier s'ils avaient été appliqués à temps.

---

vie sentimentale ou à la vie nutritive, qu'elles se nomment amitié, amour de la gloire, ambition, etc., ou bien besoin de la faim, besoin de la soif, appétit génésique, peu importe, il n'en est pas moins vrai que tout ce qui, dans le moral de l'homme, varie avec les âges, les sexes, les tempéraments, les climats, les saisons, les maladies, et une foule d'autres circonstances toutes physiques, tombe par cela même sous le coup des lois de la force vitale. « Quoi! dit M. Lordat, un instinct humain n'est-il pas compliqué d'éléments que la nature vivante ne présente jamais dans les animaux? Dans l'humanité, l'amour sexuel emporte tout ce qu'il y a de plus grand et de plus redoutable; la tendresse, le dévouement, la vertu, l'héroïsme, peuvent aller jusqu'au sublime, et le crime jusqu'à l'atrocité : trouvez-vous de pareilles passions dans les bêtes? Vous voulez que l'amour passionné de l'homme soit comparé au rut du dromadaire!...... Vous voulez sincèrement faire le parallèle de ce dernier instinct avec les amours de Tarquin, de don Juan, de Lovelace? » Mais de ce que chez l'homme le dynamisme est double, de ce que le sens intime se surajoute et se mêle à la force vitale, de ce que la pensée éclaire le champ des phénomènes vitaux, de ce qu'elle les réfléchit en soi, les modifie et les agrandit, il ne s'ensuit pas logiquement que les propensions qui le portent à agir diffèrent par leur nature des propensions qui dirigent les brutes. De ce que les animaux n'ont point toutes les passions de l'homme, il ne résulte pas non plus que les sentiments qui leur manquent soient par cela même des attributs de l'âme pensante. D'ailleurs, M. Lordat avance une assertion fort contestable en disant que les brutes ne sont susceptibles d'aucun sentiment de tendresse, de dévouement, d'abnégation. Quel nom donnera-t-il à l'amitié du chien qui se laisse mourir de faim sur la tombe de son maître?

Il n'est point absurde, il est même très-rationnel d'admettre que tous les produits de la force vitale sont sous l'influence directe et nécessaire de l'organisation, que les sensations, la réminiscence, les facultés affectives, les passions, l'imagination sont les résultats d'un principe tout matériel. Descartes, par exemple, se garde bien de confondre les sentiments avec les facultés de l'âme pensante; car dans sa définition des passions, il n'oublie pas le commentaire que voici : « J'ajoute qu'elles (les passions) sont causées, entretenues et fortifiées par quelque mouvement des esprits animaux, afin de les distinguer de nos volontés, qu'on peut nommer des émotions de l'âme qui se rapportent à elle, mais qui sont causées par elle-même. »

On découvrira peut-être un jour dans les hémisphères cérébraux le siége des plus hauts produits de la force vitale. Mais, jusqu'à présent du moins, il est plus sage d'être spiritualiste à la façon de l'école de Montpellier, c'est-à-dire de ne rien préjuger sur la nature et le siége de cette force.

Quant aux produits du *sens intime*, ils sont supérieurs à l'organisme. Quoique les lobes cérébraux de l'homme servent d'instruments à l'âme pensante, rien ne prouve qu'ils renferment en eux sa raison suffisante. Si la conscience et la volonté, partant l'attention, la mémoire volontaire, la comparaison, le jugement, etc., tenaient dans les lobes cérébraux à des conditions exclusivement matérielles, on ne remarquerait point de si énormes différences entre les facultés de l'homme et celles de certains mammifères qui s'en rapprochent beaucoup pour la perfection de ces instruments. Une grande analogie organique devrait impliquer une grande analogie fonctionnelle. Dans les lobes cérébraux de l'éléphant et du singe, il existe, d'après les recherches de M. Leu-

Certes, loin de moi d'affirmer son efficacité absolue; car j'ai vu quelquefois des rechutes le jour même où, après quatre ou cinq jours de repos, les malades venaient de reprendre du sulfate de quinine; mais ce que j'ai pu positivement constater, c'est que, sonmettant à cette pratique, en Afrique, la plupart de mes malades, pendant vingt ou trente jours après la cessation des accès, je n'ai vu, terme moyen, que 6 cas de rechutes à l'hôpital pour 100 cas de fièvres intermittentes; au lieu que lorsque, au début de ma pratique en Afrique, il m'est arrivé, m'en rapportant à l'état récent et bénin de certaines de ces fièvres, de ne les traiter, après la cessation des accès, que par des moyens hygiéniques, j'ai observé l'énorme proportion de 87 rechutes pour 100 cas.

Parmi les moyens adjuvants à associer au sulfate de quinine pendant les convalescences, ce sont surtout ceux qui avaient montré le plus d'efficacité contre les accès qu'ai, bien entendu, employés: tels sont les évacuants du tube digestif. Je ne me suis point arrêté à cette considération, mise en avant par quelques auteurs, que, parmi ces évacuants, les purgatifs et les laxatifs peuvent quelquefois, étant administrés seuls, provoquer des récidives; je me suis uniquement rappelé qu'ils savent souvent par eux-mêmes triompher des accès; que, si on les associe au sulfate de quinine, ils en favorisent toujours l'action, et qu'enfin, après avoir provoqué pendant les phénomènes de purgation des faiblesses très passagères, ils ramènent promptement les forces. Alors j'ai suivi les conseils de Sydenham (1), de Colombier (2) et autres: je les ai employés une ou deux fois pendant les convalescences, mais toujours en prenant une précaution qui ne m'a jamais fait défaut, et qui a consisté à donner le sulfate de quinine d'abord la veille, puis quelques heures après, et enfin le lendemain de la purgation. Cette pratique a eu dans mes salles, à Blidah et à Tenès, plusieurs milliers d'applications; elle a été autrement dit généralisée, et, je le répète, loin de ramener immédiatement les accès, ce que je ne lui ai *jamais* vu faire, elle m'a toujours paru du plus puissant secours pour empêcher, dans un avenir plus éloigné, la production des rechutes.

Je résume l'exposé que je viens de faire des principes généraux du traitement préventif des rechutes des fièvres intermittentes de l'Algérie: 1° *Avant la cessation des accès, s'abstenir autant que possible des déplétions sanguines, et en général de tout ce qui tend à l'asthénie de l'appareil sanguin; prendre pour pivot de traitement la médication antipériodique tonique, et lui associer, comme moyen adjuvant, la médication par les évacuants hypercriniques, et notamment par les évacuants du tube digestif.* 2° *Après les accès, continuer pendant plusieurs jours l'emploi des antipériodiques; l'interrompre à divers intervalles, et de temps en temps lui associer de nouveau la médication évacuante.*

Telles sont, selon moi, les bases les plus sûres de traitement pour venir à bout des fièvres intermittentes de l'Algérie. Que, nonobstant leur exacte application, un observe encore des rechutes, on peut du moins être certain que, à moins d'une nouvelle intoxication que les circonstances pourront rendre évidente, elles n'auront jamais de caractère pernicieux, et que, poursuivies de la même manière, elles ne tarderont pas à s'arrêter complètement.

(1) MÉDECINE PRATIQUE, trad. de Jault. Paris, 1836, édit. de l'ENCYCLOP. DES SC. MÉD., p. 59.
(2) Ouvrage cité, p. 108.

J'ai bien aussi mis en usage, dans un grand nombre de convalescences, les martiaux, le vin de quinquina, les vésicatoires sur la région splénique, etc.; mais n'ayant dû employer ces moyens que dans des cas particuliers d'anémie, de grande débilité, d'engorgement opiniâtre de la rate, etc., je m'abstiens de les consigner ici, où je ne prétends faire ressortir que les bases d'un traitement général.

Il me reste à prendre appui sur ces bases pour tracer une réglementation méthodique et détaillée du traitement préventif des rechutes de fièvres intermittentes; mais comme j'ai été conduit aussi à cette réglementation et par les progrès successifs que j'ai vu faire à ce traitement en Algérie, et par l'urgente nécessité qu'il y a encore de les poursuivre, il me reste aussi à faire l'historique des diverses phases de ce traitement dans la nouvelle colonie.

(*La fin au prochain numéro.*)

CORRESPONDANCE MÉDICALE.

KYSTE DE L'OVAIRE GAUCHE; PÉRITONITES PURULENTES SUCCESSIVES; PERFORATIONS ABDOMINALES; GUÉRISON; observation communiquée par A. BEAUPOIL, D. M. P., membre des Sociétés médicales de Poitiers, Tours, etc.

Les perforations abdominales, suites de péritonites purulentes, ne sont pas fort rares; néanmoins nous croyons que l'observation suivante sera lue avec intérêt en raison de quelques circonstances particulières qu'elle présente.

OBS. — Mme L. P., 31 ans, taille moyenne, blonde assez piquante, bien réglée, a joui d'une bonne santé jusqu'à son mariage. Une première couche terminée par le forceps, avec déchirures du col de l'utérus et du périnée, deux fausses couches successives, enfin un dernier accouchement également terminé par le forceps, et suivi de métro-péritonite puerpérale, ont graduellement altéré sa santé.

Les deux petites filles résultant de ces accouchements laborieux, sont bien portantes et offrent aujourd'hui le teint frais, l'embonpoint et la physionomie intéressante des enfants légèrement lymphatiques.

Le 19 avril 1847, je suis appelé, pour la première fois, auprès de mad. L., chez laquelle je constate l'état suivant:

Teint blême, constitution affaiblie, appétit mauvais, rapports acides et maux d'estomac revenant de plus en plus souvent avec des spasmes hystériformes auxquels la malade est depuis longtemps sujette. Respiration naturelle hors le temps des spasmes; point de fièvre; selles à peu près normales; envies fréquentes d'uriner, parfois impossibles à satisfaire; urine brûlante.

Le ventre, habituellement gros, est très-développé et douloureux; la pression de l'hypogastre gauche arrache des cris; la palpation et la percussion font découvrir dans cette région une tumeur volumineuse, dure, rénitente, bosselée, s'allongeant vers la partie supérieure et interne par un prolongement en forme de corne, long de quatre centimètres environ.

La muqueuse vaginale est boursouflée dans toute son étendue, surtout en bas; le col de l'utérus paraît sain et peut être aisément circonscrit par le doigt, introduit dans le vagin, enfin la portion du corps de l'organe que l'on peut

ret, comme dans ceux de l'homme, des circonvolutions additionnelles ou de perfectionnement, au nombre de trois, qui ne se rencontrent chez aucun autre mammifère. Seulement l'homme les a un peu plus développées que le singe et l'éléphant. L'homme ayant progressé beaucoup dans sa marche à travers les siècles, ces deux mammifères auraient dû par conséquent progresser au moins un peu. Or il n'en est rien. Le singe et l'éléphant sont tels aujourd'hui qu'ils étaient du temps d'Aristote et de Pline. Près de deux mille ans ont passé sur leur espèce sans que, durant cet intervalle, ils aient appris les choses les plus simples et les plus naturelles, à se vêtir, à se construire des demeures, par exemple; tandis que l'espace de quelques années suffit à l'homme pour produire des milliers de découvertes.

Or, par cela même que l'intelligence humaine possède un principe de perfectibilité dont nous ne saurions assigner les bornes, elle doit survivre à la destruction des organes. Quoi! en tant qu'espèce, l'homme aurait le pouvoir illimité de parvenir peu à peu d'un degré de lumière à un autre plus élevé; il pourrait peut-être arriver un jour, après une série incalculable de siècles, il est vrai, à la perfection intérieure de ses facultés morales, et en tant qu'individu il serait périssable! Quoi! les plus anciennes générations n'eussent été soumises à tant de travaux et à tant de fatigues que pour en faire profiter celles qui les ont suivies; et les générations les plus reculées dans l'avenir auraient seules le privilége de prendre part à la félicité préparée avec les larmes et le sang de leurs devancières! Si cela était, il faudrait nier la sagesse et la justice de la Providence, qui éclatent si visiblement dans l'ordre admirable de la création.

Plus la physiologie se perfectionne, plus elle tend donc à démontrer la réalité du dualisme humain; plus elle isole l'homme *réflexe* ou *automate* de l'homme conscient de lui-même et libre de ses actes, plus elle assigne leurs droits mutuels, plus elle marque leurs limites respectives.

Dr MICHÉA.

— L'hôpital du Nord, bâti sur les terrains de Saint-Lazare, approche rapidement du terme de sa construction. Il doit être prêt pour l'installation des malades au mois d'avril 1852, époque à laquelle finit le bail que l'administration des hôpitaux a fait au prix de 36,000 fr. par an avec madame Ledru-Rollin pour les bâtiments de l'Hôtel-Dieu annexe. Le nouvel hôpital sera un des monuments les plus grandioses qui aient été ouverts aux misères humaines. Les frais de sa construction seuls montent à près de 8 millions, et l'on estime que la fondation de chaque lit aura coûté 15,500 fr.

— MUTATION DANS LE CORPS DES OFFICIERS DE SANTÉ MILITAIRES. — M. de Redenat, chirurgien aide-major commissionné au 8e lanciers, a été promu chirurgien aide-major de 2e classe au même régiment.

M. Benoist, chirurgien sous-aide au Gros-Caillou, a été désigné pour le Val-de-Grâce.

M. Coignet, chirurgien sous-aide à Versailles, a été désigné pour le Val-de-Grâce.

toucher semble légèrement développée. En soulevant l'utérus, on ne déplace pas sensiblement la tumeur, mais une douleur assez vive se fait sentir dans toute la portion gauche du bassin, ce qui nous engage à ne pas prolonger l'investigation.

Mad. L. a sevré son dernier enfant après quinze mois d'allaitement, et depuis lors les règles sont revenues quatre ou cinq fois, régulières, peu abondantes, pâles. L'époque de leur retour doit être prochain; je crois important d'en faciliter le flux, et j'ordonne à cet effet: bains de siége, injections émollientes, quatre sangsues aux grandes lèvres. Suspendre tout traitement antérieur (la malade prend, depuis le mois de mars, des pilules d'iodure de potassium et extrait de ciguë, sur l'avis de M. le docteur Tonnelé, de Tours).

Les règles viennent la nuit suivante, coulent pendant trois jours, et la malade se trouve un peu soulagée. (Émollients, repos, bains...)

Le 23, mad. L. éprouve un accès spasmodique très-violent.

Le 2 mai, elle mange un peu plus au soir qu'à sa coutume, et pendant la nuit elle est subitement prise d'une douleur intolérable dans le ventre avec éructations gazeuzes bruyantes, nausées et vomissements. A mon arrivée, je la trouve la figure décomposée, la respiration suffocante, le pouls à 135 pulsations par minute, petit et concentré!... Le ventre est énormément ballonné à droite, tympanique à la percussion et d'une sensibilité extrême; le côté gauche est toujours occupé par la tumeur qui a chassé le paquet intestinal à droite. Il n'y a point eu de frissons. (Faire trois frictions par jour avec Q. S. de la pommade suivante: extrait de belladone 8.00, pommade mercurielle simple 30.00, couvrir le ventre d'un cataplasme chaud, très-léger; eau de Seltz; orge miellée...)

La journée du 3 mai s'écoule plus favorablement que la nuit précédente, mais la soirée ramène un accès hystériforme. (Mélange de sirop diacode 15.00 et d'éther 30.00, à prendre par cuillerées.)

4 mai. La malade a dormi assez paisiblement; elle souffre bien moins du ventre, qui est toujours aussi volumineux et présente un commencement de fluctuation à sa partie déclive droite. Les vomissements n'ont pas reparu depuis le 3 au matin; les urines coulent assez facilement; plusieurs selles liquides.....

L'acuité des symptômes s'émousse les jours suivants, à part la douleur qui persiste aiguë dans toute la fosse iliaque droite, tandis que la fluctuation y augmente, et la peritonite passe à l'état chronique.

Les règles viennent le *cinq* mai, vers le soir, coulent pendant deux jours avec abondance et finissent par quelques caillots sanguins rendus de temps en temps. (Pendant ces derniers jours on a fait les frictions avec huile camphrée 90.00, et laudanum de Sydenham 4.00; on a administré quelques centigrammes calomel tous les matins; on a donné deux quarts de lavement à la tête de pavot, tous les jours; on a fait quelques injections émollientes; enfin on a permis un peu de bouillon...)

10 mai. Ces différents moyens n'ayant point calmé la douleur et l'épanchement abdominal ne se résorbant pas, je fais appliquer un large vésicatoire volant sur le côté droit du ventre.

12 mai. La nuit a été bonne, la malade ne souffre plus. Faiblesse, un peu d'appétit. (Rendre les bouillons féculents.)

15 mai. L'épanchement péritonéal diminue, le ventre est plus souple et à peine douloureux; la langue est rosée, humide, l'appétit augmente. (Continuer les révulsifs intestinaux, les lavements à la tête de pavot, les frictions,... et manger davantage.)

18 mai. Oppression, nausées, vomissements de matières filantes, âcres et brûlantes à la gorge. (Magnésie 1.00; suspendre tout autre traitement.)

20 mai. La magnésie a fait merveille, la malade est très-bien.

26 mai. La colique est revenue avec nausées et vomissements, agitation, fièvre, pouls à 130. Un point acuminé, très-sensible à la pression, s'est élevé à droite et un peu au-dessous du nombril. (Frictions avec le liniment, lavements à la tête de pavot.)

Un accès hystériforme qui vient, dans la soirée, s'ajouter à ces souffrances, est calmé par quelques cuillerées du mélange des sirops diacode et d'éther.

28 mai. La douleur a rapidement diminué d'acuité, et cette nouvelle péritonite a passé à l'état chronique comme la première. Fluctuation profonde, obtuse. (Frictions avec la pommade mercurielle et extrait de belladone, révulsifs intestinaux, bouillons...)

1er juin 1847. La malade se dit assez bien. Maigreur extrême, chaleur mordicante à la peau, pouls vif et plein, *appétit dévorant*, peu de soif, langue rouge pourpre, *digestions faciles*, évacuations alvines normales, coliques, surtout le soir.

Le point saillant situé au-dessous et à droite du nombril a augmenté de volume, il égale à peu près une moitié d'œuf et semble une portion de sphère plus petite enchâssée dans une plus grande, à la manière de la cornée par rapport à la sclérotique. La peau qui l'entoure est flasque et ridée, d'un teint mat, terreux. La fluctuation profonde et obtuse, perçue dans tout le ventre, retentit jusque dans la tumeur, qui paraît due à une éraillure des couches internes de la paroi abdominale, à travers laquelle les parties plus profondes viennent faire hernie.

Depuis quelques jours, la malade porte un bandage de corps et un sachet de son sur la tumeur; elle dit en être soulagée. (Trois cuillerées, chaque jour, vin de quinquina ou Malaga; mélange des sirops diacode et d'éther tous les soirs; laitage et régime analeptique.)

3 juin. La tumeur voisine de l'ombilic a encore augmenté de volume depuis ces derniers jours, elle est sonore à la percussion et se réduit un peu par le taxis avec beaucoup de douleur. Le reste du ventre est sensible par places, toujours volumineux. Fluctuation manifeste dans le côté gauche, où la douleur est fixée plus aiguë.

L'amaigrissement continue, les traits se tirent et la face est violacée par plaques; cependant l'appétit se soutient et le bon état de l'appareil digestif persiste.

La nuit a été très-mauvaise, troublée par le cauchemar et des rêvasseries sans fin. Abattement, anxiété, désespoir... Je tâche de parer à cette crise morale par des soins assidus, j'administre quelques cuillerées d'une potion calmante, j'applique moi-même un large vésicatoire sur le côté gauche du ventre, et je laisse la malade un peu plus calme.

4 juin Mad. L. a dormi d'un bon sommeil; la douleur du côté gauche a disparu, et la malade peut impunément se tourner dans son lit. Deux heures de sommeil, dans la soirée, lui procurent un calme bienfaisant.

5 juin. La nuit a été moins bonne que ne le faisait présager la soirée; le sommeil a été agité de rêves désordonnés, les douleurs sont revenues violentes et dureot encore. Figure marbrée de lignes violettes, faiblesse extrême, moins d'appétit, un peu de diarrhée. (Nourrir la malade, vin de quinquina et eau de Seltz.)

6 juin. La tumeur ombilicale est grosse comme le poing d'un adulte, elle se termine en pointe acuminée et paraît constituée par des téguments amincis, comme disséqués et distendus par des gaz qui menacent de la crever; aussi est-elle fort sonore à la percussion. Fluctuation sensible dans tout le côté gauche du ventre.

A une heure, la malade se lève pour voir passer la procession de la Fête-Dieu, se met à genoux, pousse un grand cri et tombe évanouie. A mon arrivée, la tumeur est ouverte et donne issue à une quantité énorme d'un pus verdâtre, floconneux, mal lié et d'une extrême fétidité. La peau du ventre est flasque, ridée, verdâtre, comme macérée et disséquée en plusieurs couches. (Bandage de corps, charpie et compresses imbibées d'une décoction concentrée de quinquina.)

7 juin. Le pus continue de couler séreux et puant, mêlé à des détritus de fausses membranes; l'ouverture par laquelle il s'échappe est entourée d'un bourrelet dur, très-rouge. La tumeur est totalement effacée et la peau du ventre paraît raffermie.

La malade a dormi tranquillement; elle se trouve bien et est persuadée que le fait de la perforation abdominale est pour elle d'un pronostic favorable.

Face violacée, cadavéreuse; faiblesse extrême, pouls filiforme, *appétit*, digestions et excrétions alvines normales. (Soins de propreté extrêmes, pansement souvent renouvelé avec la decoction de quinquina; éviter la pénétration de l'air dans la cavité purulente; vin de quinquina et eau de Seltz; satisfaire l'appétit.)

Au pansement de midi, la malade a cru retirer de l'ouverture un ver long de 15 centimètres à peu près et gros comme une plume à écrire; on n'a pas pu me le montrer. Je présume que le prétendu ver n'est qu'un détritus de fausse membrane, parce qu'il n'existe aucun signe rationnel d'une perforation intestinale communiquant avec le foyer suppurant. Toutefois je dois noter que la malade a rendu plusieurs lombrics dans les selles des jours passés.

8 juin. Le pus coule toujours en abondance; il produit une sensation de brûlure en traversant l'ouverture qui est plus enflammée qu'hier. Marasme effrayant, *faim dévorante*, peu de soif, langue plate, unie, luisante, rouge pourpre dans toute son étendue; assez bon sommeil, un peu de toux. (Accorder des aliments avec prudence; renouveler souvent les pansements.)

9 juin. Les pièces du pansement sont moins imbibées de suppuration; l'ouverture diminue de largeur et paraît moins enflammée. (Meche de charpie entre les lèvres de la plaie pour l'empêcher de se fermer, éviter avec soin l'introduction de l'air, continuer pour le reste *ut suprà*.)

11 juin. La malade se plaint depuis hier d'une colique sourde et d'une sensation de brûlure dans tout le ventre; la suppuration est devenue plus abondante.

12 juin. Encore quelques coliques, moins de suppuration. L'épiderme du ventre se lève par larges écailles et la peau a fort bon aspect au-dessous.

15 juin. L'appétit diminue.

18 juin. *Diarrhée* avec cuissons et ténesme à l'anus; fièvre, langue blanche, *inappétence*. (Cesser l'usage du lait cru, eau de riz, lavements émollients.)

Les jours suivants la diarrhée va en diminuant à mesure que l'appétit augmente; l'état général devient meilleur et la malade engraisse.

24 juin. État général excellent; la diarrhée a disparu et la malade mange de bon appétit. Le ventre est souple dans toute son étendue, indolore; la plaie, très-petite, est rose vermeille, elle donne toujours issue a une petite quantité de pus. On ne sent plus la tumeur de l'hypocondre gauche. (Empêcher la plaie de se fermer, car il existe toujours un léger travail de suppuration.)

5 juillet 1847. Depuis quelques jours l'appétit est moindre, les selles sont plus fréquentes, la suppuration a augmenté, et comme malgré ma recommandation expresse, la malade a laissé l'ouverture se fermer, il s'en est produit deux autres à côté pour donner issue à une assez grande quantité de pus séreux et infect. État général toujours assez satisfaisant. (Cataplasmes légers sur le ventre, décoction de quinquina, lavements simples.)

7 juillet. La suppuration est devenue sanguinolente et les douleurs ont augmenté dans le bas-ventre.

29 juillet. Les accidents se sont graduellement dissipés et la malade est très-bien; mais elle a encore laissé imprudemment fermer les plaies et il existe une élévation rouge acuminée qui va percer à son sommet et fournir passage à une nouvelle évacuation purulente.

15 août 1847. La suppuration peu abondante cette fois n'a duré que quelques jours, et la plaie s'est encore fermée.

L'état général est excellent; la malade a beaucoup pris d'embonpoint; elle vaque à ses occupations sans fatigue ni douleur. On ne peut plus trouver de trace de la tumeur ovarique, cause première de tous les accidents.

12 septembre. Au milieu de sa santé florissante, madame L... est tout à coup

prise de douleurs dans le ventre, de lourdeur dans les aines, de chaleur dans le bassin... Elle s'inquiète et se croit en proie à toutes les souffrances qu'elle a éprouvées déjà... Les règles apparaissent, et tous les accidents se dissipent comme par enchantement.

Depuis lors la menstruation, sur laquelle on ne comptait guère, est revenue régulière, faible et pâle d'abord, actuellement abondante, bien colorée, tout à fait normale, et madame L... que je vois souvent ne souffre jamais du ventre et se porte parfaitement bien.

Cette observation, curieuse à plusieurs égards, pourrait comporter de longues réflexions qu'il n'entre point dans notre intention de développer; nous nous bornerons aux quelques mots suivants :

Pendant toute la durée des accidents, il a été possible, je pourrais même dire facile, de suivre la marche anatomo-pathologique de la cause qui les a produits. En effet, l'examen du 19 avril fait découvrir un kyste de l'ovaire gauche, origine première de la péritonite qui débute subitement dans la nuit du 2 au 3 mai.

Cette péritonite accuse deux modes de production : 1° la compression mécanique et le refoulement du paquet intestinal par la tumeur; 2° une éraillure du tissu de celle-ci laissant échapper tout ou partie de son liquide dans la cavité péritonéale. La soudaineté des accidents tend à accorder le principal rôle au second mode en tant que cause déterminante.

Les mêmes causes doivent rendre raison, je pense, des recrudescences de la péritonite et des perforations successives de l'abdomen, perforations nécessaires pour évacuer le pus contenu dans sa cavité...

Il ne serait pas sans intérêt de rechercher si les couches malheureuses de madame L... ont eu quelque influence sur le développement du kyste de l'ovaire, ou plutôt si celui-ci n'aurait point été la cause des difficultés du travail. Le bassin bien conformé et le ventre toujours gros de celle dame (même avant son mariage) sont une présomption en faveur de l'existence de la tumeur antérieurement aux grossesses.

Je ne puis terminer sans signaler l'antagonisme curieux qui s'est manifesté pendant tout le cours de la maladie entre l'appétit et la diarrhée, antagonisme si constant que la diminution de l'un présageait toujours l'augmentation de l'autre et *vice versâ*. Enfin, je ne puis pas oublier surtout le résultat capital (1) de cette observation, la *voracité* de *l'appétit* dont la persistance me semble avoir été le salut de la malade en s'opposant à l'infection purulente, et par suite en lui permettant de vivre assez longtemps pour mener sa maladie à bonne fin, en dépit du marasme et de la souffrance.

REVUE DES JOURNAUX DE MÉDECINE.

JOURNAUX ANGLAIS.

(Suite et fin.)

III. DUBLIN MEDICAL PRESS.

Les numéros de janvier, février, mars, avril, mai et juin 1850 contiennent les travaux originaux suivants : 1° *Usage chirurgical de la gutta percha*; par M. Jacob. 2° *Identité ou non-identité de la fièvre typhoïde, du typhus fever et de la fièvre à rechute*; par M. W. Jenner. 3° *Cas de la pratique privée*; par M. Sunler. 4° *De l'emploi de l'huile de foie de morue dans la phthisie*; par M. Henson. 5° *Des tumeurs de l'œil et de l'orbite*; par M. Jacob. 6° *Deux cas d'obstruction intestinale par maladie de l'S iliaque, guérie par l'incision du colon dans la région lombaire gauche*; par MM. Field et Clarkson. 7° *Cas rare dans la pratique des accouchements*; par M. Aikin. (La femme ayant une large fistule recto-vaginale, l'accouchement se fit par le rectum. L'enfant était déjà mort.) 8° *Anévrisme poplité traité par la compression*; par M. Madden. 9° *Cas de concrétions intestinales*; par M. Sharp. 10° *Sur l'hydrocéphale*; par M. Batterby. 11° *Kyste séreux du front*; par M. Dendy. 12° *Cas de rétention d'urine par paralysie de la vessie*; par M. Lane. 13° *Hernie étranglée simulant une hydrocèle*; par M. Macdonnell. 14° *La syphilis primitive peut-elle exister chez une femme sans que celle-ci s'en aperçoive?* par M. Abbott. 15° *De l'action organique de la rate*; par M. Murray. 16° *Mortification complète des deux pieds par suite de l'exposition au froid*; par M. Bellingham. 17° *Des maladies graisseuses du cœur*; par M. Quain. 18° *Abcès périnéal où le pus se fit jour dans le scrotum*; par M. Rumley. 19° *Lésions anatomiques dans l'empoisonnement par l'arsenic, avec considérations médico-légales*; par M. Thom. Geoghegan. 20° *Sur la rupture de l'utérus*; par M. R. Long. 21° *Du degré auquel la respiration est entendue dans les maladies ordinaires de poitrine*; par M. Kennedy. 22° *Torticolis, division de l'origine sternale du muscle sterno-mastoïdien; guérison*; par M. Bellingham. 23° *Hypertrophie congénitale des doigts et des orteils*; par M. Battersby. 24° *Fracture de cuisse, réduction secondaire*; par M. Knox. 25° *Cas de bec-de-lièvre*; par M. Bellingham. 26° *De l'anévrisme du cœur*; par M. Tufnell. 27° *Cas mêlés et considérations relatives à la pratique de la médecine*; par M. Kirby. 28° *Maladie scrofuleuse; amputation de la cuisse; guérison*; par M. Knox. 29° *De l'hydrocèle de la tunique vaginale*; par le même.

(1) Capital au point de vue du résultat définitif, la guérison.

OBSERVATIONS D'OBSTRUCTION INTESTINALE COMPLÈTE PAR MALADIE DE L'S ILIAQUE ET DU RECTUM, GUÉRIE PAR L'INCISION DU COLON DANS LA RÉGION LOMBAIRE GAUCHE; par MM. FIELD et CLARKSON.

Les observations suivantes, lues à la Société royale de Londres, rappellent l'attention trop à propos et avec trop d'éclat sur une des conquêtes de la chirurgie française, pour que nous négligions de faire participer nos compatriotes à l'enseignement que leur donne cet exemple de la pratique de nos voisins.

Obs. I. — M. Field fut consulté le 3 mai 1846 par un forgeur d'essieux, âgé de 33 ans, homme corpulent, musculeux, et habitué aux alcooliques. Il y a un an — bien portant jusque-là — il commença à éprouver de la constipation, des ténesmes; et ses fonctions digestives se dérangèrent. Bientôt ces symptômes s'aggravèrent et ne purent être soulagés que momentanément par les purgatifs. Il s'y joignit de fréquents vomissements. Les selles devinrent à la fois de plus en plus liquides et de petit volume.

Lorsque M. Field le vit, toute évacuation avait cessé depuis quatre jours; l'abdomen était distendu, tympanitique, avec de la douleur et de la tuméfaction sur le trajet du colon transverse; vomissements incessants. Des purgatifs nombreux n'amenèrent qu'un faible soulagement. Un lavement donné sortit immédiatement : il n'en put pas entrer plus d'une pinte.

Le 5 mai, on essaya d'introduire un tube flexible spécialement destiné à cet usage; mais il ne pénétra pas au delà de 8 pouces. — Saignée du bras de 12 onces, calomel et opium, huile de croton tiglium, douches froides, tout fut tenté sans succès, même le galvanisme.

Enfin, le 15, les forces commençant à faiblir, le pouls annonçant un fâcheux changement, la matière vomie prenant la couleur et l'odeur stercorales, on se décida à l'opération. Une incision transversale fut commencée à 2 pouces de la colonne vertébrale et conduite directement en dehors, dans l'étendue de 5 pouces et demi, à un travers de doigt environ au-dessus de la crête iliaque. On divisa successivement la peau, la graisse, le grand dorsal, le carré lombaire. Le fascia, alors mis à nu, fut d'abord pris pour l'intestin, mais bientôt reconnu et incisé. Une masse considérable de graisse sortit, et l'intestin ne fut trouvé qu'à une grande profondeur. On le retint dans sa situation par quelques points de suture, puis on l'incisa dans l'étendue d'un demi-pouce. Il sortit aussitôt une *immense* quantité de fèces fluides.

Les vomissements cessèrent entièrement; le patient fut soulagé de tous les symptômes pénibles. On le fit tenir couché sur le côté gauche. Les évacuations continuèrent abondamment la nuit suivante, le ventre devint mou, insensible; les phénomènes généraux diminuèrent encore plus sensiblement.

Bientôt cet homme fut en état de reprendre son travail, qui exigeait un grand déploiement des forces physiques. Il n'était fatigué, de temps en temps, que par une constipation résultant de la tendance de l'anus artificiel à se resserrer, et qu'un lavement d'eau chaude faisait promptement cesser.

Cet état dura jusqu'à la fin de 1847, où il fut pris d'une maladie de foie; il perdit l'appétit, devint émacié et ascitique, et mourut en février 1848, *un an et neuf mois* après l'opération.

A *l'autopsie*, on trouva le péritoine couvert de lymphe, le foie granuleux et épaissi, les reins congestionnés.

Le rétrécissement siégeait à l'S iliaque; l'intestin était là rempli, dans l'étendue de 4 pouces, par une sorte de bouchon de lymphe coagulée, ressemblant au dépôt qui se forme dans la laryngite aiguë. Détaché par la macération, il laissa voir le tube intestinal continu, mais contracté et un peu épaissi.

L'anus artificiel avait la forme d'un entonnoir, dont la petite extrémité aurait été tournée en dehors. L'orifice extérieur n'avait que le diamètre d'une petite plume d'oie.

Obs. II. — B. F., 21 ans, femme jusque-là robuste et de bonne santé, consulta M. Clarkson en juillet 1846, pour des symptômes de dyspepsie. Elle était constipée depuis cinq jours. Malgré des purgatifs énergiques et répétés, la constipation existait encore au bout de quatorze jours, s'accompagnant de douleur à l'ombilic et dans l'hypocondre gauche, avec tension et un peu de sensibilité de l'abdomen; nausées continuelles, mais sans vomissement; pouls à 110. Le tube flexible ne pénétra qu'à 6 pouces. Un lavement de deux pintes sortit sans contenir de matière fécale. L'huile de croton tiglium, les douches froides, l'injection d'eau retenue dans le rectum, le galvanisme, deux applications de sangsues, l'opium à hautes doses, aucun moyen ne put amener d'évacuations. Les vomissements ayant commencé, l'abdomen devenant plus distendu, on dut en venir à l'opération, dont M. Hodgson reconnut l'urgence.

La malade étant couchée sur le ventre, un oreiller placé sous elle, une incision de 5 pouces de long fut faite à deux travers de doigt au-dessous de la crête iliaque, transversalement, de dedans en dehors, à partir du bord externe du sacro-spinal. On arriva, après les diverses couches musculaires et graisseuses incisées, sur l'intestin, qui fut divisé longitudinalement entre des points de suture passés préalablement pour le retenir en place. Il s'échappa une grande quantité de matières fécales liquides. La malade se sentit considérablement soulagée. Les

matières continuèrent à couler abondamment. Le lendemain, l'amélioration était encore plus marquée.

Peu de temps après, le rétablissement était assez complet pour qu'elle pût reprendre ses occupations habituelles. Lorsqu'elle se sentait constipée, elle y remédiait par un purgatif et quelques lavements. Mais peu à peu le rétrécissement de l'ouverture fit des progrès; il fallut le combattre à l'aide de bougies, ce qui ne l'empêcha pas d'augmenter au point de compromettre sérieusement la santé.

Au bout de dix mois, l'appétit languissait, la digestion était imparfaite; elle souffrait de constantes et vives douleurs. Malgré des essais de dilatation avec l'éponge préparée et même au moyen du bistouri, la constipation et les autres symptômes allèrent en augmentant, et elle en vint à vomir tout ce qu'elle prenait. Elle mourut en septembre 1847, ayant survécu près de quatorze mois à l'opération.

L'autopsie fit voir que le péritoine était densifié, tuberculeux. Des adhérences unissaient l'intestin, soit dans ses circonvolutions entre elles, soit avec le foie, la rate et l'estomac; elles étaient assez fermes pour avoir pu mettre obstacle au mouvement péristaltique. L'intestin grêle était distendu par des matières fécales, le gros intestin vide, la membrane muqueuse du tube digestif ulcérée en plusieurs parties.

L'obstruction existait à 6 pouces de l'anus; elle consistait en une substance dense, cartilagineuse, entourant l'intestin, dont elle oblitérait complétement le canal. Après l'avoir incisé, on reconnut que l'intestin était entièrement oblitéré dans l'étendue d'un demi-pouce. Les bords de l'ouverture artificielle étaient arrondis, mous; la muqueuse, au voisinage, offrait un état normal.

A côté du favorable témoignage que le résultat de ces deux faits apporte pour la méthode de M. Amussat, il est juste de tenir aussi compte de l'enseignement dans un autre sens qui ressort des imperfections de la cure. Dans l'un comme dans l'autre cas, le rétrécissement graduel de l'ouverture artificielle est venu compromettre le succès immédiat, et il est même probable que ç'a été là la seule cause de la mort du second opéré. Il est également digne de remarque qu'aucun des moyens de dilatation, même des plus actifs, n'a pu empêcher la réalisation de cette fâcheuse tendance au resserrement.

En présence de ce phénomène, c'est tout à fait le cas d'insister spécialement sur la longueur à donner à l'incision de l'intestin, et sur l'importance de la précaution qui consiste à fixer, au moment de l'opération, la muqueuse intestinale un peu *au loin* sur les tissus ambiants, à l'aide d'épingles ou de points de suture isolés, en la renversant au dehors. On s'assure ainsi contre la chance presque inévitable de voir une ouverture, jugée d'abord de largeur bien suffisante, devenir ensuite, par les seuls progrès naturels de la cicatrisation, trop étroite pour l'évacuation régulière des matières fécales.

On lira avec plaisir, à la suite de ces deux cas, la relation d'un fait du même genre, publié par M. Pennell.

Obs. III. — Un gentleman âgé de 50 ans, opéré d'une fistule à l'anus, avait depuis cinq ans un rétrécissement du rectum qui avait été plusieurs fois incisé, mais sans autre résultat qu'une amélioration temporaire.

Lorsqu'il consulta M. Pennell, il y a deux ans, le rétrécissement était plus serré que jamais, avait la dureté du cartilage, et n'admettait la pointe du doigt qu'avec difficulté. A la suite de violents efforts d'expulsion, les matières fécales s'étaient frayé un passage dans l'urètre et la vessie. Depuis lors presque toutes les matières sortaient par l'urètre, qui lui-même était affecté d'une stricture depuis dix-huit ans.

Cet état, comme on le pense bien, ne put durer aussi longtemps sans déterminer de l'inflammation de la verge. Les testicules suppurèrent en partie. Bref, les souffrances devinrent telles, et les forces du malade déclinèrent si rapidement, que M. Pennell résolut de recourir à une opération. Après l'avoir chloroformisé, il fit une incision verticale le long du bord externe du carré lombaire gauche, du bord inférieur de la dernière côte à la crête iliaque. Elle divisa la peau, la graisse et le fascia superficiel. Après avoir incisé couches par couches les autres tissus de la paroi abdominale, il tomba sur la graisse qui entoure le colon descendant, et mit enfin à découvert cet intestin. Il l'ouvrit dans l'étendue d'un pouce et demi, et appliqua quatre points de suture, un en haut, un en bas et un de chaque côté, pour assujettir le bord de l'intestin à la peau. De cette façon l'intestin bâillait en dehors, de manière qu'un spectateur pût, sans toucher le patient, voir l'intérieur de la cavité.

L'intestin s'unit, dans cette situation, par première intention avec les tissus ambiants. Trois jours après l'opération, la fièvre hectique avait cessé. Au bout de sept semaines, le malade avait repris de la vigueur et l'air de la santé; il pouvait librement se promener et était entièrement affranchi de ses souffrances. Pendant les trois ou quatre premiers jours, l'urine sortait toute par l'anus; elle commença alors à passer par l'urètre, mêlée à une grande quantité de pus. Elle coulait aussi de temps en temps par la plaie.

Une condition importante a puissamment contribué au succès de ces diverses opérations : c'est l'opportunité judicieusement hâtive avec laquelle elles ont été pratiquées. Il n'y a, il est vrai, aucune règle, nul indice précis qui puisse indiquer au chirurgien l'époque où il faut renoncer aux moyens pharmaceutiques et recourir à l'établissement d'un anus artificiel; aussi l'option doit-elle toujours être abandonnée à l'homme de l'art et à l'appréciation qu'il fait des circonstances particulières à chaque cas. Mais ce qui est certain, c'est que, trop retardée, la même opération qui eût sauvé, ou du moins prolongé la vie, peut la compromettre et l'abréger directement, en ajoutant par l'ébranlement qui en résulte aux causes de mort qui pesaient déjà sur le malade. Dans la discussion qui a suivi ces communications, M. Hodgson a dit avoir vu deux cas où les choses se passèrent ainsi, et où les malades moururent d'épuisement après une opération différée outre mesure.

Eu égard au lieu précis où se rencontre et où il faut aller chercher l'intestin, voici les indications précises que donne le même M. Hodgson; elles pourront avoir leur utilité pour l'opérateur novice : « Élevez deux lignes perpendiculaires des épines iliaques antéro-supérieure et postéro-supérieure; tirez ensuite une ligne horizontale de l'une à l'autre de ces deux lignes, à 1 pouce au-dessus de la partie la plus haute de la crête iliaque. Chez un adulte, le centre de la ligne horizontale sera immédiatement sur le colon descendant, et un bistouri, enfoncé en ce point, pénétrerait dans cet intestin.

LA SYPHILIS PRIMITIVE PEUT-ELLE EXISTER CHEZ UNE FEMME SANS QUE CELLE-CI S'EN APERÇOIVE? par M. ABBOTT.

L'auteur apporte simplement un fait pour l'éclaircissement de la question très-intéressante et très-pratique qu'il pose. Voici cette observation telle qu'elle est ici rapportée.

Obs. — Il y a environ douze mois, dit-il, je fus consulté par un jeune homme qui me dit avoir au pénis un ulcère qu'il craignait fort être syphilitique. En effet, il me fut facile de reconnaître que c'était un chancre; et, dans la conversation que nous eûmes ensuite, il me dit qu'il avait eu des rapports, dix jours auparavant, avec une jeune fille qui, « bien qu'appartenant à une classe assez respectable de la société, avait néanmoins donné plus d'une occasion de faire douter de sa vertu. » Je me rappelai à l'instant que, peu de jours avant, la même fille était venue chez moi se faire arracher une dent, et je fus étonné qu'elle ne m'eût point alors parlé de sa maladie syphilitique. En conséquence, dès que je la revis, je la prévins que M... recevait mes soins pour une maladie contractée avec elle, et je l'avertis de ne pas négliger celle dont elle était affectée.

Cette fille parut très-alarmée, protesta sérieusement qu'elle n'était point malade, et me demanda de l'examiner. Je le fis et ne pus découvrir sur les organes extérieurs de la génération aucune apparence de syphilis, quoiqu'il y eût un léger écoulement. J'en conclus alors que mon malade avait contracté son chancre à une autre source. Mais celui-ci en nia fortement la possibilité.

Les choses en étaient à ce point lorsque, au bout de dix jours, je fus consulté par un de mes amis qui, en entrant, m'apprit qu'il avait contracté la syphilis; et de fait il l'avait certainement. Mais jugez de ma surprise lorsqu'il m'informa que c'était la même fille qui la lui avait communiquée, et cela à une époque consécutive à celle où je l'avais examinée.

Pour vérifier le fait, j'engageai la jeune fille à se laisser explorer au spéculum. Elle y consentit sans difficulté; et à mon grand étonnement, « il n'y avait rien de visible qui me justifiât d'avoir dit qu'elle avait la syphilis. »

Après deux semaines environ, les deux malades étaient presque guéris, lorsque je fus prié d'aller visiter cette jeune fille; je la trouvai au lit avec deux bubons volumineux, et je reconnus aussi qu'elle avait un ulcère au gosier. Je fus en quelque sorte satisfait d'avoir ainsi la solution de la difficulté qui m'avait embarrassé. Les bubons suppurèrent et furent ouverts; les ulcères du gosier cédèrent à un traitement mercuriel.

— On voit par les détails précédents que M. Abbott se fût peut-être mieux tenu dans l'expression logique de ce fait, en formulant ainsi sa question : « Une femme peut-elle avoir la syphilis primitive sans que *le médecin* s'en aperçoive? » — Réduite à ces termes, il est aisé de la résoudre d'après la plus simple réflexion; car il est évident qu'un *petit* chancre, *encore virulent*, mais *sur le point* de passer à la période de réparation, pouvait exister dans le vagin ou sur le col à l'époque où le second malade fut infecté. En effet, ce malade avait déjà pris ce chancre depuis au moins cinq ou six jours lorsqu'il vint le montrer à M. Abbott. Dix jours s'écoulèrent ensuite avant qu'on passât la malade au *spéculum*. Or en quinze ou seize jours est-il déraisonnable de supposer qu'un tel chancre ait pu s'être cicatrisé de manière à ne laisser aucune trace perceptible à l'exploration par le spéculum?

Ainsi analysé, ce fait ne contient donc aucune circonstance qui puisse le classer parmi les exceptions aux lois usuelles de l'évolution syphilogénique.

Mais une autre question s'élève à côté de celle-ci, celle que porte le texte de cet article : une femme peut-elle avoir un chancre primitif sans s'en apercevoir? A cette question nous répondrions, et sans hésiter, par l'affirmative. Non que nous ajoutions foi aux déclarations de toutes les femmes qui, convaincues d'avoir communiqué un chancre, espèrent qu'elles seront plus aisément pardonnées si elles parviennent à faire croire à leur médecin qu'elles ne se doutaient pas d'en avoir un. Mais en dehors de cette classe nombreuse, il est (nous le savons pour l'avoir constaté positivement) beaucoup de femmes qui gardent un chancre sans s'en apercevoir, et sans

s'en apercevoir en donnent à tous les hommes qui les approchent. Le fait est incontestable, car parmi celles qui nous en ont offert l'exemple, il y en avait plusieurs qui avaient tout à perdre à rendre malade leur amant, et qui certes ne l'eussent pas exposé à la contagion si elles avaient su qu'il pouvait, par leur fait à elles, courir des chances de la contracter. On ne peut donc pas moins faire que de croire à leur sincérité quand, après l'événement, elles viennent dire qu'elles ne se seraient pas imaginé pouvoir y donner lieu.

Quant à l'explication, elle n'est pas moins simple. Chez l'homme le siége le plus ordinaire du chancre est le reflet du prépuce, derrière la base du gland; chez la femme, c'est l'intérieur des grandes lèvres, les deux surfaces des petites, rarement le vagin. Dans le coït, l'homme a donc très-souvent sur ces chancres des frottements, de la douleur; la femme presque jamais, une fois du moins que l'intromission est effectuée. Il serait, par conséquent, très-étonnant que, dans cet acte, l'homme qui a un chancre ne s'aperçût pas qu'il l'a. Il est, au contraire, fort aisé à comprendre que dans l'autre sexe le même mal, dans la même circonstance, puisse passer et passe fréquemment inaperçu.

P. DIDAY.

TRAVAUX ACADÉMIQUES.

ACADÉMIE DE MÉDECINE.

SÉANCE DU 4 MARS. — PRÉSIDENCE DE M. ORFILA.

Le procès-verbal de la dernière séance est lu et adopté.

La correspondance officielle comprend :

Trois lettres du ministre du commerce transmettant :

1° Un rapport de M. le docteur Niepce, médecin inspecteur des eaux minérales d'Allevard (Izère), sur le service médical de cet établissement pendant l'année 1850 (commission des eaux minérales);

2° Un rapport dans lequel M. le docteur Barthez, médecin de l'hôpital militaire de Vichy, a consigné ses observations sur les maladies au traitement desquelles les eaux minérales de cette localité ont été appliquées dans ledit hôpital pendant l'année 1850 (même comm.);

3° Un rapport de M. le docteur La Testière, médecin inspecteur des eaux minérales de Guagno (Corse), dans lequel il a consigné les observations médicales qu'il a recueillies pendant l'année 1850. (Même comm.)

M. le docteur THOUVENIN (de Lille) adresse le rapport sur la propagation de la vaccine dans le département du Nord pendant les années 1846, 1847, 1848 et 1849. (Comm. de vaccine.)

M. le docteur HONORÉ FABRE (de Chauny) adresse quelques renseignements sur la statistique hygiénique et médicale de la commune de Chauny, près Soissons, et sur le meilleur traitement qui lui a réussi dans la dernière épidémie de choléra. (Comm. du choléra.)

M. le docteur DIEULAFOY, chirurgien en chef de l'hôpital de Toulouse, adresse un travail relatif à un cas de cautérisation par le cautère actuel, porté dans l'intérieur de la cavité de la matrice, d'un corps fibreux qui donnait lieu à des hémorrhagies inquiétantes; destruction du tissu morbide; guérison. (Comm. : M. Jobert.)

M. LOISEAU adresse un paquet cacheté dont le dépôt est accepté.

SUPERFÉTATION OMBILICALE.

M. le docteur SULIKOWSKI, médecin à Jallancourt (Meurthe), adresse sous ce titre l'observation détaillée et très-intéressante d'une jeune fille de 14 ans qui, à l'âge de 10 ans, a rendu, par une ouverture spontanée de l'ombilic, un fluide analogue aux eaux de l'amnios. A l'âge de 14 ans, le ventre de cette jeune fille étant devenu très-gros, une rupture spontanée se fit, et M. Sulikonski put extraire de la cavité abdominale un fœtus mal conformé, adhérant aux épiploons. La jeune fille s'est rétablie de cette grave opération.

— L'ordre du jour appelle l'élection d'un membre dans la section d'accouchements.

La liste de présentation arrêtée dans le comité secret de la précédente séance, porte :

En première ligne : M. Cazeaux; en deuxième ligne : M. Depaul; en troisième ligne, *ex æquo*: MM. Chailly-Honoré et Jacquemier; en quatrième ligne : M. Devilliers fils.

Au premier tour de scrutin, les voix se sont réparties ainsi qu'il suit :

Votants, 86. — Majorité, 44.

M. Cazeaux obtient	38 suffrages.
M. Chailly-Honoré	26
M. Devilliers fils	9
M. Depaul	7
M. Jacquemier	6

Aucun des candidats n'ayant réuni la majorité, on procède à un deuxième tour.

Votants, 89. — Majorité, 45.

M. Cazeaux obtient	57 suffrages.
M. Chailly-Honoré	29
M. Depaul	2
M. Devilliers	1

M. Cazeaux est proclamé membre de l'Académie. Sa nomination sera soumise à l'approbation du président de la République.

ICTÈRES GRAVES OBSERVÉS SUR LES SOLDATS DE L'ARMÉE D'ITALIE.

M. GARNIER-LÉTEURRIE, médecin à l'hôpital militaire de Versailles, lit un mémoire intitulé : PARALLÈLE ENTRE LA FIÈVRE JAUNE SPORADIQUE ET LES ICTÈRES GRAVES OBSERVÉS PARMI LES SOLDATS DE L'ARMÉE D'ITALIE EN 1849, POUR DÉMONTRER LA PARFAITE IDENTITÉ DE CES MALADIES.

L'auteur résume son travail dans les conclusions suivantes :

1° Si on compare l'étiologie tracée dans mes deux mémoires, à laquelle je rattache l'origine des ictères graves observés parmi les soldats de l'armée d'Italie, en 1849, et dont un cas a été observé à l'hôpital militaire de Versailles le 19 juillet 1850, avec celle que les auteurs ont décrite comme pouvant produire le typhus ictérode, il est évident qu'il y a déjà ici une ressemblance parfaite.

2° En rapprochant la symptomatologie telle que je l'ai mentionnée en traçant l'historique de ces ictères remarquables, de la description des symptômes propres au typhus d'Occident, telle que les auteurs l'ont faite, on ne peut nier qu'il n'y ait une parfaite identité entre les deux affections morbides.

3° La marche, la durée de la maladie, les phénomènes sur lesquels un pronostic toujours grave peut être fondé lorsqu'on observe la fièvre jaune, correspondent également à ce que j'ai écrit sur ces divers points.

4° L'anatomie pathologique confirme plus que toute autre partie de l'histoire de ces ictères graves, que ceux-ci ne sont et ne peuvent être que la fièvre jaune spontanée et sporadique.

5° Les phénomènes morbides observés et les lésions anatomiques sont si palpables et créent un diagnostic différentiel si précis, qu'il est impossible de confondre cette maladie avec toute autre, et prouvent clairement qu'elle n'est que le typhus d'Occident.

6° On doit admettre désormais dans la pratique médicale en France, surtout en Algérie et à Rome, l'existence d'une fièvre jaune *spontanée* et *sporadique*. (Comm. : MM. Rochoux, Gérardin et Louis.)

La séance est levée à quatre heures trois quarts.

BIBLIOGRAPHIE.

BERICHT UBER DIE OPHTHALMIA NEONATORUM NACH DER NUMERISCHEN METHODE BEARBEITET (COMPTE RENDU DE L'OPHTHALMIE DES NOUVEAU-NÉS SUIVANT LA MÉTHODE NUMÉRIQUE); par GUILLAUME FROEBELIUS, médecin de l'hôpital impérial des Enfants, à Saint-Pétersbourg. — 1850.

L'importance de la maladie, sa grande fréquence et la réputation bien établie de l'auteur nous imposent l'obligation de rendre un compte détaillé de ce rapport, dont le titre indique clairement dans quel esprit il a été conçu. Notre tâche doit donc consister à rendre fidèlement les faits seuls qui peuvent se passer, dans ce cas spécial, de tout commentaire ou de critique. Nous nous arrêterons principalement au chapitre du traitement qui dénote un médecin consommé dans cette matière, sûr d'avance que nos lecteurs nous sauront gré de leur avoir fait connaître la conduite de l'oculiste de Saint-Pétersbourg dans une maladie si commune, surtout dans la classe la plus nombreuse de la population.

Du 1er septembre 1846 au 1er septembre 1848, furent affectés de l'ophthalmie des nouveau-nés 882 enfants (474 garçons et 408 filles). Le chiffre total des enfants traités à l'hôpital pendant ces deux années s'élève à 12,078 (5,929 garçons et 6,149 filles).

AGE.	
De 0 à 4 jours	110
4 à 8 —	271
8 à 15 —	188
15 jours à 3 semaines	102
3 à 4 semaines	70
1 à 2 mois	59
2 à 3 —	45
3 à 4 —	20
4 à 5 —	9
5 à 6 —	3
6 à 7 —	2
Dans le 8e mois	1
— 9e —	1
— 10e —	1
	882

Ainsi la maladie a été le plus souvent observée du quatrième au huitième jour après la naissance, résultat généralement obtenu par tous les auteurs.

La *durée* la plus ordinaire a été de 15 à 40 jours; séjour moyen à l'hôpital : 23 jours.

Sur les 882 malades, dont 827 se trouvaient dans la période inflammatoire, on a noté :

115	conjonctivites des paupières, avec photophobie et spasmes des paupières.				
479	id.	id.	et de la sclérotique,	id.	id.
233	id.	id.	id. et de la cornée,	id.	id.
827					

Les 55 autres enfants, tous âgés de plus d'un mois, ont présenté des maladies consécutives dont le chiffre total, sur les 882 malades, s'élève à 740 (234 à un œil, 506 aux deux yeux), observées sur 419 sujets ; 463 guérirent sans suites consécutives.

Des 882 malades, 64 devinrent aveugles ; ainsi un peu plus de 7 sur 100 (22 avaient perdu la vue avant d'entrer à l'hôpital) ; 5 sur 100 étaient aveugles aux deux yeux, sur lesquels 3 3/4 sur 100 le devinrent à l'hôpital, 2 1/2 sur 100 quittèrent l'établissement, aveugles aux deux yeux.

Les maladies concomitantes ou intercurrentes de l'ophthalmie étaient les suivantes :

Naissance prématurée chez.	88 ;	ainsi 1/10 de toutes les maladies.
Aphthes	300	— 1/3 —
Ictère	222	— 1/4 —
Croûtes serpigineuses	216	— 1/4 —
Syphilis	36	— 1/25 —
Bronchite et pneumonie.	82	— 1/10 —
Entérite et péritonite	36	— 1/25 —
Encéphalite et méningite	22	— 1/44 —
Atrophie	39	— 1/25 —
	1,041	

Parmi ces maladies, les aphthes, et surtout la syphilis, sont les complications les plus fâcheuses. La moitié des maladies consécutives et deux tiers des cécités ont été observées parmi les enfants affectés d'aphthes ; et sur les 36 syphilitiques, 20 sur 100 ont perdu la vue, ou 1/9 de tous les aveugles avaient la syphilis. L'ictère n'avait pas d'influence fâcheuse sur l'ophthalmie, surtout chez les enfants bien nourris. Les croûtes serpigineuses, en s'étendant aux paupières, empêchèrent la guérison et réveillèrent quelquefois l'inflammation.

Les bronchites, les pneumonies, etc., étaient plutôt dans un rapport de causalité avec les autres maladies qu'avec l'ophthalmie ; cela eut surtout lieu pour les affections des poumons, qui, se développant le plus souvent après une répercussion des croûtes serpigineuses, passèrent rapidement à l'état d'hépatisation suivie de mort.

La grande malignité et la contagion paraissent dépendre moins des influences de la saison que du grand nombre d'enfants et de la pénurie des nourrices.

Les *causes* de l'ophthalmie des nouveau-nés ne doivent pas être cherchées dans les dispositions des établissements mêmes, au moins dans celui de Saint-Pétersbourg, les conditions hygiéniques ne laissant rien à désirer ; ce qui confirme cette assertion, c'est qu'un cinquième des maladies consécutives et un tiers de toutes les cécités ont été constatées lors de l'entrée des petits malades.

Les causes principales de cette ophthalmie sont, d'après l'auteur, les conditions hygiéniques dans lesquelles les nouveau-nés vivent avant leur entrée à l'hôpital. Il faut encore tenir compte de l'accès de la lumière, de l'air et des refroidissements auxquels sont exposés les petits malades lorsqu'ils arrivent à l'hôpital d'endroits quelquefois très-éloignés dès le lendemain ou le surlendemain de la naissance.

Traitement. — 1° Au début de la maladie, lorsque la tuméfaction, la rougeur et la sécrétion sont encore peu prononcées, il suffit de laver de temps en temps les yeux avec de l'eau tiède et de préserver les yeux contre les agents extérieurs, en instillant deux fois par jour de l'huile d'amandes douces entre les paupières. Les fomentations froides sont souvent répétées sont très-utiles.

2° Lorsque la conjonctive des paupières est déjà tuméfiée, la rougeur très-prononcée et la sécrétion du pus abondante, on se sert avec avantage d'une solution de sublimé corrosif (un grain sur huit onces d'eau), avec teinture d'opium (un demi-gros).

3° La rougeur est-elle vive, les paupières sont-elles tendues par le gonflement, dures au toucher, le spasme des paupières considérable, l'inflammation de la sclérotique visible, la sécrétion mêlée de sang, on appliquera une sangsue à chaque tempe et on instillera de l'huile d'amandes douces pour diminuer l'irritation et empêcher l'agglutination des paupières.

4° Le moyen principal contre la photophobie et le spasme des paupières, ce sont les frictions de belladone (extrait un demi-gros sur 2 onces d'eau) ; celles-ci faites avec dix gouttes dans la région supra-orbitaire et temporale sont répétées plusieurs fois par jour.

5° Dans les cas de diminution de la tuméfaction des paupières, de la disparition de la photophobie, du spasme des paupières et de la rougeur du globe de l'œil, mais avec l'existence d'une sécrétion épaisse très-copieuse et un commencement de granulations, on emploiera avec avantage deux ou trois fois par jour une solution de pierre infernale (1 à 2 grains sur une once d'eau).

6° Dans le traitement des granulations de la conjonctive palpébrale, il faut avoir égard au degré de la maladie, à la constitution médicale régnante, au caractère et à la durée de la maladie. Aussitôt que les paupières présentent des sugillations, lorsque la sécrétion consiste dans un mucus blanchâtre, on ouvrira dans le sens longitudinal avec les ciseaux de Cooper le bourrelet bien rougeâtre du pli de la conjonctive palpébrale, on entretiendra l'écoulement du sang en lavant avec de l'eau tiède, et enfin pour prévenir une réaction on fera des lotions froides. Cette petite opération a parfaitement réussi dans 25 cas. Si les granulations très rouges sont accompagnées d'un gonflement inflammatoire des paupières, d'une sécrétion purulente abondante, de photophobie et de spasme des paupières, l'enfant est-il fort, on a recours aux sangsues ou mieux aux ventouses de Knussmann appliquées aux tempes, aux instillations, d'huile d'amandes douces, aux frictions d'onguent napolitain avec belladone dans la région susorbitaire. Ce traitement est d'autant plus indiqué lorsqu'une hémorrhagie spontanée se manifeste ou lorsqu'il se déclare des aphthes. Si les granulations sont d'un rouge pâle, les granules isolées peu développées, irrégulières, la sécrétion purulente abondante, mais la tumeur des paupières molle ; la rougeur de la peau extérieure, la photophobie et le spasme des paupières peu prononcés, la sclérotique blanche, la cornée nette, l'enfant ouvre-t-il la paupière : une cautérisation avec un crayon de pierre infernale, suivie d'une couche d'huile sur les paupières est très-utile et ne donne pas lieu à une réaction inquiétante qui sera toujours combattue par les fomentations froides. Cette cautérisation des granulations fut faite dans 158 cas.

7° Dans les sarcômes de la conjonctive, surtout lorsqu'ils étaient pédiculés, on a enlevé ces parties par une excision. Pratiquée dans 83 cas, cette opération a été souvent suivie d'une application d'une solution de pierre infernale.

8° Les ulcères de la cornée transparente avec bords nettement tranchés, rapidement perforants, furent combattus par un traitement antiphlogistique ; les moyens irritants, astringents, étaient nuisibles ; mais dans les cas où les ulcères présentaient un fond trouble, blanchâtre, des bords boursouflés, le reste de la cornée étant trouble, où les phénomènes inflammatoires étaient peu prononcés, alors la solution de pierre infernale a donné les résultats les plus efficaces. Le sulfate de cuivre et de zinc, avec ou sans teinture d'opium, la pierre divine, sont aussi utiles, mais moins que la pierre infernale. Le calomel en poudre fut employé sans succès.

9° Le traitement de la kératomalacie échoua presque toujours, surtout lorsque les lamelles de la cornée étaient atteintes et les enfants dans des conditions misérables. Au début, lorsque le traitement antiphlogistique est encore indiqué, en le combinant avec des frictions mercurielles et le calomel à l'intérieur, on est parvenu à arrêter la maladie. Dans les ramollissements avancés, surtout chez des enfants chétifs, on eut recours aux lotions aromatiques ; la pierre divine avec la teinture d'opium paraissait ici très-utile ; à l'intérieur, on administra l'eau chlorurée, qui est surtout indiquée lorsqu'il existe des aphthes. Dans plusieurs cas de ramollissements commençants, l'eau chlorurée seule avec instillation d'huile a été suivie d'un très-bon effet.

10° Dans le prolapsus de l'iris, on employa la cautérisation, et pour produire une dilatation de la pupille on fit des frictions de belladone. La cautérisation employée de bonne heure empêchera la hernie d'augmenter, et préviendra autant que possible la perte de la vue ; ainsi on devra cautériser tous les staphylômes commençants et on amènera par là l'atrophie du globe de l'œil, difformité moins grande que celle du staphylôme.

11° Le traitement interne a varié selon les indications : aux enfants bien nourris avec figure rouge et ophthalmie intense, une cuillerée d'huile de ricin à l'intérieur ; contre les dérangements de la sécrétion de la bile avec selles rares, une ou deux fois par jour un demi-grain de calomel ; le borax à l'intérieur, la rhubarbe, la magnésie dans de l'eau de fenouil contre de légères aphthes ; l'eau chlorurée à l'extérieur et à l'intérieur dans une décoction mucilagineuse lorsque les lèvres, la langue, le gosier étaient couverts d'un enduit épais, blanc jaunâtre avec peau chaude et difficulté pour l'enfant de prendre le sein.

Maurice Ruef.

Le rédacteur en chef, JULES GUÉRIN.

REVUE HEBDOMADAIRE.

CONCOURS POUR UNE CHAIRE DE CLINIQUE CHIRURGICALE A LA FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS.

TROISIÈME ÉPREUVE. — DEUXIÈME LEÇON CLINIQUE.

La seconde épreuve clinique, qui constitue la troisième épreuve du concours, est terminée. Nous publions aujourd'hui en un seul article le compte rendu de toutes les leçons. Nos lecteurs pourront voir par eux-mêmes, dans une analyse détaillée, portant sur les sujets les plus intéressants, les plus variés, jusqu'où nos appréciations sont conformes aux faits auxquels elles s'appliquent. Cette seconde épreuve clinique peut être considérée comme une expérience propre à confirmer la justesse de nos remarques. Si nous avions l'honneur d'être juge de ce concours, nous ne procéderions pas autrement. Nous aurions recueilli dans la première épreuve nos impressions sur l'originalité et la portée d'esprit, sur la rectitude de jugement, et sur la solidité des connaissances de chaque candidats. L'épreuve suivante nous aurait servi de contrôle à nos impressions antérieures, et finalement nous nous serions ainsi fait une opinion sur la valeur relative des compétiteurs. Eh bien! ce que nous aurions fait pour l'édification de notre propre conscience, nous l'avons fait pour l'édification de nos lecteurs; ils se convaincront aisément que nous avons été aussi scrupuleux et aussi sévère pour eux que nous l'aurions été pour nous-même.

Le hasard a encore une fois appelé M. Bouisson à parler le premier; et il faut le reconnaître tout d'abord, il l'a favorisé à un haut degré par le choix des sujets.

Le premier malade examiné par M. Bouisson portait deux abcès consécutifs à une plaie du cou, suite d'une tentative de suicide. Il n'y avait ici aucun diagnostic local difficile à poser; et pour un esprit moins élevé, moins habitué aux conceptions générales, tout eût été dit en quelques minutes. M. Bouisson a prouvé, au contraire, ce que ces sortes de cas, vulgaires en apparence, renferment de données favorables à une analyse fine et délicate, et à l'alliance profonde de la chirurgie avec la médecine. La simple lecture du compte rendu montrera quel parti M. Bouisson a su tirer de toutes les circonstances étiologiques prochaines et éloignées, générales et locales pour caractériser et expliquer le cas pathologique auquel il avait affaire, et pour poser toutes les indications du traitement. Des considérations médico-légales sur la direction de la plaie ont prouvé qu'aucune connaissance accessoire n'est étrangère à cet esprit cultivé; sa leçon sur ce premier cas a été véritablement un modèle du genre.

Le second malade offrait un cas plus difficile, plus compliqué, et sur lequel la science des écoles a le moins de notions certaines. Il s'agissait d'une tumeur blanche du cou, que l'honorable candidat eût mieux fait d'appeler *excurvation cervicale scrofuleuse* ou *tuberculeuse*, dénomination qui a l'avantage de caractériser à la fois le fond et la forme. Malgré le vague de son point de départ, M. Bouisson a su différencier nettement la maladie de la difformité; il a su faire la part des caractères et des éléments d'action de chacune d'elles. La participation des os, des ligaments et des muscles a été étudiée avec le plus grand soin. On a remarqué surtout, dans son analyse diagnostique, des observations pleines de justesse sur le siége relatif de l'altération tuberculeuse dans ses rapports avec les nerfs qui partent de la moelle cervicale, et en particulier du nerf spinal. Cette seconde partie de la leçon de M. Bouisson eût été aussi parfaite que la première, si l'honorable professeur eût posé les indications du traitement préventif et curatif de la difformité du cou, et indiqué les moyens d'y satisfaire; l'importance de la difformité dans ces sortes de cas s'accroît de toute l'importance des lésions qu'elle est spécialement propre à produire ou entretenir. La compression de la moelle, les accidents qui en résultent, sont dominés par le siége particulier, la forme et les degrés de cette excurvation. Or les moyens d'arrêter les progrès de cette dernière sont donc des moyens de prévenir un de combattre les accidents physiologico-pathologiques qui en dépendent. Ces moyens existent, mais ils sont consignés ailleurs que dans les traités dits *classiques* sur la matière. M. Bouisson, dont l'excellent esprit et l'amour du progrès nous sont connus, saisira cette occasion pour faire connaissance avec eux, et avec les causes qu'ils sont plus spécialement destinés à combattre. Cette lacune, qui sera jugée de fort peu d'importance par le jury, n'a pas empêché que M. Bouisson n'ait reçu d'unanimes applaudissements, une véritable ovation, comme pour sa composition écrite. C'est qu'en effet on y retrouve les mêmes mérites, rehaussés par le charme d'une improvisation facile, élégante, souvent empreinte d'un esprit philosophique, et cette fois pleine de cette animation pénétrante qui établit une communication intime entre celui qui parle et celui qui écoute. Dans cette épreuve, l'honorable professeur a donc planté son drapeau avec confiance et vigueur sur le sol de l'école de Paris: tout le monde, après l'avoir entendu, faisait des vœux pour qu'il y restât longtemps, à l'avantage des deux parties.

M. Chassaignac a fait une leçon intéressante sur un cas de hernie compliquée d'hydrocèle. On y a remarqué des considérations lumineuses sur les caractères différentiels qui existent, au point de vue de l'étiologie et du traitement, entre l'hydrocèle congénitale et l'hydrocèle accidentelle qui compliquent la hernie.

On a paru moins satisfait de ce qu'a dit M. Chassaignac de son second malade, atteint d'une luxation du coude datant de onze mois. Il y avait à apprécier l'importance de l'ancienneté du mal; les circonstances matérielles dans lesquelles cette cause éloignée se résout; quelle part ont les os, les muscles et les ligaments dans les obstacles à la réduction; à quelle méthode il convient de donner la préférence. Fallait-il tenter la réduction lente ou extemporanée; exercer les tractions suivant l'axe du membre ou dans la flexion du coude à angle droit? A quel procédé mécanique fallait-il recourir? Enfin y avait-il contracture de certains muscles; et, vu l'ancienneté de la difformité, la ténotomie devait-elle intervenir? Toutes ces questions ont été négligées par M. Chassaignac.

Le premier malade examiné par M. Gosselin portait une *ostéite* suppurante du sternum: carie ou nécrose, l'honorable compétiteur ne s'est pas prononcé. Le malade présentait en outre des symptômes de phthisie tuberculeuse du poumon et une « gibbosité dorsale avec incurvation des lombes à gauche. » Cet accessoire est de peu d'importance, a dit M. Gosselin; et au lieu de rechercher jusqu'où l'état des poumons, de la colonne vertébrale et du sternum pouvait offrir de connexions étiologiques, l'honorable compétiteur a préféré s'en rapporter exclusivement aux explorations exécutées directement avec le stylet dans les anfractuosités de la fistule sternale. Aussi qu'est-il arrivé? C'est qu'en ne voyant qu'incertitudes et obscurités par les yeux du corps, il a méconnu les lumières fournies par les

---

Feuilleton.

DE L'HYDROSUDOPATHIE; SON HISTOIRE, SES MÉTHODES ET SON APPRÉCIATION A LA LUMIÈRE IMPARTIALE DE LA PHYSIOLOGIE, DE LA PATHOLOGIE ET DE LA THÉRAPEUTIQUE.

(Suite et fin. — Voir les numéros 7 et 8.)

DEUXIÈME PARTIE.

On se tromperait étrangement si l'on considérait l'hydrosudopathie comme une méthode inefficace; on se ferait aussi une très-fausse idée de nos opinions si l'on pensait que nous avons voulu, dans les pages précédentes, déprécier les utiles travaux de Priessnitz et de ses imitateurs. Ce que nous avons blâmé, c'est cet esprit de système qui, semblable à ces lunettes méridiennes qui ne peuvent se diriger que dans un seul sens, refusent obstinément de voir ce qui peut être bon en dehors de leur méthode exclusive. Pour nous, mettant à profit le principe énoncé plus haut, de prendre notre bien partout où nous le trouvons, nous venons interroger l'hydrosudopathie, et lui demander la cause de ses guérisons et la connaissance de ses méthodes; puis, cherchant à ramener ces principes à une règle générale, nous en ferons l'application à la médecine vulgaire. Que nous importe, en effet, l'origine d'une méthode? N'est-ce pas à des sauvages que nous devons le quinquina? n'est-ce pas en cherchant la pierre philosophale que l'on trouva l'antimoine? Ainsi donc ne nous fâchons point de voir Priesnitz et les siens se présenter comme voulant détrôner la médecine vulgaire, puisque nous avons vu que, tout ignoble qu'elle puisse paraître aux yeux des systématiques, elle ne laisse pas cependant que de leur survivre.

Il y a bien des années qu'un jeune cultivateur des montagnes de la Silésie, ayant reçu un coup de pied de cheval qui lui fractura deux côtes, se traita par des compresses imbibées d'eau froide: ce jeune cultivateur, c'était Priesnitz; ces compresses d'eau froide, c'était le germe de l'hydrosudopathie, et le berceau de cette découverte, c'était le village jusqu'alors ignoré de Græfenberg. Dès lors, appliquant sa méthode à ses voisins, à ses proches et à ses amis, Priesnitz ne tarda pas à se faire une réputation de village; plus tard, les malades accoururent du fond de la Silésie pour être traités par l'habile cultivateur; enfin un établissement complet, qui reçut des malades de tous les pays, ne tarda pas à s'élever à Græfenberg, et maintenant c'est plusieurs mois à l'avance qu'il faut s'inscrire auprès du grand prêtre pour être admis au nombre des malades assez heureux pour recevoir ses soins, et cependant bon nombre d'établissements rivaux sont venus partager avec Græfenberg la faveur accordée à l'hydrosudopathie. Il en existe un à quelques lieues de là, dans la ville de Freywaldan, et il n'y a pas de grande ville ou de province allemande qui ne

yeux de l'esprit. Dans les cas de cette sorte, l'existence d'une affection tuberculeuse des poumons et de la colonne en dit plus sur le caractère essentiel de l'*ostéite* du sternum que tous les stylets du monde.

La seconde partie de la leçon de M. Gosselin, sur un cas de sarcocèle, a été accueillie très-favorablement. Analyse méthodique, discussion lumineuse, diagnostic précis, exposition animée, telles sont les qualités qui distinguent habituellement l'honorable compétiteur, et dont il a fait une heureuse exhibition dans cette circonstance.

La leçon de M. Sanson, sur un cas d'angioleucite de l'avant-bras et sur une ouverture accidentelle de l'artère, a fait regretter que ces sujets un pen spéciaux n'aient pas suffisamment favorisé l'esprit philosophique de l'honorable compétiteur. Il pouvait néanmoins, en discutant l'origine physiologique de l'angioleucite suite de plaie suppurante, rencontrer des considérations étiologiques élevées sur le rôle respectif des solides et des liquides dans le mécanisme de formation de cet accident. Est-ce par voie de continuité de l'irritation inflammatoire des orifices vasculaires, ou bien par résorption des liquides répandus à la surface de la plaie, que l'angioleucite se produit en pareil cas? Cette question eût pu être spécialement éclairée par le cas particulier du malade de M. Sanson, dont la plaie, qui avait été le point de départ de l'accident, était cicatrisée.

Nous ne voulons nous en attribuer aucun mérite; mais, nous le constatons avec plaisir et empressement: dans sa seconde leçon, M. Robert s'est abstenu avec un grand soin des défauts que nous avions cru pouvoir signaler dans sa première leçon. Le diagnostic par voie d'exclusion y a fait place à la détermination directe, l'érudition du nombre à l'appréciation de la méthode. Un cas d'hygroma prérotulien très-ancien, suivi d'abcès devenu fistuleux, lui a fourni l'occasion d'une excellente analyse étiologique, d'un diagnostic irréprochable et d'un traitement parfaitement concordant avec les données de sa pathogénie. A l'occasion de son second malade, atteint de paraphymosis consécutif à un phymosis, il a fait une observation pleine de sagacité, à savoir que, dans l'étranglement du gland par l'ouverture prépuciale, c'est la partie étranglée qui frappe de gangrène la partie étranglante.

Jusqu'ici la leçon de M. Robert avait été irréprochable. Nous espérions n'avoir plus qu'à battre des mains, lorsqu'un appendice moins heureux sur une dépression latérale du thorax, a fait regretter que l'honorable compétiteur ne connût pas aussi bien les difformités du thorax et le rachitisme que l'hygroma et le phymosis. M. Robert, diagnostiquant une poitrine en carène, a dit: « Ce n'est pas du rachitisme, car la colonne est droite. » On en jugeait absolument ainsi du temps de Portal, et on en juge encore de même dans certains traités dits *classiques*; mais depuis une dizaine d'années, la science a fait un pas sur ce point: tous les bossus ne sont plus des rachitiques, et *vice versâ*, pas plus que tous les crétins ne sont des idiots, comme on a semblé vouloir l'établir récemment. D'ailleurs, la théorie de la dépression latérale du thorax, renouvelée de Dupuytren par M. Robert, est un fruit de la même confusion. La pression atmosphérique produit certains aplatissements latéraux du thorax, mais non ceux où le poumon reste perméable à la colonne d'air intérieure. Ceci est important à distinguer. On l'a montré depuis longtemps; mais cette ignorance du progrès récent n'a pas été rare dans ce concours; elle tient à une cause qui est commune au plus grand nombre des compétiteurs: à leur trop peu de sympathie pour les spécialités.

Ce qui précède nous sert de transition naturelle à ce que nous avons à dire de la leçon de M. Michon. Par un hasard malheureux, cet honorable compétiteur est tombé pour la seconde fois sur un de ces sujets que la spécialité a malencontreusement dégagés des cadres trop étroits de la chirurgie encyclopédique.

Il s'agissait d'un de ces cas d'arthralgies complexes dans lesquelles la spécialité distingue avec soin la maladie de la difformité. Déjà, dans un précédent article, nous avons fait voir très-humblement à M. Michon combien il était utile au diagnostic et au traitement de cas semblables de faire nettement la part de chaque chose; nous avons parlé dans le désert. Puisque nous avons été si peu entendu d'un homme si bien placé pour nous écouter et si capable de nous comprendre, nous lui demanderons la permission de lui réitérer nos humbles remarques, et sur le maladie et sur la difformité.

Le malade de M. Michon avait donc ce qu'il appelle une arthrite fongueuse. Pourquoi arthrite? pourquoi fongueuse? Mais passons: il avait en outre quelque chose de bien plus curieux, une *seconde* maladie, une maladie du ganglion sus-épitrochléen terminée par la suppuration. Et qu'on le remarque bien, pour M. Michon, l'arthrite et le ganglion suppuré sont ici deux affections distinctes. Ce diagnostic, d'une précision anatomique désespérante, rappelle involontairement la tumeur synoviale d'un autre compétiteur dans un cas analogue. C'est le même esprit, la même école, et il faut le dire, le même résultat. Pour la spécialité, qui voit quelquefois de ces cas de prétendues arthrites avec abcès périarticulaires, il s'agit tout simplement d'une seule et même maladie diversifiée dans ses effets. Les os, les ligaments, les ganglions lymphatiques, les muscles, le tissu cellulaire, et jusqu'à la peau, tout cela participe plus ou moins à ces états collectifs, dans lesquels les yeux anatomiques ont vu successivement, depuis vingt ans, des maladies particulières à chacun des tissus compromis. Nous croyons que notre manière de voir est la seule vraie au point de vue de la maladie et de son traitement; elle est surtout fertile en déductions applicables à la détermination et au traitement des difformités arthralgiques. Ainsi les muscles et les ligaments participent activement à la maladie: ils sont l'un des points de départ de la difformité. Voyez plutôt chez le malade de M. Michon. Il y avait, dit l'honorable compétiteur, flexion permanente du coude, pronation gênée et supination impossible; et tout cela, selon lui, était le produit du raccourcissement consécutif du biceps. Nous n'avions jamais supposé que le biceps jouît d'autant de propriétés. Pour mettre cette étiologie nouvelle hors de doute, comment n'est-il pas venu à l'idée de M. Michon de relâcher le biceps par la flexion passive de l'avant-bras sur le bras? Il aurait vu si la supination continuait à être impossible. Mais non; il aurait vu que la maladie qui avait produit le raccourcissement du biceps avait produit en même temps le raccourcissement d'autres muscles. Il aurait vu que la contracture du rond pronateur, si fréquente dans des cas semblables, produit la pronation permanente, comme celle du biceps produit la flexion du coude; et finalement, au lieu d'attribuer des directions si spéciales et si diverses à une cause commune, la présence du liquide de l'hydarthrose dans la capsule huméro-olécrânienne, il aurait fait la part de chaque chose, — celle des os, des muscles et des autres tissus, y compris le ganglion sus-épitrochléen, — dans une affection commune, l'arthralgie et la difformité arthralgique.

Le second malade examiné par M. Michon a été, pour cet honorable candidat, l'occasion d'un second écueil. Cette fois, ce n'est pas la spécialité qui s'est chargée de le lui signaler. Il s'agissait d'un cancer de la mâchoire

---

possède maintenant son établissement d'eau et son hydrosudopathe pour le diriger. Le tableau suivant, probablement fort incomplet, peut donner une idée de l'extension qu'a prise la méthode de Priesnitz:

Établissements.	Médecins directeurs.
GROEFENBERG.	PRIESNITZ (cultivateur.)
Ansbach.	Docteur Oertel.
Bogenhausen	Bleile (non médecin.)
Bieler	Geisler (meunier.)
Coblentz.	
Ebersdorf	Docteur Frankel.
Elgersburg	Docteur Piutti.
Erlenstegen	Docteur Rungaldier.
Freywaldan	Docteur Schober.
Gaildorf	
Goppingen.	
Herrnalp.	
Hubbade.	Docteur Strauss.
Alexandersbad.	Docteur Fikentscher.
Ilmenau.	Docteur Fitzler.
Kreischa (Dresde).	Docteur Stecher.
Lielenstein.	Docteur Martiny.
Mulhan (Inspruck).	Docteur Fritz.
Nurenberg.	Docteur Toussaint.
Rungenthal	
Schallershof.	
Ulm	Docteur Bentsch.
Schrott	
Vienne.	Docteur Granichstadten.
Marienberg	Docteur Schmitz.

Voilà donc vingt-cinq établissements destinés à l'hydrosudopathie dans l'Allemagne seule, et si l'on ajoute à cette liste déjà très-longue trois établissements en Suisse, l'un à Hausen, dans le canton de Zurich, un autre dans le canton de Bâle et un troisième à Theyringed, dans l'Oberland Bernois, on comprendra de quelle réputation ce système jouit auprès du public.

Les manuels et les ouvrages ne manquent pas non plus: nous avons ceux de Abicht (1), Beckstein (2), du MÉDECIN SANS LA MÉDECINE (3), de Fabricius (4), de

(1) DIE WASSERHEILKUNST.
(2) DER WASSERKATECHISMUS.
(3) DER ARTZT OHNE MEDICIN.
(4) DAS GANZE DER HEILKUNST MIT KALTEN WASSER.

inférieure non ulcéré. Il y avait de la fluctuation dans un point, et M. Michon a diagnostiqué l'existence d'un abcès phlegmoneux, venu se hanter sur la maladie principale, comme cela s'est vu, dit-il, au centre d'un lypome. L'analogie est un peu forcée. Pour M. Michon, il y avait donc deux maladies distinctes, si bien que l'honorable candidat en a décrit les symptômes distincts, les douleurs distinctes. Malheureusement le bistouri, qui cause parfois des malheurs aux chirurgiens eux-mêmes, a fait sortir du centre de cette tumeur un liquide visqueux séro-sanguinolent qui n'avait rien de commun avec du pus. Ce mécompte fera réfléchir M. Michon aux inconvénients de séparer ce qui doit être rapproché, et l'engager à ne plus faire deux ou trois maladies là où les liens cachés de la cause morbide n'en font qu'une.

M. Nélaton a eu à examiner deux cas assez vulgaires en apparence, mais par cela même plus difficiles à traiter avec distinction. Le premier sujet était une jeune femme affectée de surdité, portant en outre une grenouillette et un kyste sous-hyoïdien. L'honorable compétiteur a fait naturellement deux parts dans l'inventaire de ces états pathologiques : la surdité et les kystes. Ce qu'il a dit de la surdité a été assez vague ; peut-être aurait-il pu s'éclairer sur l'origine de cette infirmité par celle d'une autre anomalie qui existait chez la même malade, et qu'il n'a pas mentionnée : un strabisme. M. Nélaton a perdu, par cette omission, l'occasion de se livrer à quelques rapprochements, qui existent assez fréquemment en fait, mais dont on est loin d'avoir jusqu'ici la théorie. Pour ce qui est des deux kystes (grenouillette et kyste sous-hyoïdien), on ne peut qu'applaudir à l'ingéniosité des analogies à l'aide desquelles l'honorable compétiteur a su rattacher ces deux tumeurs à une communauté de nature et d'origine. Faisant justice de l'opinion banale qui attribue la grenouillette à une oblitération du conduit de Warthon, il a considéré le cas actuel comme une tumeur muqueuse renfermant un liquide filant. Disposé que nous sommes à accueillir cette opinion, nous aurions été heureux que M. Nélaton la justifiât par l'identité de composition de la matière contenue dans les deux kystes. Pour lui, les injections d'iode conviennent également aux deux cas : il est à craindre que ce conseil soit plus conséquent qu'efficace.

La fracture de la clavicule, dont était atteint le second malade de M. Nélaton, est un sujet qui n'est pas moins rebattu que la grenouillette. Et cependant ce sujet est toujours neuf. La manière dont on le considère aujourd'hui dans les vestibules de l'École nous paraît être un progrès en arrière : c'est ce progrès qu'a semblé favoriser M. Nélaton. L'École de Desault et de Boyer s'était beaucoup préoccupée de la difformité qui peut résulter de la consolidation vicieuse de la fracture de la clavicule. Les chirurgiens du jour sont convenus de n'y plus prendre garde. Peu leur importe que la clavicule soit raccourcie, qu'elle affecte une forme et une direction irrégulières ; du moins ils le disent, et le résultat de leur pratique est assez conforme à leur manière de voir. L'honorable M. Nélaton appartient sans doute à cette École ; car de tous les problèmes afférents à la doctrine contraire, il n'a dit mot. Nous qui, par préjugé sans doute, accordons trop d'importance à ce qu'une clavicule soit régulière dans sa forme, ses dimensions et directions, nous avons vu avec regret qu'un esprit aussi sagace ait négligé l'occasion de s'exercer sur les difficultés théoriques de la question. La variabilité du siége de la fracture, étudiée dans ses rapports avec les insertions des différents faisceaux musculaires ; l'analyse des mouvements du bras, de l'acte respiratoire, combinée avec l'influence de la pesanteur, auraient utilement fixé son attention. Les conséquences thérapeutiques qui découlent de ces considérations analytiques ont à peine besoin d'être indiquées. N'eussent-elles servi qu'à montrer l'élévation et le délié de l'esprit qui s'y fut livré, qu'elles n'auraient pas été sans résultat utile.

L'espace nous manque pour apprécier comme elles le mériteraient les leçons de MM. Giraldès, Voillemier, Morel-Lavallée, Jarjavay et Richet. Nous sommes obligé de réduire notre appréciation aux circonstances les plus générales de l'épreuve de ces honorables compétiteurs.

Passant en revue les différentes méthodes proposées pour la cure chirurgicale des kystes ovariques, M. Giraldès a conclu, d'après le grand nombre d'accidents et d'insuccès révélés par la pratique, à l'abandon de ces méthodes. Rien de mieux ; mais il a ajouté en outre qu'il s'en tiendrait provisoirement aux ponctions palliatives. Malheureusement ces ponctions elles-mêmes exposent à des péritonites, et elles ne produisent qu'une évacuation du trop-plein du kyste. Pourquoi ne pas recourir aux ponctions sous-cutanées avec la pompe ? Par cette méthode, nul accident de ce genre n'est à craindre, et l'évacuation plus complète du liquide par l'action aspirante de la pompe peut offrir de grands avantages.

En traitant d'un cas de fracture de la rotule, le même compétiteur a omi deux préceptes qui nous paraissent jouer un grand rôle pour amener la soudure rapide et régulière des fragments. Y a-t-il beaucoup de liquide épanché autour des fragments et baignant ces fragments ? Il convient d'en provoquer la résorption rapide, ou d'en faire l'extraction par les ponctions sous-cutanées. Sans cette précaution, le liquide interposé entre les fragments, empêche leur affrontement et gêne l'épanchement de la matière du cal qui doit les souder. Pour prévenir l'ascension du fragment supérieur, il ne faut pas seulement placer le membre dans l'extension sur la jambe, ainsi que l'a conseillé M. Giraldès, mais il faut surtout placer le membre entier dans la flexion sur le bassin. Les avantages de cette pratique ressortent d'eux-mêmes.

M. Voillemier a précisé avec soin le parcours oblique des hernies crurale, à travers le fascia cribriforme, et insisté sur les conséquences de cette disposition lors de la réduction. Dans l'indication des moyens propres à favoriser la réduction, M. Voillemier a omis la pratique conseillée par Ribes, la suspension des malades par les jambes, ou au moins la position inclinée du tronc, le bassin en haut. M. Amussat, qui, comme nous, a souvent mis cette ressource en pratique, nous a confirmé que, depuis de nombreuses années, il n'avait pas rencontré de hernie irréductible. La théorie de cette méthode est aussi simple, que facile à deviner.

A propos de la fracture du péroné, M. Jarjavay, fidèle aux habitudes de tous ses compétiteurs, n'a nullement insisté sur les difformités consécutives à la consolidation vicieuse des fragments. Parmi les causes des déplacements, il a surtout omis de prendre en considération la position du pied pendant la période de consolidation. La plupart des chirurgiens des hôpitaux montrent la même insouciance. Cependant, pour peu qu'ils examinent le produit de leurs œuvres, ils s'apercevront que, dans un grand nombre de cas, le fragment inférieur se soude en avant du fragment supérieur : la cause de cette difformité réside dans la faculté laissée au malade de maintenir son pied dans l'extension, et aussi à l'action concourant au même résultat du péronier antérieur, quand la fracture a lieu au-dessus de son insertion.

Telles sont, en substance, nos impressions sur la seconde épreuve clinique de ce concours. Ces impressions sont aussi celles d'une partie du public, car, avant de les publier, nous avons eu à cœur de nous faire con-

---

Floyer (1), de Hoffmann (2), d'Oertel (3), de Ritter (4), de Schulze (5), de Granichtœdten (6), de Fritz (7) ; de Bigel (8), de Gross (9). Enfin il existe un journal, L'AMI DE L'EAU (DER WASSERFREUND), uniquement destiné à répandre les doctrines de l'hydrosudopathie, et une société fondée pour la propagation de l'œuvre. Aussi pouvons-nous dire avec vérité qu'il est peu de sujets qui aient autant remué le monde médical.

Mais enfin voyons quelle est cette méthode tant vantée, et décrivons-la d'après les nombreux visiteurs de Grœfenberg. Dès le matin le malade est dépouillé de tout vêtement et empaqueté dans une couverture de laine qui le recouvre de toutes parts et ne laisse de libre que le visage ; les jambes sont étendues et les bras appliqués le long du corps. La couverture étant ainsi roulée, on la fixe avec des bandes placées d'avance sous le malade. C'est à cette position, qui certes n'est rien moins qu'agréable par le contact de la laine, la concentration de la chaleur et l'immobilité des membres, qu'est due une abondante sueur ; on la fait durer une ou deux heures, suivant la nature de la maladie ; quelques malades ne peuvent la provoquer qu'en faisant autant de gymnastique que l'emmaillottage de leurs membres peut le leur permettre.

Dès que la sueur commence à paraître, on ouvre la fenêtre et on fait boire tous les quarts d'heure ou toutes les demi-heures un verre d'eau froide. C'est alors qu'on voit la sueur percer le lit et couler même sur le plancher. On en recueille quelquefois plusieurs livres dans des vases placés à cet effet sous la couchette.

S'il existe quelque douleur locale, on recouvre le membre de compresses imbibées d'eau froide ; lorsque la tête s'échauffe, on fait cesser l'emmaillottage.

Dès qu'on veut cesser de suer, on se fait démaillotter, et s'enveloppant de sa couverture ou d'un manteau, on se rend au bain qui se prend dans un bassin de vingt à trente pieds de contour et assez de profondeur pour qu'un homme de taille ordinaire puisse s'y plonger jusqu'au cou ; l'eau y est constamment renouvelée. Arrivé au bain, on y entre pendant que le corps est ruisselant de sueur, en ayant soin cependant de se mouiller d'abord la tête et la poitrine. On proportionne la durée du bain au degré de froid de l'eau et à celui de la chaleur vitale du baigneur. A Grœfenberg, où la température de l'eau est de 5 à 8 degrés Réaumur, personne ne reste au bain plus de six à huit minutes ; la plupart des malades ne séjournent dans l'eau que de deux à six minutes. Priesnitz conseille d'éviter soigneusement, non le premier sentiment de froid que l'on éprouve en entrant, mais le second, qui est une espèce de fièvre, et de sortir avant de l'avoir ressenti. On évite ainsi une réaction trop vive provoquée par une trop grande soustraction de chaleur.

(1) DIE HERRLICHEN WIRKUNGEN DES KALTEN WASSERS.
(2) VON WASSER ALS UNIVERSAL MEDICIN.
(3) DIE ALLERNEUSTEN WASSERKUREN.
(4) DIE WUNDER DES KALTEN WASSERS.
(5) DIE HEILSAMEN WIRKUNGEN DES KALTEN WASSERS.
(6) HANDBUCH DER WASSERHEILLEHRE.
(7) SKIZZE UBER DIE HEILMETHODE DES HERRN V. PRIESSNITZ.
(8) MANUEL D'HYDROSUDOPATHIE.
(9) L'EAU FRAICHE COMME EXCELLENT DIÉTÉTIQUE ET ADMIRABLE CURATIF.

trôler par ce critérium supérieur. Les critiques que nous nous sommes permises ne nous empêcheront pas de rendre justice au mérite des compétiteurs. Nous le reconnaissons, au contraire, cette épreuve a été infiniment supérieure à la précédente. Si les défauts caractéristiques que nous avons signalés dans l'une se sont généralement reproduits dans l'autre, il n'en est pas de même des qualités : celles-ci ont été plus nombreuses, plus générales; et nous ajouterons avec plaisir elles ont été telles, qu'elles rendront le choix du jury difficile.

J. Guérin.

PHILOSOPHIE ZOOLOGIQUE.

RÉSUMÉ DES LEÇONS DE ZOOLOGIE FAITES AU MUSÉUM D'HISTOIRE NATURELLE SUR LA QUESTION DE L'ESPÈCE; par M. Is. Geoffroy-Saint-Hilaire.

I.

Les caractères des *espèces* ne sont, ni *absolument fixes*, comme plusieurs l'ont dit, ni surtout *indéfiniment variables*, comme d'autres l'ont soutenu. Ils sont fixes, pour chaque espèce, tant qu'elle se perpétue au milieu des mêmes circonstances. Ils se modifient si les circonstances ambiantes viennent à changer.

II.

Dans ce dernier cas, les caractères nouveaux de l'espèce sont, pour ainsi dire, la *résultante* de deux forces contraires : l'une, *modificatrice*, est l'influence des nouvelles circonstances ambiantes; l'autre, *conservatrice* du type, est la tendance héréditaire à reproduire les mêmes caractères de génération en génération.

Pour que l'*influence modificatrice* prédomine d'une manière très-marquée sur la tendance conservatrice, il faut donc qu'une espèce passe, des circonstances au milieu desquelles elle vivait, dans un ensemble nouveau, et très-différent, de circonstances, qu'elle change, comme on l'a dit, de monde ambiant.

III.

De là les limites très-étroites des variations observées chez les animaux sauvages.

De là aussi l'extrême variabilité des animaux domestiques.

IV.

Parmi les premiers, les espèces restent généralement dans les lieux et les conditions où elles se trouvent établies, ou elles s'en écartent le moins possible; car leur organisation est en harmonie avec ces lieux et ces conditions; elle serait en désaccord avec d'autres circonstances ambiantes. Les mêmes caractères doivent donc se transmettre de génération en génération.

Les circonstances étant permanentes, les espèces le sont aussi.

V.

Déjà pourtant la permanence, la fixité ne sont pas absolues. L'expansion graduelle des espèces à la surface du globe est, à la longue, la conséquence nécessaire de la multiplication des individus. D'autres causes, d'un ordre moins général, peuvent aussi amener des déplacements partiels. D'où, aux limites surtout de la distribution géographique des espèces qui se sont le plus étendues, des différences notables d'habitat et de climat, qui, à leur tour, entraînent inévitablement quelques différences secondaires dans le régime et même dans les habitudes. A ces divers genres de différences correspondent des *races*, caractérisées par des modifications dans la couleur et les autres caractères extérieurs, dans la proportion et la taille, et parfois dans l'organisation intérieure. (Ces races ont été fort arbitrairement, tantôt appelées variétés de localité, tantôt considérées comme des espèces distinctes.)

VI.

Chez les animaux domestiques, les causes de variation sont beaucoup plus nombreuses et plus puissantes. Dans une longue série d'expériences qui, pour avoir été entreprises dans un but tout pratique, n'ont pas une moindre importance théorique, des espèces de plusieurs classes, au nombre de quarante environ, ont été contraintes, par l'intervention de l'homme, de quitter l'état sauvage et de se plier à des habitudes, à des régimes, à des climats très-divers. Les effets obtenus ont été en raison des causes : il s'est formé une multitude de races très-distinctes; parmi elles, plusieurs offrent même des caractères égaux en valeur à ceux par lesquels on différencie d'ordinaire les genres.

VII.

Le retour de plusieurs races domestiques à l'état sauvage a eu lieu sur divers points du globe. De là une seconde série d'expériences, inverses des précédentes, et en donnant la contre-épreuve; si des animaux domestiques sont replacés dans les circonstances au milieu desquelles avaient vécu leurs ancêtres sauvages, les descendants reprennent, après quelques générations, les caractères de ceux-ci. Ils revêtent seulement des caractères analogues, s'ils sont rendus à la vie sauvage dans des conditions analogues, mais non identiques.

VIII.

Ainsi, en résumé :

L'*observation* des animaux sauvages démontre déjà la variabilité limitée des espèces.

Les *expériences* sur les animaux sauvages devenus domestiques, et sur les animaux domestiques redevenus sauvages, la démontrent plus clairement encore.

Ces mêmes expériences prouvent, de plus, que les différences produites peuvent être de *valeur générique*.

IX.

La vérité ou l'erreur d'une doctrine peut presque toujours être mise en lumière par la valeur des conséquences qui en dérivent.

Au sortir du bain, on se couvre d'un drap de lit et d'un manteau, et l'on se rend chez soi où on se sèche et se frotte le corps entier, puis on s'habille promptement et l'on se rend à la promenade pour se réchauffer.

Pendant la promenade on boit quelques verres d'eau froide; ensuite on déjeune avec du lait, du beurre et du miel. Après le déjeuner on a quelques instants de repos; puis toute la compagnie se rend à la colline d'Hirschbadkamm, pour prendre la douche: on la reçoit avec une chute de huit à dix-sept pieds, et on y expose le dos et les membres, mais jamais le ventre ou la poitrine; le corps encore réchauffé par la marche, on reçoit le choc du liquide pendant une à deux minutes, puis l'on s'habille et l'on retourne à Grœfenberg toujours en buvant quelques verres d'eau froide.

Le dîner se compose ordinairement de mets froids ou presque froids; il est simple et frugal, on y proscrit les salaisons, les épices et tout assaisonnement stimulant. L'eau froide est la seule boisson permise. Après le dîner, on *prend* quelque repos ou l'on se promène, puis on prend les bains partiels, suivant la maladie dont on est atteint.

Les demi-bains sont employés chez les personnes trop faibles pour supporter le bain entier. On prend le demi-bain dans des baignoires d'une assez grande capacité qui ne contiennent que six pouces d'eau, et on les accompagne ordinairement d'aspersions d'un seau d'eau froide sur la tête, les épaules ou les membres. C'est surtout la partie malade que l'on asperge de cette manière. Les bains de siége sont fréquemment employés, soit comme fortifiants des portions immergées, et alors il ne doit durer que quelques minutes, soit comme révulsif de congestions à la tête ou à la poitrine, et alors il doit être fort long : c'est ainsi que l'afflux habituel du sang vers la tête demande qu'on y fasse un séjour de deux heures.

Les bains de pieds sont employés presque exclusivement comme moyen révulsif contre les douleurs des parties supérieures du corps. On les met aussi en usage pour faire cesser la sensibilité des pieds au froid. Les bains de pieds ne doivent contenir que de trois à six pouces d'eau, pour combattre les maux de dents, un pouce d'eau suffit.

Les bains de tête sont pris dans un vase peu profond, placé à l'extrémité d'un matelas sur lequel on se couche, en sorte que la tête déborde cette extrémité. D'abord on place un côté de la tête dans l'eau, puis la nuque, enfin le côté opposé; on termine en y plongeant encore une fois la nuque. Le bain de tête est employé contre les douleurs de rhumatisme et les maladies des organes de l'ouïe, de la vue, de l'odorat et du goût. Ces divers bains locaux sont souvent remplacés par les lavages à l'eau froide, que l'on fait en versant un seau d'eau sur la tête, tandis qu'avec les mains on exerce d'abord des frictions générales, puis des frictions spéciales sur les parties souffrantes. Lorsque la faiblesse du malade ne lui permet pas ce frottement, on y supplée en lui appliquant sur tout le corps un drap de lit trempé dans l'eau froide, qu'on laisse égoutter un peu, et avec lequel le malade peut pratiquer plus facilement la friction prescrite.

Les fomentations forment une partie importante du traitement de Priesnitz. Elles sont, suivant lui, de deux espèces, les unes rafraîchissantes et les autres échauffantes. Les premières sont destinées à combattre les congestions sanguines ou les douleurs de tête; on y joint toujours ou le bain de pieds ou le bain de siége; on trempe dans l'eau froide des linges pliés en plusieurs doubles pour

La théorie de la variabilité limitée peut conduire à des solutions rationnelles, à l'égard de questions complétement insolubles pour les partisans de la fixité absolue, ou que ceux-ci ne résolvent qu'à l'aide des hypothèses les plus complexes et les plus invraisemblables.

X.

Il en est ainsi de la question fondamentale de l'anthropologie. L'origine commune des diverses races humaines est rationnellement admissible au point de vue de la variabilité, et à ce point de vue seul. Les partisans de la fixité ont dû, pour l'admettre avec nous, conclure contre leur propre principe.

XI.

En paléontologie, à la théorie de la variabilité limitée, correspond une hypothèse simple et rationnelle, celle de la filiation; à la doctrine de la fixité, deux hypothèses, également compliquées et invraisemblables, celle des créations successives et celle dite de translation.

Selon l'hypothèse de la filiation, les animaux actuels seraient issus des animaux analogues qui ont vécu dans l'époque géologique antérieure; nous serions fondés, par exemple, à rechercher les ancêtres de nos éléphants, de nos rhinocéros, de nos crocodiles, parmi les éléphants, les rhinocéros, les crocodiles dont la paléontologie a démontré l'existence antédiluvienne.

Cette hypothèse a été rejetée comme inconciliable avec la *fixité* de l'espèce, en raison des différents spécifiques qui existent entre les animaux antiques et leurs analogues modernes. A la simple explication de ces différences par les changements survenus, d'une époque géologique à l'autre, dans les circonstances ambiantes, on a cru devoir préférer l'hypothèse de plusieurs créations successives, et plus tard, celle de la translation. Pour reprendre les exemples cités plus haut, ces deux hypothèses s'accordent à admettre l'extinction complète des anciennes espèces d'éléphants, de rhinocéros, de crocodiles; mais la première les remplace par des éléphants, des rhinocéros, des crocodiles, de nouvelle création; la seconde, par les espèces actuelles, supposées préexistantes, avec tous leurs caractères actuels, sur quelque autre point du globe, resté inconnu.

Des trois hypothèses, celle qui dérive de la théorie de la variabilité est incontestablement la plus simple et la moins conjecturale. A ce titre, elle pourrait déjà être présentée comme la plus vraisemblable.

XII.

Mais elle n'a pas seulement sur les autres cet avantage.

Elle est vérifiable, et dès à présent vérifiée, dans son application à divers cas particuliers (ce qui a été démontré dans le cours de 1847).

En outre, elle est confirmée par diverses considérations en présence desquelles il semble difficile de maintenir les deux autres hypothèses. Sans insister sur celle des créations successives, depuis longtemps abandonnée et formellement condamnée par son auteur, nous nous bornerons à mettre ici en opposition, dans deux de leurs conséquences, l'hypothèse de la filiation et celle de la translation.

Selon la première, les animaux actuels descendraient d'animaux analogues; selon la seconde, d'animaux semblables à eux-mêmes. Or la conservation des mêmes caractères spécifiques, à toutes les époques, supposerait l'existence, à toutes les époques aussi, des mêmes circonstances ambiantes: ce qui est inadmissible.

Dans l'hypothèse de la filiation, le nombre des espèces a pu varier, d'une époque géologique à l'autre, en plus comme en moins; car si, à chaque révolution, il y a eu extinction d'une partie des espèces, celles qui ont subsisté ont dû subir des modifications qui ont pu être diverses, selon les circonstances et les localités, et acquérir la valeur et la permanence de caractères spécifiques. Dans l'hypothèse opposée, à chaque révolution, une partie des espèces disparaît; les autres restent ce qu'elles étaient, elles se déplacent, mais sans modifications organiques. Par conséquent, les extinctions sont ici sans aucune compensation possible. Donc, selon cette hypothèse, le nombre des espèces animales, et de même des espèces végétales, aurait dû aller sans cesse en décroissant; il y aurait en diminution progressive, dépeuplement du globe; les deux cent soixante mille animaux et végétaux qui, d'après les estimations les plus récentes, couvrent aujourd'hui la surface de la terre, ne seraient que les restes d'une création infiniment plus riche dans les temps antiques! Telle est la conséquence à laquelle arrivent nécessairement les hypothèses de la fixité absolue et de la translation: chacun jugera jusqu'à quel point elle concorde avec les notions que nous possédons sur l'état ancien du globe.

XIII.

Tout ce qui précède conduit à considérer l'espèce, non plus d'une manière absolue, et indépendamment des temps et des lieux, mais relativement au monde actuel; ou, d'une manière plus générale, relativement à chacune des époques géologiques. D'où il suit que nous avons à résoudre, à l'égard des espèces, des problèmes de deux genres, ou mieux, de deux *degrés*:

1° Détermination, pour chaque époque géologique, des types spécifiques qui lui sont propres. C'est cette détermination que les zoologistes poursuivent si habilement, depuis Linné, quant aux espèces vivantes, et les paléontologistes, depuis Cuvier, quant aux espèces perdues.

2° Comparaison des espèces avec celles de l'époque antérieure, ou, plus généralement, des espèces de deux époques consécutives, en vue d'établir leurs rapports de filiation. Problème nouveau, sans doute insoluble dans la plupart des cas, mais certainement *soluble (déjà même résolu) dans plusieurs.*

XIV.

La substitution de la théorie de la variabilité limitée à l'hypothèse de la *fixité absolue* rend nécessaire une nouvelle définition de l'espèce. Pour nous rapprocher le plus possible des définitions les plus usitées, et en ne considérant, pour le moment, que l'ordre actuel des choses, nous dirons: L'espèce est une collection ou une suite d'individus, caractérisés par un ensemble de traits distinctifs dont la transmission est naturelle, régulière et indéfinie dans l'ordre actuel des choses.

La possibilité de la distinction, la transmission naturelle et régulière, la stabilité et la permanence égales à celles de l'état actuel du globe; tels sont les trois éléments essentiels de cette définition de l'espèce.

Quelques mots suffiront pour en expliquer les termes.

Les hybrides ne sont pas généralement inféconds, comme on l'a souvent dit (nos tableaux donnent à cet égard des preuves irrécusables). Ils peuvent transmettre leurs caractères, toujours mixtes entre ceux des types d'où il

---

les placer sur les parties souffrantes, où ils doivent rester jusqu'à ce qu'ils commencent à s'échauffer. Alors on les imbibe de nouveau, et l'on continue ainsi jusqu'à la cessation du mal. Les fomentations stimulantes sont faites au moyen de compresses fortement exprimées avant d'être appliquées sur la partie douloureuse, et on a soin que leur application soit tellement hermétique, que l'air et le froid n'y puissent pénétrer; elles doivent aussi être recouvertes d'un linge sec, qui les entoure et les serre. Leur effet est une production de chaleur qu'on ne pourrait obtenir de tout autre moyen. Elle favorise aussi la transpiration. Presque tous les malades de Grœfenberg portent une compresse ainsi disposée sur le ventre, et ils éprouvent que la chaleur abdominale en est augmentée et la digestion facilitée. Les parties atteintes de rhumatisme, de goutte, d'abcès et d'inflammations chroniques sont toujours traitées par les fomentations que nous venons de décrire.

L'usage intérieur de l'eau joue aussi un grand rôle à Grœfenberg; on ne doit pas boire moins de douze verres ni plus de trente; en suivant les gradations, on parvient promptement à y accoutumer les personnes les plus difficiles. Cette eau est administrée pendant la sueur, pendant le bain, à la promenade et pendant les repas. L'eau est souvent administrée par Priesnitz jusqu'à ce qu'elle ait provoqué des vomissements ou de la diarrhée, et il paraît se bien trouver de cette méthode dans les maladies de l'estomac. Le professeur Fertel fait aussi boire des quantités considérables d'eau, et il paraît avoir fait ainsi de fort belles cures. Enfin les lavements d'eau froide sont l'un des moyens les plus fréquemment employés à Grœfenberg contre les maladies chroniques des voies digestives, et certainement le succès a souvent couronné cette dernière méthode, qui complète l'usage intérieur et extérieur de l'eau.

Voilà donc la méthode de Priesnitz; examinons maintenant ses effets sur les personnes qui en font usage. Les premiers jours de la cure ne présentent rien de particulier, sauf une augmentation de forces et d'appétit, que l'on peut en grande partie attribuer à l'air vif de Grœfenberg et à l'exercice dont Priesnitz fait une règle invariable à tous ses malades. Mais au bout de peu de jours, plus promptement chez ceux qui se sont lancés étourdiment dans le traitement, et plus lentement chez d'autres qui ont mis de la prudence dans leur cure, on voit apparaître divers phénomènes assez pénibles, tantôt c'est une fièvre intense, tantôt ce sont des vomissements ou de la diarrhée, le plus souvent une aggravation considérable dans les douleurs locales pour lesquelles on est venu à Grœfenberg; enfin presque constamment une abondante éruption de furoncles et de petits abcès; on en a compté jusqu'à cent cinquante. Au dire de Priesnitz, c'est l'humeur peccante qui sort de cette manière; car, suivant lui, toutes les maladies dépendent d'humeurs viciées, et c'est par les sueurs que le corps se débarrasse des principes morbifiques. Quoi qu'il en soit de l'explication, le fait n'en est pas moins certain, c'est qu'après ces abondantes sueurs et ces suppurations cutanées les malades sont ordinairement très-soulagés, sinon complétement guéris. Ce sont ces symptômes de fièvre, de sueurs, d'éruptions cutanées et d'aggravation des douleurs locales que Priesnitz désigne sous le nom de crises et par lesquelles les maladies les plus anciennes redevenant aiguës, sont par conséquent plus faciles à guérir. Les effets produits par la cure d'eau sont très-différents suivant les divers malades, mais on peut les rapporter à deux classes bien distinctes: les uns se sentent dans un état continuel d'excitation (Anfre-

proviennent, mais les races hybrides ne se propagent pas avec la constance et la régularité qui appartiennent aux espèces, et elles s'éteignent bientôt on disparaissent par l'effet des croisements. La transmission n'est donc ni *régulière*, ni *indéfinie*.

Il en est de même des races monstrueuses on anormales. Elles ne constituent de même, en quelque sorte, que des faits accidentels et temporaires.

Dans les races domestiques, enfin, on retrouve une grande partie des caractères de l'espèce. Chez les les races qui sont très-anciennes, et qui ont acquis une grande fixité, la transmission peut même être dite régulière; elle peut être indéfinie et aussi durable même que l'ordre de choses actuel, mais seulement par l'intervention de l'homme, nécessaire pour maintenir les races comme elle l'a été pour les créer. La transmission n'est donc pas naturelle.

THÉRAPEUTIQUE PROPHYLACTIQUE.

DU TRAITEMENT PRÉVENTIF DES RÉCIDIVES DE FIÈVRES INTERMITTENTES, EN ALGÉRIE ET EN FRANCE; par Fr. Auguste Durand (de Lunel), médecin ordinaire à l'hôpital militaire du Gros-Caillou.

(Suite et fin. — Voir le numéro précédent.)

§ II.

En asseyant les bases du traitement préventif des rechutes de fièvres intermittentes, j'ai, à ne pas s'y méprendre, assis les bases du traitement, sinon des accidents de ces fièvres, du moins de leur essence. On conçoit pourquoi j'ai ainsi limité mon sujet : c'est que pendant trop longtemps, en France et en Algérie, le traitement des accidents des fièvres intermittentes a dominé celui de la cause, et qu'il est bien temps enfin d'établir l'inverse : certes, non pas qu'il ne faille prêter la plus grande attention aux premiers, mais au moins faut-il les interpréter sainement et surtout harmoniser leur traitement avec celui de la cause qui les a produits.

Les auteurs anciens, sans avoir établi de véritable doctrine à cet égard, avaient du moins expérimentalement consacré certaines pratiques qui, quoique ne présentant chez aucun d'eux la régularité qu'il y avait à désirer dans ce traitement, en renfermaient cependant dans leur ensemble les lois principales. Le bénéfice de leur expérience devait donc être pour nous le plus précieux trésor, et ce bénéfice joint à un examen plus approfondi de la causalité des fièvres en question, à l'observation d'une phénoménalité morbide plus intense, telle que celle de l'Algérie, et à un jugement sérieux des nouvelles expérimentations faites dans cette contrée, devait nécessairement abontir à des améliorations thérapeutiques.

Pour moi qui ai pour but ces améliorations, qu'ai-je fait jusqu'ici ? J'ai examiné ce qu'il y avait d'incontesté dans les pratiques anciennes, et je l'ai franchement adopté : tels sont, après l'usage du quinquina, l'emploi des vomitifs et des purgatifs dans le traitement des accès actuels, et l'usage prolongé du quinquina pendant les convalescences. Puis j'ai examiné ce qu'il y avait dans leurs pratiques de contesté, et tels sont, pendant les accès actuels, l'emploi des déplétions sanguines, et, pendant les convalescences, l'administration des purgatifs et l'usage non interrompu du quinquina ; et alors j'ai pesé, en prenant appui sur mon expérience et sur celle de quelques-uns de mes confrères de l'Algérie, ce qu'il y avait à réserver, à corriger et à rabattre dans ces dernières méthodes. Ainsi, j'avais affaire aux fièvres intermittentes de l'Algérie, à des fièvres dont les caractères étaient exagérés relativement à celles qu'avaient observées en Europe les anciens auteurs, à des fièvres dont la causalité était plus évidemment asthénique et les phénomènes plus évidemment bilieux, enfin à des fièvres dans le traitement desquelles j'avais vu les mécomptes des novateurs, et au contraire les succès de ceux de mes confrères qui s'étaient le plus rapprochés des méthodes anciennes. Eh bien donc ! examinant sous un nouveau climat les préceptes dont l'efficacité avait été, en Europe, incertaine et controversée, j'ai dû tantôt approprier à cette climatologie ceux de ces préceptes qui avaient le plus de conformité avec ses exigences médicales générales, et tantôt, au contraire, en exclure, ou à peu près en exclure ceux d'entre eux que semblait le plus repousser son génie médical. C'est ainsi que, d'une part, je me suis déterminé à administrer, moyennant certaines précautions, les purgatifs dans les convalescences, et que, d'autre part, je me suis vu obligé de repousser les déplétions sanguines du traitement général des maladies en question, pour ne les réserver qu'à certains cas exceptionnels. Quant à la méthode qui consistait à ne donner le quinquina que par périodes intermittentes dans les convalescences, je ne l'ai pas seulement puisée dans l'exemple des anciens, dans la considération de la nature intermittente de la maladie et dans un principe d'économie pour le trésor public ou pour les malades, mais encore dans les nécessités imposées par la longueur du traitement dans un pays où les fièvres sont beaucoup plus tenaces qu'ailleurs.

Telle est la doctrine que je me suis faite dès mon entrée en Algérie en 1844, la doctrine sous les auspices de laquelle j'ai plus tard traité environ 10,000 malades. Eh bien ! c'est de son point de vue que, avant d'exposer une réglementation méthodique et détaillée du traitement préventif des fièvres intermittentes de l'Algérie, je ferai l'historique des phases successives de ce traitement depuis l'occupation de cette colonie.

Dans les huit premières années de l'occupation, les médecins tout préoccupés des théories de la doctrine nouvelle qui leur enseignait que les fièvres intermittentes provenaient d'une irritation et que les phénomènes bilieux n'indiquaient rien moins que des gastro-entérites, ne s'appliquèrent qu'à concilier l'emploi des déplétions sanguines et celui du sulfate de quinine : mais, dans leur esprit, il y avait bien moins à redouter des premières que du second qui passait pour un irritant et que l'on n'avait jamais essayé de donner à hautes doses.

Dès 1835, M. Maillot (1), un des partisans de celte alliance, mais pour qui l'irritation était bien plutôt dans l'axe cérébro-spinal que dans le tube digestif, M. Maillot, dis-je, avait cependant porté un rude coup à la doctrine elle-même en reconnaissant au moins l'utilité des fortes doses de sul-

(1) Recherches sur les fièvres interm. du nord de l'Afrique ; dans le Recueil des mémoires de médecine, de chirurgie et de pharm. mili t. XXXVIII, année 1835.

gung), toutes les fonctions prennent une activité extraordinaire; la circulation et la digestion acquièrent une énergie remarquable, et toute cette stimulation se porte sur le mal dont est atteint le pauvre patient : d'où résulte un état souvent fort pénible. Chez d'autres malades, au contraire, on observe un abattement et une torpeur (Stockung) singulières; tout le corps est comme endormi, les forces sont abattues, les mouvements lents et pénibles, et il semble que toute la machine soit sous l'influence de quelque puissant soporifique. C'est à combattre ces divers accidents que Priesnitz excelle surtout; les nombreux médecins qui ont visité Grœfenberg sont unanimes à déclarer qu'il déploie, dans le traitement des diverses maladies soumises à ses soins, un jugement et un tact parfait. Aussi doit-on attribuer à ces qualités essentielles, dans un directeur d'établissement sanitaire, une grande partie des admirables guérisons opérées à Grœfenberg.

La cure d'eau a été modifiée de plusieurs manières par les médecins qui ont fondé des établissements destinés à l'hydrosudopathie; la plupart ne font pas transpirer d'une manière aussi prolongée et attachent plus d'importance à l'usage externe de l'eau, quelques-uns placent leurs malades sur la douche immédiatement après la transpiration. L'usage interne de l'eau a donné lieu à diverses modifications de la méthode de Priesnitz; quelques-uns de ses disciples proscrivent la boisson pendant le repas et la font prendre avant et après; d'autres administrent des doses énormes d'eau en boisson. Mais tous emploient les bains, les douches et les fomentations froides, et paraissent en obtenir d'excellents effets.

Les maladies qui paraissent surtout améliorées par l'hydrosudopathie sont, en premier lieu, la goutte et les rhumatismes chroniques, puis l'hypocondrie et tous les dérangements chroniques de l'estomac et des intestins, l'hystérie et toutes les maladies nerveuses, les anciennes paralysies, les dérangements produits par la répercussion des affections cutanées ou d'anciennes affections spécifiques, les maladies des articulations, la carie des os et les ulcères chroniques, et enfin l'ophthalmie et les autres maladies des sens.

Les maladies qui sont, au contraire, aggravées par l'hydrosudopathie sont, en premier lieu, la phthisie pulmonaire et l'hémoptysie, les maladies du foie, les anciennes névralgies et céphalalgies, les cas aigus de maladie des organes contenus dans la poitrine, les anciennes maladies de la peau, les maladies graves de l'épine dorsale.

Plusieurs malades ont éprouvé des crachements de sang après l'emploi du bain ou de la douche; aussi doit-on mettre la plus grande prudence dans l'emploi de moyens aussi énergiques, chez les personnes disposées à des congestions pulmonaires. On a vu également le sang se porter avec force à la tête pendant l'emmaillottage ou dans le bain. Enfin, dans quelques cas, des fièvres de nature assez grave ont paru être la conséquence du traitement suivi à Grœfenberg.

Après avoir décrit les moyens employés par Priesnitz, cherchons maintenant à expliquer leur effet par les principes de la médecine vulgaire; ce sera le moyen de lui appliquer ce qu'il peut y avoir d'utile dans cette méthode empirique.

D'abondantes transpirations ont été de tout temps employées pour débarrasser le corps de principes morbides, ou pour combattre la concentration des forces sur

fate de quinine au milieu même des appareils symptomatiques jusque-là réputés inflammatoires.

D'après ce que j'ai dit plus haut, ces fortes doses avaient au moins un double avantage : le premier, de prévenir efficacement les accès, et le second, de réparer d'une manière artificielle les effets débilitants des saignées que l'on avait préalablement pratiquées. C'était peu sans doute au point de vue des rechutes, c'était d'autant moins que M. Maillot cessait de donner le sulfate de quinine deux ou trois jours après la cessation des accès (1); mais c'était beaucoup au point de vue des accès imminents.

Quant aux évacuants du tube digestif, ce médecin, tout en avouant que l'emploi des laxatifs suspend quelquefois les accès (2), les proscrivait d'une manière absolue ou comme pouvant activer les congestions gastro-intestinales, disait-il, ou comme pouvant, tout au moins, retarder l'usage du quinquina.

Telle n'est plus, il est vrai, la conduite de M. Maillot, qui aujourd'hui en France (3) parait souvent administrer les vomitifs et qui donne encore une fois le sulfate de quinine vers le douziéme jour de la convalescence. Mais je devais faire connaître le premier progrés de la médecine algérienne, il date de 1835 et 1836.

Ce fut en 1838 que M. Worms publia une brochure remarquable (4) dans laquelle, après avoir expérimentalement reconnu les mauvais effets des missions sanguines dans le traitement des fiévres intermittentes de l'Algérie, il les repoussait d'une manière absolue de ce traitement, rappelait les praticiens à la méthode ancienne de l'association des vomitifs et de l'antipériodique, insistait pour tous les cas sur cette association, cessait l'emploi du sulfate de quinine après la cessation des accès, mais pour le remplacer pendant quelques semaines par la décoction ou le vin de quinquina, et prescrivait promptement une nourriture substantielle.

Ce ne furent ni les bonnes raisons ni l'art de les exposer qui manquèrent à M. Worms pour rendre un des plus signalés services à notre colonie et à notre armée d'Afrique. Mais le vent était toujours à la doctrine de l'irritation, et il soufflait alors trop fort pour être brusquement détourné des côtes de l'Algérie.

M. Worms fut sans doute trop exclusif à l'égard de sa proscription des déplétions sanguines ; il ne dit pas s'il répétait la médication vomitive ; il n'essaya ni de l'emploi des purgatifs ni de celui des laxatifs ; persuadé que l'usage prolongé du sulfate de quinine était plus nuisible qu'utile dans les convalescences, il ne tenta pas de l'administrer d'une manière intermittente, et crut devoir lui substituer d'une maniére continue la décoction ou le vin de quinquina, méthode bonne en elle-même, mais non pas préférable à celle de Torti et de Sydenham. A cela près, il avait remis sur ses antiques et véritables bases la question du traitement des fièvres intermittentes, et embrassé dans sa méthode et celui des accès et celui des rechutes ; mais, on l'a bien senti, M. Worms avait eu raison trop tôt ; c'était chose trop nouvelle alors que revenir aux anciennes.

(1) TRAITÉ DES FIÈVRES OU IRRITAT. CÉRÉBRO-SPINALES INTERMITT. Paris, 1836, p. 364.
(2) Même ouvrage, p. 361.
(3) DE L'EMPLOI COMPARATIF DE L'ACIDE ARSÉNIEUX ET DU SULFATE DE QUININE DANS LE TRAITEMENT DES FIEVRES INTERMITT. GAZETTE MÉD., année 1850, n° 38.
(4) EXPOSÉ DES CONDITIONS D'HYGIÈNE ET DE TRAITEMENT PROPRES A PRÉVENIR LES MALADIES ET A DIMINUER LA MORTALITÉ DANS LE NORD DE L'AFRIQUE. Paris, 1838.

Cependant en 1839 MM. Monard frères, tout en pratiquant en général l'association des déplétions sanguines et des anti-périodiques, exprimaient leur crainte sur la répétition des saignées, administraient l'émétique dans certains cas *d'engourdissement* et *d'inertie* qui *leur faisaient présumer une difficile absorption du sulfate de quinine*, donnaient d'assez fortes doses de ce dernier sel, et avaient le soin d'en continuer l'emploi dans la convalescence des fièvres d'automne (1).

En 1842, M. Laveran écrivait ceci : « J'ai suivi la voie si bien tracée par MM. Maillot et Worms, différant toutefois du premier parce que j'employais plus rarement les émissions sanguines, et du second en ce que je craignais plus que lui les inflammations du tube digestif (2). »

Vers la même époque, M. Boudin exposait (3) la méthode qu'il avait adoptée : elle consistait, comme on l'a déjà vu plus haut, dans la guerre aux symptômes, ici opposant les déplétions sanguines à la forme inflammatoire, à la *réaction générale*, comme le dit lui-même ce médecin, mais là opposant le vomitif à la forme bilieuse qu'il avait rencontrée en Afrique, rapporte-t-il, dans les sept dixièmes des cas. J'ai déjà fait sentir les vices de la médecine purement symptomatique à l'égard des fiévres intermittentes de l'Algérie, et fait voir, du reste, combien plus que ne l'a indiqué M. Boudin, s'y généralise le génie bilieux : je pense donc que la formule de notre honorable confrère tend encore trop à l'emploi des déplétions sanguines et n'y tend pas assez à celui des évacuants du tube digestif.

M. Boudin ne dit pas alors s'il répétait l'administration du vomitif, s'il usait quelquefois d'autres évacuants, et s'il poursuivait l'administration des antipériodiques pendant la convalescence. Mais ce qui est significatif en faveur des progrés subséquents de son opinion, c'est qu'aujourd'hui, en France, ce praticien, tout en substituant l'acide arsénieux au sulfate de quinine, méthode que je n'ai pas à juger ici, a toujours le soin d'ouvrir son traitement par un vomitif, et de répéter cette médication en cas de fiévre rebelle (4).

Malgré ces remarquables améliorations, en 1844, époque où j'entrais pour la seconde fois en Algérie, il existait, parmi les médecins de cette contrée, une grande hésitation entre la méthode auxiliaire des saignées et celle des évacuants du tube digestif. Cependant les déterminations penchaient si bien encore du côté des premières, que deux ans après, en 1846, P. Broussais pouvait écrire ceci : « D'après les renseignements que nous avons pris sur les lieux, et d'après ce que nous avons vu autour de nous à Alger, la plupart des médecins français de l'Algérie ont recours aux évacuations sanguines générales et locales ; seulement les uns ont assez de confiance dans cette médication pour y insister et comptent beaucoup sur son association avec la médication antipériodique, et d'autres ne s'y décident qu'à regret, pour ainsi dire, et en redoutent singuliérement les effets (5). »

(1) MM. Monard fréres, RAPPORT SUR LES MALADIES OBSERVÉES A ALGER EN 1838 ; dans le RECUEIL DES MÉMOIRES DE MÉDEC. DE CHIRURG., ET DE PHARM. MIL., t. XLVII, p. 224, 225, 227.
(2) M. Laveran, DOCUMENTS POUR SERVIR A L'HISTOIRE DES MALADIES DU NORD DE L'AFRIQUE ; dans le même recueil, t. LII, p. 92.
(3) TRAITÉ DES FIÈVRES INTERMITT. ET CONTIN. Paris, 1842, p. 318 et 321.
(4) DES PRÉPARATIONS ARSENICALES DANS LES FIÈVRES INTERMITT. Mémoire lu devant l'Acad. de méd., séance du 28 août 1849.
(5) Pas. Broussais, NOTICE SUR LE CLIMAT ET LES MALADIES DE L'ALGÉRIE ; dans le RECUEIL DES MÉM. DE MED., DE CHIR. ET DE PHARM. MILIT., t. LX, p. 110.

---

les organes importants à la vie. Mais ce qui distingue la méthode de Priesnitz, c'est de provoquer la sueur par les seules ressources de la nature, en concentrant dans un petit espace borné de toutes parts par un corps non conducteur, toute la chaleur animale qui se transmet aux vêtements dans l'état ordinaire des choses, et en développant ainsi par la chaleur et par le contact de la laine un afflux sanguin vers la peau, et plus tard une abondante transpiration. Cette méthode doit avoir, dans bien des cas, la préférence sur les sudorifiques et les boissons chaudes, qui sont souvent trop excitants et peuvent augmenter les congestions internes qu'ils étaient destinés à combattre. Il n'est pas de médecin qui n'ait rencontré des cas pareils, et qui ne puisse, par conséquent, faire une utile et fréquente application de la méthode de Priesnitz pour provoquer la sueur.

Mais ces abondantes transpirations seraient par trop débilitantes et amèneraient promptement un épuisement dangereux ; aussi Priesnitz les fait-il suivre immédiatement du tonique le plus énergique que les moyens naturels mettent à notre disposition : je veux parler du bain froid ou de la douche, au moment même où le corps est ruisselant de sueur. Par cette méthode, il resserre les pores trop ouverts de la peau et redonne à cet organe toute l'énergie que la transpiration aurait pu lui ôter. Priesnitz a transporté dans sa méthode l'usage populaire des Russes, qui vont se rouler dans la neige au sortir de leur bain de vapeurs, ou encore l'ancien usage des douches écossaises, qui sont alternativement chaudes et froides. L'effet immédiat d'une pareille méthode est certainement de fortifier tout le corps, et en particulier la peau, cet organe si important pour le bien-être et la santé.

La surface extérieure du corps est le siége continuel d'une transpiration insensible qui s'élève chez les hommes robustes à la quantité de plusieurs livres par jour. Dès que cette fonction est troublée, la santé est aussitôt derangée ; lorsqu'une cause morbifique agit sur le corps, il se fait presque toujours un mouvement du centre à la circonférence, par lequel l'équilibre ne tarde pas à se rétablir. Si la peau est dans un état d'atonie, ce mouvement périphérique est incomplet, et alors toutes les forces restent concentrées à l'intérieur ; de là ces congestions et ces modifications dans les sécrétions des viscères. Le même effet se produit aussi lorsque la peau est devenue imperméable, soit par saleté, soit par l'épaississement de l'épiderme, soit par toute autre cause, et alors il en résulte un trouble considérable dans toute l'économie. Nous avons un exemple frappant de ce phénomène dans l'état des *malades* atteints de maladies de la peau, et surtout chez ceux dont l'épiderme est devenu trop épais pour pouvoir laisser transsuder les liquides : c'est le cas des personnes qui ont eu la scarlatine ou fièvre rouge. Chez elles l'épiderme doit se détacher entièrement, et il s'en forme un nouveau au-dessous de l'ancien ; mais jusqu'à ce que celui-ci soit tombé, le corps se trouve enveloppé comme dans une cuirasse imperméable, et la transpiration devient complétement impossible ; aussi, chez ces personnes, la moindre impression de froid ou de l'air en mouvement amène un afflux des liquides vers la peau, et comme la peau est imperméable, les liquides restent dans les tissus sous-cutanés et y forment ces hydropisies aiguës qui bien souvent entraînent la mort des malades. On peut juger, d'après cela, de quelle importance les fonctions de la peau sont pour la santé, et à cet égard nous ne saurions trop approuver les travaux de Priesnitz, qui sont venus ramener l'attention des médecins sur un sujet trop souvent négligé.

Quand j'ai quitté l'Afrique, en 1848, la réaction contre la doctrine de l'irritation avait déjà fait cependant, dans l'armée et dans la colonie, de très-remarquables progrès. Beaucoup de médecins n'employaient les émissions sanguines que dans les seuls accès s'accompagnant de réaction vive avec état comateux ou excessive pléthore, et, s'ils ne généralisaient pas, l'emploi des évacuations gastro-intestinales, ils n'hésitaient pas, du moins, à les opposer aux phénomènes bilieux caractérisés. Tels étaient, entre autres, MM. E. Sonrier et Félix Jacquot (1) qui, en outre, appliquaient aux convalescences les préceptes de Torti et de Sydenham, donnant l'antipériodique jusqu'à la fin du septénaire, et le reprenant quelques jours plus tard. Cependant, quant à cette dernière partie du traitement, bien peu de praticiens étaient aussi avancés que les deux jeunes médecins que je viens de citer. Si au moins quelques-uns substituaient, comme l'avait conseillé M. Worms, la décoction et le vin de quinquina au sulfate de quinine à doses décroissantes, il en était d'autres qui, pleins de confiance dans les seuls soins hygiéniques, n'hésitaient pas à leur livrer leurs malades deux ou trois jours après la cessation des accès.

Cette dernière pratique est encore aujourd'hui loin d'être abandonnée, et je dirai plus, le précepte qui la recommande est le dernier mot venu de l'Algérie. Il est écrit dans un mémoire sur le traitement des fièvres intermittentes de cette contrée, publié par M. E.-L. Bertherand, et couronné par la Société de médecine d'Alger (2), et, chose des plus graves, il n'a pas été l'objet de la moindre contradiction ou de la moindre réflexion de la part du rapporteur de la commission du prix, ni, que je sache, de la part d'aucun autre membre de la société en question. Or pour tout le monde ce silence est une adhésion, une adhésion dans des conditions trop solennelles pour ne pas être relevé.

Je vais d'abord laisser parler l'auteur de la brochure : « Doit-on continuer le traitement des névropathies intermittentes (3) simples, une fois la disparition bien avérée des accès? On peut s'étonner à bon droit d'une semblable question, car, dans toute autre maladie, il n'est guère habituel de persévérer dans les remèdes quand les symptômes ordinaires qui la constituent ont été dissipés par leur emploi.

» Les Italiens, en donnant le quinquina quelques semaines encore après la cessation des phénomènes périodiques, ceux qui l'administrent à des doses décroissantes (à quoi bon, si une plus forte a suffi pour guérir !) ne paraissent pas plus fondés de part et d'autre dans leurs opinions. Sans doute une grande prudence est de règle après la guérison, mais c'est à une hygiène préservatrice qu'il faut s'adresser de préférence, et non à un abus de médicaments dont rien n'appelle plus la nécessité.

» Du reste, c'est au tact seul du praticien à décider dans quels cas particuliers la marche suivie par l'affection, la nature, etc., peuvent nécessiter la continuation du traitement spécifique (4).»

(1) Mémoire sur les fièvres comateuses qui ont régné en 1847 dans la subdivision de Tlemcen; dans la Gaz. Méd., année 1849.

(2) Du traitement des fièvres intermittentes en Algérie, et principalement de l'administration du sulfate de quinine dans ces fièvres. Mémoire couronné par la Société de médecine d'Alger; par le docteur E.-L. Bertherand. Alger, 1850.

(3) M. Bertherand a cru pouvoir substituer cette dénomination à celle de *fièvres intermittentes*.

(4) Ouvrage cité, p. 29.

Voici maintenant comment le rapporteur du jury d'examen pour le prix proposé, M. Agnély, rend compte, dans son rapport, de la proposition de M. Bertherand :

« Les accès ainsi bien sérieusement arrêtés, l'auteur déclare inutile de continuer l'administration du spécifique, sauf les cas exceptionnels que le tact médical indique.

» C'est à l'hygiène qu'il importe de consolider la guérison.

» Le traitement ci-dessus est proposé comme type à suivre (1). »

Pas un mot de protestation ou de réserve de la part de M. le rapporteur.

Je me plais à le dire, j'ai trouvé dans le mémoire de M. Bertherand, médecin déjà connu par d'utiles travaux, d'excellents aperçus sur la multiplicité des influences étiologiques relatives aux fièvres intermittentes, une sérieuse critique de la *fièvre splénique*, dont M. Andonard est l'auteur et M. Piorry l'ardent défenseur ; d'inappréciables conseils d'hygiène publique et privée, et surtout d'excellentes règles relatives à l'administration du quinquina pendant les séries d'accès; et ce sont là certainement des titres qui justifient à eux seuls le jugement de la Société de médecine d'Alger, mais j'y ai trouvé le regrettable précepte que je viens de citer. Eh bien! si si ce précepte est en lui-même, comme je le crois, une erreur capitale de traitement, il est, à cause du jugement de la Société de médecine d'Alger, qui s'en est rendue pour ainsi dire solidaire, et à cause du retentissement qu'il en a reçu, d'un immense danger pour notre armée et pour notre colonie : il n'aboutit à rien moins qu'à la perpétuité des fièvres intermittentes dans les hôpitaux, les chambrées et les familles, et c'est pourquoi, comme précepte consacré par une approbation officielle des plus compétentes, je le relève.

Je l'ai dit plus haut, j'ai vu en Afrique les accès les plus bénins, quand ils n'étaient pas poursuivis pendant quelques semaines après leur suspension par les antipériodiques, récidiver, avant vingt ou trente jours, dans l'énorme proportion de 87 pour 100. Il est, de plus, évident à mes yeux, comme à ceux de tout le monde, que si le sulfate de quinine doit prévenir le second ou le troisième accès d'une rechute, il eût pu tout aussi bien, étant administré à temps, en prévenir le premier. J'ai enfin, en faveur de mon opinion, l'expérience des auteurs les plus estimés, des praticiens les plus consommés, tels que les Torti, les Sydenham, les Werloff, les Van Swieten, les Stoll, les Pringle, les Cullen, les Colombier, les Bretonneau, les Nepple, etc. Qu'y a-t-il donc de si bénin dans les fièvres intermittentes de la ville d'Alger, pour que les moyens médicateurs leur deviennent inutiles après la chute des premiers accès, ou de si grave pour que le quinquina, administré à propos, ne puisse pas en prévenir les rechutes?...

Maintenant, que M. Bertherand ait cru ne devoir recommander, pour la généralité des cas de convalescence de fièvres intermittentes, que les seuls soins hygiéniques, il a certes bien fait, si son expérience lui a démontré et la suffisance de ces moyens et une moins grande suffisance des moyens anciens dont il a pu faire l'épreuve; mais ce médecin a-t-il par-devers lui cette double démonstration? Je commence par en douter, quant au premier fait, en lisant simplement ceci dans sa brochure : « Il est de règle et d'urgence d'évacuer le plus tôt possible sur le pays natal les individus réfractaires à la guérison des névropathies intermittentes (2). » Quant au se-

(1) Même ouvrage, p. 47.

(2) Ouvrage cité, p. 38.

Mais ce n'est pas tout encore : la santé n'est pas moins troublée par les dérangements de la transpiration, elle l'est encore par un état morbide dans la sensibilité de la peau. Il existe en effet une sympathie remarquable entre l'état de la peau et celui des viscères et des centres nerveux ; et pour comprendre cette sympathie, que l'on compare l'état différent de la peau chez un robuste paysan et chez une de ces femmes délicates toujours enfermées dans leur boudoir ou dans leur voiture. Chez le premier, la peau est brune, épaisse, calleuse même, et la sensibilité est si obtuse que le contact des vêtements les plus grossiers ou des corps les plus durs sa fait à peine sentir ; chez la femme délicate, au contraire, la peau est fine et transparente, la sensibilité y est si développée que le moindre choc ou le contact d'un corps un peu dur y développe de la douleur ; le moindre coup y cause une plaie; c'est, en un mot, une plante délicate qu'un souffle suffit pour détruire. Et de cet état si différent de la peau chez le paysan et chez la femme délicate, nous voyons surgir des conséquences importantes. Chez le premier, la sensibilité est si obtuse qu'il faut l'écorcher pour qu'il s'aperçoive qu'on le touche; les forces musculaires et digestives jouissent d'une énergie peu commune, et enfin l'intelligence est lente et paresseuse. Chez cet être délicat que nous avons décrit, la sensibilité excessive de la peau correspond à une mobilité nerveuse, non moins excessive; les forces musculaires sont réduites à bien peu de chose; les digestions sont lentes et difficiles, et toute l'activité organique paraît être concentrée dans les centres nerveux.

Que l'on arrive alors avec la méthode énergique de Priesnitz, et qu'après avoir provoqué la sueur on plonge subitement le corps dans l'eau froide, ou qu'on l'expose au choc d'une énorme masse d'eau, on donne alors à cette peau si frêle et si délicate, une activité et une énergie qu'elle n'avait pas jusqu'alors, ou qu'elle avait perdues dans la mollesse du luxe oriental, ou par les progrès de la maladie. Mais en même temps que l'on fortifie la peau et qu'on lui rend la vie et la santé, on obtient du même coup une diminution non moins importante dans la trop grande excitabilité des centres nerveux, des principaux viscères, et l'on rétablit l'équilibre entre les divers organes dont se compose notre corps.

Les lavages et les fomentations employées par Priesnitz viennent encore s'adresser à la peau pour la fortifier et pour rétablir des fonctions dès longtemps alanguies. De ce nombre est la sensibilité au froid qui diminue avec la plus grande énergie imprimée à la peau ; sous ce rapport la méthode de Priesnitz présente un grand avantage; aussi dès les premiers jours du traitement les malades déposent-ils la surcharge de vêtements sous lesquels la peau perdait son énergie, inactive qu'elle était sous l'influence de corps qui ne provoquaient ni réaction ni développement de chaleur naturelle. La flanelle est presque toujours dépouillée avec avantage par les malades dont la peau réagit suffisamment contre le froid et contre les variations dans le mouvement ou l'humidité de l'atmosphère. Ces compresses froides et souvent renouvelées amènent une réaction dans la circulation et la calorification des organes sous-jacents, et font cesser ainsi les maladies provenant de l'une ou l'autre de ces deux causes, les congestions qui dépendent d'une circulation incomplète et les rhumatismes qui proviennent d'un refroidissement temporaire de la surface cutanée. Les compresses humides, mais non renouvelées, sont essentiellement stimulantes, elles ne tardent pas à rougir la peau et y amènent un afflux consi-

cond fait, les démonstrations de M. Bertherand sont, ce me semble, plus négatives encore, et voici comment : c'est que devant, pour faire prévaloir sa méthode, la comparer aux méthodes anciennes, il a omis dans son système de comparaison deux choses importantes : d'abord d'appuyer sa manière de voir de faits statistiques de comparaison, ensuite de comprendre, parmi les méthodes anciennes auxquelles il comparait la sienne, précisément la plus usuelle, la plus rationnelle et la mieux recommandée. C'est ainsi, comme on l'a vu dans le passage que j'ai cité, qu'il n'a opposé sa méthode qu'à celles qui recommandent le quinquina pendant plusieurs semaines après la cessation des accès, soit à des doses égales, soit à des doses décroissantes, et qu'il n'a pas dit un mot de celle qui consiste à donner le fébrifuge d'une manière intermittente encore quelques semaines après la cessation des accès. Est-il à croire que M. Bertherand, et du reste aussi les membres de la Société de médecine d'Alger, n'aient pas connu la méthode de Torti et de Sydenham ? Loin de moi de le penser ; mais alors, pourquoi ne pas en avoir fait l'épreuve avant de préconiser ou d'approuver une méthode si incertaine, si réellement infidèle, que, en la suivant, l'évacuation urgente sur le pays natal semble, en définitive, la clef générale de la guérison ?

J'ai beaucoup insisté sans doute sur cette critique et sur la nécessité de poursuivre méthodiquement et longtemps les accès après leur cessation ; mais c'est là, on l'a bien compris, le point culminant du traitement préventif des rechutes, et, malheureusement celui, on vient de le voir, qui semble le plus méconnu dans la ville d'Alger. Il est bien temps cependant d'en finir, dans notre colonie et ailleurs, avec la perpétuité d'une maladie dont le remède est si héroïque et dont la parfaite guérison ne présente, en définitive, d'autre difficulté pour le médecin que l'art de convaincre les convalescents sur la nécessité de revenir de temps en temps aux moyens medicateurs dont ils avaient d'abord fait usage.

Je viens de faire voir jusqu'à quel point, depuis l'occupation de l'Algérie, les médecins de cette contrée s'étaient tenus rapprochés des bases du traitement méthodique propre à prévenir le retour des accès, telles que je les ai exposées on rappelées dans la première partie de ce travail : il me reste, pour en favoriser l'application, à exposer avec détails la pratique à peu près régulière que j'ai, pour mon compte, mise en usage dans la colonie, notamment depuis le milieu de l'année 1844 jusqu'au milieu de l'année 1848.

Sans être absolu dans l'exclusion des déplétions sanguines, je les ai bannies d'une manière générale du traitement des fièvres intermittentes, ne les réservant qu'à certains cas d'accès fortement congestifs, ordinairement céphaliques, où une rapide dérivation était urgente et ne pouvait être immédiatement opérée par d'autres moyens, et où toutefois l'état sanguin du sujet et la plénitude et la dureté du pouls militaient en faveur d'une soustraction de sang. Ces saignées étaient toujours très-modérées et n'étaient jamais répétées.

Le sulfate de quinine m'a paru le plus prompt et le plus sûr fébrifuge ; il a toujours été administré sans interruption pendant les sept ou huit premiers jours du traitement. Après bien des essais, j'en ai fixé à 1 gramme la dose ordinaire, et comme je ne pratiquais presque jamais de saignées, j'ai rarement vu, dans les accès graves, l'utilité de le donner à plus de 2 grammes.

Après la cessation des accès, qui avaient lieu du premier au troisième jour, son usage a été continué sans interruption au moins pendant quatre ou cinq jours. A ce terme, il a été suspendu pendant cinq jours, puis repris pendant trois jours, à l'expiration desquels il a été soumis à une nouvelle suspension de cinq jours, et ainsi de suite jusque vers le vingtième, le vingt-septième ou le trente deuxième jour du traitement, et quelquefois même au delà, selon la gravité, l'ancienneté ou la complication de la maladie ; de sorte que le traitement s'est au moins étendu jusqu'à trois périodes, mais s'est quelquefois poursuivi plus loin.

Je n'ai pas exigé, au début du traitement, qu'il se présentât des phénomènes bilieux pour me déterminer à associer à l'emploi du fébrifuge celui des évacuants du tube digestif. J'ai constamment, pendant les deux ou trois premiers jours, associé ces deux genres de moyens.

Je ne me suis point arrêté, dans le choix des évacuants, aux seuls vomitifs. Si, en raison de la plus grande fréquence de l'état gastrique bilieux, j'ai le plus souvent administré l'émétique et l'ipécacuanha au début du traitement, j'ai d'autres fois, quand les accès étaient un peu anciens, quand les phénomènes gastriques avaient disparu, et surtout quand il se présentait des phénomènes entériques, administré les purgatifs et surtout les laxatifs, sans avoir fait préalablement vomir.

J'ai toujours, le lendemain de l'administration d'un vomitif, donné un purgatif ou un laxatif, à moins que l'état de faiblesse du malade ne l'ait pas permis.

J'ai administré un laxatif le surlendemain quand, chose assez rare, les accès n'avaient pas été arrêtés la veille ou l'avant-veille, et cette fois ils ont toujours été arrêtés.

Quand j'ai trouvé un malade au milieu d'un accès et dans la période de réaction, je l'ai traité tout d'abord par un évacuant, ce qui a toujours modéré l'intensité de son accès, et m'a donné un temps surabondant pour administrer le sulfate de quinine.

Quand, entre deux accès, j'ai eu assez de temps devant moi, j'ai toujours donné un évacuant et peu d'heures après l'anti périodique ; quand je n'ai pas eu assez de temps, l'antipériodique seul a été administré, et l'évacuant a été donné une fois l'accès subséquent déclaré et parvenu au moins à sa période de réaction, ou bien, si l'accès a manqué, quelques heures après le temps où il aurait dû venir.

J'ai souvent purgé le lendemain de la disparition de la fièvre et notamment quand un vomitif avait été donné la veille, ou quand le malade n'avait pas encore été purgé.

Dans la convalescence déclarée, j'ai presque toujours donné un purgatif le second jour de la deuxième période du traitement, c'est-à-dire le lendemain du jour où j'avais repris, pour la première fois, l'emploi du sulfate de quinine ; j'y suis encore quelquefois revenu, selon l'ancienneté ou la gravité de la maladie, le second jour de la troisième ou de la quatrième période.

Je n'ai jamais manqué de donner le sulfate de quinine la veille de l'administration d'un purgatif, puis quelques heures après et le lendemain.

Dès l'instant que les accès ont eu fait défaut, j'ai prescrit une alimentation que j'ai rapidement rendue abondante et tonique, et qui n'a été modérée qu'aux jours de purgation.

Très-souvent, dans les intervalles quinteuaires, j'ai donné le ferrugineux et même le vin de quinquina, et souvent encore j'ai eu lien d'opposer avec un grand succès aux engorgements viscéraux des vésicatoires sur les régions hépatique ou splénique ; mais ces pratiques étant subordonnées à des cas particuliers de grande faiblesse, d'anémie, d'engorgement chronique des

---

dérable de liquides ; de là le rétablissement de la transpiration ou une dérivation importante qui porte au dehors la trop grande activité fonctionnelle des organes malades.

Enfin l'usage interne de l'eau froide, si fort employée par Priesnitz et ses successeurs, nous paraît l'une des causes principales du succès de sa méthode. Qu'y a-t-il, en effet, de plus sain que l'eau pour boisson ? N'avons-nous pas vu les sociétés de tempérance remettre en honneur cette utile portion de la création ? N'avons-nous pas vu les forgerons, les matelots et les hommes de peine de tous genres développer un plus haut degré de force et supporter des fatigues plus prolongées lorsqu'ils ne buvaient que de l'eau ? Rappellerons-nous l'histoire de ce forgeron qui parcourait les principales villes de l'Angleterre, et qui racontait à tous ses camarades de métier l'affaiblissement dans lequel il était tombé par l'usage des boissons fermentées, tandis qu'il avait repris, par l'usage de l'eau, une force et une énergie telles qu'il offrait à tous les ouvriers présents de faire les ouvrages les plus difficiles et ceux qui demandaient la plus grande mesure de forces et pendant le temps le plus prolongé. Ces faits sont trop connus pour qu'il soit nécessaire d'y revenir, mais seulement nous dirons, à la louange de Priesnitz, quedepuis la diffusion de sa méthode en Allemagne, la tempérance à l'égard des boissons est devenue si générale dans toutes les classes de la société, que maintenant on trouverait difficilement un pays où l'on ne rencontre des centaines de personnes qui ne boivent autre chose que de l'eau, et dont la santé et la fortune se sont admirablement trouvées de ce changement. Honneur donc à Priesnitz d'avoir contribué à répandre les utiles préceptes de la tempérance, et d'avoir réussi à convaincre un grand nombre de personnes des belles et admirables vertus de l'eau froide, comme seule et unique boisson ! Y a-t-il en effet un meilleur digestif qu'un verre d'eau froide ? et connaissons-nous aucun remède qui réussisse aussi bien à calmer la trop grande irritabilité de l'estomac, à faciliter la transformation des aliments en chyme, et enfin à accélérer le mouvement péristaltique des intestins, de manière à rendre plus facile l'expulsion du résidu des aliments ? Nous ne parlerons pas des effets rafraîchissants ou dépuratifs que peut produire une grande masse d'eau dans un sang trop riche ou mélangé de principes morbides ; nous n'insisterons pas non plus sur l'activité que l'eau imprime à toutes les sécrétions, car nous avons hâte de terminer un article déjà trop long, et nous finissons en déclarant que de tous les systèmes récents l'hydrosudopathie est un de ceux qui promet le plus de conquêtes solides à la médecine vulgaire. Mais nous nous bâtons d'ajouter qu'employée d'une manière exclusive ou imprudente, la méthode de Priesnitz a souvent causé des maux graves et même entraîné la mort des malades ; en sorte que nous ne saurions recommander trop de prudence à ceux qui, sur notre autorité, seraient tentés de suivre les principes de l'hydrosudopathie. Nous terminerons par un dernier mot en faveur de la médecine vulgaire : c'est que si le nom d'hydrosudopathie est nouveau, la chose ne l'est guère, puisque c'est le legs d'un médecin célèbre à ses confrères. « Je vous laisse, disait-il, après moi, deux grands médecins, la diète et l'eau. » Priesnitz a si bien fait prospérer cet héritage qu'il en a tiré fortune, honneurs et distinctions pour lui, et pour ses malades une santé plus forte et plus robuste qu'ils n'eussent jamais osé l'espérer. Aussi finissons-nous comme nous avons commencé, certains d'avoir l'assentiment du lecteur.

viscères abdominaux, etc., etc., ne doivent pas faire partie des règles communes que je viens de tracer.

Quand, malgré l'application stricte de ces règles et par fait exceptionnel, des rechutes ont en lieu, j'ai toujours remis le malade à l'usage d'un évacuant, et pendant quelques jours à celui du sulfate de quinine, et j'ai ensuite repris la méthode intermittente comme ci-dessus, en la poursuivant pendant un mois au moins. Par ce moyen, je n'ai presque jamais eu de seconde rechute.

Telle est la méthode régulière, je dirai presque mathématique, que, après bien des tâtonnements, j'ai pris pour type dans le traitement des fièvres intermittentes ordinaires de l'Algérie, non-seulement en vue de leurs accès actuels, mais principalement encore en vue de leurs récidives. — Je la résume par ce tableau :

Premier jour, un vomitif (avant, pendant ou après l'accès), sulfate de quinine, 1 gr. (avant l'accès).

Deuxième jour, un purgatif ou un laxatif (avant, pendant ou après l'accès), sulfate de quinine, 1 gr. (avant l'accès).

Troisième jour, un laxatif (s'il y a eu accès la veille), sulfate de quinine, 1 gr.

Quatrième, cinquième et sixième jours, (pas d'accès), sulfate de quinine, 1 gramme.

Septième jour, sulfate de quinine, 0,5.

Huitième, neuvième, dixième et onzième jours, repos.

Douzième jour, sulfate de quinine, 1 gr.

Treizième jour, un purgatif ou un laxatif, sulfate de quinine, 1 gr.

Quatorzième jour; sulfate de quinine, 0,5,

Quinzième, seizième, dix-septième et dix-huitième jours, repos.

Dix-neuvième jour, sulfate de quinine, 1 gr.

Vingtième jour, sulfate de quinine, 0, 5. — Fin ordinaire du traitement.

Les jours suivants, jusqu'au vingt-septième, au trente-deuxième ou au-delà, et pour les cas graves, anciens ou récidivés, continuation du traitement dans le même ordre et en donnant encore un évacuant.

Je le sais, la partie de ces règles qui concerne la convalescence est d'une difficile exécution dans la pratique civile où le malade se croit guéri après la cessation d'une première série d'accès, et trouve quelquefois singulière l'insistance de son médecin. En pareil cas, c'est à celui-ci à prévenir son malade des conséquences probables de son affection et, avant de le quitter s'il s'y voit obligé, à lui laisser *par écrit* une ligne invariable de conduite, telle que celle que je viens de tracer.

Les résultats de cette méthode n'ont pas été douteux : ainsi pratiquée dans mes salles, à l'hôpital militaire de Tenès, et à peu près ainsi dans les salles de mes collaborateurs, MM E. Leclerc, Mallet et Colmant, elle a présenté les avantages généraux suivants :

Les accès ont été promptement suspendus (1) ; les rechutes dans les services ont été fort rares (2) ; les rechutes après la sortie de l'hôpital ont été en général assez éloignées de l'époque de la sortie pour donner à penser qu'elles étaient dues, au moins en grande partie, à une nouvelle intoxication ; quand il y a eu des rechutes dans l'hôpital, elles n'ont jamais été pernicieuses ; elles ne l'ont presque jamais été quand elles ont eu lieu peu de jours après la sortie ; les engorgements viscéraux se sont en général promptement dissipés (1) ; il ne s'est jamais présenté de cas d'hydropisie, d'infiltration ou d'anémie, consécutivement aux fièvres intermittentes traitées dans les services ; les cas consécutifs de diarrhée ont été fort rares (2) ; l'état sanitaire de la garnison s'est progressivement amélioré malgré la persistance de la principale cause morbide (3) ; enfin la mortalité dans l'hôpital s'est toujours montrée faible et décroissante (4).

Je n'ai plus que quelques mots à dire : ils sont relatifs au traitement préventif des rechutes de fièvres intermittentes en France. D'après les bases thérapeutiques que j'ai posées dans la première partie de ce mémoire, bases que j'ai déduites et de l'expérience des meilleurs observateurs et de la nature même de l'affection, il est clair que, en ce qui concerne les récidives des fièvres intermittentes en France, j'ai peu de choses à changer aux règles du traitement que j'ai mises en pratique en Algérie. Je n'ignore pas qu'un élément inflammatoire local peut plus souvent que dans les pays chauds compliquer les fièvres intermittentes de France; je n'ignore pas non plus que l'élément symptomatique bilieux y est en général moins caractérisé; il est hors de doute enfin que les fièvres intermittentes, même endémiques de France, ont généralement moins de gravité et de ténacité que celles du nord de l'Afrique ; mais j'ai trop souvent répété dans ce mémoire que le traitement préventif des rechutes, c'était la lutte contre la cause essentielle de l'affection, pour que je n'insiste pas à dire que, en toute circonstance dans le traitement des fièvres intermittentes, le médecin doit être fort réservé à l'égard des émissions sanguines, plus large à l'égard des évacuants du tube digestif, et toujours tenace dans l'emploi des antipériodiques. J'ai donc, en France, mis en usage les règles que j'avais suivies en Algérie ; seulement, en raison de la moindre gravité et de la moindre opiniâtreté des pyrexies intermittentes, telles que je les ai généralement rencontrées dans la métropole, j'y ai ordinairement diminué de moitié le nombre des évacuants, les doses de sulfate de quinine et la durée du traitement. Mais quand, dans certaines circonstances exceptionnelles endémiques ou épidémiques, j'ai eu affaire à des cas semblables ou analogues à ceux de l'Algérie, je ne me suis pas, bien entendu, fait faute de leur appliquer, dans toute sa rigueur, la méthode que j'avais mise en pratique dans cette dernière contrée.

(1) Ordinairement le premier jour du traitement; rarement plus tard que le deuxième; jamais au delà du troisième.

(2) J'observais en moyenne, dans mon service, 6 rechutes pour 100 cas.

(1) L'emploi des vésicatoires a merveilleusement aidé, dans ces cas, l'emploi des toniques spécifiques et martiaux et des évacuants.

(2) C'est à l'abstention presque complète de l'emploi des déplétions sanguines et à la direction générale du traitement vers la tonicité de l'organisme que j'attribue ces deux genres de résultats.

(3) Le barrage de la rivière dite l'*Oued-Alla'a*, sous les murs de Tenès.

(4) Pendant les trois ans que je me suis trouvé médecin en chef de l'hôpital militaire de Tenès, la mortalité a été pendant les quinze premiers mois, sur un effectif de 7,074 malades traités, de 193 hommes, civils ou militaires (1 sur 39,1), dont 55 par suite de fièvres intermittentes (pernicieuses); elle a été pendant les quinze derniers mois, sur un effectif de 3,533 malades traités, de 81 hommes, civils ou militaires (1 sur 43,6), dont 13 seulement par suite de fièvres intermittentes (pernicieuses).

Je ne comprends pas, dans l'état statistique de ces quinze derniers mois, 3 enfants nés non viables.

On dit : il est heureux comme un poisson dans l'eau ;
Suivez donc cet exemple aussi sain qu'il est beau.
Prise en bain, en boisson, en lotion, sans cesse,
L'eau froide vous rendra santé, vigueur, jeunesse.

C'est le dernier conseil d'un *médecin empirique* et non *systématique*.

Un médecin empirique et non systématique,

LOMBARD (de Genève).

— Par décret du président de la République, M. Lachaume, chirurgien-major de la garde impériale, en retraite, est nommé officier de la Légion d'honneur. M. Andral père, ancien médecin des armées, est élevé au même grade.

— Par arrêté du 11 février, approuvé par le ministre de l'agriculture et du commerce, le préfet de police a nommé, sur la présentation du comité de salubrité, M. F. Cadet-Gassicourt membre titulaire de ce conseil, en remplacement de M. Labarraque, décédé ; et M. Soubeiran, professeur à l'École de pharmacie, a été nommé membre adjoint, en remplacement de M. Cadet-Gassicourt.

— On va placer à l'École vétérinaire d'Alfort le buste de Vicq-d'Azyr, qui fut professeur dans cet établissement en 1775.

— On lit dans le JOURNAL DE TOULOUSE :

« L'École de médecine, autorisée à publier la vacance de la chaire de clinique externe, par la démission de M. Viguerie oncle, annonce que les prétendants à cette place doivent lui faire parvenir leur demande et leurs titres avant le 15 mars courant.

» Ces titres sont : 1° d'être âgé de 30 ans ; 2° d'être docteur en médecine ou en chirurgie. »

— Dans une vente récente d'autographes, trois lettres de Guy-Patin se sont élevées jusqu'à 90 fr.

— La commission sanitaire, qui a été chargée par le journal anglais, la LANCETTE, d'examiner l'état dans lequel se trouvent les substances alimentaires vendues dans le commerce, a constaté que la moitié des échantillons de poivre achetés chez les épiciers de Londres était altérée par le mélange de graines de moutarde et de graines de lin. Or, comme le poivre paye en Angleterre un droit de 60 centimes par livre, et que la quantité vendue dépasse de 1 million de livres celle qui a acquitté les droits, il s'ensuit que le trésor anglais perd chaque année, grâce aux fraudeurs, la bagatelle de 600,000 fr. ; mais ceci n'est rien, comparativement à la somme que les fraudeurs font perdre au trésor sur le café. Cette somme va au moins à 25 millions de francs.

— L'empereur de Russie vient de conférer la décoration de commandeur de l'ordre de Stanislas au docteur Lallement, médecin à Rio Janeiro, en considération des signalés services qu'il a rendus aux sujets russes dans cette ville pendant le cours de la récente épidémie de fièvre jaune.

CORRESPONDANCE MÉDICALE.

OBSERVATION POUR SERVIR A L'ÉTUDE DES PROPRIÉTÉS PHYSIOLOGIQUES ET MÉDICALES DE L'ARSENIC; par le docteur ARMAND, aide-major au 36e.

Monsieur le rédacteur,

A une époque où l'emploi de l'arsenic comme agent thérapeutique dans le traitement des fièvres intermittentes, est à l'ordre du jour, nous croyons de notre devoir de livrer à la presse médicale un fait expérimental qui nous est personnel, et qui pourra contribuer pour une part à fixer les esprits, au milieu des assertions contradictoires qui s'entrechoquent, surtout sur les effets physiologiques de l'acide arsénieux pris à doses fractionnées et continues.

Dans le cours de l'automne dernier, à la suite de plusieurs récidives de fièvre intermittente, nous primes le parti, dans l'espoir d'en conjurer de nouvelles, de nous mettre à l'usage de la solution arsenicale pendant la convalescence, suivant ainsi le précepte établi d'employer l'arsenic pendant un certain temps, même après l'entière cessation des accès.

La solution que nous avons employée contenait pour 500 grammes d'eau 25 centigrammes d'acide arsénieux converti ensuite en arsénite de potasse, afin d'en faire une dissolution plus parfaite. Toute garantie nous a été fournie de ce côté, grâce aux soins obligeants de notre ami M. Dusseuil, pharmacien en chef de l'hôpital Saint-Dominique.

Avant de nous servir de cette solution, nous avions la précaution de renverser et d'agiter le flacon qui la renfermait, puis au moyen d'une mesure exactement graduée, nous en prenions 10 grammes, contenant 5 milligrammes ou un demi-centigramme d'acide arsénieux.

Afin d'arriver graduellement à la dose où ce médicament déterminerait des effets sensibles sur l'organisme, nous avons débuté par un demi-centigramme, augmentant chaque jour de pareille quantité. Sans illusion comme sans prévention à l'endroit de l'arsenic, nous avons apporté le soin le plus attentif à analyser ce que nous éprouvions sous l'influence de l'agent dont nous avons cherché à vérifier le mode d'action. Voici les détails de notre observation :

Notre dernier accès de fièvre quotidienne, venant à quatre heures du soir, avait été coupé le 15 décembre 1850 par le sulfate de quinine.

Le 16 décembre, apyrexie complète, langue nette, appétence.

Le 17, un demi-centigramme d'acide arsénieux vers trois heures. Pas d'autre sensation que celle d'un arrière-goût légèrement styptique. A quatre heures, l'appétit se fait vivement sentir. A cinq heures, repas pris avec plaisir. La nuit, cinq heures de sommeil.

Le 18, un centigramme d'acide arsénieux moitié le matin, moitié le soir, une heure avant chaque repas. Point d'effet sensible, bonnes digestions, sommeil réparateur.

Le 19, un centigramme et demi d'acide arsénieux pris en deux fois comme la veille. Rien de particulier dans la journée; le soir, pesanteur de tête que nous attribuons à un temps orageux.

Le 20, 2 centigrammes d'acide arsénieux en quatre doses, dont deux de huit à neuf heures du matin, et deux de trois à quatre heures du soir. Toutes les fonctions s'exécutent parfaitement, les forces reviennent rapidement et le visage perd sa pâleur pour reprendre son teint naturel.

Le 21, 2 centigrammes et demi d'acide arsénieux en quatre doses comme la veille.

De quatre à cinq heures du soir, pincements et coliques d'estomac qui disparaissent pendant le repas.

Dans la soirée, éructations fréquentes, borborygmes, coliques venteuses, chaleur intestinale, chaleur âcre à la peau, agitation, insomnie. Le pouls sans être plein est légèrement accéléré, bouche mauvaise, crachotements. Le calme ne se rétablit qu'après minuit; sommeil de quelques heures; selle copieuse d'un brun noirâtre; urines peu abondantes.

Le 22, 3 centigr. d'acide arsénieux.

Après les deux doses du matin, pincements d'estomac, peu d'appétit, déjeuner modéré, digestion pénible, pesanteur d'estomac, éructations, légère céphalalgie.

Après les deux doses du soir, coliques d'estomac, inappétence; nous ne prenons à diner qu'un simple potage. Mauvaise digestion, éructations, borborygmes, coliques. Une grande quantité de gaz intestinaux résultent de ces troubles digestifs. Céphalalgie, chaleur mordicante à la peau, pouls petit et vite; ardeurs d'entrailles ne nous permettant pas de rester au de là de quelques minutes dans la même position; crampes passagères aux jambes, bouche mauvaise, fréquentes envies de cracher et d'uriner.

Le 23, quelques heures de sommeil vers le matin nous reposent un peu. Précipitation plus active des matériaux de la digestion. Les accidents intestinaux se calment, mais nous renonçons à un médicament dont notre estomac nous a formellement prouvé, par deux fois, qu'il ne s'accommodait point à la dose de 2 et demi à 3 centigr. A l'heure du déjeuner, bien que l'appétit semble renaître, nous ne prenons qu'un potage et une pomme cuite, comptant revenir ainsi progressivement à l'alimentation, quand tout à coup la scène change de face. Des frissons vagues se font sentir dans l'après-midi, s'accompagnant de pandiculations; la céphalalgie se prononce en même temps que la période algide qui nous oblige à nous mettre au lit grelottant. Plus de doute, nous sommes en proie à une nouvelle récidive de fièvre intermittente, dont les trois stades se déroulent très-nettement et très-longuement la nuit durant.

Le 24, nous profitons de l'apyrexie du milieu du jour pour prendre un gramme de sulfate de quinine en trois fois; cependant des frissons légers reparaissent le soir; mais la période de réaction est peu vive, et la sueur amène une détente générale qui nous vaut quelques heures de bon sommeil vers le matin.

Le 25, un gramme de sulfate de quinine; apyrexie complète.

Le 26 et le 27, passage à la convalescence.

Il appert des faits qui précèdent :

1° Qu'à très faible dose, la solution arsenicale *semble*, par une excitation modérée de la muqueuse gastro-intestinale, réveiller l'appétit et activer la digestion;

2° Qu'au delà de 2 centigr., l'acide arsénieux peut déterminer des accidents d'empoisonnement;

3° Que pris à la dose de 3 centigr., l'acide arsénieux peut ne pas prévenir la fièvre;

4° Qu'en en continuant l'usage à 3 centigr., nous serions assurément arrivé à rendre plus graves et persistants les symptômes de gastro-entérite qui n'ont été que passagers;

5° Que l'empoisonnement lent et progressif est pertinemment possible, dernier point qui devient d'une grande importance en médecine légale.

Agréez, etc.

Rome, le 16 février 1851.

REVUE DES JOURNAUX DE MÉDECINE.

JOURNAUX ALLEMANDS.

I. ARCHIV FUR PHYSIOLOGISCHE HEILKUNDE.

Von VIERORDT (1).

Les trois premiers doubles cahiers (n° 1-6) de l'année 1850 (neuvième année) contiennent les travaux originaux suivants : 1° *Essais pour déterminer la force de pression du cœur;* par E. Hering. 2° *Le mode des mouvements du cœur;* par le docteur Schiff. (Dissertation longue et très-érudite sur les causes du rhythme du cœur. L'auteur montre qu'il est inutile d'avoir recours à la présence des ganglions dans la substance propre du cœur pour expliquer le mode de ses battements; il regarde ces ganglions comme servant à multiplier et à disséminer l'influence nerveuse provenant des grands centres nerveux.) 3° *Sur la division des tubes nerveux primitifs dans les troncs, les branches et les rameaux des nerfs;* par le professeur Stannius. 4° *Sur les mouvements volontaires de la membrane du tympan;* par le professeur Luschka. 5° *Sur le goître cystique parenchymateux;* par le professeur Stromeyer. 6° *Sur une épidémie d'iléo-typhus, avec catarrhe secondaire des follicules du rectum, chez des lapins;* par le docteur Kuchenmeister. 7° *Sur le choléra;* par le docteur Frey. (Histoire générale du choléra, à propos de l'épidémie qui a régné à Mannheim: sans se déclarer partisan absolu de la contagion, l'auteur relate les faits qui le portent à admettre la transmissibilité de la maladie par un miasme ou par contagion proprement dite.) 8° *Expériences sur l'extirpation des reins et sur l'injection d'urée et d'acide urique dans les vaisseaux des animaux néphrotomisés;* par le professeur Stannius. 9° *Sur les effets physiologiques des matières organiques de composition analogue;* par le professeur Schlossberger. (Expériences sur l'action de l'alcool d'éthyle et de l'alcool d'amyle; effets analogues produits par ces deux substances.) 10° *Résultats des listes de cholériques dans l'épidémie de Mannheim;* par le docteur Frey. (Travail de statistique.) 11° *Sur la force du cœur;* par le professeur Vierordt. 12° *Sur la guérison des fièvres intermittentes par les saignées locales;* par G. Zimmermann. (Premier article.) 13° *Sur la résection totale des deux maxillaires supérieurs;* par le professeur Heyfelder. 14° *Anatomie normale et pathologique des poumons. — Sur le tubercule du poumon et sur le tubercule en général;* par le professeur Kostlin. (Premier article.) 15° *L'ophthalmie des nouveau-nés;* par W. Luthlen. (Exposé des cas observés par l'auteur en 1848 à l'hôpital Sainte-Catherine, à Stuttgart; son traitement a consisté suivant les cas dans l'application de compresses trem-

(1) La rédaction des ARCHIVES DE MÉDECINE PHYSIOLOGIQUE vient d'être transmise à M. le docteur Vierordt, professeur de physiologie à l'Université de Tubingue. M. Vierordt est un physiologiste très-distingué, connu par d'importants travaux de physiologie expérimentale. Les ARCHIVES de Roser et Wunderlich ne pouvaient être remises en meilleure main.

pées dans l'eau froide et dans des instillations d'une solution de nitrate d'argent avec ou sans solution de laudanum.) 16° *Sur le choléra de Francfort pendant l'année* 1849; par le docteur de Neufville. (Le choléra de Francfort a présenté, comme dans beaucoup d'autres villes, un caractère évidemment contagieux.) 17° *Quelques mots sur l'antagonisme des maladies*; par le docteur Wallach. (L'auteur combat le prétendu antagonisme que l'on croit exister entre certaines affections; il cite de nombreux faits empruntés à la géographie médicale à l'appui de son opinion, non-seulement pour ce qui concerne la phthisie et les fièvres paludéennes, mais aussi pour d'autres affections, telles que le cancer et les tubercules, le typhus et les scrofules.)

EXPÉRIENCES SUR LA FORCE DE PRESSION DU COEUR, par le docteur HERING, professeur à Stuttgart.

L'auteur a eu l'occasion assez rare d'observer une ectopie du cœur sur un veau qui vécut 10 jours. L'animal était bien conformé, à l'exception de l'extrémité antérieure droite qui était un peu raccourcie, ce qui l'empêchait de se tenir debout; il buvait tous les jours 4 kilogrammes de lait tiède qu'on lui donnait à l'aide d'une bouteille; il respirait 52 à 60 fois par minute; son pouls qui n'avait ordinairement que 130 ou même 108 pulsations s'élevait, quand l'animal était agité, à 144 et à 160, chiffre normal chez les veaux nouveau-nés.

Le cœur était suspendu librement au sternum qui offrait une fente médiane; la péricarde manquait; la peau couverte de poils entourait les gros troncs vasculaires qui n'étaient apparents que lorsque l'animal se tenait debout. La surface du cœur, lisse dans les premiers jours, se recouvrit peu à peu de granulations fines et pâles, sa pointe s'arrondit et son volume augmenta d'une manière sensible, si bien qu'à l'autopsie ce cœur pesait 750 grammes (24 onces), c'est-à-dire près du double de ce que pèse ordinairement un cœur de veau; un liquide trouble et qui répandait une mauvaise odeur humectait sa surface; pour l'empêcher de se dessécher on l'entoura d'un sac de toile qu'on eut soin d'arroser souvent avec du lait et de l'eau. La tendance de la fente du sternum à se fermer étranglait les gros vaisseaux et contribuait ainsi à augmenter le volume du cœur; mais à cette cause il faut ajouter l'existence d'une couche de 4 millimètres (2 lignes) d'épaisseur, plastique, lardacée, qui s'était formée sur toute la surface de l'organe. La structure interne de cœur était normale; le trou ovale presque entièrement fermé par sa valvule, mais laissant encore passer le petit doigt; le conduit de Botal dirigé très-obliquement était court et laissait à peine pénétrer une sonde ordinaire. Les nerfs des poumons, de l'estomac et du diaphragme avaient été entraînés vers le sternum, mais les poumons et tous les viscères de l'abdomen se trouvaient à l'état normal. Le thorax était très-rétréci, mais normal. Les mouvements du cœur, pendant la systole des ventricules, étaient loin d'être aussi forts qu'on aurait pu le supposer quand on a vu les contractions de cet organe chez les animaux à sang froid; ces mouvements étaient plutôt des ondulations que des contractions proprement dites; la contraction du ventricule gauche était la plus forte et se propageait à presque toute l'étendue du cœur; pendant la contraction le cœur s'allongeait et s'écartait un peu du corps, mais sa pointe, d'ailleurs très peu saillante, ne se redressait pas. Les oreillettes, toujours gorgées de sang, se contractaient très-faiblement, si bien qu'il n'était pas possible de distinguer clairement les mouvements des ventricules de ceux des oreillettes. Au toucher le cœur était ferme, on pouvait le comprimer avec assez de force, ce qui déterminait des contractions rapides et convulsives. Une pression du poids d'un kilogramme ne troublait pas la marche des battements, ce poids était facilement soulevé à chaque diastole. En général le cœur était peu sensible à ces manipulations, l'animal ne témoignait aucun signe de douleur.

Dix jours s'étaient écoulés depuis la naissance, lorsque M. Hering résolut de faire l'expérience que nous allons rapporter. Le nombre d'inspirations était de 40 par minute, le pouls battait 120 pulsations. Un tube en verre d'environ 4 pieds de longueur (mesure allemande) fut placé dans la cavité du ventricule droit, à l'aide d'une incision pratiquée avec une lancette; aussitôt on vit une colonne de sang très-foncé s'élancer dans le tube et atteindre la hauteur de 18 pouces décimaux (mesure de Wurtemberg) (1). Un second tube fut introduit dans le ventricule gauche; le sang rouge s'éleva rapidement jusqu'à 27-30 pouces. Pendant 3 minutes environ on put observer l'ascension et la descente rapides des deux colonnes sanguines; à chaque contraction le sang s'élevait dans le tube du côté droit de 1 1/2 à 2 pouces; il atteignit momentanément sa plus grande hauteur à 21 pouces. Dans le tube du côté gauche, la colonne sanguine s'élevait d'un pouce et demi, de 2 pouces et plus, à chaque contraction; son maximum de hauteur fut 33,4 pouces. Le rapport de pression entre le ventricule droit et le ventricule gauche était donc pour les minima comme 18 : 27 ou 30, et pour les maxima, comme 21 : 33,4; ce qui revient à peu près au rapport de 1 : 2 trouvé par Valentin par le calcul. Le mouvement pulsatoire des deux colonnes était toujours simultané, mais inégal en force, c'est-à-dire que souvent une onde sanguine s'élevait plus que la précédente ou que la suivante; ces oscillations étaient surtout sensibles quand l'animal s'agitait. Il ne fut pas possible d'estimer exactement l'influence de la respiration sur l'état des colonnes sanguines, parce qu'il y avait plus de 2 pulsations par seconde (le pouls était monté à 144) tandis que chaque mouvement respiratoire correspondait à peu près à une seconde.

Un troisième tube fut placé dans l'oreillette droite; le sang ne monta d'abord que jusqu'à la hauteur de 7 pouces; les oscillations de la colonne produites par les contractions de l'oreillette varièrent entre 1/2 et 1 pouce; cependant la colonne s'éleva une fois jusqu'au maximum de 13 pouces. Ce fait contredit l'assertion des physiologistes qui prétendent que l'oreillette n'a qu'une faible part au passage du sang dans le ventricule, et que ce passage se fait surtout par aspiration lors de la dilatation du ventricule. Il est évident que la pression de l'oreillette droite n'est pas insignifiante; seulement il faut remarquer que l'oreillette ni même les ventricules ne se vident jamais complètement.

Les trois tubes ayant été retirés, l'auteur maintint, à l'aide des doigts, les petites plaies fermées; le sang se coagula immédiatement, et au bout de quelques minutes il n'en sortait plus une seule goutte; mais bientôt les mouvements brusques de l'animal déterminèrent le retour de l'hémorrhagie. L'auteur introduisit alors de nouveaux tubes plus petits pour évaluer comparativement la température du sang veineux et du sang artériel, en dirigeant le jet de sang contre la boule d'un thermomètre. Le sang du ventricule droit marqua 31° 1/2 R; celui du ventricule gauche ne marqua que 31, résultat contraire à l'opinion généralement admise. C'est un fait positif que le sang des artères du corps est plus chaud que celui des veines correspondantes, mais dans les poumons il paraît en être autrement. Berger (dans la *Physiologie de Valentin*, t. II, p. 139) donne pour la température du sang de l'oreillette gauche d'une brebis 40°, 90 C., et pour celle de l'oreillette droite 41°, 40 C. La température du sang d'une artère de la grande circulation est de 40°, 61, d'après le même expérimentateur, ainsi de 0°, 29 plus basse que celle du sang du cœur gauche, et celle du sang d'une veine de 39°, 55, c'est-à-dire de 1°, 06 plus basse que celle d'une artère. D'où vient alors que ce sang veineux ait de nouveau une température plus élevée quand il arrive dans le cœur droit?

La quantité totale du sang que l'on obtint par les plaies du cœur s'éleva à environ 2 kilogrammes.

L'auteur donne en note, en terminant, les chiffres suivants qui peuvent être de quelque intérêt pour les physiologistes. Le diamètre du tube introduit dans le ventricule gauche était, en lignes de Paris, de 1, 95 à son extrémité inférieure et de 2 lignes en haut; le tube du ventricule droit avait en bas 1, 85 et en haut 1, 90 lignes de diamètre; le tube de l'oreillette mesurait 1, 80. Le poids spécifique du sang de veau est 1, 058. La capacité du ventricule droit mesurait quelque temps après la mort 150 grains d'eau; celle du ventricule gauche 132 grains.

SUR LA DIVISION DES TUBES NERVEUX PRIMITIFS DANS LES TRONCS, LES BRANCHES ET LES RAMEAUX DES NERFS; par le professeur STANNIUS (de Rostock).

Le professeur Savi est le premier anatomiste qui ait observé la division des tubes nerveux, dans l'appareil électrique de la torpille. Müller, Brücke, R. Wagner, Robin et Kolliker ont confirmé cette disposition si contraire à ce qui avait été enseigné jusque là. Mais cette division des tubes primitifs n'avait été observée que dans l'expansion périphérique des nerfs. Le professeur Stannius s'est assuré qu'elle existait déjà dans les branches et dans les troncs eux-mêmes. Mais ce qu'il y a de singulier, c'est que cette disposition ne paraît pas être générale. L'auteur l'a vue chez un grand nombre de poissons, dans les rameaux dorsaux des nerfs spinaux, dans les rameaux du nerf facial, dans le tronc du nerf trochléaire, dans le tronc du nerf maxillaire inférieur, etc.; tandis qu'il ne l'a pas trouvée dans d'autres nerfs ou dans les mêmes nerfs d'autres espèces de poissons. Cette division des tubes primitifs paraît exister en général dans les nerfs purement moteurs du système cérébro-spinal, dans les nerfs mixtes et dans le grand sympathique; mais elle manque dans les nerfs des sens, dans le rameau latéral du nerf vague et dans le rameau latéral du trijumeau; elle paraît manquer aussi dans les rameaux abdominaux mixtes des nerfs spinaux. Un fait intéressant c'est que, du moins dans les ramaux musculeux des nerfs dorsaux, le nombre des divisions augmente à mesure que le nerf se rapproche du muscle auquel il est destiné.

La division est ordinairement dichotomique; rarement trois nerfs secon-

(1) Le pied de Wurtemberg égale 0.280; le pouce décimal égale 28mm,64.

daires partent d'un tube primitif; une seule fois, dans le tronc du maxillaire inférieur de l'aiguillat, l'auteur a vu cinq nerfs partir d'un tube primitif. La division est toujours précédée d'un léger étranglement du tube principal. La largeur des tubes secondaires est inégale, mais la somme de leurs diametres l'emporte toujours sur le diamètre du tube dont ils se détachent. Quelquefois on observe une seconde division des tubes secondaires. L'aspect microscopique de ces derniers est le même que celui des tubes primitifs; ils ont un double contour et un contenu coagulable qu'on peut faire passer, à l'aide d'une légère pression, d'un tube dans l'autre.

Jusqu'à présent l'auteur n'a pas observé de division dans les tubes nerveux des grenouilles ni des autres vertébrés supérieurs.

SUR LES MOUVEMENTS VOLONTAIRES DE LA MEMBRANE DU TYMPAN : par le docteur LUSCHKA, professeur à Tübingen.

On sait que le muscle tenseur de la membrane du tympan est un muscle strié et appartient à la catégorie des muscles volontaires. Mais on n'est pas d'accord sur la manière d'agir de ce muscle et beaucoup d'auteurs ne lui reconnaissent qu'un seul nerf provenant du ganglion otique, circonstance anatomique qui ne s'accorde pas avec la nature de ses mouvements. Les recherches d'Arnold et plus tard celles de Müller, de Valentin et de Hyrtl ont démontré qu'outre le filet du ganglion otique, le muscle du tympan reçoit aussi un rameau du nerf ptérygoïdien interne. D'après les recherches de l'auteur les deux nerfs sont très-visibles dans le mouton et dans le veau, mais sur l'homme ils sont plus difficiles à démontrer, surtout le rameau du ptérygoïdien interne qui se déchire très-facilement. La composition des deux nerfs n'est pas la même : le nerf du ganglion otique est d'un gris rougeâtre, plus mou et plus épais (chez l'homme) que le rameau du ptérygoïdien, celui-ci est plus blanc, plus dur et ne paraît être composé que de fibres animales, tandis que le premier contient plus de fibres sympathiques que de fibres à double contour.

De cet arrangement nerveux l'auteur déduit le mode d'action du muscle tenseur du tympan. Les divers degrés de tension involontaire qui varient suivant les impressions sonores, sont des actions réflexes qui se font par l'intermédiaire du ganglion otique et qui sont comparables aux différents degrés de dilation de la pupille d'après l'intensité de la lumière. Mais outre ces mouvements involontaires, nous devons admettre qu'il existe dans l'organe auditif un arrangement qui permette à la volonté d'exercer son influence sur la perception des sons. Tout le monde sait que, pour mieux entendre, on peut volontairement rendre le sens plus actif; ce n'est pas un simple effet de l'attention; il doit se passer dans l'oreille même quelque chose de particulier. Nous remarquons en effet que, lorsqu'on écoute, la physionomie a une certaine expression et que la bouche reste entr'ouverte. C'est le voile du palais qui, d'après l'auteur, entre alors en action, et, comme ce voile membraneux reçoit aussi un filet du ptérygoïdien interne, le muscle tenseur du tympan doit se contracter en même temps. Cette simultanéité d'action entre les deux muscles est rendue sensible dans les mouvements violents et volontaires de la membrane du tympan. Müller rapporte des cas semblables, et l'on sait que ce physiologiste est doué de la faculté de mouvoir spontanément cette membrane. L'auteur possède aussi cette faculté; il peut faire mouvoir les deux tympans à la fois ou séparément et à chaque expérience on entend un léger bruit de craquement. Il s'est assuré que presque toujours il existe en même temps un mouvement du voile du palais.

SUR LE GOITRE ENKYSTÉ PARENCHYMATEUX ; par L. STROMEYER, professeur à Kiel.

L'auteur a donné le nom de goîtres parenchymateux aux goîtres enkystés qui renferment du sang. Pendant son séjour à l'Université de Fribourg il a eu l'occasion d'opérer un assez grand nombre de ces sortes de goîtres, et toujours avec succès, ce qu'il attribue à son procédé opératoire. M. Stromeyer a soin tout d'abord de bien choisir ses cas; il n'opère que lorsque le goître enkysté est arrivé au plus haut degré de développement; pour atteindre ce but, il faut quelquefois faire attendre les malades des années entières. En second lieu il opère avec beaucoup de précautions; il commence par mettre le kyste à découvert, comme on met à découvert un sac herniaire, par une longue incision : il lie soigneusement tous les vaisseaux; puis il fait une petite ouverture au sac afin de déterminer lentement l'écoulement des matières qu'il renferme, et ce n'est que lorsqu'il est vidé qu'il incise dans toute sa longueur la paroi antérieure de ce sac. Il ne pratique jamais l'excision partielle du kyste, à cause des hémorrhagies qu'il est souvent difficile d'arrêter. Quelquefois il lui est arrivé de couper partiellement, en travers, les muscles sternohyoïdien et sternothyroïdien lorsque la tension de ces muscles empêchait le libre écoulement du pus. Enfin il donne aussi aux suites de l'opération tous les soins qu'elle réclame. Le sac n'est pas tamponné; on se contente de le recouvrir d'un linge huilé pour tenir la plaie ouverte; on applique une ou deux vessies de glace sur la région du cou; dès que la face s'anime et que la respiration s'accélère, on pratique une saignée que l'on répète au besoin plusieurs fois. Le pouls est ici un guide infidèle, car plus le danger est grand, plus le pouls est d'ordinaire petit; il se relève après la saignée. Le danger n'existe que pendant les trois ou quatre premiers jours : il cesse dès que la suppuration est établie. On applique alors des cataplasmes émollients pour favoriser l'écoulement du pus; on fait des injections d'eau tiède pour nettoyer l'intérieur du kyste. Le volume du goître diminue ainsi peu à peu. La guérison se fait assez souvent longtemps attendre, surtout lorsque le kyste est en communication avec la substance parenchymateuse.

L'auteur communique trois observations de goître parenchymateux. Voici le résumé du premier de ces trois cas.

OBS. — Une dame corpulente, âgée de 40 ans, consulta en 1845 M. Stromeyer pour un goître encore assez petit. Comme la fluctuation était très-obscure, on différa l'opération, qui n'eut lieu qu'au printemps de 1847. Le goître, situé sur la ligne médiane, avait le volume d'un poing et la fluctuation était très-sensible. La malade souffrait beaucoup; elle ne pouvait plus monter des escaliers sans avoir des suffocations, et elle ne pouvait dormir qu'assise dans son lit. En mettant le sac à découvert, on vit qu'à mesure qu'on approchait du kyste, les tissus devenaient plus gorgés de sang et plus foncés en couleur, tandis qu'on reconnaît les kystes ordinaires à leur pâleur. L'opérateur pratiqua une petite incision qui ne donna issue qu'à du sang. S'étant assuré, à l'aide d'une sonde, qu'il avait affaire à un kyste, et pensant qu'il contenait peut-être des caillots fibrineux, il agrandit l'ouverture, introduisit le doigt et fit sortir une matière friable que l'on prit au premier aspect pour du fongus médullaire. L'hémorrhagie fut copieuse; le sang coulait de tous les points de la surface. Cependant on parvint à s'en rendre maître à l'aide d'une suture entortillée.

Le contenu du kyste était d'un gris rougeâtre, friable, translucide, semblable à une gelée compacte; il ne ressemblait en rien au fongus médullaire. D'après l'examen microscopique fait par M. le docteur Beck, cette substance avait la même composition que la glande thyroïde chez l'embryon.

Les suites de l'opération furent très-orageuses; on eut recours à la saignée, à la glace et aux sangsues. Cependant on put enlever successivement les aiguilles; la suppuration s'établit le sixième jour et dura pendant plusieurs mois. La guérison complète n'eut lieu que l'année suivante, après que la malade se fut décidée à aller habiter la campagne.

La seconde observation concerne un jeune homme de 22 ans, affecté d'un goître divisé en trois lobes, dont les deux latéraux étaient enkystés. On opéra d'abord le plus gros lobe, qui dépassait le volume d'un poing; il en sortit une masse brunâtre, ayant la consistance d'un cataplasme et composée comme la précédente. La guérison eut lieu au bout de deux mois. Trois mois plus tard, on opéra le deuxième lobe.

La troisième observation est celle d'une jeune fille de 18 ans, dont le goître, gros comme une orange, présentait une fluctuation très-sensible. Son contenu était le même que celui de la première observation, et l'on eut aussi à combattre de graves accidents; mais le malade guérit en trois mois.

Le danger des hémorrhagies qui accompagnent l'opération de ces sortes de goîtres conduisit M. Stromeyer à modifier, chez un quatrième malade, le procédé opératoire ordinaire. Des essais tentés avec un séton appliqué soit immédiatement à travers le kyste, soit après avoir mis ce dernier à découvert, ne réussirent pas; l'auteur s'arrêta donc au procédé suivant, qu'il regarde comme préférable à tous les autres. Il introduisit par l'ouverture de la plaie deux tampons attachés à un fil, à l'aide d'une aiguille courbe, il fit passer l'un des fils dans le sac, à trois quarts de pouce au-dessus de l'angle supérieur de la plaie. Le fil du second tampon fut passé de même à quelque distance de l'angle inférieur; puis les deux tampons furent enfoncés dans le sac et les deux extrémités du fil liées ensemble. De cette manière il y eut peu de sang perdu; la suppuration s'établit; les fils ne tardèrent pas à couper les ponts intermédiaires, et il en résulta une ouverture qui donna au pus une issue facile. La malade sur laquelle l'auteur appliqua son procédé guérit au bout de trois mois.

M. Stromeyer fait remarquer que l'iode n'a aucune influence sur ces sortes de goîtres, et il conseille, avant de pratiquer l'opération, d'engager le malade à changer de résidence; car il a observé que le changement d'air a une influence réelle sur les suites de l'opération.

SUR UNE ÉPIDÉMIE D'ILÉO-TYPHUS, AVEC CATARRHE SECONDAIRE DES FOLLICULES DU RECTUM, CHEZ LES LAPINS; par le docteur KUCHENMEISTER, médecin à Zittau.

La médecine comparée est une étude complétement négligée des médecins, et qui est cependant susceptible de fournir des données précieuses sur la nature des maladies. Si l'on voit en effet des formes morbides analogues déterminer des lésions analogues aussi, mais siégeant dans des or-

ganes différents, il est peu probable que ces lésions puissent être considérées comme le point de départ des phénomènes morbides. C'est ce qui arrive, entre autres, pour le typhus. Chez l'homme, cette maladie a une grande tendance à déposer ses produits dans l'iléon, dans la rate et dans les glandes mésentériques; chez les animaux de la race bovine, ce sont : le quatrième estomac (la caillette), le jéjunum et la vésicule biliaire qui sont le siége des lésions pathologiques. Chez les jeunes agneaux le siége de la maladie est rarement dans la partie antérieure de l'intestin grêle, mais il réside bien plus souvent vers la fin de l'iléon et au commencement du gros intestin, ainsi que dans les glandes du mésentère, la rate et la vésicule biliaire restent intactes.

L'auteur relate huit observations de typhus chez des lapins avec leurs autopsies et trace un tableau complet de la maladie chez ces animaux.

Voici le résumé des lésions cadavériques observées par l'auteur. Le siége du dépôt typhoïde était le jéjunum (çà et là), l'iléon, surtout vers sa terminaison, particulièrement la valvule iléo-cœcale, la portion correspondante du cœcum, l'appendice vermiforme et les glandes mésentériques. Le tout se trouvait dans la période d'infiltration, tandis que la portion moyenne du cœcum n'offrait que la congestion typhoïde ordinaire. Les points infiltrés offraient la forme qu'on a nommée aréolée. Le foie était normal; seulement la vésicule était distendue par une bile fluide, d'un jaune brun foncé; sa muqueuse saine, ramollie dans un seul cas. Rate toujours normale; rien côté des poumons. Le cœur et les gros vaisseaux contenaient un sang visqueux, foncé en couleur, et des caillots grumeleux sans aucune coagulation de fibrine.

La muqueuse du gros intestin, jusque tout près du rectum, offrait les signes d'un catarrhe folliculaire prononcé; elle était inégale, bosselée comme chez l'homme et conservait ce caractère dans l'esprit-de-vin.

Expériences sur l'extirpation des reins et sur l'injection d'urée et d'acide urique dans les vaisseaux des animaux néphrotomisés; par M. Stannius, professeur à Rostock.

Le but principal de l'auteur, en instituant ces expériences, était de résoudre la question de savoir si c'est la présence de l'urée et de l'acide urique dans le sang qui cause la mort, ou si cette dernière est due à la cessation de la sécrétion et à ce que toutes les matières excrémentitielles contenues dans l'urine séjournent dans le sang.

Les expériences, au nombre de huit, faites toutes sur des chats, furent divisées en deux séries. La première série consista dans l'extirpation des reins; dans la seconde série, après ou avant l'extirpation des reins, on injecta dans la veine crurale de l'urée ou de l'urate de soude. La quantité d'urée injectée était de 3 grammes (plus exactement 1 gros) dissous dans 8 grammes (2 gros et demi) d'eau chaude. Dans une expérience, on injecta 10 grammes (3 gros) d'urate de soude dissous dans la même quantité d'eau. L'opération consistait à inciser la peau des flancs; on extrayait les reins sans léser le péritoine, et on liait les vaisseaux et les nerfs. Après la mort, on recueillait le sang, le liquide de l'estomac, la sérosité de la cavité abdominale et la bile, pour les soumettre à l'analyse et rechercher leur contenu en urée, en ammoniaque et en acide urique.

Voici le résumé des résultats obtenus par M. Stannius :

La mort eut lieu de vingt-quatre à quarante-huit heures après l'extirpation des deux reins. Elle ne survint pas proportionnellement plus tôt quand, après l'extirpation, on injecta de l'urée ou de l'urate de soude.

L'analyse chimique a constamment montré la présence de l'urée dans le sang, quelquefois vingt-quatre heures après la néphrotomie.

Les symptômes que présentèrent les animaux opérés furent à peu près les mêmes dans toutes les expériences : abattement, vomituritions et vomissements, perte de l'appétit; état semi-paralytique des extrémités postérieures, ralentissement des battements du cœur et des mouvements respiratoires; quelquefois, au contraire, accélération et irrégularité de ces mouvements; contraction violente des muscles de l'abdomen, mort au milieu des efforts de vomissement.

L'autopsie ne montra le plus souvent aucune trace d'inflammation des organes intérieurs. Il y avait presque toujours dans la cavité abdominale un épanchement séroso-sanguin dans lequel on put constater quatre fois d'une manière évidente la présence de l'urée. La sérosité des ventricules n'était pas augmentée; celle du canal spinal se trouva être, dans un seul cas, plus copieuse que de coutume.

On n'observa jamais l'odeur urineuse. On ne trouva jamais aucune trace d'urée ni dans la bile ni dans le liquide de l'estomac. Le contenu stomacal avait une réaction tantôt acide, tantôt alcaline. La présence de l'ammoniaque fut constatée dans tous les liquides : sang, bile, contenu de l'estomac, etc.

L'auteur compare les résultats qui précèdent à ceux obtenus par les auteurs qui ont fait les mêmes expériences. Il est le premier qui ait injecté de l'urée dans les vaisseaux après l'extirpation des reins, et montré que la présence de cette substance n'est pas la cause directe de la mort.

Voici, du reste, les conséquences que M. Stannius déduit de ses propres observations et de celles de ses devanciers :

1° Nos expériences confirment le fait, établi par MM. Prevost et Dumas, de la préexistence de l'urée dans le sang. Nous ne pouvons pas affirmer la même chose de l'acide urique, à cause de ses proportions très-inférieures à celles de l'urée (1/20 à 1/49).

2° Ces expériences montrent l'action spécifique des reins. Nous n'avons trouvé l'urée dans aucun autre organe excréteur, même après l'injection de cette matière dans le sang. La présence de certains urates dans les dépôts arthritiques dans lesquels on n'a trouvé ni de l'urée pure, ni de l'acide urique, ne prouve rien contre la spécificité des reins, pas plus que l'existence de l'urée dans le liquide de la cavité abdominale; ces faits s'expliquent très-bien par la perméabilité des vaisseaux qui laissent filtrer le liquide sanguin.

3° L'impossibilité dans laquelle se trouvent les autres organes de fournir les matériaux spécifiques de l'excrétion urinaire semble contredire la doctrine des métastases. Ici l'auteur rappelle les expériences intéressantes de MM. Bernard et Barreswill, qui ont observé une augmentation dans la sécrétion du suc gastrique après la néphrotomie et la production de l'ammoniaque, mais il explique ces résultats par une sorte d'antagonisme entre les reins et le tube intestinal, et par cette circonstance que le sang étant chargé de matières excrémentitielles, cherche à s'en débarrasser en cédant à toutes les sécrétions normales les matériaux qui conviennent à la nature spéciale de chacune d'elles.

4° Enfin, il résulte de ces expériences que l'urée, et probablement aussi l'acide urique, ne sont pas nuisibles par eux-mêmes et n'agissent pas d'une manière toxique sur l'organisme, car autrement la mort aurait dû être visiblement hâtée par la présence d'une aussi grande quantité d'urée dans le sang. L'auteur explique la mort par une paralysie de toutes les actions vitales que détermine la présence de toutes les matières excrémentitielles accumulées dans le sang.

Sur la résection totale des deux maxillaires supérieurs; par le docteur Heyfelder, professeur à Erlangen.

Si les exemples de résection de l'un des maxillaires supérieurs sont aujourd'hui assez communs dans la pratique de la chirurgie, il n'en est pas de même de la résection des deux os, et surtout de leur extirpation totale. Nous pensons donc être agréables à nos lecteurs, en reproduisant les deux observations suivantes de cette grave opération pratiquée par M. Heyfelder en 1844 et en 1850.

Obs. I. — Le 13 juin 1844, André Schmidt, âgé de 23 ans, entra à la clinique pour une tumeur qu'il portait depuis un an sur toute l'étendue du palais; cette tumeur avait refoulé le nez, défiguré entièrement le malade, gênait la respiration et la déglutition et rendait la parole inintelligible. Toutes les dents existaient, à l'exception des deux incisives mitoyennes. La tumeur était dure, raboteuse, insensible au toucher et ne dépassait pas les deux maxillaires. Il n'y avait aucune trace de dyscrasie. Schmidt avait toujours joui d'une très-bonne santé. On ne pouvait diagnostiquer la nature de la tumeur d'après les signes extérieurs, mais son accroissement rapide, les douleurs dont elle avait été le siége dans les derniers temps, son siége même et l'âge du malade la firent regarder comme de mauvaise nature et comme devant nécessiter l'extirpation.

L'opération fut pratiquée le 23 juillet. A l'aide de deux incisions dirigées de l'angle externe de l'œil vers la commissure des lèvres, on détacha toutes les parties molles jusqu'à l'angle interne de l'œil et jusqu'aux os du nez. Le lambeau fut relevé vers le front; on mit à nu la région inférieure de l'orbite jusqu'à la fosse sous-orbitaire; puis, à l'aide de la scie à chaîne de Jeffray introduite par la fente de l'orbite, on sépara le maxillaire de l'os malaire; on sépara de même les attaches aux os du nez; les autres attaches furent coupées avec de forts ciseaux, et l'on termina l'opération en appuyant fortement avec un ciseau sur la partie supérieure de la tumeur. L'opération que l'on fut obligé d'interrompre trois fois, pour cause de syncopes, dura en tout trois quarts d'heure. Le malade perdit peu de sang; la torsion et la compression suffirent pour arrêter les hémorrhagies.

Deux heures après l'opération, on procéda à la réunion de cette vaste plaie à l'aide de vingt-six sutures; on appliqua des fomentations froides. Il n'y eut pour ainsi dire pas de réaction; le malade put boire et avaler facilement la soupe qu'on lui donnait avec une cuiller. Tout continua à marcher très-bien; le 5 août le malade put déjà être présenté à la Société médicale d'Erlangen, et il sortit de l'hôpital le 25 du même mois pouvant boire, manger, parler et respirer facilement.

La tumeur était composée de cellules et de corpuscules caudiformes entourés de fibres; on pouvait la regarder, quoique avec doute, comme de mauvaise nature. En effet, cet individu, qui avait repris ses travaux des champs, fut affecté quelque temps après d'une nouvelle tumeur qui se développa au mois d'avril 1845 sur le front, au-dessus du nez et fut accompagnée d'atroces dou-

leurs. Cette tumeur fit des progrès rapides et causa la mort du malade qui arriva au mois d'octobre, quinze mois après l'opération.

Obs. II. — Martin Lochner, 53 ans, avait eu il y a douze ans au côté droit de la lèvre supérieure, une tumeur cancéreuse qui fut opérée trois ans plus tard. Au bout de deux ans, pendant lesquels Lochner fut bien portant, on vit apparaître près de la cicatrice une petite tumeur qui se changea bientôt en ulcère cancéreux et s'étendit sur la lèvre supérieure, sur l'aile droite du nez et sur tout le palais. Le malade entra à la clinique le 2 janvier 1850.

Un hideux ulcère occupait la région supérieure de la bouche et avait envahi la cloison cartilagineuse des narines; il saignait au moindre contact et causait de violentes douleurs. Toute la voûte du palais était changée en une tumeur cancéreuse bosselée qui s'étendait sur les deux maxillaires jusqu'à l'insertion du voile du palais. Un pus extrêmement fétide s'écoulait sans cesse de cette vaste plaie; le malade dépérissait de jour en jour.

L'opération fut pratiquée le 24 janvier. Après que le malade eut été rendu insensible par le chloroforme, l'opérateur pratiqua deux incisions qui partaient des os malaires et se dirigeaient vers la commissure des lèvres. Il en résulta un grand lambeau que l'on détacha comme dans l'opération précédente, mais du quel on fut obligé de retrancher tout ce qui était cancéreux, ce qui produisit une perte de substance considérable. Ce qui restait de la cloison des narines, ainsi que le vomer, furent enlevés avec de forts ciseaux. Le reste de l'opération, qui dura près de cinq quarts d'heure, fut conduit à peu près comme dans le cas précédent. L'hémorrhagie peu abondante fut arrêtée par la ligature d'une artère et par des injections d'eau glacée. Pour diminuer autant que possible la perte de substance, on rapprocha, autant que l'on put, les parties molles des deux côtés.

Les suites de l'opération se passèrent assez bien; mais il resta une ouverture provenant de la perte de la lèvre supérieure et de l'aile droite du nez; de plus, il existait au voile du palais un trou d'un pouce de diamètre, circonstances qui rendaient la parole inintelligible. L'état de la peau avoisinante et l'âge du malade ne permirent pas de songer à avoir recours à l'autoplastie.

M. Heyfelder fait suivre ces deux cas de quelques réflexions concernant le manuel opératoire.

On évite assez facilement de fortes hémorrhagies, parce que l'aide qui soutient la tête du malade, comprime les principales artères en pressant avec les extrémités de ses doigts contre la mâchoire inférieure, au-devant de l'insertion des masséters. Les nombreuses connexions du maxillaire supérieur avec les autres os de la face et du crâne, en rendent la résection difficile. Comme il importe avant tout de bien mettre à découvert toutes les parties qu'on veut enlever, l'auteur conseille de tailler un grand lambeau, ainsi qu'il l'a fait, lambeau que l'on détache facilement de toutes les surfaces osseuses. C'est alors que l'on procède aux diverses sections qu'on est obligé de faire; on réserve pour la fin de l'opération, la séparation du voile du palais, afin de moins fatiguer le malade par l'hémorrhagie qui en résulte. C'est la scie à chaîne de Jeffray que l'auteur emploie de préférence, malgré les difficultés que présente quelquefois son introduction par la fente sous-orbitaire. Il ne s'est pas bien trouvé de l'usage du trépan perforateur de Chassaignac, ni de l'instrument proposé par Reid. Lorsque la fissure infra-orbitaire est trop étroite, il préfère, pour séparer le maxillaire du malaire, employer la pince tranchante de Liston. L'ostéotome de Heine n'est pas à recommander dans ce cas, parce qu'il agit trop lentement et n'atteint pas le but qu'on se propose.

La section des apophyses nasales se fait avec la pince de Liston ou avec la scie de Jeffray. On introduit cette dernière par le canal nasal ou par une ouverture pratiquée préalablement à l'aide d'un stylet, à travers la paroi interne de l'orbite. Ces deux instruments rendent inutiles la gouge et le maillet dont l'emploi est de nature à produire des ébranlements pénibles, et même des accidents.

La cloison des narines, le vomer et les connexions du maxillaire avec l'ethmoïde sont coupés avec de forts ciseaux. Après toutes ces sections, on détache le voile du palais avec un bistouri à lame mince.

Les rapports avec les apophyses ptérygoïdes du sphénoïde sont facilement détruits en faisant basculer le maxillaire avec un levier introduit dans les fosses nasales.

Lereboullet.

(La suite au prochain numéro.)

TRAVAUX ACADÉMIQUES.

ACADÉMIE DE MÉDECINE.

Séance du 11 mars. — Présidence de M. Orfila.

Le procès-verbal de la dernière séance est lu et adopté.

M. Chrestien (de Montpellier) envoie un mémoire sur les effets du seigle ergoté employé pour favoriser l'accouchement. M. Chrestien pense que le seigle ergoté, donné après que le col est dilaté, loin d'augmenter les chances de mortalité de l'enfance, les diminue au contraire, et diminue également chez la mère la disposition aux hémorrhagies. (Comm. : M. Danyau).

— M. de Beaufort envoie un modèle de pied artificiel de son invention.

— M. le Président informe l'Académie qu'il y a lieu de déclarer une place vacante dans son sein. Aux termes de la nouvelle décision ministérielle prise sur la demande de l'Académie, cette place devra appartenir à la section d'accouchements.

Remèdes secrets.

M. Bouchardat lit, au nom de la commission des remèdes secrets :

1° Un rapport sur le fébrifuge que le sieur Gazzino a présenté comme propre à remplacer le sulfate de quinine. La lettre de M. Gazzino n'étant accompagnée d'aucun document établissant l'efficacité de ce remède, la commission propose de répondre au ministre qu'il n'y a pas lieu d'appliquer les dispositions favorables du décret du 18 août 1810. (Adopté.)

2° Un deuxième rapport sur le spécifique de M. Francesco Perini contre la fièvre simple ou pernicieuse. (Mêmes conclusions.) (Adopté.)

3° Un troisième rapport sur la pommade du sieur Decan. (Mêmes conclusions.) (Adopté.)

Le même membre lit, au nom de la même commission, un nouveau rapport sur une lettre de M. A. Grimaud, traitant du sulfate de strychnine et du sulfate de brucine considérés comme fébrifuges. La commission propose de renvoyer le travail de M. Grimaud à la commission chargée de faire un rapport sur le sel fébrifuge de M. Band. (Adopté.)

Anévrisme cirsoïde.

M. Robert lit un travail ayant pour titre : Considérations pratiques sur les varices artérielles du cuir chevelu ou anévrisme cirsoïde.

Le hasard lui ayant donné l'occasion rare de recueillir en peu d'années plusieurs observations de varices artérielles du cuir chevelu, M. Robert a pensé devoir en communiquer les résultats à l'Académie. Trop peu étudiée encore pour être bien connue, cette maladie présente, dit l'auteur, un très-grand intérêt par sa gravité extrême, et surtout par la stérilité des efforts tentés jusqu'à ce jour pour en arrêter les progrès. Le but de son travail est de soulever, sinon de résoudre les questions principales qui se rattachent à l'histoire clinique de cette maladie. En voici les points principaux :

Le cuir chevelu est le siége de prédilection de cette lésion. Cette circonstance, qui a frappé tout d'abord M. Robert, lui a fait rechercher dans les artères des téguments du crâne les conditions de structure capables de les prédisposer à ce genre d'altération. Des études microscopiques, entreprises dans ce but sur les artères frontales, temporales, occipitales et auriculaires, soit à leur origine, soit dans leurs ramifications terminales, n'ont eu aucun résultat : les éléments histologiques de ces vaisseaux se trouvent dans les mêmes proportions, eu égard à leur calibre, que dans les vaisseaux analogues des autres parties du corps.

Les causes occasionnelles sont peu nombreuses. Les seules jusqu'ici connues sont les plaies contuses et les tumeurs sanguines congénitales. M. Robert rapporte deux faits qui démontrent l'influence des plaies contuses sur la production des varices artérielles. Quant aux tumeurs sanguines cutanées congénitales, elles y prennent une part plus fréquente et incontestée. C'est surtout à l'époque de la puberté où l'accroissement de ces tumeurs sanguines reçoit une impulsion plus rapide, à l'occasion de causes irritantes, de violences extérieures, que l'on voit se manifester cette singulière affection. Tantôt elle procède alors de la circonférence de la tumeur sanguine, en s'irradiant plus ou moins loin; tantôt la tumeur semble disparaître en même temps que se développe l'anévrisme cirsoïde, comme si les éléments vasculaires qui la constituent s'étaient transformés ou identifiés avec lui.

M. Robert signale un fait très-curieux dans l'histoire de cette maladie, c'est la solidarité des artères des téguments du crâne; cette solidarité est telle que l'altération variqueuse, bien que localisée à son début, soit dans le pavillon de l'oreille, soit à la tempe, soit au front, soit enfin sur le sommet de la tête, s'étend de proche en proche, au point d'envahir quelquefois les téguments du crâne dans leur presque totalité. Cette loi de solidarité permet de prévoir, dès à présent, le peu d'efficacité des moyens hémostatiques ordinaires appliqués à la cure radicale de ce genre de maladie.

Voici en quels termes M. Robert décrit la marche et les symptômes locaux de cette lésion :

Le développement des varices artérielles s'opère, en général, avec lenteur, mais quelquefois aussi avec une rapidité effrayante; la région malade devient plus volumineuse, plus saillante, mais sans délimitation bien marquée. S'il y a complication de nœvus, la peau offre la couleur rouge-violacé ou brune, propre à ce genre d'altération, sinon elle reste incolore, jusqu'à l'époque où, distendue par les progrès du mal, elle s'amincit et laisse apercevoir la teinte bleuâtre des artères pleines de sang. Alors aussi la tumeur présente des bosselures arrondies, des ondulations qui rappellent la forme des veines variqueuses. Si l'on applique légèrement la main sur elle, on reconnaît qu'elle est molle et élastique; on y perçoit des mouvements d'expansion et de resserrement isochrones aux battements artériels, et un frémissement vibratoire continu redoublé, très-fort, comparable au bruit d'un rouet. Ce bruit se propage plus ou moins loin, et souvent jusque sur le trajet des artères carotides. Dans un cas, j'ai pu le percevoir jusqu'au niveau du cœur. Lorsqu'on comprime le tronc carotidien correspondant au côté malade, on diminue les mouvements et le bruit, on les suspend tout à fait en comprimant à la fois les deux artères carotides. Autour de la tumeur, on trouve toujours des artères tortueuses et dilatées; mais il est difficile de préciser le point où cette altération se termine, soit parce qu'en deçà des té-

guments du crâne, les artères deviennent plus profondes, se laissent facilement explorer, soit aussi parce que sur les confins de la lésion, les artères, sans être manifestement malades, sont le siége de battements très-prononcés et capables d'induire en erreur sur l'état de leurs tuniques.

C'est ainsi que dans un cas où de fortes pulsations se faisaient sentir sur le trajet de l'artère carotide primitive, je n'ai été convaincu de l'intégrité de ce vaisseau qu'après l'avoir mis à découvert pour en pratiquer la ligature. La dilatation des artères du cuir chevelu ne borne pas ses effets à soulever et à distendre la peau ; elle réagit aussi sur les os du crâne par la pression et les battements dont elle s'accompagne.

Les troubles fonctionnels sont peu nombreux et se bornent à la sensation de battements incommodes et d'un bruit souvent assez fort pour troubler le sommeil,

Abandonnées à elles-mêmes, les varices artérielles du cuir chevelu tendent presque toujours à s'accroître ; et il arrive un moment où les téguments, très-amincis sur les points culminants de la tumeur, se rompent ou s'ulcèrent, et donnent lieu à de graves hémorrhagies, dont la répétition conduit les malades à l'épuisement et à une mort inévitable.

Il semble, au premier abord, qu'une maladie dont le siége est superficiel, et dont les symptômes sont faciles à constater, doive toujours être reconnu sans peine. Cela est vrai quand l'anévrisme cirsoïde succède à une tumeur érectile. Mais quand, à la suite d'une blessure, ou même d'une contusion sans plaie, on voit apparaître les symptômes précédemment signalés, le doute est permis : car il est une lésion qui peut se développer dans les mêmes conditions de traumatisme, et donner lieu à des phénomènes analogues à ceux par lesquels se manifeste l'anévrisme cirsoïde, c'est l'anévrisme artérioso-veineux. Mais dans l'anévrisme artérioso-veineux, les pulsations, les susurrus sont limités à la région blessée ou s'étendent peu au delà ; la compression exercée dans un lieu convenable, mais restreint, peut la faire cesser et affaisser la tumeur principale, etc., tandis que que dans l'anévrisme cirsoïde, la maladie est partout homogène ; partout où elle existe, existent aussi les conditions génératrices des pulsations et des bruits ; dans ce dernier, toutes les parties de la tumeur sont solidaires : aussi la compression limitée à un seul point ne suffit-elle pas pour faire disparaître les tumeurs et leurs signes. Il faut, pour obtenir un résultat, arrêter d'emblée le cours du sang dans l'artère carotide primitive.

La marche de la maladie peut elle-même fournir des éléments de diagnostic assez importants. Ainsi, dans la varice artérielle, cette marche est toujours envahissante, quoique plus ou moins rapide. Au bout d'un temps variable on voit survenir constamment des ulcérations rebelles et de formidables hémorrhagies.

L'anévrisme cirsoïde est regardé comme étant au-dessus des ressources de l'art. Aucun des moyens tentés jusqu'ici (l'extirpation, la cautérisation, l'électro-puncture, la suture, la compression, etc.), n'amène la guérison radicale, c'est-à dire la disparition complète de la varice artérielle et l'oblitération des vaisseaux dilatés. A défaut de ce résultat qu'elle n'a pu atteindre jusqu'ici. M. Robert pense que la chirurgie ne doit pas rester désarmée. Il se demande si elle ne pourrait point, par un traitement palliatif largement dirigé, ralentir ou arrêter les progrès du mal, mettre un terme aux hémorrhagies, faire cicatriser les ulcérations et prolonger ainsi presque indéfiniment la vie des malades. M. Robert exprime une série de faits qu'il croit aptes à résoudre cette question, et desquels il déduit les conclusions suivantes :

1° On n'a pu jusqu'à ce jour obtenir, par aucun moyen, la cure radicale de l'anévrisme cirsoïde du cuir chevelu ;

2° La ligature de l'artère carotide primitive du côté malade est la seule opération que l'on puisse opposer à ses progrès ;

3° Cette opération met un terme aux hémorrhagies formidables qui menacent à chaque instant la vie des malades, ou tout au moins les rend très-rares et beaucoup moins graves ; elle permet aux ulcérations de se cicatriser :

4° Les anostomoses qui existent entre les artères temporales et occipitales de chaque côté, sont les sources principales du rétablissement de la circulation dans la tumeur.

La dernière proposition soulève une discussion nouvelle. Le rétablissement de la circulation par les anastomoses est, certes, un effort précieux de l'organisme. Mais dans le cas qui nous occupe, ce bienfait peut devenir fâcheux ; le sang ramené dans la tumeur peut y reproduire les battements, le souffle, les ulcérations, les hémorrhagies, en un mot tout le cortége des accidents auxquels une première opération avait soustrait le malade. Que faudrait-il faire si un cas semblable se présentait ?

Quand on a lié une des carotides, la circulation se rétablit principalement, dans le cuir chevelu, par les artères tégumentaires du côté opposé ; et lorsque, après cette opération, la varice anévrismale présente encore des battements, on les fait cesser instantanément par la compression de l'artère carotide du côté opposé. Il faut donc lier encore cette artère. Mais quelles chances de succès présente cette nouvelle opération ? Peut-il être sans danger immédiat pour la vie, d'interrompre le cours du sang dans les deux troncs principaux de la tête ? M. Robert examine les faits qui peuvent justifier cette tentative hardie. Il rapporte sept observations qui démontrent la possibilité de lier deux artères carotides primitives sans porter une atteinte fâcheuse aux fonctions du cerveau. Encouragé par ces faits, il a lui-même lié ces deux artères à six mois d'intervalle, chez une jeune fille affectée d'un anévrisme cirsoïde occupant tout le front.

M. Robert termine et résume son mémoire par les conclusions suivantes :

1° L'anévrisme cirsoïde du cuir chevelu, parvenu à un certain degré de développement, doit être combattu par la ligature de la carotide primitive du côté malade ;

2° Si cette première tentative ne suffit pas pour arrêter les progrès du mal, il faut recourir à la double ligature, en ayant soin de laisser un certain intervalle entre les deux opérations ;

3° Cette pratique pallie les accidents les plus graves ; elle permet aux ulcérations de se cicatriser ; elle prévient les hémorrhagies, dont elle diminue la gravité et la fréquence, et peut arrêter définitivement la marche de la maladie.

M. Cloquet : J'ai suivi attentivement la lecture du mémoire de M. Robert, et je trouve les conclusions un peu trop rigoureuses. Permettez-moi de citer un fait qui démontrera peut-être la nécessité de les modifier.

Un marquis espagnol fut arrêté par des brigands et assommé à coups de bâton. Ces coups avaient porté sur le côté droit de la tête. A la suite de ces lésions, il se manifesta dans tout le côté droit du crâne et de la face un anévrisme cirsoïde. Il y a de cela une quinzaine d'années. Je fus consulté avec mon collègue M. Orfila. Il s'agissait de trouver les moyens de guérison.

Les artères temporale, occipitale et auriculaire étaient énormes, presque aussi volumineuses que le petit doigt ; tout le côté droit était dilaté ; les battements étaient distincts dans les petites artères comme dans les grosses, de sorte que le malade éprouvait des pulsations très-incommodes, des bruissements dans l'oreille. Il était gêné dans son sommeil.

La ligature des artères fut proposée ; mais le malade n'étant disposé à se soumettre à aucune opération, il fut convenu que l'on ne ferait rien du tout.

Je perdis le malade de vue pendant dix ans à peu près. Je l'ai revu depuis, et, à mon grand étonnement, cette maladie avait disparu sans laisser la moindre trace. On voit par là que si l'art est condamné à l'impuissance, la nature peut être plus puissante que l'art.

M. Orfila se rappelle effectivement le fait que vient de rapporter M. Cloquet, et il ajoute avoir vu tout récemment la personne en question, qui continue à jouir d'une parfaite santé.

M. Bérard : M. Robert a recherché dans son travail si les artères du cuir chevelu offraient une disposition qui permît d'expliquer la fréquence de l'anévrisme cyrsoïde dans cette région, et, après avoir invoqué les lumières du microscope, il n'a trouvé aucune différence entre les tuniques des artères du crâne et celles des autres artères du corps.

M. Robert sait, sans aucun doute, comme tous les chirurgiens, que les artères du cuir chevelu offrent au contraire une disposition spéciale pour la constatation de laquelle les secours du microscope sont parfaitement inutiles : les artères du crâne ont pour caractère spécial de ramper dans l'épaisseur même du derme, avec lequel leurs tuniques sont tellement unies qu'il est presque impossible de les pincer et de les lier quand elles sont divisées. Je ne dis pas que cette disposition explique la fréquence de l'anévrisme cyrsoïde du cuir chevelu, mais il convient au moins de la rappeler.

Je demanderai aussi à M. Robert la permission de ne point partager entièrement son opinion sur l'innocuité de la ligature des carotides. Aux faits qu'il a cités de double ligature pratiquée à un certain intervalle et non suivie d'accidents, je pourrais opposer des cas de ligature d'une seule carotide suivie au contraire de phénomènes immédiats très-graves et même de la mort, comme dans les deux cas de Key et de Langenbeck. M. Robert sait, en outre, qu'on possède six ou sept cas d'hémiplégie à la suite d'une ligature simple de la carotide ; et comme preuve que c'est bien le trouble de la circulation cérébrale qui a provoqué la paralysie, on a fait remarquer avec raison que celle-ci avait son siége du côté opposé à la ligature.

M. Robert : Je n'ai voulu parler que de la structure des artères. Je ne conteste pas que le fait que j'ai cité ne soit un fait particulier ; seulement, frappé de cette circonstance que le cuir chevelu était le siége presque exclusif du développement de l'anévrisme cirsoïde, je me suis demandé quelle pouvait en être la cause. J'ai voulu savoir si ces artères étaient faites comme d'autres. Je n'ai rien trouvé qui parut les différencier.

Je n'attache point d'importance à ce fait. Quant à mes propositions, elles peuvent peut-être paraître un peu absolues par ce qu'elles sont formulées carrément, nettement.

J'ajouterai que si j'avais été consulté sur le cas dont on a parlé tout à l'heure, assurément je n'aurais point conseillé la ligature, car je sais que souvent elle cause la mort.

M. Velpeau : M. Robert s'est demandé si la contexture des vaisseaux du crâne n'avait pas quelque chose de particulier qui pût expliquer leur disposition à être affectés d'anévrisme cirsoïde. M. Robert n'a sans doute pas eu connaissance de cas d'anévrismes de ce genre aux membres. J'ai vu un cas où l'avant-bras était criblé d'artères variqueuses énormes. J'ai vu un cas pareil aux jambes. Par conséquent cette lésion ne siége pas exclusivement à la tête, comme paraît le croire M. Robert.

Je voulais rappeler aussi que ces anévrismes en forme de varices ne sont pas toujours aussi graves qu'on le croit généralement : ainsi j'ai vu un homme affecté d'anévrisme au bras, qui pouvait travailler ; j'en ai vu un autre qui avait une tumeur anévrismatique de même nature à la cuisse ; la blessure qui l'avait déterminée siégeait dans l'aine, par conséquent dans les conditions les plus défavorables possibles. Cependant, sans qu'on y ait jamais rien fait, le malade est demeuré dans cet état pendant trente années. Il n'avait jamais cessé de travailler, et n'était que médiocrement incommodé de cette lésion. Indubitablement, si cet homme avait consulté des médecins qui lui eussent conseillé la ligature de l'artère, sa vie eût été compromise.

Nous voyons dans le mémoire de M. Robert que, sur cent cinquante ligatures, il y a eu une vingtaine de cas de mort ; encore était-ce dans les premiers jours, comme suite immédiate de cette opération. C'est donc, en somme, une opération dangereuse. Il ne faut pas perdre cela de vue quand il s'agit de maladies

qui ne sont pas accompagnées de circonstances graves. Je pense donc qu'il y a lieu de modifier un peu les conclusions de ce mémoire.

M. Robert : J'ai dit que les ligatures étaient peu graves, et sous ce rapport, M. Velpeau, je le reconnais, a en raison de contredire ma pensée, que je n'ai sans doute pas fidèlement rendue : j'ai voulu dire seulement que la ligature des artères carotides n'était pas aussi grave, par ses conséquences, que la ligature de toute autre artère d'un égal volume; j'ai dit que, sur cent cinquante ligatures, il y avait en dix-huit cas de mort. Pour une opération aussi importante, ce n'est pas une mortalité considérable.

— M. Ségalas lit un rapport sur une réclamation de M. le docteur Duverger, de Montpellier, au sujet de l'instrument dont M. Courty s'est servi pour extraire une épinglette de la vessie d'un soldat. M. le rapporteur, après avoir exposé toutes les pièces de ce débat, conclut en proposant de maintenir entières les conclusions relatives à M. Courty, et répondre à M. Duverger que, reconnaissant la part qu'il a prise à l'invention de l'instrument dont M. Courty a fait usage dans cette circonstance, l'Académie l'invite à persévérer dans la voie où son esprit inventif vient de l'engager.

Ces conclusions sont adoptées.

La séance est levée à cinq heures.

SOCIÉTÉ MÉDICALE DU 7e ARRONDISSEMENT.

Compte rendu des travaux de la Société pendant l'année 1850, lu dans la séance du 31 janvier 1851, par M. le docteur L. Vasseur.

Messieurs,

Dans la séance de janvier 1850, M. Huron, président sortant, a procédé à l'installation du nouveau bureau, que vous aviez composé de :

MM. Duclos, président;
Mayer, vice-président;
Vasseur, secrétaire-archiviste;
Escallier, secrétaire annuel;
Rigaud, trésorier.

M. Duclos, en prenant place au fauteuil, a prononcé un discours dont vous avez demandé le dépôt aux archives, et dans lequel il vous rappelait les services que la Société était appelée à rendre, surtout dans les questions d'hygiène publique, et en temps d'épidémie, et ceux qu'elle avait en effet rendus à l'époque du choléra.

Dans le cours de cette année, de nombreux faits pratiques ont été soumis à votre appréciation; mais vous ne vous étonnerez pas, messieurs, si ces observations ne vous semblent pas toujours complètes, et si quelquefois leur narration ressemble plutôt à des conversations qu'à de longues dissertations. C'est qu'en effet notre société n'est pas seulement une société savante devant laquelle on apporte le fruit de ses observations; elle est bien plus souvent encore une réunion de famille où chacun vient exposer les cas graves et épineux de sa pratique, afin que leur discussion y apporte la lumière, et afin de recevoir, de confrères bienveillants, des conseils proposés et reçus avec un empressement qui donne un bien éclatant démenti aux vieilles plaisanteries sur l'envie et la jalousie qui dévorent, dit-on, le corps médical.

En janvier, M. Feulard a appelé l'attention de la Société sur un cas médico-légal nouvellement soumis à son observation. Il s'agissait de deux petites filles âgées, l'une de 6, l'autre de 10 ans, et qui avaient été victimes d'un attentat à la pudeur. Le crime datait de huit jours; toutes deux étaient affectées de blennorrhagie avec vives douleurs en urinant et grande sensibilité du bas-ventre. Chez celle de 10 ans, les lèvres étaient très-enflammées, l'hymen déchiré en deux lambeaux très-injectés de sang, et comme contus; l'écoulement était mucoso-purulent et strié de sang; cette enfant avouait que les doigts avaient été introduits plusieurs fois, et autre chose une fois. L'enfant de 6 ans offrait à peu près les mêmes lésions, seulement la déchirure de l'hymen était moins complète; elle avouait aussi que le doigt avait été introduit plusieurs fois, mais elle ne parlait pas d'autre chose. Néanmoins le doigt du chirurgien entrait si facilement dans le vagin que l'on pouvait penser que la verge avait été introduite.

Deux points ont été relevés par vous et discutés à la suite de cette observation. Il a d'abord été émis l'opinion que le simple contact de l'extrémité de la verge avait pu suffire pour transmettre la blennorrhagie sans qu'il y ait eu nécessairement introduction de cet organe.

En outre, M. Jacquemin a recommandé d'être très-réservé en pareil cas sur l'emploi du mot blennorrhagie, parce que cette expression fait supposer que le coupable est atteint de cette affection, tandis qu'il n'en est pas toujours ainsi; un coït disproportionné suffit pour amener un écoulement semblable à celui d'une blennorrhagie, et si le médecin, dans son rapport, déclare que la jeune fille violée est atteinte de blennorrhagie, l'accusé s'empare de ce moyen de défense en prouvant que son canal est parfaitement sain. M. Jacquemin ajoute qu'il a eu en effet l'occasion de voir souvent, à la Force, des hommes accusés d'avoir violé et infecté des jeunes filles, et chez lesquels on n'avait pu constater la moindre trace de la maladie. M. Léger est venu appuyer l'opinion de M. Jacquemin des observations qu'il peut faire journellement dans le service dont il est chargé à l'hôpital de Lourcine. Il est impossible, vous a-t-il dit, de distinguer, à l'aspect, la vulvite blennorrhagique de la vulvite par causes externes, c'est-à-dire consécutive à un viol, à un coït disproportionné ou à des habitudes de masturbation.

A propos de cette dernière cause, la masturbation chez les petites filles, on a rappelé que si parfois ce vice était primitif, il n'était pas moins souvent consécutif, c'est-à-dire provoqué par exemple par un prurit lui-même occasionné et entretenu, soit par une sécrétion muqueuse provenant d'une mauvaise santé, de principe herpétique, de défaut de propreté, soit par la présence d'ascarides vermiculaires qui, du rectum et de l'anus, s'égarent dans les parties génitales des petites filles, soit même par l'entretien d'un vésicatoire. On a cité des exemples de ce genre dans lesquels on avait vu la cessation de la cause suffire pour amener la cessation des mauvaises habitudes qu'elle avait suscitées.

M. Feulard a en outre signalé un cas de suicide par instrument tranchant; la blessure avait été faite à la partie antérieure du cou entre l'os hyoïde et le cartilage thyroïde, l'œsophage même avait été entamé, et cependant les artères carotides n'avaient pas été touchées. De cette plaie résultait un écartement d'environ 11 centimètres de largeur sur 9 de hauteur; on voyait parfaitement fonctionner les cordes vocales. La mort survint deux heures après l'accident. M. Jacquemin a demandé si la victime n'avait pas donné antérieurement quelques signes d'aliénation mentale (ce qui en effet avait eu lieu); car ce n'est, disait-il, qu'en pareille circonstance qu'on voit ordinairement des individus se faire des blessures aussi considérables. Et à ce propos, il vous a été rappelé ce fait d'une femme de chambre, aliénée, qui, dans le but de se donner la mort, et voulant se saigner aux quatre veines, s'était fait sur les membres deux ou trois cents coupures fort douloureuses sans entamer une seule artère.

En février, M. Duparcque a cité un cas de maladie du cœur qu'il venait d'observer chez M. D....., membre de l'Institut, et qui lui parut remarquable à plusieurs titres. Il n'y avait guère que 2 mois que le malade avait ressenti les premières atteintes consistant dans un essoufflement facile, sans palpitations, et seulement lorsqu'il gravissait un escalier ou un plan incliné; plus tard, ce fut une oppression de plus en plus marquée; les mouvements du cœur étaient étendus, sourds et tumultueux, mais sans bruits anormaux; il y avait seulement un souffle sur le trajet des carotides. Les émissions sanguines, le repos et les préparations de digitale soulagèrent le malade, qui alla habiter la campagne. Là le mal empira; appelé le 17 janvier en consultation, M. Duparcque constata une orthopnée très-intense et de la cyanose générale; le 19, il y eut, à la suite d'un dîner, une syncope mortelle.

M. Patissier vous a dit qu'il donnait alors des soins à un malade dont l'affection du cœur offrait une grande analogie de symptômes avec la précédente. Ainsi, étouffements sans palpitations, bruits du cœur tumultueux, on percevait comme un mouvement de va-et-vient, mais sans bruit anormal. La digitale ne faisait qu'accroître l'anxiété; l'opium seul procurait du soulagement au malade, qui en prenait alors 0,40 centigrammes.

A propos de l'emploi de l'opium à haute dose, il a été remarqué avec combien de précautions il fallait élever ces doses en s'assurant si le malade avait bien pris les précédentes, et il vous a été cité des exemples d'accidents graves survenus, parce qu'on avait en effet négligé de faire suivre des prescriptions intermédiaires. On a de plus constaté que, dans certaines maladies, telles que le rhumatisme aigu et quelques cas de névroses de l'estomac, des accidents pouvaient survenir même lorsque les doses un peu fortes n'étaient atteintes que graduellement, et qu'une quantité légèrement inférieure, administrée les jours précédents, était restée absolument sans effet. Selon la remarque de M. Duparcque, les mêmes dangers sont surtout à redouter dans l'usage de tous les médicaments actifs insolubles, même à doses très-fractionnées, mais répétées et prolongées. Il peut arriver un moment où le médicament, successivement accumulé dans les voies digestives, finit par représenter une masse assez considérable pour devenir toxique. C'est ce qui est arrivé pour la digitale administrée en nature, en poudre, ainsi que Chantourel en a vu des exemples dont il a fait, il y a près de trente ans, le sujet d'un mémoire intéressant (Journ. gén. de méd., octobre 1822).

M. Bonnassies a appelé l'attention sur un cas de rhumatisme dans les conditions suivantes : Une jeune femme, sur la fin d'une grossesse jusque-là heureuse, fut prise de douleurs rhumatismales dans le membre supérieur droit, puis dans la jambe, puis dans les deux genoux, avec fièvre intense et gêne de la respiration. Une saignée fut pratiquée, et divers calmants employés tant à l'intérieur qu'à l'extérieur. L'accouchement se fit douze jours après le début du mal et n'offrit rien de particulier, sinon que le travail fut assez long; trois semaines après l'accouchement, la maladie rhumatismale ne s'était que fort peu modifiée : les genoux étaient à la vérité moins sensibles, mais les douleurs du membre supérieur n'avaient nullement changé, elles étaient même beaucoup plus vives, surtout la nuit. Un confrère ayant été appelé en consultation, on fit successivement usage de liniments variés, d'onctions avec l'onguent napolitain et l'extrait de belladone, d'opium à l'intérieur, du chloroforme en topique; mais tout avait échoué. En présence de cette persistance du mal, M. Bonnassies s'adressait à la Société, et demandait conseil.

M. Duparcque a dit alors qu'il voyait rarement un rhumatisme articulaire aigu durer plus de deux semaines lorsqu'on employait convenablement la saignée, le sulfate de quinine ou le nitrate de potasse; et à ce sujet il a cité le fait d'un jeune homme guéri une première fois en huit jours par une saignée et le sulfate de quinine (1 à 2 gr. par jour). Dans une rechute provoquée une vingtaine de jours après, le sulfate de quinine échoua, et la maladie céda à l'emploi, pendant trois jours, du nitrate de potasse à la dose de 8 à 15 gr. par jour.— Un autre moyen, proposé par M. Jacquemin, consistait dans l'administration de la morphine par la méthode endermique.

Dans la séance de mars, M. Bonnassies a rendu compte de l'état actuel de sa malade. Il avait employé diverses médications nouvelles, et entre autres la morphine sur des surfaces dénudées, à la dose de 0,02 à 0,04 centigrammes, la-

poudre de Dower, les bains de vapeur au moyen de la chaux vive, et il n'en était résulté aucun soulagement.

M. Escallier a dit alors avoir vu plusieurs fois M. Duméril, à la maison de santé, obtenir de très-bons résultats, dans le rhumatisme articulaire subaigu, en donnant aux malades 1 gr. de poudre de Dower, en les enveloppant dans des couvertures de laine pendant quatre ou six heures environ, et en leur faisant boire, dans cette position, 2 à 3 litres d'infusion de menthe très-chaude.

La malade de M. Bonnassies guérit de ses douleurs le mois suivant, mais il lui resta une ankylose du coude droit.

M. Duparcque a exposé qu'après avoir donné des soins pendant huit jours, avec succès, à un enfant atteint de catarrhe suffocant (bronchite capillaire), il vit cet enfant être pris d'un écoulement fétide par le nez, les narines s'ulcérer, des taches diphthéritiques apparaître ensuite sur divers points de l'arrière-gorge, puis couvrir rapidement les amygdales, le voile du palais, tout le pharynx et une toux caractéristique indiquer bientôt que la maladie atteignait le larynx. Malgré des injections répétées d'eau fortement aluminée, voyant la maladie marcher, il cautérisa, d'après la méthode de Bretonneau, le pharynx et la partie supérieure du larynx avec la solution de nitrate d'argent au quart; en même temps il administra le calomel et l'alun à l'intérieur, d'après le mode préconisé par M. Miquel (de Tours), en donnant toutes les deux heures 0,10 centigr. de calomel, et dans l'intervalle 0,10 centigr. d'alun; et la maladie s'arrêta. C'était la seconde fois que M. Duparcque obtenait ce résultat en pareille circonstance; puis il a ajouté que, dans ce dernier cas il était survenu une salivation momentanément inquiétante, bien que M. Miquel ait prétendu que cet accident était évité par son mode de traitement.

M. Rigaud a dépeint l'état dans lequel il avait trouvé un homme que l'on venait de retirer d'un cabinet dans lequel avait eu lieu un commencement d'incendie. La commode et la cloison contre laquelle elle était placée avaient été brûlées, mais le lit avait été respecté, ainsi que les draps et les vêtements de l'homme qui, étant ivre, s'était couché tout habillé. Quant à l'homme, il était mort; son corps exhalait une odeur de rôti, et du côté qui regardait la commode incendiée, il était littéralement cuit. Lorsqu'on retira les bas et la chemise, l'épiderme vint en même temps.

A la suite de ce fait, M. Chayet vous a raconté celui d'un homme qui, s'étant endormi pendant quelque temps la jambe devant le feu, s'était réveillé avec une large vésicule au genou, le pantalon étant resté intact.

M. Bianchi a présenté à la Société un bel exemple d'adhérences entre les racines et les collets d'une deuxième molaire avec la dent de sagesse située derrière elle; la seconde molaire seule était cariée; l'avulsion n'avait pas offert de difficulté.

En avril, M. Duparcque vous a entretenus d'un malade atteint de néphrite albumineuse aiguë. Il s'agissait d'un sujet âgé de 48 ans, d'une constitution sèche, non maladif, qui, à la suite de fatigues, ayant éprouvé un peu de difficultés dans ses mouvements, avait vu ses pieds et ses mains enfler, sans trouble apparent dans son état habituel de santé. Le toucher déterminait une douleur dans la région lombaire gauche; l'urine était mousseuse, avec persistance de la mousse à la surface. L'ébullition et l'acide nitrique y décelaient une grande quantité d'albumine. Comme le pouls était plein et fréquent, et la douleur rénale assez aiguë, une saignée fut pratiquée et suivie d'une amélioration assez notable; mais après huit ou dix jours d'un traitement antiphlogistique et délayant, l'état du malade restant le même, il fut soumis à l'usage de la limonade nitrique, sous l'influence de laquelle il y eut d'abord une diminution sensible dans l'œdème et dans l'albuminurie; puis l'affection resta de nouveau stationnaire. L'acide nitrique ayant été remplacé par les alcalins qui ont la propriété de dissoudre l'albumine, ce principe, au lieu de diminuer, augmenta, et l'œdème avec lui. C'est pourquoi M. Duparcque était d'avis d'en revenir à l'emploi de la limonade nitrique. Il avait du reste déjà guéri par ce moyen plusieurs cas d'albuminurie survenue chez des enfants à la suite de la scarlatine; mais ici, il n'en obtint aucun résultat. Après quelques jours de l'usage d'une forte décoction de sommités de genêt, le bienfait qu'en obtint le malade l'encouragea à suivre le conseil que lui donnait son médecin d'aller à son pays natal où ce végétal croît en abondance, et où, de temps immémorial, il est par tradition employé avec succès contre les hydropisies. Sous la double influence de ce médicament et du séjour au bon et grand air, la guérison s'opéra presque complétement.

M. Bonnassies a dépeint l'état d'un de ses malades atteint de méningite cérébro-spinale. C'était un jeune homme de 18 ans, pâle, frêle, adonné à l'onanisme, qui, à la suite d'un exercice assez violent, ayant bu un verre d'eau sucrée avec un peu d'eau-de-vie, fut pris d'une céphalalgie très-intense qui se calma au bout de deux jours. Mais un second accès, survenu quelques jours après, se compliqua d'un état tétanique de la nuque, de convulsions de la face, puis de délire avec fièvre très-intense et frissons réguliers à trois heures du matin et à trois heures de l'après-midi. On avait pratiqué deux saignées, appliqué des sangsues, des ventouses scarifiées et de larges vésicatoires, administré le calomel, la scammonée, le sulfate de quinine, l'opium, sans que la maladie cessât d'empirer. Il y avait une agitation extrême, opisthotonos et délire continuel; cependant les yeux étaient nets, seulement un peu injectés.

M. Mavré a cité le fait d'un enfant à la mamelle qui lui avait été amené à six heures du soir, décoloré, froid, immobile, l'œil terne, et en proie à des nausées continuelles; les parents lui avaient appris que cet état s'était déclaré subitement, mais que dans la journée, vers dix heures et demie, ils avaient surpris cet enfant jouant avec des allumettes chimiques qu'il mettait dans sa bouche. M. Mavré vit alors qu'il avait affaire à un empoisonnement par le phosphore, et il ordonna de la glace à l'intérieur et des frictions sèches à l'extérieur. Quelques heures après, appelé auprès de l'enfant, il le vit mourir avec des mouvements convulsifs.

Vous vous rappelez, messieurs, la discussion qui, à la séance suivante, s'éleva à propos de ce fait dans le sein de la Société. Sur l'interpellation d'un membre, M. Mavré répondit qu'il n'avait, ni comme médecin, ni comme vérificateur des décès, demandé l'autopsie de cet enfant, et qu'il n'avait pas cru devoir la demander, parce qu'il était complétement édifié sur la cause de la mort, qu'il n'y avait pas là pour lui un de ces cas de mort subite qui réclament les investigations de la justice, parce que la cause qui l'avait déterminée était tout accidentelle et non coupable. On comprit les raisons de M. Mavré; néanmoins MM. Rigaud, Frère, Lembert et Duparcque déclarèrent, uniquement dans le but d'éclairer la conduite des médecins en pareil cas, que cette voie n'étant pas celle tracée par les lois, elle pouvait offrir quelques dangers, et qu'en général il fallait s'en référer aux autorités instituées à cet effet, c'est-à-dire le médecin ordinaire au commissaire de police et le médecin vérificateur des décès au maire. La conversation ayant ensuite embrassé plusieurs sujets ayant rapport avec celui en discussion, et ne pouvant suivre ici cette conversation dans tous ses développements, je me bornerai à vous rappeler que l'on y a émis, et que vous avez approuvé en principe les opinions suivantes :

Qu'un médecin de l'état civil serait beaucoup plus à son aise et se dégagerait de toute responsabilité en faisant constater les décès survenus dans sa clientèle par un de ses confrères chargés du même service;

Qu'on peut s'abstenir de faire déclaration à l'autorité de mauvais traitements accomplis lorsqu'on espère qu'il n'y aura pas récidive, mais qu'il n'y a pas à hésiter lorsqu'on croit devoir soustraire une personne à de nouveaux sévices graves;

Qu'il ne faut pas se presser de jeter le trouble et le déshonneur dans une famille par une dénonciation trop précipitée, eût-on même sujet de concevoir quelques soupçons, lorsqu'on peut, par la surveillance de quelque personne prévenue ou par tout autre moyen, espérer l'empêchement d'une action coupable;

Qu'il faut également une grande prudence de la part des médecins ordinaires ou des médecins vérificateurs appelés à constater des accidents ou des morts subites par suite de traitements médicaux, parce que, ainsi que cela vous a été démontré par plusieurs exemples, on pourrait quelquefois commettre une erreur facile et involontaire. Je crois même utile ici, pour bien faire comprendre cette assertion, de vous rappeler le fait suivant qui vous a été rapporté par M. Frère: Un M. N... est atteint de tétanos: on lui administre l'hydrochlorate de morphine à haute dose; le malade meurt au bout de trois jours sans avoir présenté le moindre signe de narcotisme; et cependant le troisième jour on était arrivé à prescrire 0,60 centigr. d'hydrochlorate de morphine; de sorte qu'un médecin vérificateur qui n'eût basé son opinion que sur la vue des ordonnances eût pu croire à un empoisonnement;

Enfin vous avez pensé encore qu'il serait désirable que les médecins laissassent, chez les personnes qui succombent dans leur clientèle, une note pour le médecin vérificateur. Il y aurait avantage pour tous les deux; celui-ci serait bien plus facilement édifié sur la nature de la maladie, et le médecin traitant ne serait pas exposé à voir donner à la maladie qu'il a soignée un autre nom que celui qu'il a prononcé lui-même, soit que le médecin vérificateur soit resté dans un doute bien permis en présence de l'insuffisance des renseignements, soit qu'il ait prononcé un autre nom de la même maladie, ce qui souvent peut nuire au premier médecin et quelquefois même à tous les deux.

Dans la séance d'août, M. Duclos vous a cité l'observation d'une dame qui avait des douleurs gastriques très-violentes; plusieurs médecins avaient été appelés; on avait employé tous les antispasmodiques, et rien n'avait réussi. Il conseilla l'application de compresses d'eau froide sur la région affectée, et il eut le bonheur de voir cesser les douleurs immédiatement.

M. Mavré vous a dit aussi se très-bien trouver de l'emploi de compresses froides chez les femmes nouvellement accouchées.

M. Suasso a raconté le fait suivant : Appelé par une sage-femme pour terminer un accouchement, il se trouva en présence d'une présentation de l'épaule; on avait donné du seigle ergoté, et les contractions étaient telles qu'il lui fut impossible de pénétrer dans l'utérus. Il eut recours au chloroforme, et il put opérer la version et terminer l'accouchement; mais il survint une hémorrhagie violente; il lit la compression de l'aorte. Cette malade conserva comme un état d'ivresse, elle ne reprit pas connaissance, elle n'avait que quarante pulsations, la peau était presque froide, et la mort arriva trois heures après.

M. Léger a fait observer à propos de ce fait qu'il ne comprenait la cessation des contractions utérines que par la cessation de l'effet du seigle, parce que de nombreuses expériences faites par M. Dubois ont prouvé que le chloroforme n'avait aucune action sur l'utérus.

En octobre, M. Duclos vous a entretenus d'un cas d'éclampsie; la femme était à son troisième enfant; et il s'est très-bien trouvé de l'emploi de compresses d'eau froide sur la face. L'attaque cessa, mais la malade ne reprit connaissance que quelque temps après l'accouchement qui se fit trois heures après, et dont elle n'eut aucun souvenir. A part l'attaque, tout s'était du reste passé comme à l'ordinaire, et la malade se portait alors très-bien.

A la suite de ce fait, M. Jacquemin en a cité un autre où la maladie avait duré quarante-huit heures, et M. Duparcque un troisième où cet état avait persisté pendant trois jours.

M. Léger vous en a soumis un autre dont la durée fut de trente-six heures, et dont les attaques étaient suivies de coma. Deux saignées furent pratiquées sans résultat; le col était rigide, on fit prendre deux bains et faire des onctions sur le col avec l'extrait de belladone, mais toujours sans succès; enfin on donna un troisième bain, et la femme accoucha presque immédiatement d'un enfant mort. Cette malade ne recouvra ses facultés que graduellement et en commençant par les organes des sens.

M. Rigaud vous a fait observer, à propos de cette maladie, que certains au-

teurs prétendent qu'elle est exclusivement réservée aux primipares, et que c'est l'exception quand il en est autrement; et il a soutenu, contrairement à cette assertion, qu'elle n'était pas rare chez les pluripares. Il vous a cité entre autres, à l'appui de cette opinion, le fait d'une femme qui en était à son cinquième enfant, et chez laquelle les accidents avaient persisté après l'accouchement.

M. Duparcque a rappelé alors la distinction qu'il a autrefois établie entre les trois différentes variétés de l'éclampsie puerpérale, d'après leurs symptômes et les indications thérapeutiques que réclame chacune d'elles. (REVUE MÉDICALE, t. I, 1838.)

La première espèce, qu'il désigne sous le nom de spasmes convulsifs puerpéraux, s'observe spécialement chez les femmes nerveuses et impressionnables, au commencement du travail, et elle ne débute pas brusquement. Le pouls est nerveux; la figure, plutôt pâle que colorée, ne devient rouge ou plutôt violacée que lorsque les accès atteignent leur summum d'intensité. Ces convulsions se dissipent quelquefois lorsque le travail devient plus actif. C'est aux cas de ce genre qu'est spécialement applicable le précepte de provoquer l'accouchement. Quelquefois il a suffi de rompre les membranes; d'autres fois elles n'ont cédé qu'à la délivrance opérée au moyen du seigle ergoté, du forceps ou de la version.

Les convulsions de la deuxième espèce ou apop'ectiques ont pour sujets des femmes fortement constituées; elles éclatent brusquement et au plus fort du travail; il y a rongeur violacée avec tuméfaction de la face et du col. Les convulsions ne sont plus cloniques comme dans l'espèce précédente, mais éminemment toniques et comme tétaniques; elles se terminent après plusieurs minutes, soit par une mort comme foudroyante, soit par un état général de résolution, de stertor. Si la malade survit, elle peut rester hémiplégique. Imprudent serait celui qui, dans ces cas, ne se hâterait de dégorger par d'amples saignées le cerveau si violemment congestionné. L'accouchement provoqué ou artificiellement terminé peut convenir ensuite, mais subsidiairement, et non plus comme moyen essentiel.

La troisième espèce ou éclampsie épileptiforme fait brusquement explosion comme la précédente, mais elle peut arriver avant le travail, ou au commencement, ou même après la délivrance. Les convu.sions sont ici comme celles de l'épilepsie. Les attaques se succèdent rapidement, et dans l'intervalle la malade reprend connaissance; les accès deviennent de plus en plus intenses, laissant après eux le coma, et ils se renouvellent ainsi pendant plusieurs heures de suite, et même des journées. C'est seulement dans ces cas que parfois la langue se trouve prise et lacérée entre les dents. La saignée est nécessaire pour combattre et prévenir la congestion, mais elle ne suffit pas, non plus que la délivrance; il faut insister sur l'emploi des sédatifs les plus puissants, des dérivatifs les plus énergiques.

Un fait rapporté par M. Mavré a démontré une fois de plus le danger qu'il y a à se faire aider dans les opérations par des personnes étrangères à l'art. Appelé pour faire un accouchement, il trouva une présentation de la tête en position occipito-iliaque droite postérieure. Les douleurs ne portaient pas; après avoir donné un bain qui n'amena aucun résultat, il se décida à appliquer le forceps. Malgré tous ses efforts, il ne put cependant terminer l'accouchement. C'est alors qu'il se fit aider d'un homme de la maison, et tous deux tirèrent sur le forceps. La tête arrivant enfin sous l'influence de ces forces combinées, M. Mavré recommande de ne plus tirer, mais l'homme tire toujours, et le périnée cède à ses efforts.

M. Bonnassies vous a également parlé d'une déchirure pareil le arrivée, lui présent, par la maladresse d'une sage-femme qui ne soutint pas assez le périnée. La sage-femme opérait seule, le mari n'ayant voulu être assisté de M. Bonnassies que par sa présence.

En novembre, M. Rigaud vous a apporté le dessin d'une pièce pathologique prise sur un enfant nouveau-né qui présentait une tumeur ombilicale de 0,28 centimètres de circonférence; il y avait défaut de développement des muscles abdominaux. L'enfant mourut d'une hépatite, et à l'autopsie on trouva, logés dans la tumeur, la totalité du foie et l'arc transverse du colon. M. Rigaud avait déjà vu un fait semblable, mais chez un enfant mort-né. A la séance suivante, il vous a entretenus d'un cas analogue, seulement il n'y avait pas cette fois épanouissement du cordon; le foie était complétement à nu, enveloppé seulement du péritoine.

M. Duparcque vous a cité également un cas d'épanouissement du cordon qui, outre le foie, logeait l'intestin grêle; mais le cas le plus remarquable de monstruosité de ce genre, dont il a recueilli l'observation, est celui d'un enfant du sexe masculin, chez lequel le cœur, le foie, l'estomac, la rate, la masse intestinale, à l'exception de la fin du colon, faisaient hernie complète au devant de la poitrine et de l'abdomen, à travers un écartement étroit des deux parties latérales du sternum et des muscles droits abdominaux jusqu'à l'ombilic. La poitrine ne contenait que les poumons, et l'abdomen la vessie distendue par de l'urine, par suite d'imperforation de l'urètre, les reins et la fin du gros intestin. Tous ces organes exomphalés, le cœur lui-même, étaient à nu. Le péricarde existait seulement en arrière, adhérait aux bords de la division sternale, et la bouchait entièrement. Il y avait un pied-bot droit. L'enfant, dont l'existence s'était encore manifestée par des mouvements quelques instants avant de naître, ne donna aucun signe de vie après la délivrance. Ce fait vient aussi confirmer la remarque faite par M. Rigaud qu'il est rare que ce vice de conformation par arrêt de développement et d'occlusion des parois splanchniques existe seul; ici comme chez un des sujets soumis à l'observation de M. Rigaud, et comme chez les autres analogues cités par M. Duparcque, il existait en outre un pied-bot.

M. Jacquemin, après avoir rendu compte d'une opération de hernie qu'il venait de pratiquer chez un vieillard qui avait atteint son sixième jour dans des conditions très-heureuses, vous a signalé une opération pareille pratiquée avec succès par MM. Patissier et Marx chez une personne âgée, et dont la hernie présentait déjà des symptômes fâcheux.

M. Léger vous a cité ensuite une guérison obtenue à 80 ans; M. Feulard, une à 86 ans; et M. Duparcque a fait remarquer que les opérations de hernie présentaient généralement plus de chances de succès chez les vieillards que chez les sujets plus jeunes.

Après avoir exprimé combien il fallait insister sur le taxis avant de se décider à opérer une hernie, M. Duclos vous a parlé d'un cas où, tout étant préparé pour l'opération, il insista pour une nouvelle épreuve à tenter après avoir fait tenir au malade une position inclinée, les jambes et le bassin plus élevés que le tronc pendant six heures, et la hernie fut alors réduite facilement.

A ce sujet, M. Jacquemin rappelle le fait de ce garçon d'amphithéâtre sur lequel Dupuytren pratiqua le taxis sans succès. On lui propose l'opération; il s'y refuse; et renouvelant alors lui-même la tentative qui avait échoué dans les mains de Dupuytren, il réussit à faire rentrer sa hernie. Un an plus tard, il fut moins heureux, perdit du temps, fut opéré et mourut.

Dans la séance de décembre, M. Rigaud vous a communiqué l'observation suivante: Appelé près d'un ouvrier, le malade, à sa première visite, se plaint d'une douleur très-vive à l'abdomen, qui est très-tendu et qu'on ne peut toucher sans déterminer de vives souffrances; le pouls est fréquent et assez faible; il y a des hoquets et pas de selles. Le malade avait pris le matin une bouteille d'eau de Sedlitz, mais sans autre résultat que des vomissements. Une application de sangsues n'a amené aucun changement, et même, à la seconde visite, les accidents ont augmenté: la peau est sèche, le pouls petit et fréquent; les vomissements continuent, et les selles manquent toujours. M. Rigaud pensa qu'il y avait là une péritonite. La position précaire du malade le força d'entrer dans un hôpital, et il fut conduit à l'Hôtel-Dieu. Les accidents persistèrent, et la mort survint deux jours après. L'autopsie ayant été pratiquée, on trouva une perforation intestinale d'un centimètre et demi, avec un épanchement de 2 à 3 litres de liquide dans la cavité du péritoine.

M. Feulard a entretenu la Société d'un cas très-intéressant de croup chez une femme de 28 ans, enceinte de six mois. A la première visite, le 3 décembre, la malade était levée et n'accusait que de l'oppression et une espèce de picotement à la gorge, avec de la difficulté à avaler; le pouls présentait 90 à 95 pulsations. L'examen de la gorge n'offrait rien de remarquable. En présence de l'oppression, M. Feulard prescrit 0,05 centigr. d'émétique et une infusion pectorale. — Le 4, les symptômes ont augmenté de gravité: l'oppression est plus forte, le pouls marque 110 à 112. La malade est prise d'un accès de toux caractéristique d'une affection croupale; l'émétique est prescrit de nouveau. — Le 5, il y a du mieux: le pouls descend à 96 ou 100, la respiration est plus facile. L'examen des matières expectorées fait découvrir une assez grande quantité de fausses membranes; trois d'entre elles présentent de 5 à 6 centimètres de longueur, et ont pris la forme du tube respiratoire; on peut facilement, à l'œil nu, remarquer sur leur surface des vaisseaux sanguins. — Le 6, les accidents ont repris leur intensité: la malade ne peut rester dans son lit, elle étouffe et court en demandant de l'air. — Le 7, il y a un amélioration le matin, mais le soir le mal a empiré; des fausses membranes sont rendues avec abondance; la percussion donne une matité assez prononcée à droite; le bruit respiratoire s'entend dans le quart supérieur du même côté, mais il est très-faible dans les trois quarts inférieurs; le côté gauche paraît sain. — Le 8, M. Duparcque, appelé en consultation, constate aussi les symptômes suivants: peau chaude et sèche, pouls de 120 à 130, respiration très-fréquente, œdème assez prononcé de l'épiglotte, mais rien de plus; la poitrine est dans le même état que la veille. M. Duparcque fut d'avis de donner, à doses fractionnées et alternativement, du calomel et du sulfate d'alumine, chaque paquet contenant 0,15 centigr., selon le mode de traitement de M. Miquel. On en commença l'administration à quatre heures, et déjà, entre minuit et une heure, une amélioration notable s'était opérée. Le lendemain la malade n'était plus reconnaissable, et le mieux ayant continué, le 16 elle put reprendre ses occupations; seulement la voix conservait un peu d'altération.

En février, M. Rigaud a saisi la Société d'une question de dignité professionnelle et des plaintes qu'il se croyait en droit de porter contre un confrère d'un arrondissement voisin. Après ses explications vous avez, comme lui, blâmé la conduite d'un médecin qui (hors le cas de danger immédiat) vient *discuter* et *modifier* les ordonnances d'un confrère absent.

A la même époque, M. Patissier vous a annoncé qu'il avait été convoqué avec les chirurgiens principaux des autres légions pour donner son avis sur le service médical à établir dans la garde nationale, réorganisée d'après une loi nouvelle. Vous avez prié M. Patissier d'être votre interprète pour demander le maintien de *l'élection directe* pour les chirurgiens. Vous avez en outre nommé deux délégués, MM. Duclos et Rigaud, qui, réunis à ceux des autres arrondissements, ont formé une commission centrale composée de MM. Piorry, Clairat, Collomb, Rigaud et Labarraque, et chargée de défendre le même principe.

En juin, une communication du président de la Société médicale du 6e arrondissement vous invitait à vous associer aux démarches que cette Société voulait tenter pour l'établissement de *conseils médicaux de discipline*. Déjà cette mesure avait été l'objet de propositions que vous aviez longuement et profondément discutées; mais, tout en reconnaissant sa haute importance, vous vous étiez prononcés pour la négative sur la question de son opportunité. Elle se trouve en effet intimement liée à des conditions sur lesquelles une nouvelle législation aurait à prononcer, et sans l'existence préalable desquelles les conseils de discipline seraient sans application possible ou avantageuse. Néanmoins, animés du plus vif désir de voir doter le corps médical d'une institution si désirable, vous avez nommé deux délégués, MM. Rigaud et Léger, pour concourir, avec ceux des autres arrondissements, à la recherche d'une solution efficace.

Ici se présente pour moi, messieurs, une tâche pénible et bien épineuse, celle de vous rappeler comment, déplorant les erreurs d'un confrère que vous estimiez, vous vous êtes vus forcés de vous séparer de lui en demandant et votant son exclusion.

En juin, M. E......., secrétaire annuel, prévient la Société par une lettre qu'ayant depuis quelque temps expérimenté la méthode homœopathique, et que s'étant trouvé satisfait dans plusieurs circonstances des résultats qu'elle lui avait procurés, il est dans l'intention de pousser plus loin ses expériences sur ce mode de traitement. Mais comme il sait qu'en agissant ainsi il se trouve dans des conditions autres que celles où il fut nommé secrétaire, et qu'il dévie de la voie suivie par ses confrères, il en appelle à leur jugement, et donne, en attendant, sa démission de secrétaire de la Société.

Après cette première explication, vous avez admis en principe qu'un confrère pouvait expérimenter telle ou telle méthode, selon qu'il y était porté par ses convictions, sans cesser de rester honorable ; que vous ne répudieriez que ceux qui voudraient exploiter une méthode quelconque pour s'en faire un marchepied en sortant des voies honorables ; que jusqu'ici la conduite de M. E....... ne vous avait pas donné lieu de douter de la droiture de ses intentions, et que, s'il ne faisait qu'obéir à une conviction et dans un but exclusif d'humanité, vous n'aviez pas le droit de descendre dans sa conscience. C'est pourquoi vous avez sursis à prendre une décision, et résolu seulement de faire expliquer M. E....... sur ses intentions.

Dans la séance de juillet, M. E....... est en effet venu vous donner ces explications. Il vous a cité d'abord les deux ou trois faits de guérison qui avaient frappé son imagination et jeté le premier doute dans son esprit ; il vous a expliqué ensuite comment il était allé se faire initier auprès du médecin homœopathe qui avait obtenu les résultats qui lui avaient semblé si merveilleux, et comment, ayant ensuite expérimenté lui-même, il avait obtenu aussi bon nombre de résultats satisfaisants, dont il vous a exposé une partie. Vous vous rappelez les réponses nombreuses qui furent faites alors à M. E......., combien d'observations de guérisons aussi promptement obtenues par la méthode ancienne, dans des cas analogues, ont été mises en regard des siennes, pour lui prouver que cette méthode eût très-bien pu réussir de même dans celles qu'il vous présentait, et combien, par conséquent, elles étaient loin d'être concluantes.

Vous avez alors décidé, comme vous l'aviez déjà exprimé dans la séance précédente, que la question de doctrine n'étant pas en cause, vous deviez laisser M. E....... expérimenter consciencieusement la méthode nouvelle, espérant que le temps et une observation impartiale le feraient revenir de ses illusions présentes ; que par conséquent, pourvu qu'il suivît honorablement cette nouvelle voie, il n'y avait pas lieu de demander son exclusion.

D'un autre côté, vous avez pensé que comme le secrétaire d'une société représente cette société, et qu'il rend compte de ses travaux, il importe naturellement qu'il sympathise de doctrine avec ceux dont il consigne les communications scientifiques ; et comme M. E....... ne remplissait plus ces conditions, vous avez accepté la démission qu'il vous avait précédemment donnée.

C'est alors que vous avez nommé M. Feulard secrétaire provisoire pour les quatre derniers mois de l'année, en déclarant que cette nomination n'étant que provisoire, M. Feulard pourrait être maintenu pour l'année suivante.

Mais là malheureusement ne s'est pas terminée l'affaire de M. E....... Lorsque vous vous êtes réunis à la séance du mois d'août, vous aviez tous reçu, quelques jours avant, une brochure émanant de ce confrère, et ayant pour titre : POURQUOI JE FAIS DE L'HOMOEOPATHIE ; on lisait aussi sur la couverture : *Explication adressée à mes confrères et à mes clients ;* il y avait enfin au bas de ce titre : *Se trouve chez l'auteur, telle rue, tel numéro.* Vous vous étiez tous émus de la forme donnée à cette publication, et le premier qui en séance prit la parole à ce sujet, vous trouva unanimes pour blâmer dès lors la conduite de M. E....... On vous a fait remarquer que cette brochure n'était nullement scientifique ; qu'elle s'adressait bien plus aux clients qu'aux confrères ; que l'auteur avait cherché à nuire à d'autres médecins en citant des noms et critiquant leur traitement, et que d'ailleurs cette critique était loin d'être méritée. L'affaire se présentait alors sous une nouvelle face. Comme dans la séance de juillet, vous avez laissé de côté la question de doctrine, mais sous le rapport de la forme, vous avez exprimé l'opinion que par la nature et la forme de sa brochure, M. E....... avait dévié des voies honorables.

En septembre, M. E......., appelé à vous donner de nouvelles explications à ce sujet, vous a exposé qu'il n'avait cessé d'agir de bonne foi ; qu'il reconnaissait avoir eu tort d'adresser sa brochure à d'autres qu'à ses confrères, et de publier son adresse sur la couverture, mais qu'il avait péché par imprévoyance et sans les arrière-pensées qu'on lui supposait ; qu'enfin, au lieu d'un acte de charlatanisme, il ne croyait, lui, avoir fait qu'un acte de courage ; car, a-t-il ajouté, il y a maintenant du courage à se dire homœopathe ; on se fait fermer ainsi bien des maisons et on se met en hostilité avec un très-grand nombre de ses confrères. Quant à la pratique de l'homœopathie, c'était chez lui une conviction telle qu'actuellement sa conscience serait engagée s'il ne la pratiquait pas. Vous vous rappelez encore comment il lui fut répondu qu'on avait prouvé par la décision prise précédemment qu'on ne s'attaquait pas aux convictions lorsqu'on les croyait sincères, mais que sa brochure portant le cachet des réclames condamnées par la dignité médicale, pouvait faire croire qu'il avait été poussé par un autre mobile dans sa publication ; que d'ailleurs fût-il convaincu, la Société ne pouvait accepter la solidarité de ses erreurs lorsqu'il lui plaisait de les mettre au grand jour sous une forme qu'elle réprouvait, et lorsqu'elles portaient avec elles une condamnation contre les autres médecins. On vous a fait remarquer, en outre, combien la conduite de M. E....... avait soulevé la désapprobation, puisque la Société Hanemannienne, qui devait naturellement se réjouir de l'acquisition d'un nouveau prosélyte, avait également blâmé la forme de la brochure.

Enfin, messieurs, après une discussion qui occupa toute la séance de septembre, vous avez décidé que, d'après les termes de votre règlement, vous passeriez au vote sur cette affaire dans la séance suivante. En octobre, en effet, vous vous êtes définitivement prononcés, et la majorité vota l'exclusion de M. E.......

En regard de cette triste affaire, et comme compensation, je vous rappellerai la satisfaction que vous avez éprouvée en recevant, en avril, une lettre de M. Duparcque dans laquelle cet honorable confrère vous apprenait qu'il venait de recevoir la décoration de chevalier de la Légion d'honneur. Il vous remerciait des démarches que vous aviez faites pour obtenir pour lui cette récompense de ses longs services, sans oublier le digne maire de notre arrondissement, qui s'est associé à vos vœux d'une manière toute particulière, et qui a déployé dans cette circonstance un zèle et un empressement tels, que nous ne pouvons laisser passer cette occasion de lui en témoigner toute notre reconnaissance. Dans sa lettre, M. Duparcque se contentait de remercier ceux qui lui avaient fait obtenir cette récompense ; mais nous devons ici rendre à chacun ce qui lui appartient, et ajouter que si c'est à vos pressantes demandes et aux actives sollicitations de notre maire qu'il doit de l'avoir enfin obtenue, c'est aux trente années de sa vie employées de la manière la plus honorable à l'exercice pénible de la médecine et au soulagement des pauvres du bureau de bienfaisance, et aux nombreux ouvrages pratiques dont il a doté la science qu'il doit de l'avoir depuis longtemps méritée.

En octobre, sur la proposition de M. Léger, vous avez décidé que vous admettriez à vos séances les membres des Sociétés médicales des autres arrondissements ; que ces membres pourraient prendre part aux discussions, mais non aux votes de la Société, vous réservant de vous constituer en comité secret en cas de discussions de famille. Vous avez en outre, en communiquant cette décision aux présidents des autres Sociétés, demandé que pareille faveur vous fût accordée. Dès le mois suivant, vous avez reçu un grand nombre d'adhésions, et notamment des Sociétés des 1[er], 4[e], 6[e], 8[e], 9[e], 10[e] et 12[e] arrondissements. C'est là une de ces mesures qui ne peuvent avoir que d'heureux résultats en étendant et consolidant les liens de la famille médicale. Et je pense, messieurs, être ici votre interprète en remerciant M. Collomb, président de la Société médicale du 6[e] arrondissement, qui, dès le même mois de novembre, nous a le premier honorés de sa visite.

En novembre, à propos de la *patente* que la nouvelle loi vient d'imposer aux médecins, sans en excepter ceux des bureaux de bienfaisance, et sur la proposition d'un de vos membres, vous vous êtes occupés de cette question. On vous a d'abord exposé que tant que cet impôt avait existé, même pour les autres médecins, ceux des bureaux de bienfaisance en avaient de tout temps été exemptés. Puis on vous a fait remarquer que ces médecins se dévouaient, comme ceux des hôpitaux, au soulagement des malheureux, mais que dans la répartition qui leur était faite, la charge la plus lourde pesait sans contredit sur les médecins des bureaux, qui étaient à toute heure du jour et de la nuit exposés aux réquisitions d'indigents rien moins que réservés, tandis que les autres étaient complétement libérés après une ou deux heures passées dans des salles chaudes, claires, saines, aérées, enfin presque confortables, et dans des escaliers où l'on peut circuler d'un pied sûr et sans crainte ; tout le contraire enfin de ce qui attend le médecin de quartier, qui ne trouve que trop souvent des bouges sales et infects, perchés à des hauteurs fabuleuses, et dans des escaliers invraisemblables, sombres et dégradés, où il peut risquer quelquefois de se blesser (témoin l'accident arrivé au docteur Ricque, du 2[e] arrondissement, qui s'y est fracturé la cuisse). Prise d'un autre côté, la comparaison vous a montré le médecin des hôpitaux acquérant, par le seul fait de ce titre, une position en vue de tous, et, par suite, une clientèle, des places, des honneurs, tandis que tout cela ne va pas chercher le médecin des bureaux, qu'on oublie, et qui fournit modestement et péniblement sa carrière de bienfaisance. Après ce double parallèle, vous vous êtes demandé pourquoi on avait jusqu'ici refusé à ce dernier une rémunération qui fut toujours accordée à l'autre, et qu'on vient même encore d'augmenter dernièrement.

Et, pour calmer certaines susceptibilités, il fut répondu qu'une rémunération ne pouvait altérer en rien l'honorabilité d'un médecin qui la mérite par des services aussi pénibles et aussi ingrats que ceux des bureaux de bienfaisance ; que, dans plusieurs pays, cette rémunération existait, sans qu'on eût jamais entendu dire que les médecins de ces pays en fussent pour cela moins honorables ni moins honorés ; enfin, que le désir qu'on pourrait en exprimer devait au contraire sembler si naturel, que plusieurs d'entre vous ont fait connaître combien, dans maintes circonstances, ils avaient étonné des gens du monde en les tirant de l'erreur où ils étaient d'avoir toujours cru ces fonctions rétribuées. Mais comme cette question intéressait plus particulièrement les médecins du bureau de bienfaisance, faisant application d'un des articles de votre règlement, vous avez invité ceux-ci à se constituer en commission spéciale, afin d'aviser à ce qu'il pourrait y avoir à faire.

Une convocation eut donc lieu à cet effet chez M. Duparcque, et là il fut d'abord reconnu qu'on avait toujours admis le principe qu'une indemnité était due à ces médecins, puisqu'on les avait exonérés de la patente lorsqu'il en existait une antérieurement. Quant à la forme sous laquelle devrait être accordée cette indemnité, on fit remarquer qu'actuellement, d'après la répartition faite par la nouvelle loi, l'exonération serait on ne peut plus injuste, puisqu'elle favoriserait davantage ceux que favorise déjà la fortune, et qu'on pourrait voir en effet un médecin aisé exonéré d'une somme de 200 fr. pour faire un service qu'un autre moins fortuné ferait pour 40 fr. C'est pourquoi fut proposée et admise la décision suivante :

Les médecins du bureau de bienfaisance du 7e arrondissement,

Considérant :

1° Que l'exonération de la patente serait une mesure *injuste* par l'inégalité de la répartition entre des droits égaux ;

2° Qu'elle serait *dérisoire* par la trop grande disproportion avec l'importance des services rendus ;

Rejettent cette exonération en tant qu'elle serait réclamée ou accordée comme seule rémunération.

Ils demandent :

Une indemnité dans le genre, si ce n'est dans la mesure, de celle allouée aux médecins des hôpitaux.

Il fut en outre décidé qu'on ferait part de ces résolutions aux médecins des bureaux des autres arrondissements, en les engageant à s'occuper également de ce sujet, et à nommer un ou plusieurs délégués qui porteraient leurs vœux dans une réunion centrale où serait formulée une proposition collective qu'on présenterait ensuite aux autorités compétentes. M. Duparcque fut choisi comme délégué de notre arrondissement ; la majorité des autres a envoyé le sien, et ce comité central fonctionne actuellement.

Dans le courant de cette année, nous avons eu la douleur de perdre deux honorables confrères, membres de notre Société, MM. Legros (Félix) et Naudon.

M. Rigaud, votre trésorier, vous a rendu compte de l'état de la caisse de la Société. Quoique sa situation fût loin d'être florissante, vous avez néanmoins voulu continuer de payer votre tribut annuel aux indigents, et vous avez, comme les années précédentes, voté une somme de 30 fr. destinée à prendre des billets pour le bal des pauvres de l'arrondissement.

Avec l'année cessaient les fonctions de votre bureau. Procédant à son renouvellement, vous avez nommé :

MM. Duparcque, président ;
Léger, vice-président ;
Feulard, secrétaire annuel ;
Baget, trésorier.

Votre secrétaire-archiviste ayant été élu pour trois ans en 1849, il reste encore honoré de ses fonctions pendant l'année 1851.

Obéissant au désir que vous aviez manifesté, votre nouveau bureau s'est transporté auprès du maire de l'arrondissement pour lui faire la visite habituelle à l'occasion de la nouvelle année. Après avoir été reçus par cet honorable magistrat avec une bienveillance à laquelle il nous a, du reste, accoutumés, M. Duparcque lui a adressé deux demandes. La première était relative à la question de rémunération des médecins des bureaux de bienfaisance, et M. le maire a répondu qu'on pouvait d'autant plus compter sur son concours que déjà il s'était occupé lui-même de cet objet, et avait adressé plusieurs fois des demandes en ce sens aux autorités municipales supérieures. Quant à la seconde requête, elle consistait à réclamer pour nos réunions le local de la mairie, qui avait été autrefois mis à notre disposition, et dont la révolution de février nous avait privés. Vous voyez, messieurs, par le lieu dans lequel vous avez été convoqués dès aujourd'hui, avec quel empressement M. le maire a fait droit à cette réclamation. Qu'il en accepte donc ici de nouveau nos sincères remerciments.

30 janvier 1851.

Le secrétaire-archiviste,
Dr L. Vasseur.

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS.

COMPTE RENDU DES ÉPREUVES DU CONCOURS DE CLINIQUE CHIRURGICALE.

(Troisième épreuve. — Deuxième leçon clinique.)

I. — M. ROBISSON. — PLAIE DU COU ; ABCÈS CONSÉCUTIFS. — TUMEUR BLANCHE CERVICALE.

J'ai d'abord à vous entretenir d'une affection complexe chez un homme âgé de 44 ans, admis aujourd'hui même à l'Hôtel-Dieu, où il avait déjà été traité il y a peu de jours. Cet homme présente des antécédents pathologiques dont l'examen doit être fait avec soin, parce qu'ils fournissent la preuve d'une complication étiologique dont il est intéressant de déterminer les résultats. Né en Auvergne, dans une contrée humide, fatigué par la misère et les privations, obligé par sa profession de cordonnier de travailler dans un local malsain, ce malade, sans avoir présenté de traces évidentes d'affection scrofuleuse, a toujours été chétif. Il y a vingt ans, il fut atteint de la gale qui fut intense et probablement compliquée de quelque autre affection cutanée. A diverses reprises, il a été en proie à des douleurs rhumatismales ayant leur siége dans les articulations du genou, du cou-de-pied et dans celles des membres supérieurs ; ces douleurs n'ont jamais été accompagnées de fièvre ni d'état morbide de la région précordiale. Cet homme a eu en outre une blennorrhagie qui est devenue chronique et a nécessité l'emploi des ferrugineux. Sous l'influence de ces états pathologiques successifs, sa constitution déjà faible s'est plus profondément détériorée. Des peines morales vives se sont ajoutées aux influences fâcheuses que nous venons d'énumérer, et ont poussé notre malheureux malade à une tentative de suicide.

Il porte à la partie antérieure du cou la trace d'une plaie qu'il s'est faite il y a environ un mois, et qui fut l'occasion de sa première entrée à l'Hôtel-Dieu.

Cette plaie, faite avec un mauvais rasoir, occupait le niveau de la région thyroïdienne, elle était légèrement oblique de haut en bas et de gauche à droite, direction qui s'observe, particulièrement quand la tentative de suicide a été accomplie par la main droite, et qu'on a l'habitude de prendre en considération, en médecine légale, lorsqu'il s'agit de déterminer si la lésion a été faite par l'individu lui-même ou par une main étrangère. L'arme tranchante n'avait pas agi assez profondément pour intéresser les gros troncs artériels ; c'est ce qu'on observe d'ailleurs assez souvent, soit qu'au moment de la tentative de suicide, la main mal affermie n'exerce pas avec l'instrument une pression suffisante, soit que la blessure soit faite trop haut et dans un point où les troncs carotidiens sont peu accessibles. Ce résultat était heureusement arrivé chez notre blessé, le rasoir n'avait intéressé que les vaisseaux veineux superficiels, ou peut-être quelques divisions secondaires de la carotide externe. Il en résulta une hémorrhagie considérable, d'après le récit du malade, mais qui ne dut pas être cependant bien intense, puisqu'elle ne fut pas suivie de syncope, et qu'enrayée par la pression, elle n'empêcha pas le blessé de se rendre à pied à l'Hôtel-Dieu. Un pansement convenable de la plaie suspendit l'hémorrhagie et favorisa la réunion de ses bords. Après quinze jours le malade put sortir de l'hôpital.

Il nous raconte que peu de temps après sa sortie il subit un refroidissement du cou, et qu'il ressentit peu de temps après une douleur assez vive à l'extrémité droite de la plaie. Cette douleur et le gonflement qui se manifesta presque simultanément, ne furent aucunement soulagés par les cataplasmes dont on lui conseilla de faire usage. En même temps, de la douleur et de la tuméfaction se firent ressentir à la partie supérieure et droite de la poitrine, où il se forma une tumeur dont nous aurons bientôt à déterminer le caractère. Tourmenté par la fièvre et le malaise, le malade s'est décidé à entrer de nouveau à l'hôpital. Voici l'état qu'il a présenté à notre examen.

Il existe au devant du cartilage thyroïde une cicatrice récente inclinée en bas et à droite de 4 à 5 centimètres de longueur. A l'extrémité droite de cette cicatrice ; on découvre un orifice par lequel suinte du pus d'apparence phlegmoneuse, le cataplasme qui recouvrait cette ouverture était souillé de pus. Cette ouverture s'est faite spontanément, et, depuis lors, le malade s'est trouvé soulagé. Un stylet, introduit avec précaution, constate un décollement assez profond et dont la direction principale est la même que celle des gros vaisseaux de cette région. Cependant l'olive du stylet est arrêtée en bas, et cette exploration ne révèle pas de fusée purulente jusque vers le thorax. Le cartilage thyroïde est sain, il n'est ni divisé ni dénudé. Les mouvements du cou, très-gênés avant l'évacuation de l'abcès, sont assez libres depuis ce moment. Vers le haut du thorax, et à droite, nous remarquons une tumeur assez volumineuse, large à sa base, donnant lieu à une sensation évidente de fluctuation. Le liquide placé dans la couche sous-cutanée soulève la peau qui est chaude, tendue, douloureuse, rouge, amincie et déjà envahie par cette inflammation qui annonce sa prochaine ulcération et l'ouverture du foyer. Cette tumeur s'est développée depuis quinze jours environ, elle n'a pas été précédée d'un engorgement indolent ; sa marche a pris le caractère aigu ; aujourd'hui elle présente un peu de dureté à sa circonférence et de la mollesse à son centre. Si on exerce une pression sur ses parois pour refouler le liquide plus profondément et déterminer s'il existe quelque rapport entre elle et le foyer du cou, on n'en découvre pas. Il est évident qu'il s'agit d'un abcès phlegmoneux circonscrit ; les ganglions axillaires ne participent que faiblement à l'irritation.

Le malade présente en même temps que ces phénomènes locaux, des phénomènes généraux qui dénotent une certaine gravité. Le sujet est abattu, le faciès exprime une altération profonde des forces, le pouls est dépressible et assez fréquent, la peau présente une couleur terreuse, une teinte bistre particulière, le malade éprouve des frissons qui se manifestent surtout le soir, et qui sont suivis d'une chaleur incommode à laquelle succèdent des sueurs assez abondantes. Les questions adressées au malade, et l'exploration diagnostique complémentaire à laquelle je me suis livré, indiquent l'état sain des organes digestifs et pulmonaires.

La détermination de la maladie que nous avons eu à reconnaître résulte non seulement des caractères que nous venons d'énoncer, mais de la considération des causes et de leurs rapports avec les symptômes. Il est évident qu'il s'agit chez ce malade d'un abcès du cou et d'un abcès du thorax, le premier ouvert spontanément, le second sur le point de s'ouvrir. La région qui est le siége de ces abcès était prédisposée à s'enflammer, à cause de la plaie récente du cou ; l'impression locale du froid a ajouté une nouvelle influence déterminante. Mais c'est surtout aux dispositions générales du sujet qu'il faut faire une large part étiologique. Il y avait chez notre malade une série de conditions fâcheuses. Nous avons vu qu'il avait été atteint d'affections psorique, rhumatismale, vénérienne ; qu'il avait été affaibli par les mauvaises circonstances hygiéniques au milieu desquelles il avait vécu ; enfin que des peines morales vives l'avaient conduit à un acte de désespoir. Eh bien ! ces influences réunies établissent dans l'organisme des aptitudes morbides fâcheuses. Il se développe dans des cas de ce genre, ce qu'on a nommé la diathèse purulente, c'est-à-dire une disposition prononcée aux inflammations suppuratives. J'ai observé plusieurs cas de cette nature à la suite d'émotions morales profondes. Les abcès se multiplient alors, comme dans les cas de résorption purulente ou d'autres états pathologiques sur lesquels je ne saurais insister.

Le pronostic de cette maladie doit être porté avec réserve. Nul doute qu'il n'y ait de la gravité dans les symptômes énoncés, nul doute que la suppuration, qui se prolongera peut-être, ne puisse affaiblir le malade. Mais si l'on considère que les organes splanchniques sont sains, qu'il n'y a point de diarrhée, que, selon

toute probabilité, les organes pulmonaires sont exempts de lésion, on a des motifs de penser que ce malade se rétablira.

Le traitement contribuera à cette solution favorable. Ici nous trouvons des indications de divers ordres. Il faut avoir égard à l'état général et à l'état local. Sous ce dernier rapport, il convient d'ouvrir sans retard l'abcès des parois thoraciques. L'ouverture sera largement faite, de manière à faciliter le libre écoulement du pus. Des cataplasmes contribueront à éteindre l'inflammation. Quant à l'abcès du cou, bien que la nature ne l'ait pas ouvert dans un point aussi favorable que celui que l'art eût choisi, je ne pense pas qu'il exige un agrandissement de l'orifice établi, ni une contre-ouverture : des pansements méthodiques, quelques injections détersives suffiront, et des granulations pourront précéder le travail de cicatrisation. Mais ces résultats ne s'obtiendront qu'à la condition d'exercer une influence d'ensemble sur le malade. Une première série de moyens devra s'adresser à son état morbide actuel : le régime, des boissons fortifiantes, des frictions de même nature, seront prescrits. Nous ne verrions que des avantages à faire prendre du sulfate de quinine, pour arrêter ces frissons et cette fièvre, qui se reproduisent avec une périodicité nocturne. Nous ignorons si, dans les hôpitaux de Paris, on observe souvent la complication des lésions chirurgicales avec l'affection intermittente ; mais nous avons vu si fréquemment cette coexistence dans les hôpitaux de Montpellier, et nous avons si souvent constaté les bons effets du sulfate de quinine, que nous n'hésiterions pas à donner ce médicament. Si son action antipériodique n'est pas exigée par le cas actuel, il n'en exercera pas moins une action essentiellement liée à la précédente, une action tonique névrosthénique, dont le malade ne pourra que retirer des avantages.

Après sa guérison, il faudra chercher à fortifier la constitution de notre sujet. Les toniques amers ou ferrugineux et de meilleures conditions hygiéniques, si c'est possible, devront être recommandés.

Notre *deuxième* malade, admis aussi, depuis ce matin, à l'Hôtel-Dieu, présente une lésion de nature différente, mais non moins digne d'attention, tant en raison de la gravité probable de la maladie qu'en raison de la difficulté du diagnostic. Après quelques questions qui m'ont appris que je ne devais pas attendre de ce malade une narration précise des phénomènes morbides qu'il a éprouvés, je me suis informé du siége de son mal et de ses caractères extérieurs, afin de m'en former une première idée, et de diriger ensuite mes informations de manière à obtenir des révélations directement afférentes au fait à déterminer. Cette méthode clinique est plus prompte et plus sûre que celle qui consiste à charger le malade du récit souvent trompeur des circonstances qui ont précédé ou accompagné son affection. Disons tout d'abord qu'il s'agit d'une lésion développée à la région de la nuque, caractérisée par du gonflement et de la douleur avec flexion de la tête en avant et grande difficulté, sinon impossibilité de mouvement. Cet état morbide s'est graduellement développé depuis environ six mois, sans cause locale déterminante appréciable.

Notre malade est un homme de 44 ans, exerçant la profession de passementier. Sa constitution est grêle, bien qu'il dise n'avoir jamais été malade et n'avoir eu dans son enfance aucun engorgement scrofuleux. Quelques antécédents de famille semblent néanmoins indiquer une prédisposition héréditaire à l'affection strumeuse. Débilité par les privations de tout genre, ce malade me paraît l'avoir été aussi par des habitudes secrètes que ses dénégations ne suffisent pas pour me faire rejeter. Il n'a jamais eu d'affection syphilitique ; il ne porte point dans ses membres inférieurs des traces d'un rachitisme ancien ; il affirme aussi n'avoir jamais eu d'affection rhumatismale. La douleur de la partie postérieure du cou est la première qu'il ait ressentie, et cette douleur n'a succédé ni à un refroidissement local, ni à un mouvement inconsidéré du cou, ni à une lésion extérieure quelconque de cette région. Voici le résultat de l'examen auquel je me suis livré.

La douleur ressentie par le malade s'étend à toute la partie postérieure du cou ; elle s'accroît pendant les efforts de mouvement et se propage vers l'occiput. Elle est alors assez vive au niveau des lignes demi-courbes de l'os, c'est-à-dire au niveau des insertions supérieures des muscles de la région cervicale. La pression exagère cette douleur, surtout au niveau de la réunion du tiers supérieur avec le tiers moyen de la hauteur de la colonne cervicale. Par la palpation, on constate une sorte d'empâtement profond étendu jusqu'aux vertèbres. La température de cette région est un peu plus élevée que dans le reste du corps. On observe au cou une déformation notable. La portion cervicale de la colonne vertébrale est fortement courbée, de manière à présenter une convexité postérieure d'autant plus sensible que la tête est elle-même inclinée en avant. Cette convexité s'étend jusqu'à la partie supérieure du dos, sans déviation latérale ; c'est une véritable cyphose qui se prolonge jusque vers la partie supérieure du dos. Au-dessous le rachis s'incurve en sens opposé, et cette courbure de compensation entraîne une déformation du thorax, qui, s'aplatissant d'arrière en avant par le refoulement de la partie postérieure des côtes, rend plus sensible le relief des omoplates, dont l'angle inférieur est proéminent.

Les mouvements de la tête sur le cou et ceux des vertèbres cervicales entre elles sont extrêmement gênés, pour ne pas dire impossibles. Quelques légers mouvements de latéralité s'opèrent sans aucune sensation de craquement. Le malade ne les exécute qu'avec modération et lenteur. La tête est fortement portée dans le sens de la flexion, où elle est maintenue par l'état de rétraction des muscles, la saillie et la tension des sterno-mastoïdiens sont rendus sensibles par la maigreur du malade.

J'ai dû m'informer auprès du malade de l'état des parties innervées par les cordons qui partent de la portion cervicale de la moelle épinière. Hâtons-nous de dire qu'il n'y avait point de paralysie proprement dite, point d'affaiblissement dans les membres inférieurs, point d'impuissance dans les membres supérieurs, dont j'ai éprouvé la force en me faisant serrer la main par le malade. Celui-ci a néanmoins ressenti, à diverses reprises, une impression particulière de fourmillement dans ces membres, symptôme important dont nous aurons à déterminer la signification. Il n'éprouve pas d'oppression ni de gêne dans la respiration ; il est seulement assez facilement essoufflé quand il marche, ce qui peut dépendre de la déformation du thorax. J'ai voulu savoir si le nerf spinal qui naît des parties latérales de la moelle éprouvait quelque compression ; dans ce but, j'ai fait contracter les muscles trapèzes auxquels ce nerf va se distribuer. J'ai examiné le timbre de la voix, sur laquelle le même nerf influe par les filets d'anastomose qu'il donne au pneumogastrique ; mais je n'ai apprécié aucun signe de compression.

Afin de compléter la caractéristique locale, j'ai recherché si quelque abcès commençant ne se formait pas autour des vertèbres du cou ; dans ce but, j'ai exploré non-seulement les parties extérieures, mais la région même du pharynx, et je me suis convaincu qu'il n'existait aucune collection purulente accomplie ou commençante.

Les signes que nous venons d'énumérer nous conduisent à penser qu'il s'agit d'une lésion des vertèbres cervicales. Cette lésion, de nature scrofuleuse, peut-être avec tuberculisation commençante du tissu osseux, a déterminé la douleur, le gonflement et la déformation du cou. Cette affection, comparable aux tumeurs blanches, a produit une attitude fixe, une sorte de roideur articulaire, caractérisée aujourd'hui par la flexion permanente de la tête. Les muscles qui meuvent cette partie sont dans un état de rétraction qui, dans le cas actuel, porte sur les fléchisseurs. Les progrès de la déformation du cou ont entraîné des déformations secondaires dans le reste du rachis. Enfin le malade a éprouvé quelques phénomènes de perturbation nerveuse dans les membres supérieurs, qui semblent indiquer que les branches d'origine du plexus qui leur sont destinées ont ressenti de légères atteintes de compression. Le siége précis de cette lésion est assez difficile à déterminer, parce qu'il n'y a aucune saillie osseuse qui traduise plus spécialement la déformation ; mais la concentration de la douleur vers le niveau du tiers supérieur et du tiers moyen du cou semble indiquer que c'est à ce point que corœspond le foyer principal de la lésion.

Cette tumeur blanche cervicale n'est heureusement pas très-avancée. Il n'y a que douleur et déformation ; à peine quelques signes de paralysie et point d'abcès par congestion. Ces derniers phénomènes se produiraient si la maladie était abandonnée à elle-même. A ce point de vue, le pronostic serait très-grave ; il le deviendrait d'autant plus que la lésion existerait plus haut. Lorsqu'une lésion de ce genre atteint l'apophyse odontoïde, ou qu'elle ramollit ou détruit les ligaments qui l'unissent à l'occipital, les effets peuvent être instantanément funestes, à cause de la compression de la moelle, qui se produit lorsque la portion restante de l'apophyse odontoïde se dégage de l'anneau osseux-fibreux qui la reçoit. Les malades menacés de ce résultat semblent instinctivement le redouter ; leur attitude, le soin qu'ils mettent à soutenir leur tête avec les mains, les mouvements de totalité qu'ils exécutent avec la tête et le tronc lorsqu'ils veulent se tourner, leur facies, tout exprime chez eux une sorte de préoccupation qui n'est que trop légitimée par la possibilité d'accidents mortels, dont nous avons été, pour notre compte, plusieurs fois témoin. En général, le pronostic de la tumeur blanche cervicale a toute sa gravité lorsque la moelle peut être comprimée au niveau de l'origine des branches nerveuses qui forment le plexus d'où naît le nerf diaphragmatique. Ce pronostic est d'autant plus fâcheux qu'il y a déjà un commencement de paralysie, qu'il s'est formé un ou plusieurs abcès symptomatiques. Ces possibilités fâcheuses existeraient pour notre malade si son affection était abandonnée à elle-même ; mais, dans l'état actuel, nous devons le reconnaître, la maladie n'est pas arrivée à ce degré, il n'y a pas d'abcès, la moelle fonctionne bien, l'examen de l'état général du malade ne révèle ni fièvre, ni perte d'appétit, ni défaut de sommeil. On peut espérer quelque efficacité du traitement.

Hâtons-nous de dire, puisque le temps nous presse, que, dans le cas actuel, il importe d'arriver directement aux moyens efficaces. L'emploi des émollients, des sangsues, aurait l'inconvénient de faire perdre du temps ; les résolutifs, les vésicatoires mêmes, n'attaqueraient pas assez vivement la lésion : c'est à la cautérisation actuelle ou potentielle qu'il faut recourir. Je préférerais ce dernier mode. Des cautères à la potasse caustique devraient être appliqués au nombre de deux, puis de quatre ; ils devront être larges, assez profonds, convenablement entretenus ou renouvelés, afin d'opérer une révulsion locale salutaire. Un repos convenable sera prescrit au malade. Il faut raffermir par ce conseil les tendances instinctives qui portent les sujets atteints de lésions des vertèbres cervicales à garder autant que possible l'immobilité de la tête ; enfin les moyens généraux ne seront pas négligés. L'huile de foie de morue, moyen aujourd'hui conseillé d'une manière un peu banale dans beaucoup d'affections des os, n'aurait toutefois, chez notre malade, que des avantages. Un régime et des médicaments toniques seront aussi administrés avec profit.

II. — M. CHASSAIGNAC. — HERNIE ET HYDROCÈLE. — LUXATION ANCIENNE DU COUDE.

Mon premier malade est couché au n° 6 de la salle Sainte-Vierge, à la Charité ; c'est un bûcheron âgé de 61 ans, qui dit s'être toujours bien porté, mais qui paraît néanmoins plus fatigué que son âge ne le comporte. Il faut attribuer cet affaiblissement à l'influence de sa profession. Cet homme raconte qu'il fut renversé violemment en arrière et avec effort, en abattant un arbre, il y a environ douze ans. Cette circonstance étiologique doit être d'autant plus remarquée qu'il n'y avait eu aucune autre maladie. Depuis cette époque, la bourse droite a été plus volumineuse que la gauche. Il y a six mois, des coliques violentes, mais passagères, ont été ressenties. Toutes les fonctions se font d'ailleurs bien.

Quel est l'état de la maladie locale ? Quand on examine ce malade après l'avoir fait coucher, on reconnaît que la bourse droite égale le volume des deux poings ; elle est élastique, rénitente, insensible, tantôt partiellement réductible, tantôt irréductible. Il n'existe pas de changement de couleur à la peau ; on n'observe ni adhérences, ni affection variqueuse concomitante. Si l'on engage le ma-

lade a tousser, en le maintenant dans la position allongée, sa tumeur se grossit d'un accessoire qui augmente son volume d'un tiers. En exerçant alors une pression, on fait rentrer ce surplus de la tumeur, et on entend en même temps un gargouillement caractéristique. Lorsque le malade est placé debout, il y a reproduction spontanée d'une partie de la tumeur. Si on explore l'anneau en coiffant l'extrémité du doigt avec une portion de la peau du scrotum éloignée de l'orifice inguinal, précaution indispensable, et qu'on l'introduise dans le canal, on empêche la reproduction de la tumeur, et si on fait tout tousser le malade, la sensation acquise par le doigt est caractéristique. Il y a donc une hernie intestinale réductible et formant le tiers de la tumeur. Cette première donnée indique combien il est utile, dans une tumeur composée, de séparer un élément d'un autre.

Si on palpe l'autre partie, on reconnait de la fluctuation. Cette tumeur n'a pas la tension ordinaire de l'hydrocèle; mais j'ai constaté sa transparence, et j'en conclus que c'est une hydrocèle. Son poids n'est pas considérable, quoique le testicule soit assez développé. Quelle est, dans cette hydrocèle, la situation du testicule? C'est une détermination importante au point de vue du traitement. On doit rechercher l'organe en appréciant sa sensibilité spéciale. Ici la poche étant médiocrement tendue, on parvient à le toucher par des pressions bien dirigées. Il est placé en bas et en avant de la tumeur. Le cordon est étalé en avant de celle-ci. Est-ce une hydrocèle congénitale? Cette question est à examiner quand il y a coexistence de hernie et d'hydrocèle. M. Chassaignac se livre à quelques considérations anatomiques afférentes au mode de formation de ces tumeurs, et finit en faisant remarquer que, dans ce cas, l'hydrocèle n'est pas réductible comme la hernie. Il y a donc deux sacs distincts, l'un herniaire, l'autre contenant du liquide qu'on ne peut refouler. Quand il y a hydrocèle du cordon, on éprouve quelquefois de la peine à repousser le liquide dans l'abdomen, ce qu'il faut savoir, afin de ne pratiquer une injection qu'en toute connaissance de cause. Malgré la compression, le liquide pourrait arriver dans le péritoine.

Le pronostic se fonde sur les inconvénients de la coexistence des deux maladies. L'hydrocèle empêchant quelquefois d'appliquer un bandage, aggrave la hernie et expose à des accidents. Si l'usage du bandage devient possible, il faut porter son attention sur la région inguinale du côté opposé, qui est alors plus exposée à être affectée de hernie. L'état d'intégrité du testicule rend d'ailleurs le pronostic peu grave.

Ici la conduite du chirurgien consiste d'abord à traiter l'hydrocèle: il ne faut pas ponctionner comme d'habitude, mais se rejeter sur le côté, afin d'éviter le testicule et les éléments du cordon qui s'étalent beaucoup sur la tumeur. L'injection iodée mérite la préférence. Je ne m'occuperai point de tous les détails relatifs à cette espèce d'injection; je me contenterai de faire remarquer que la guérison est quelquefois tardive, qu'on a pu croire quelquefois à la récidive, mais mal à propos, car le retour à l'état normal ne s'est pas moins effectué. M. Chassaignac examine ensuite à quel degré il faut porter la force de l'injection iodée. Il a voulu employer la teinture d'iode à l'état de pureté, mais des accidents en ont été la conséquence. Il vaut mieux garder la proportion ordinaire, celle qui consiste à mêler deux tiers de teinture iodée et un tiers d'eau avec addition d'un peu d'iodure de potassium.

Deuxième malade. — C'est un jeune homme de 26 ans, qui, marchant, il y a onze mois, sur un terrain glissant, fit une chute sur le siége, chute pendant laquelle le bras fut porté en arrière afin de protéger le corps. Le membre supérieur remplit ainsi l'office d'une sorte d'arc-boutant placé entre le sol et le corps. Je signale spécialement cette circonstance, parce que c'est le mouvement classique indiqué comme cause des luxations de l'avant-bras. Lorsque le malade se releva, le bras droit ne put ni se fléchir ni s'étendre; il était déformé. Un médecin, appelé à lui donner des soins, se livra à d'inutiles efforts de réduction du coude. On crut la luxation réduite. Une fausse sécurité fut donnée au malade, qui crut longtemps n'avoir qu'une ankylose imparfaite. D'autres chirurgiens ont vainement tenté depuis cette époque de réduire les os déplacés. On aurait, d'après le récit du malade, proposé de les reséquer. Voici ce que l'on constate pour le moment.

Une tumeur existe en arrière du coude; elle est formée par la tête du radius et l'olécrâne. En avant on rencontre une saillie formée par l'humérus. La situation relative de l'épitrochlée et de l'épicondyle n'est plus normale par rapport à l'olécrâne; tout indique une luxation en arrière de l'avant-bras. Depuis l'accident il s'est probablement opéré des déplacements consécutifs. On ou exagérait autrefois la production. Il n'en est pas moins vrai que, dans la luxation de l'avant-bras, ces déplacements tardifs existent; l'extrémité des os luxés se porte un peu en dehors.

Il n'y a pas eu de fracture au voisinage de l'articulation; car celle-ci n'est pas ankylosée. Elle permet des mouvements très-bornés. A la vérité, l'avant-bras de ce malade lui est à peu près inutile, dans la position anormale où il se trouve.

Cet état date de onze mois; mais le blessé a une santé bonne et une constitution robuste, considération très-importante, car s'il en était autrement, il n'y aurait pas lieu d'examiner la convenance de la réduction. Dans l'état, qu'y a-t-il à faire pour ce malade? Son membre est faible; il a subi un commencement d'atrophie; il tend à devenir œdémateux. Faut-il essayer de réduire la luxation? Il y a une époque pour ces réductions; mais on ne saurait établir de règle générale. La conduite à tenir est relative à l'état de l'articulation luxée. S'il y a eu fracture, il en résulte une prompte irréductibilité; mais, dans le cas contraire et pour la luxation de l'avant-bras ancienne, la question n'est pas nettement résolue. Je n'ai pas reconnu de conditions locales absolument fâcheuses; mais l'insuccès des tentatives antérieures affaiblit l'espoir de réussir. Si on voulait décider la question, il faudrait plonger le malade dans le sommeil artificiel, examiner avec soin les conditions locales; puis, s'il y avait lieu, faire des tentatives prudentes et s'arrêter à point. Il resterait la ressource de déterminer une ankylose artificielle en plaçant l'avant-bras à angle droit sur le bras.

III. — M. Gosselin. — Ostéite sternale. — Sarcocèle.

J'ai eu d'abord à examiner un malade âgé de 57 ans, maigre, pâle et présentant l'aspect de ceux qui portent une lésion organique profonde. Cet homme a reçu un coup à la poitrine il y a quinze ans. Il n'y eut point d'accidents immédiats; mais après six semaines, il se forma un abcès au lieu où le coup avait été reçu. Depuis lors une douleur permanente s'établit au niveau du sternum; la santé générale du malade a éprouvé une atteinte bien marquée; il s'est affaibli; il a été sujet à une toux continuelle, quelquefois accompagnée de crachement de sang. Au mois de septembre dernier, un nouvel abcès s'est formé; son ouverture s'est convertie en fistule, et le malade s'est décidé à entrer à l'Hôtel-Dieu.

Constatons d'abord les signes physiques. Un peu à gauche et au milieu du sternum, existe une ouverture irrégulière, d'apparence fistuleuse. Son bord interne adhère au sternum; il s'en écoule un liquide purulent que je n'ai pu apprécier, et qui d'ailleurs ne devient pas plus abondant quand on fait tousser le malade. Un stylet, introduit dans l'ouverture, arrive bientôt sur une surface dure et inégale; il fait reconnaître un décollement qui s'étend à gauche sur la peau, et même au-dessous du muscle grand pectoral. Il y a en outre chez cet homme une difformité assez marquée. On constate une gibbosité dorsale avec incurvation des lombes à gauche. Mais cette disposition n'a qu'une importance secondaire, bien qu'elle ne soit pas sans influence sur les fonctions des organes thoraciques. La percussion fait reconnaître de la matité sous la clavicule gauche; on distingue par l'auscultation du bruit amphorique et de la pectoriloquie du même côté. La faiblesse générale est très-prononcée. Le malade est facilement essoufflé; il a parfois les jambes œdémateuses, et présente en outre des sueurs fréquentes et un état fébrile irrégulier. C'est donc une maladie complexe; car on ne saurait méconnaître la coexistence de la phthisie pulmonaire.

Comme maladie chirurgicale, il s'agit d'une lésion du sternum. Je crois en même temps à une altération des cartilages costaux qui peuvent être ossifiés prématurément. Je ne trouve pas dans cette lésion tous les caractères de la carie proprement dite. Le stylet, porté sur l'os, ne donne pas ce petit bruit qui résulte de la fracture des lamelles osseuses. Il est vrai que je n'ai pas forcé, et que ce signe peut n'avoir pas été perçu. Je ne constate pas non plus tous les caractères de la nécrose. Il n'y a pas de résonnance particulière quand on percute avec le stylet.

Nous avons affaire à une ostéite suppurante du sternum. Y a-t-il perforation de cet os? Je ne le pense pas; il est cependant probable que le mal s'étend au delà des points explorés, ce qui peut faire présumer un gonflement intérieur. L'ostéite est-elle simple ou tuberculeuse? le diagnostic précis de cette forme morbide est très-difficile, mais il n'a pas d'importance capitale. L'état tuberculeux du malade fait présumer que son ostéite présente ce caractère. Les antécédents nous indiquent que cette inflammation osseuse n'est pas syphilitique.

Le pronostic est grave. Tout fait présumer que les symptômes actuels deviendront plus sérieux et que la fièvre hectique se manifestera.

La thérapeutique est par cela même très-simple chez ce malade. La chirurgie active ne lui convient pas; on ne saurait songer ni à la rugination ni à la cautérisation au fer rouge. Le traitement local doit consister en un pansement régulier, en des soins de propreté. Quant au traitement général, il doit se composer de l'emploi des toniques et d'une bonne alimentation. Le séjour de l'hôpital ne peut pas être avantageux.

Le deuxième malade, couché au n° 47 de la salle Saint-Jean à l'Hôtel-Dieu, est un homme de 36 ans, d'une constitution faible et délicate. Sa figure est souffrante et porte, comme dans le cas précédent, l'empreinte d'une lésion organique ancienne. Il y a quatorze mois, sans cause connue, un gonflement survint dans le côté droit du scrotum. Ni blennorrhagie ni maladie vénérienne n'avaient pu déterminer cet accident morbide. Le gonflement fut d'abord indolent; puis se manifestèrent des douleurs sourdes qui n'ont cependant pas empêché le malade de travailler jusqu'au mois de novembre dernier. A cette époque, il se sentit affaibli et se fit soigner à l'hôpital Sainte-Marie. Il raconte que, sous l'influence d'un traitement homœopathique auquel on le soumit, il éprouva de l'amélioration, mais nous attribuons ce résultat au repos. Le soulagement fut d'ailleurs de courte durée. Il y eu retour des douleurs, ce qui décida le malade à entrer à l'Hôtel-Dieu. Ici on a employé l'iodure de potassium et l'emplâtre de Vigo; néanmoins il y a eu permanence et même accroissement des douleurs; quelques picotements ou des élancements véritables se font ressentir et il existe des douleurs lombaires.

Du côté droit du scrotum, on reconnaît une tumeur ayant le volume d'une pomme, non ovoïde ni arrondie, mais plutôt semblable à une sphère aplatie. Sa consistance variable est dure en arrière, molle en avant et sur les côtés; elle est lourde, mais sans excès. Un examen attentif n'y a pas fait sentir de fluctuation distincte, mais a simplement déterminé un léger soulèvement de la main. Cette sensation n'est ni nette ni franche. L'examen à la lumière n'indique qu'une très-faible transparence en bas et en avant. Le cordon est sain. Il n'y a pas de hernie. Quant à l'état général, nous constatons que le malade ne tousse pas; la poitrine est saine.

De quelle maladie s'agit-il? Nous avons un peu d'embarras dans le diagnostic. Pour arriver à sa détermination, nous devons d'abord éloigner certaine catégorie de tumeurs, la hernie par exemple. La tumeur est-elle liquide ou solide? Ce n'est pas une hydrocèle, puisqu'il n'y a pas de transparence. Serait-ce une hématocèle? Les commémoratifs ne l'établissent pas, quoique nous rencontrions certains caractères de cette maladie; d'ailleurs l'insuccès des remèdes et l'amaigrissement du sujet éloignent de cette idée. S'agirait il d'un épaississement de la tunique vaginale recouvrant un liquide, ce qui donne souvent lieu à des erreurs de diagnostic? Je ne retrouve pas non plus les signes de cet état pathologique. Il faudrait faire une ponction exploratrice. Le raisonnement nous conduit à admettre une tumeur solide: je pense qu'il s'agit d'un sarcocèle.

Mais de quelle nature est-il? On pourrait le croire syphilitique si la tumeur était puriforme et si l'épididyme était le siége principal de l'induration. Mais le sarcocèle de cette nature n'atteint pas un volume aussi grand, il n'y a pas d'accidents syphilitiques coexistants; puis l'autre testicule s'est atrophié. Est-ce un sarcocèle tuberculeux? Cette question se présente tout naturellement, parce que le malade est assez jeune et qu'il a eu de la toux, bien qu'il ne soit pas franchement tuberculeux. Mais il n'a pas eu d'abcès, il n'existe pas d'induration en chapelet sur son canal déférent. Nous ne trouvons pas cette coïncidence si fréquente des tubercules du testicule avec la tuberculisation du reste des voies séminales. Nous excluons cette affection. Il s'agit donc d'un sarcocèle cancéreux. Nous pensons qu'il présente la variété encéphaloïde. Si une ponction exploratrice ne donnait issue à aucun liquide, l'existence de ce diagnostic serait confirmée. La marche suivie par cette maladie vient raffermir notre croyance aussi bien que l'insuccès des remèdes.

Le pronostic de ces sortes d'affections est fâcheux; mais comme les ganglions lymphatiques en rapport avec le testicule ne sont pas malades, le mal doit être considéré comme local, quoique l'état général du malade puisse faire craindre, dans quelque autre point, un commencement de maladie cancéreuse.

Sous le rapport du traitement, il n'y a plus à songer à l'emploi de médicaments. La thérapeutique est ici essentiellement chirurgicale; il faut pratiquer la castration. M. Gosselin termine sa leçon par une description succincte de cette opération et des précautions qu'elle réclame.

IV. — M. SANSON. — ANGIOLEUCITE. — PERFORATION URÉTRALE.

Notre premier malade porte une tumeur sur la partie interne du bras, avec rougeur érythémateuse et œdème à sa circonférence. Les ganglions axillaires sont tuméfiés. On observe une cicatrice récente à la base du doigt annulaire. Entre ces points existe une corde rougeâtre et sensible au toucher. Le malade, sans avoir une constitution forte, jouissait cependant d'une bonne santé; mais il était disposé aux engorgements ganglionnaires. Il raconte qu'une blessure qu'il s'était faite au doigt annulaire lui avait occasionné une douleur, malgré laquelle il avait continué à travailler, qu'alors la plaie avait suppuré. C'est depuis lors qu'il a ressenti de la douleur au niveau de l'épitrochlée et que l'engorgement axillaire s'est produit. Ces accidents datent à peu près de trois semaines. Il est évident qu'il s'agit, chez ce malade, d'une affection des vaisseaux lymphatiques. On n'observe encore chez lui ni phlegmon ni phlébite proprement dits; mais on peut redouter la formation d'une série d'abcès. La nature de cette maladie est simplement inflammatoire; rien ne fait présumer qu'elle ait le caractère vénérien. Les indications thérapeutiques consistent à modérer l'inflammation par l'emploi des sangsues appliquées le long des lymphatiques enflammés, à faire usage de topiques émollients, à prescrire des bains, des purgatifs, un régime sévère, et à ouvrir les abcès s'ils se forment malgré l'emploi des moyens que nous venons d'indiquer.

Le deuxième malade est dans des conditions faciles à déterminer : il présente une solution de continuité urétrale parfaitement cicatrisée. Cette ouverture accidentelle existe à 1 centimètre en arrière du méat, et présente une étendue de 3 centimètres. Le malade, qui est un jeune homme de 17 ans et d'une bonne santé, quoique d'un tempérament lymphatique, cache la cause de son infirmité; il dit avoir eu une gangrène et une rétention d'urine, après laquelle une perforation du canal s'est établie. Quoi qu'il en soit, le contour de cette ouverture s'est cicatrisé et présente un liséré muqueux. Elle n'est pas exactement placée sur la ligne médiane; mais elle est exclusivement formée aux dépens de l'urètre, sans empiéter sur le corps caverneux. Le canal est entièrement libre. On ne saurait confondre ce cas avec un hypospadias naturel.

La nécessité de chercher à guérir le malade est fondée sur l'impossibilité où il se trouve d'opérer la fécondation; il faut chercher en outre à rétablir les conditions normales de l'excrétion urinaire. Comme l'état général du malade est satisfaisant, qu'il ne paraît pas avoir de susceptibilité morbide particulière, on peut tenter une opération chirurgicale, bien que la vie ne soit pas en question. Quoique je reconnaisse le danger des opérations de complaisance, dans le cas actuel, je céderais au désir du malade.

M. Sanson discute, à cette occasion, les principaux moyens chirurgicaux proposés pour réparer les solutions de continuité de l'urètre, et donne la préférence à l'urétroplastie par la méthode française.

V. — M. ROBERT. — HYGROMA. — PARAPHYMOSIS. — APPLATISSEMENT LATÉRAL DU THORAX.

Le premier malade sur lequel je dois appeler votre attention est couché au n° 26 de la salle Sainte-Vierge, à l'hôpital de la Charité. C'est un homme âgé de 68 ans, d'une bonne constitution. Sa profession l'avait exposé autrefois à un tremblement mercuriel; mais sa santé s'est raffermie, et il ne présente aucune affection constitutionnelle. Nous ne constatons chez lui qu'une hernie inguinale droite déjà assez ancienne; mais cette maladie, comme la précédente, est étrangère à la cause qui l'a conduit à l'hôpital.

L'affection pour laquelle il est venu se faire traiter remonte à vingt ans. Cet homme raconte qu'après une fatigue prolongée, il se développa une tuméfaction au devant du genou gauche. Malgré la persistance de cet état, le malade le négligea à cause de l'absence complète des douleurs. Il y a deux ans seulement, la sensibilité de la région affectée s'accrut, le malade entra à l'hôpital Saint-Louis, où on lui conseilla des cataplasmes, qui produisirent du soulagement. Depuis environ deux semaines, il y a eu recrudescence de la douleur, des symptômes phlegmasiques se sont déclarés. La tumeur ayant augmenté de volume, et la peau s'étant amincie, le malade s'est décidé à la percer avec une épingle. L'évacuation du liquide a produit du soulagement; mais la petite ouverture est demeurée fistuleuse, et l'écoulement a persisté avec un caractère purulent et même un peu fétide.

Voici l'état actuel du sujet : La maladie est locale; elle consiste en un gonflement circonscrit de la région prérotulienne. Il existe en avant de la rotule un pertuis d'où la pression fait suinter un liquide purulent et sanieux. Si on engage un stylet dans cette ouverture, l'extrémité en est directement arrêtée par la rotule, que recouvre un périoste épaissi, et où l'instrument explorateur rencontre des brides irrégulières qui lui font éprouver des soubresauts. Mais si on incline le stylet pour le diriger parallèlement à l'axe du membre, on le fait pénétrer assez loin, et on peut lui faire exécuter des mouvements de circumduction: ce qui prouve qu'il existe une cavité aplatie dont les surfaces sont en contact. La dimension de cette cavité est de 6 ou 7 centimètres de haut en bas; elle est un peu moins étendue d'un côté à l'autre. J'ai examiné l'articulation du genou: elle est saine, les mouvements de flexion et d'extension sont indolents, les mouvements latéraux artificiels ont été impossibles; d'où je conclus que le tissu des ligaments n'est pas relâché. Il n'existe pas de liquide dans la cavité du genou, on ne distingue aucune crépitation. Aucune partie ne paraît ramollie; la rotule n'est pas gonflée et est étrangère à la maladie. Celle-ci a son foyer, son siége et ses causes en avant de la rotule. J'avais cru d'abord à un certain degré d'inflammation du genou, mais je n'ai pas tardé à abandonner cette idée. D'ailleurs, les inflammations de cette région sont un peu diffuses, ce que je n'ai pas observé. L'inflammation dont j'ai constaté les traces est entée sur la tumeur. Il existe sous les téguments, et au devant de la rotule, une bourse muqueuse destinée à faciliter le glissement de la peau. Cette bourse peut s'enflammer, elle peut être le siége de l'hydropisie appelée *hygroma*. On l'observe surtout chez les individus que la profession oblige à travailler à genoux. Tel n'était pas le cas de notre malade; mais elle n'en est pas moins fréquente chez ceux qui se trouvent dans la condition que je viens d'indiquer. On la remarque spécialement chez les parqueteurs; l'hygroma est normal chez eux. Cette tumeur prérotulienne leur est même utile : elle les protége contre l'action des corps durs contre lesquels le genou s'applique.

Le malade chez qui j'ai admis l'existence de cette tumeur a fait des courses nombreuses, après lesquelles il s'est établi au devant du genou une irritation sécrétoire. Il n'y a pas eu hématocèle. Au lieu de sang, c'est un liquide transparent qui s'est accumulé dans la poche. Cet hygroma a été gardé pendant vingt ans à l'état indolent; il s'est enflammé il y a deux ans. Une nouvelle inflammation s'est produite plus récemment et a pris le caractère phlegmoneux. Il s'est formé au sommet de la saillie de la tumeur une vésicule que le malade a percée, et l'ouverture est demeurée fistuleuse.

Pourquoi n'y a-t-il pas eu de recollement? C'est que l'ouverture est trop petite. Le pus, qui éprouve de la difficulté à s'écouler, séjourne forcément dans la poche et empêche le contact de ses parois. Il faut pour que l'adhérence s'établisse qu'il y ait contact immédiat.

Pourquoi le pus présente-t-il une odeur fétide? Ce caractère semblerait indiquer une altération osseuse; mais non, cette altération n'existe pas, et l'odeur signalée tient à ce que le pus mêlé avec l'air est exposé à une décomposition putride. Quant à l'empâtement qui existe à la périphérie de la tumeur, il est subordonné à l'inflammation.

Somme toute, c'est un hygroma ancien qui s'est enflammé, et dont l'ouverture, après avoir laissé échapper le pus, est restée fistuleuse.

C'est une maladie assez simple et dont on doit espérer la guérison.

Le traitement consiste à provoquer dans la poche une inflammation adhésive, et à diminuer l'empâtement périphérique. Il faudrait d'abord combattre ce dernier par le repos, les bains, les émollients, et après quelques jours on déterminerait l'inflammation adhésive. Pour atteindre ce but, il existe plusieurs moyens: premièrement, on peut fendre largement la tumeur, la faire suppurer et comprimer ensuite, après le développement des bourgeons granuleux. C'est le procédé qu'on eût employé il y a vingt ans. Mais on a reconnu depuis cette époque la possibilité de faire adhérer les membranes pyogéniques comme les séreuses. C'est le cas des injections irritantes qui ont des avantages spéciaux; les liquides dont on peut se servir pour pratiquer ces injections sont très-nombreux, mais l'expérience a démontré la valeur supérieure des injections iodées. Elles font cesser l'inflammation suppurative et lui substituent une inflammation adhésive. Après les avoir employées chez notre malade, il conviendrait d'exercer une compression douce et de recommander une immobilité complète, condition indispensable.

J'ai la presque certitude que cette médication réussira; s'il n'en était pas ainsi, il resterait la ressource de fendre largement et de provoquer, en introduisant de la charpie, une inflammation franche suivie de suppuration.

Deuxième malade. — Il est couché au n° 30 de la salle Sainte-Vierge. Ce jeune homme est pâle, sa constitution n'est pas vigoureuse. Il n'est cependant pas scrofuleux, bien qu'il porte à la face des cicatrices anciennes; mais celles-ci ne présentent pas l'aspect des cicatrices scrofuleuses. Nous remarquons chez ce malade une poitrine étroite, un sternum saillant disposé en carène; cette déformation du thorax n'a pas le caractère des déformations rachitiques. Le malade dort la bouche ouverte, il ronfle en dormant; ses amygdales sont volumineuses. L'état dont nous venons de parler est congénital et ne constitue pas pour le sujet une maladie proprement dite, il l'expose seulement à des battements de cœur, mais ne l'empêche pas de travailler. Au reste, il n'y a pas eu de maladie antérieure de poitrine, l'expansion pulmonaire se fait d'une manière normale. Ce n'est pas la seule ni la principale affection que nous ayons à constater.

Il existe une lésion d'une nature essentiellement différente : je veux parler d'une phlegmasie très-prononcée que présentait le malade avant son entrée à l'hôpital; le prépuce dépassait de beaucoup le niveau du gland, et ne pouvait être ramené en arrière sans effort; ce phymosis n'avait été aggravé par aucune complication. D'après l'assertion du malade, il n'a eu, à aucune époque, ni blennorrhagie, ni chancres, ni ce suintement qui résulte de la balano-posthite si fréquente chez les individus dont le prépuce est étroit et allongé. Un sentiment de curiosité l'a poussé à découvrir le gland : alors l'anneau préputial s'est

resserré en arrière et à la place de celui-ci, et il en est résulté un paraphymosis. Le malade est entré à l'hôpital Saint-Louis, où, après diverses tentatives, on a pu réduire le paraphymosis; mais à son retour ce jeune homme s'est aperçu qu'il était au même point. On n'avait probablement recoussi qu'à ramener la peau en avant. Quoi qu'il en soit, le gland s'est gonflé, le jet d'urine a diminué, mais sans arriver au degré qui constitue la rétention d'urine.

Actuellement le méat urinaire est exempt de suintement, en parcourant avec le doigt la paroi inférieure de l'urètre et en exerçant une pression, on ne provoque aucune douleur. Le gland est deux fois plus volumineux qu'à l'état normal: il est luisant, tendu, douloureux lorsqu'on le comprime; en arrière de sa base existent un sillon et un bourrelet formé par le prépuce à l'état œdémateux; l'anneau constricteur est ulcéré et en grande partie détruit. Le malade dit être soulagé depuis ce moment; ainsi nous constatons dans ce cas deux lésions différentes, l'une congénitale, l'autre accidentelle.

Un phymosis sans complication vénérienne s'est transformé en paraphymosis, il en est résulté un étranglement du gland, mais il s'est passé un phénomène autre que celui qui appartient à la terminaison de cet accident. Dans les cas ordinaires, l'organe étranglé succombe; ici c'est le contraire, l'organe comprimé a détruit, par sa dureté et sa tension, l'anneau constricteur; l'ouverture de la peau a cédé à la pression excentrique du gland gonflé par plusieurs causes; il en est résulté une ulcération circonférentielle qui a produit du soulagement en diminuant la constriction du gland. Il est possible que les phénomènes locaux s'apaisent, mais ce n'est pas probable, il peut survenir une sorte d'étranglement chronique; le prépuce, dans ce cas, s'indure, puis devient calleux à la longue.

Le débridement est ici inutile. Il convient mieux de réduire, mais cette dernière opération présente des difficultés parce que les conditions normales sont détruites; la muqueuse ne fait plus suite à la peau, et le tissu cellulaire qui les sépare est le siége d'un bourgeonnement qui se produit dans la partie ulcérée. Il en résulte des adhérences qui s'établissent entre cette partie et le gland. Déjà il y a eu assez d'inflammation, et il s'est formé assez d'adhérences pour rendre la réduction impossible; toutes les tentatives faites jusqu'à ce moment ont échoué. Ainsi, on se bornera à diminuer le gonflement par le repos, les bains, la compression: si ces moyens sont insuffisants, il faudra exciser le bourrelet circulaire formé par le prépuce. Ce jeune homme aura désormais le gland découvert; c'est un avantage, car le phymosis naturel dont il était affecté l'eût exposé à des inflammations locales désagréables.

J'ajouterai quelques mots sur l'état congénital dont je vous ai d'abord entretenu. Nous avons signalé une déformation du thorax non rachitique, car la colonne vertébrale est rectiligne. Cet état coïncide avec une disposition particulière de l'arrière-gorge: les amygdales sont volumineuses, l'arcade dentaire est un peu étroite, quoique cet état ne soit pas assez prononcé que dans d'autres cas, le pharynx est gêné dans son action, bien qu'il soit exempt de granulations. Y a-t-il une corrélation étiologique entre l'état de l'isthme du gosier et la déformation du thorax? On pourrait en admettre une: l'étroitesse de cette région produit une difficulté mécanique dans la respiration; il faut plus d'effort au malade pour accomplir le mouvement d'inspiration, et néanmoins il pénètre moins d'air dans la poitrine; il en résulte que la fonction est amoindrie dans son exercice et son influence, la dilatation de la poitrine ne s'opérant pas, et la pression extérieure de l'atmosphère affaissant les parois du thorax, celui-ci s'est rétréci. Je ne vois donne cette explication que pour ce qu'elle vaut; mais le fait n'en est pas moins réel et mérite considération.

On pourrait remédier à cette disposition vicieuse dans le jeune âge en agissant sur les amygdales, pour empêcher leur gonflement hypertrophique; dans le cas actuel la cautérisation de ces glandes ne suffirait pas, il faudrait en opérer la rescision.

VI. — M. GIRALDÈS. — KYSTE OVARIQUE. — FRACTURE DE LA ROTULE.

J'ai examiné à l'Hôtel-Dieu une femme âgée de 38 ans, d'une constitution assez grêle, mariée depuis seize ans, n'ayant pas eu d'enfant, atteinte depuis six mois d'une tumeur abdominale.

Cette tumeur, arrondie et assez volumineuse, a son siége à la partie inférieure de l'abdomen; on peut la circonscrire en refoulant les parois du ventre auxquelles elle n'adhère pas et reconnaître sa position vers le milieu du bassin et vers le triangle inguinal du côté droit. Elle est douée d'une certaine mobilité et se penche vers le côté sur lequel on fait coucher la malade. On y reconnaît une consistance molle; elle est liquide et fluctuante. Le toucher vaginal indique que le col utérin, un peu dejeté à gauche, est d'ailleurs à l'état normal. On peut provoquer une sorte de ballottement. Par le rectum, on ne reconnaît rien de particulier, bien que la malade dise avoir rendu du pus par cette voie, et ajoute que la tumeur a diminué après cette évacuation.

Il s'agit d'abord de déterminer l'organe qui siége cette tumeur. Celles qui sont fluctuantes, dans cette région, font naturellement penser à des kystes des ligaments larges ou de l'ovaire. Sans doute, on observe quelquefois des tumeurs hydatiques ou des collections sanguines succédant à des ruptures de l'utérus. Mais nous devons rejeter ces sortes de tumeurs, aussi bien que celles d'origine inflammatoire, pour nous arrêter à la première supposition et surtout à l'existence d'un kyste ovarique. M. Giraldès décrit ces kystes sous le rapport anatomico-pathologique; il étudie l'organisation de la poche où existent des vaisseaux quelquefois très-volumineux, et la nature très-variable du liquide qui peut être différent, non-seulement chez telle ou telle femme, mais chez la même malade, suivant la poche où on le recueille, lorsque le kyste est multiloculaire. S'occupant ensuite du diagnostic, M. Giraldès signale les caractères qui distinguent les kystes ovariques des tumeurs fibreuses de l'utérus; il signale les différences de l'hydropisie ovarique et de l'hydropisie ascite, ainsi que la difficulté de préciser les cas où il y a coexistence de ces deux maladies.

Le pronostic des kystes ovariques est plutôt grave à cause de la gêne fonctionnelle qu'ils déterminent, qu'en raison du danger qu'ils font courir à la vie. Ils permettent d'arriver à un âge avancé, comme on peut s'en convaincre en examinant plusieurs femmes très-âgées, à l'hôpital de la Salpêtrière.

Le traitement de ces kystes a varié suivant l'opinion des chirurgiens. On a d'abord préconisé la ponction. Elle n'est ni difficile, ni dangereuse, lorsque le kyste est volumineux. Elle n'est cependant pas exempte d'accidents, car le liquide a pu s'épancher dans le péritoine. L'ovariotomie a aussi été proposée. Comme elle a trouvé des partisans parmi les chirurgiens contemporains, elle doit être discutée. Je connais 130 opérations de ce genre, et chose étonnante, dans plusieurs cas la tentative a été suivie de succès. Mais, dans d'autres cas, les résultats ont été très-malheureux; tantôt le chirurgien a dû laisser l'opération inachevée; 20 observations au moins prouvent que l'opération avait été entreprise après un diagnostic erroné. Beaucoup de femmes sont mortes très-promptement, en quelques heures, soit par hémorrhagie, soit d'une péritonite suraiguë. Le danger est très-grand quand on fait la petite incision: il l'est bien plus encore lorsqu'on pratique ce qu'on nomme la grande incision. Aussi je rejette complétement cette opération. Quant à la méthode des injections, soit avec la teinture d'iode, soit avec un autre liquide, elle n'est pas suffisamment jugée par les faits pour être adoptée. Sans rejeter absolument cette méthode, je ne l'emploierais pas sur notre malade, je me contenterais d'une ponction palliative.

— Notre second malade présente une affection traumatique. C'est un menuisier âgé de 48 ans, fort et robuste, admis ce matin à la salle Sainte-Marthe. Cet homme, qui n'a rien de particulier dans ses antécédents, raconte qu'il était monté sur une échelle et qu'il a fait une chute de la hauteur de 4 pieds sur le genou. Il a éprouvé aussitôt une vive douleur et a essayé, mais en vain, de se lever et de marcher; il a fallu le transporter à l'hôpital.

En découvrant les genoux et en les comparant; j'ai reconnu dans chaque région une lésion différente. A gauche, il existe au devant de la rotule une tumeur d'un volume médiocre, un peu arrondie, assez dure, comme si ses parois avaient subi un commencement de cartilaginification donnant à la pression une sensation de granulations, et dont le malade ignore l'origine. Mais comme il a déclaré être souvent sur les genoux, on peut l'attribuer à la pression répétée et la considérer comme un kyste prérotulien.

Du côté droit existe une déformation étendue de la hauteur des condyles du fémur à l'épine du tibia, débordant à droite et à gauche. La peau n'est ni altérée ni ecchymosée; il existe un peu d'excoriation en avant du tibia. En l'examinant avec la main, on tombe dans une sorte de creux séparant deux portions osseuses, et l'on reconnaît une fracture transversale évidente de la rotule. Le malade dit qu'après sa chute le fragment inférieur était remonté très-haut; la rupture de l'appareil fibreux est complète, fait très-important à constater; il n'y a pas de fragmentation des deux moitiés de la rotule; un épanchement sanguin considérable s'est formé; le malade éprouve plus de douleur du côté du triceps crural qu'au niveau même de la rotule.

Ces sortes de fractures arrivent presque toujours dans des cas semblables à celui qui nous occupe. L'effort musculaire joue un rôle très-important dans leur production; lorsqu'elles succèdent à des contusions directes, il y a presque toujours des fragments multiples.

Le pronostic n'est pas très-fâcheux; chez un sujet robuste comme notre malade, l'épanchement tendra à se résorber et la fracture à se consolider. Dans ce cas, un tissu fibreux intermédiaire s'organise et les mouvements ne sont pas trop gênés lorsque la distance des fragments n'est pas trop considérable.

Dans le cas actuel, le traitement consiste à rapprocher autant que possible les fragments et à combattre les complications; repos absolu, jambe placée dans l'extension, soutenue par une attelle postérieure ou placée dans une gouttière en carton dextriné ou en gutta percha, applications froides: tels sont les moyens à employer. M. Giraldès examine en dernier lieu quel parti on pourrait tirer de quelques autres modes de traitement proposés pour les fractures de la rotule.

VII. — M. MICHON. — ARTHRITE FONGUEUSE DU COUDE. — CANCER ET ABCÈS DE LA RÉGION CERVICO-MAXILLAIRE.

Le premier malade que je viens d'examiner à l'hôpital de la Charité, est un homme de 53 ans, de taille moyenne, d'une force physique primitivement considérable, mais détériorée par les travaux auxquels sa profession d'homme de peine l'a obligé de se livrer. Il est malade depuis dix huit mois; mais j'ai plutôt à constituer son histoire avec ce que j'ai observé qu'avec ce qu'il m'a rapporté; car son intelligence médiocre ne lui a pas permis de me donner des renseignements précis et complets.

Voici quelques détails relatifs à l'origine de sa maladie. A quatre travers de doigt au-dessous du coude existe la trace d'une blessure qu'il se fit avec un morceau de verre. Une hémorrhagie eut lieu; c'est depuis lors, dit-il, qu'il a souffert. Il a néanmoins continué à travailler, et il affirme que c'est sans relâche, quoiqu'il y ait lieu de présumer d'après la nature de sa maladie qu'il a dû chômer. Quoi qu'il en soit, il s'est formé au-dessus de l'épitrochlée une tumeur, d'abord petite, puis graduellement croissante. Le gonflement n'a gagné l'articulation qu'un peu plus tard. Il éprouva alors de la peine à se servir de son avant-bras, où il ressentait de la douleur lorsque pour exercer sa profession il voulait soulever un seau d'eau. Il déclare que pendant cet exercice il éprouva une sensation de craquement; mais ce renseignement reste obscur pour moi, par ce que j'ai vainement cherché à renouveler cette sensation en imprimant des mouvements à l'avant-bras. La première chose qui m'a frappé en examinant cette partie du membre supérieur est son attitude. L'avant-bras est dans la demi-flexion; la main est dans un état moyen entre la pronation et la supination. L'ensemble de la partie malade montre une déformation du coude; il existe autour de l'articulation des bosselures dans les points où, à l'état normal,

il y a des enfoncements. J'ai voulu voir si l'attitude énoncée était permanente, et je me suis convaincu qu'on ne pouvait pas étendre complétement le bras. On remarque alors en avant une saillie formé par le tendon du muscle biceps. La flexion est plus facile à produire, mais elle détermine de la douleur, et le malade ne peut l'exécuter volontairement; il ne peut, par exemple, porter une cuiller à sa bouche. Le mouvement de pronation est un peu douloureux; celui de supination s'accomplit plus difficilement à cause de l'état du biceps. Tels sont les principaux phénomènes physiologiques.

J'ai examiné ensuite la forme de la région malade. En avant il n'y a rien d'anormal; en arrière on distingue entre le radius et l'olécrâne une saillie molle, arrondie où l'exploration fait reconnaître des phénomènes analogues à ceux de la fluctuation. A la partie interne, au-dessus de l'épitrochlée existe une tumeur plus considérable, du volume d'une pomme d'api, sans changement de couleur à la peau; sa base semble reposer sur l'humérus et même lui adhérer. Elle représente au moins par sa forme le ganglion sus-épitrochléen. Sa consistance est fluctuante. J'ai cherché à déterminer s'il existait une relation entre les deux tumeurs que je viens de signaler. Je dois convenir que par des pressions alternatives destinées à augmenter la tension, il m'a semblé constater un développement de la tumeur vers laquelle le liquide était refoulé. Mais je ne puis l'affirmer; ainsi la communication est douteuse.

En présence des renseignements qui viennent d'être exposés, il est évident qu'il s'agit d'une arthropathie. L'origine en est obscure, puisqu'elle aurait succédé à une blessure des parties molles de l'avant-bras. A la rigueur, on comprend qu'une inflammation développée dans cette région ait pu remonter, se propager d'abord aux tissus périphériques de l'articulation, puis à celle-ci et déterminer une arthrite aiguë. Mais cette interprétation n'est pas suffisamment justifiée par le récit embrouillé du malade. Nous ne sommes pas certain de la liaison indiquée. Ce qu'il y a de certain, c'est la maladie articulaire; elle est établie et caractérisée par la distension de la capsule dont la flexion de l'avant-bras est la conséquence. M. Bonnet (de Lyon) a démontré par ses expériences sur les injections forcées des articulations, que l'attitude de l'avant-bras sus-indiquée résultait de la distension de la capsule.

Quelle est la nature de cette arthrite? A-t-elle débuté par les parties dures ou par les parties molles? Il n'est pas probable que ce soit par les os, car nous n'avons constaté aucune espèce de craquement, quoique le malade dise l'avoir ressenti; toutefois il arrive que le craquement se manifeste pendant un certain temps, et qu'il disparaît ensuite lorsque les fongosités se sont développées dans l'intérieur de l'articulation. Je ne crois pas que chez notre malade la cessation du craquement tienne à cette cause; il est probable que le malade l'aura ressenti pendant qu'il soulevait des corps lourds, et que la sensation qu'il a éprouvée doit être assimilée à celle que l'on produit volontairement par le tiraillement des surfaces articulaires des doigts; d'ailleurs, si les os eussent été malades, le sujet n'eût pas continué à travailler pendant dix-huit mois. Enfin nous ne constatons pas chez lui les symptômes généraux que déterminent ordinairement les lésions organiques des os. Le malade a bien toussé et sué; mais l'examen de la poitrine ne révèle aucune altération pulmonaire importante; ce n'est là qu'un épiphénomène.

Serait-ce une hydarthrose? Il y en a quelques signes; j'ai senti une fluctuation peu apparente il est vrai. Mais si nous avions affaire à une hydarthrose, nous aurions constaté une tumeur en arrière au niveau du tendon du triceps brachial, lequel est au contraire appliqué contre l'humérus; puis il y aurait eu une communication plus évidente entre les deux tumeurs; enfin une laxité plus grande dans l'articulation et des mouvements plus étendus. Je ne pas la présence d'un liquide. Mais il ne donne pas à la maladie un caractère dominant.

Je crois plutôt à une arthrite fongueuse : les fongosités sont mélangées d'un liquide peut-être synovial, peut-être purulent. Il y a un point obscur : il concerne la tumeur épitrochléenne par laquelle le malade prétend que son affection a commencé. Cette tumeur pourrait être indépendante de la lésion articulaire proprement dite; elle pourrait aussi être en continuité avec l'intérieur de la jointure; la difficulté que j'ai éprouvée à rendre sensible la communication des deux tumeurs s'expliquerait, dans ce cas, par l'étroitesse de la voie de jonction. En somme, je crois à deux affections, à une tumeur blanche fongueuse ou arthrite synoviale, et de plus à un ganglion suppuré, à un abcès froid lentement développé et constituant aujourd'hui la tumeur sus-épitrochléenne. Je ne crois pas qu'il y ait de pus dans l'articulation; il y aurait d'autres symptômes généraux. Je ne porte ce diagnostic qu'avec circonspection.

Cette maladie est grave par son ancienneté, par son siége et en raison de la profession du malade; elle sera longue à guérir; elle peut être sujette à récidive; puis il y a complication d'un abcès froid; toutefois cette gravité diminue si on a égard à l'état général qui est encore satisfaisant.

Le traitement que réclame cette maladie ne saurait être tracé d'une manière définitive jusqu'à la guérison complète; les indications seront subordonnées à la marche de la lésion et à l'effet des premiers moyens thérapeutiques. Il convient d'abord d'immobiliser l'articulation; pour cela le membre supérieur sera placé dans une gouttière à pièces mobiles, afin de graduer les extensions, de les faire cesser quand besoin sera et d'établir ensuite une situation fixe. Quant au traitement local proprement dit, je crois que dans cette nature d'arthropathie il faut songer à l'emploi du feu. Dans les tumeurs fongueuses, en général, la cautérisation transcurrente ou l'application de boutons de feu autour de l'articulation constituent un excellent moyen; si on emploie ces derniers, il faut y revenir fréquemment. La cautérisation fait cesser la fluxion articulaire, et les cicatrices qui s'établissent sur les raies de feu donnent lieu à des brides qui empêchent le développement de l'articulation. En même temps, il faudrait songer à la tumeur épitrochléenne. On ne saurait l'abandonner à l'ouverture spontanée; il convient de l'ouvrir en gardant les précautions convenables pour empêcher l'entrée de l'air. Il faudrait la vider à l'aide d'une ponction oblique sous la peau. Je prescrirais aussi quelques moyens généraux bien que la constitution du malade ne soit pas mauvaise. Si la guérison avait lieu, il faudrait en compléter les effets en rendant à l'article sa liberté par le moyen des douches; si au contraire la maladie s'aggravait, on pourrait songer aux injections iodées.

Le *deuxième malade* que j'ai examiné est un homme de quarante-cinq ans, entré depuis peu de temps à l'hôpital de la Charité. Il est atteint depuis six mois d'une maladie qui occupe aujourd'hui la partie externe de la région maxillaire inférieure et s'étend aussi à la région cervico-latérale du côté gauche. C'est une tumeur qui paraît s'être développée de toutes pièces. Elle s'est montrée d'abord dans la région cervicale avec le volume d'une noisette et jouissant d'une grande mobilité, puis elle s'est accrue progressivement. Le malade consulta un chirurgien, qui lui dit qu'il s'agissait d'une loupe, et qui ne fit d'autre prescription que celle d'un vésicatoire dont les traces sont encore visibles; il existe en effet, à la surface de la tumeur, des croûtes qui sont un résultat de l'application de ce moyen. Néanmoins la tumeur a continué à prendre de l'accroissement. La santé générale s'est troublée Le teint du malade est devenu un peu jaunâtre, et des douleurs lancinantes ont été ressenties au siége de la maladie. Voici l'état actuel de notre malade.

Il porte à la région indiquée une tumeur du volume d'une grosse pomme, étendue à peu près depuis l'angle de la mâchoire jusqu'à la symphyse, s'élevant au-dessus du rebord de la portion horizontale de l'os, et faisant aussi une forte saillie en bas. La peau est rouge, mais non altérée. La consistance de la tumeur est différente, suivant les points où on l'examine; elle est très-dure en avant, en haut et en bas; elle est molle en arrière, où on obtient la sensation d'une fluctuation très-marquée. Même sensation au centre de la tumeur. Soit qu'on exerce des pressions alternatives dans le sens vertical, soit qu'on examine la tumeur d'avant en arrière, cette sensation est précise; ce n'est pas de la fausse, mais de la vraie fluctuation. La tumeur présente une large base. En l'examinant du côté de la bouche, on voit que le plancher de cette cavité est conservé; d'où je conclus que la tumeur est en dehors de l'aponévrose. La langue n'est pas gênée dans ses mouvements. La déglutition est facile. La tumeur ne s'avance pas du côté du pharynx. La peau est mobile sur la tumeur, mais celle-ci n'est pas mobile sur l'os. Les mouvements du larynx et ceux des muscles du cou ne sont nullement gênés. En palpant la tumeur, je n'ai constaté ni de battements ni de frémissements dans son tissu. Quant à l'état de l'os maxillaire, voici ce qu'on observe: les dents sont usées par la pipe, mais elles ne sont ni mauvaises ni vacillantes. Le rebord alvéolaire est sain. Ainsi, cet os n'est pas le point de départ de la maladie, et s'il a déjà subi un commencement d'altération, celle-ci s'est produite consécutivement.

Rien dans le voisinage n'explique la formation de cette tumeur. Il n'existe du moins aucune lésion vers les apophyses transverses des vertèbres cervicales qui puisse y faire rattacher l'origine de la tumeur.

Quelle est sa nature? S'agit-il d'une tumeur simple ou compliquée? Serait-ce un engorgement ganglionnaire? Rien ne l'indique, et le petit ganglion que j'ai trouvé au-dessus de la clavicule, loin de prouver la nature ganglionnaire de la tumeur supérieure, s'est lui-même développé consécutivement. Est-ce un kyste? Il n'y en a pas dans une telle région qui puisse simuler la tumeur que nous avons décrite. Est-ce un abcès? Il faut s'expliquer. Ce n'est pas un phlegmon, puisque la maladie a mis six mois à se développer. S'il y a abcès, comme je le pense, ce n'est pas une maladie isolée; c'est une collection purulente compliquant une maladie de mauvaise nature. Ce ne pourrait être une tumeur encéphaloïde sans cette complication, car nous n'avons pas ici la fausse fluctuation de cette espèce de cancer, et nous n'observons pas les veines variqueuses qui se montrent ordinairement à sa surface. A notre avis, la tumeur est squirrheuse plutôt qu'encéphaloïde. Comment donc expliquer la fluctuation? Nous croyons qu'elle tient à l'existence de deux maladies : l'une est le cancer, l'autre l'abcès. Il y a eu deux genres de douleurs, les premières lancinantes, les autres d'un caractère différent. Il s'est développé un abcès phlegmoneux sur la tumeur cancéreuse; je le dis parce que je le sens, et parce que le malade en a éprouvé les symptômes. Cette coexistence a été observée. Un malade examiné par M. Gosselin portait un abcès en avant d'un testicule affecté d'encéphaloïde. J'ai moi-même vu un lipome, au centre duquel s'était développé un abcès.

Dans le cas actuel, du pus s'est formé au centre ou à la surface du cancer. Si nous avons dû porter un pronostic grave sur l'état de notre premier malade, nous devons, à plus forte raison, reconnaître la gravité de celui-ci. Si la maladie est abandonnée à elle-même, du pus s'échappera bientôt spontanément; si on pratique une ouverture artificielle, le foyer sera plus régulièrement évacué; mais, dans les deux cas, cette solution de continuité ouvrira la brèche. L'ulcération cancéreuse fera alors des progrès que le siége de la maladie et le voisinage d'organes importants doivent nécessairement faire redouter. Un résultat malheureux est donc à craindre pour ce malade, d'autant plus qu'en cas d'opération la récidive est probable.

On ne peut, en conséquence, que médiocrement compter sur une thérapeutique efficace. Ouvrir la tumeur pour diminuer son volume et mieux apprécier ses rapports, se décider à l'enlever après cette appréciation, procéder à l'opération avec toute la circonspection qu'exige la région délicate où la tumeur est placée : tel est le parti auquel on peut s'arrêter dans le traitement de cette maladie.

VIII. — M. NÉLATON. — SURDITÉ. — GRENOUILLETTE, KYSTE-SOUS-HYOÏDIEN. — FRACTURE DE LA CLAVICULE.

J'ai d'abord à vous entretenir d'une jeune malade, je me hâte de le dire, extrêmement sourde, et de laquelle je n'ai pu, en conséquence, obtenir tous les renseignements désirables; mais comme il s'agit d'une maladie extérieure, je pourrai donner des détails suffisants. Je suis parvenu à comprendre que cette

malade a perdu l'ouïe à l'âge de dix ans. J'ignore si c'est à la suite d'une maladie grave ou d'une plaie de tête. Un médecin de la ville, consulté pour la surdité, crut pouvoir l'attribuer à l'état des amygdales, dont le développement, comme on le sait, exerce une influence sur les fonctions de l'ouïe. Il pratiqua sur la région une opération qui a probablement consisté en un cathétérisme de la trompe d'Eustache. J'ai demandé en effet à la malade si elle avait éprouvé une sensation dans l'oreille, et elle a répondu qu'elle l'avait éprouvée dans les derniers temps. Je crois qu'à présent il ne s'agit plus de cette maladie. J'ai examiné le conduit auditif, sans y rien rencontrer; rien du côté du pharynx ni au niveau des cellules mastoïdiennes; ce serait donc une perte de l'ouïe comparable à l'amaurose. Il est probable qu'il n'y a plus rien à tenter pour cette maladie, qui n'est pas, du reste, celle qui a motivé l'entrée de cette femme à l'hôpital des cliniques.

En examinant l'intérieur de la bouche, j'ai vu du côté droit une tumeur qui se montre dans la rainure existant entre la langue et la partie correspondante de la mâchoire. Cette tumeur, que la malade nomme un bouton blanc, est allongée, libre, recouverte par la membrane muqueuse; elle se prolonge près du frein de la langue et le dépasse même un peu sur la ligne médiane. La muqueuse buccale, saine et transparente, laisse apercevoir à travers son tissu une collection de liquide de coloration bleuâtre. La tumeur est molle et fuit sous le doigt qui la presse; elle est fluctuante dans tous les points. Quand on la comprime, on parvient à faire toucher la membrane buccale à la paroi opposée. Les orifices des conduits de Warthon, placés de chaque côté du frein de la langue, forment un petit mamelon un peu plus dur qu'à l'état normal. J'ai voulu savoir s'ils étaient libres. Pour cela, après avoir soulevé la langue avec le pavillon d'une sonde cannelée, et après avoir essuyé la partie avec de la charpie, j'ai placé un peu de sel à leur niveau, et j'ai constaté que de la salive sortait très-évidemment par chaque orifice.

Après avoir reconnu cette tumeur, j'ai été frappé de l'existence d'une seconde tumeur placée extérieurement sur la ligne médiane du cou, au-dessus du bord supérieur du cartilage thyroïde et au-dessous du bord inférieur de l'os hyoïde. Conique, arrondie à sa base, ayant son sommet dirigé en avant, cette tumeur est recouverte par des téguments sains dans toute leur étendue. On y remarque du moins qu'une petite cicatrice que la malade attribue à un grain de petite vérole. En faisant un pli aux téguments, on s'assure que ceux-ci n'adhèrent pas à la tumeur, qui est fixe dans la région qu'elle occupe. Mais il y a une remarque à faire. Si on ne parvient pas à la déplacer par une impulsion dirigée d'un côté à l'autre, elle est cependant mobile comme les organes avec lesquels elle est en rapport; elle s'élève et s'abaisse avec le larynx, comme on peut s'en assurer en engageant la malade à avaler sa salive. Cette tumeur est molle, et quand on cherche à la presser, on distingue une fluctuation manifeste. Il s'agissait de déterminer son étendue, ses limites profondes et ses relations directes ou indirectes avec la tumeur de la bouche. J'ai constaté qu'il n'y avait pas de communication. Quant aux limites profondes, en introduisant le doigt jusqu'à la base de la langue, ce que la malade supporte très-bien, et en comprimant la tumeur extérieurement, j'ai pu constater une propulsion de liquide : ce qui me donne la certitude qu'elle se rapproche de l'épiglotte.

En cherchant actuellement à caractériser ces tumeurs sous le rapport du diagnostic, nous admettons que la tumeur de la bouche est une grenouillette. C'est incontestable. Mais, qu'est-ce qu'une grenouillette? Les auteurs ont varié d'opinion à ce sujet. On a longtemps professé qu'elle dépendait d'une oblitération du conduit de Warthon par de la salive altérée. Cette opinion a été combattue par Breschet, et depuis lors on a pensé que cette espèce de tumeur était simplement un kyste muqueux. L'expérience que j'ai faite, en plaçant du sel sur l'orifice des conduits de Warthon, prouve que la tumeur actuelle n'a tout au plus que des relations de voisinage avec ce conduit. Ainsi, dans ce cas, elle est constituée par un kyste muqueux contenant un liquide filant. Je ne nie pas cependant qu'une grenouillette ne puisse être constituée par une oblitération du conduit de Warthon, mais ce n'est pas le cas.

Qu'est-ce que l'autre tumeur? Ce n'est pas un abcès; elle existe là depuis trop longtemps pour s'arrêter à cette supposition. Les parents de la malade l'avaient déjà remarquée dès son jeune âge. Il s'agit encore d'un kyste muqueux. J'ai eu l'occasion de disséquer ces sortes de tumeurs, et j'ai vu qu'elles se développent en arrière de la membrane thyro-hyoïdienne, qu'elles s'échappent plus tard à travers les éraillures de celle-ci et deviennent sous-cutanées. Je crois que nous avons affaire à une tumeur de cette nature, et qu'en définitive c'est encore un kyste muqueux.

Je n'ai pas à insister beaucoup sur le pronostic de cette affection. Je dois néanmoins dire, parce que je l'ai vu, que ces tumeurs s'enflamment et donnent un liquide visqueux et un peu purulent. Si, après leur ouverture, on porte un stylet dans le foyer, on arrive jusqu'en avant de l'épiglotte. Ordinairement il se forme une fistule difficile à guérir.

En ce qui concerne le traitement, la grenouillette a été l'objet de beaucoup d'essais. On aurait pu croire d'abord que c'était une maladie facile à guérir; il n'en est rien. L'incision de cette tumeur est insuffisante. On a tenté l'excision dans l'espérance que la perte de substance qu'on produisait maintiendrait une ouverture destinée à remplacer le conduit salivaire. Mais on n'a pas tardé à s'apercevoir que la cicatrisation se faisait tout de même. On a pensé alors à la cautérisation, et on a conjecturé qu'après la chute de l'escarre, la réunion des bords de l'ouverture serait moins facile. Mais ce moyen a été encore reconnu infidèle. On a essayé le séton. Tant que ce moyen est en place, la tumeur reste affaissée, mais elle se reproduit dès qu'on l'enlève. M. Jobert, imitant à certains égards les opérations faites par Dieffenbach aux orifices muqueux, a proposé de faire une perte de substance à la muqueuse de la bouche, de manière à dénuder le kyste dans une certaine étendue; puis à ponctionner le tissu propre de celui-ci et à relever les bords de l'incision pour les unir par une sorte d'ourlet au rebord de la muqueuse. Mais c'est une opération compliquée qu'on n'est pas sûr de pratiquer de manière à remplir les conditions du problème de l'opération. Vous voyez que cette maladie est rebelle. Dans ces derniers temps, on a fait un pas vers sa guérison, en proposant les injections iodées. Il faut ponctionner avec un trois-quarts assez gros; le liquide sort quelquefois avec peine, à cause de sa viscosité. Il est utile alors de laver à plusieurs reprises l'intérieur de la poche, afin de détacher cette matière visqueuse qui protégerait les parois contre l'action de l'iode. Ce moyen réussissant souvent, je lui donnerai la préférence chez notre malade.

La petite tumeur sous-hyoïdienne devrait être attaquée par le même traitement. Si on ne parvenait pas à la guérir de cette manière, je proposerais de l'ouvrir et d'en cautériser fortement la cavité à l'aide du nitrate d'argent.

Notre *deuxième malade* est une femme de 47 ans, aujourd'hui fatiguée et affaiblie; ce qui s'explique par des circonstances particulières. En effet, cette femme, réglée à 12 ans, mariée à 15, a eu vingt enfants et a accouché pour la dernière fois il y a trois ans. Elle a nourri tous ses enfants et quatre en sus. En ce moment, elle est atteinte d'un catarrhe pulmonaire et présente en outre une lésion physique. Avant-hier, au milieu d'une rixe engagée entre son mari et son beau-frère qu'elle voulait séparer, elle a été victime de son empressement. Repoussée et renversée, elle a reçu des contusions multipliées au coude, à la banche, à l'épaule, et a reçu à la région claviculaire gauche un coup de pied qu'elle considère comme la cause de la lésion qui l'a conduite à l'hôpital. J'ai examiné son attitude : sa tête est inclinée vers le côté malade, elle soutient le membre supérieur blessé. Si l'on se place en face d'elle pour considérer par comparaison les deux épaules, on voit que le côté blessé est moins large que le côté droit. L'épaule est manifestement rapprochée de la ligne médiane; les régions sus et sous-claviculaires, au lieu de présenter la dépression qui leur est naturelle, font voir une saillie. L'ensemble de la région présente un gonflement diffus dont la clavicule occupe le milieu et qui efface les reliefs des muscles voisins. La partie est ecchymosée. Si on examine en particulier la clavicule, on constate une saillie très-prononcée au-dessus de la position normale de cet os. L'extrémité externe du fragment interne brisé na peu en dehors de la partie moyenne peut être saisi et mobilisé. Le déplacement qu'a subi ce fragment l'a rendu très-oblique et le fait remonter fortement. Le fragment externe est au-dessous, il est horizontal et chevauche sur le précédent, ce qui explique le rapprochement de l'épaule de la ligne médiane. J'ai mesuré les deux clavicules : la droite a 17 centimètres de longueur, il n'y a que 13 centimètres à gauche. Nous ne trouvons pas de fragment multiple, ni d'épanchement sanguin. Le déplacement est très-facilement corrigé par les moyens ordinaires; la réduction se fait complètement et sans beaucoup d'efforts. L'exploration des parties circonvoisines indique que ni l'acromion, ni le corps de l'omoplate, ni l'extrémité supérieure de l'humérus ne sont fracturés.

Il s'agit donc d'une fracture très-oblique de la partie moyenne du corps de la clavicule. Nous rappellerons en peu de mots que la malade peut porter la main à la tête, et qu'ainsi ce signe officiel, par lequel on assimilait les individus atteints de fracture de la clavicule aux animaux non claviculés, n'existe pas ici. L'intégrité de la clavicule n'est pas d'ailleurs nécessaire pour la production de ce mouvement.

Le traitement des fractures de la clavicule a pour but d'empêcher le fragment externe de perforer les téguments. Si la malade se couchait sur l'épaule, le fragment, repoussé en dedans, pourrait à la longue altérer et perforer la peau. Ainsi une première recommandation consiste à ne pas faire coucher la malade sur le côté; il faut, pour la même raison, éviter que le décubitus se fasse sur un oreiller susceptible de se déprimer en gouttière. Immobiliser la partie, telle est l'indication fondamentale. Cette espèce de fracture est sans doute très-facile à réduire; mais rien n'est plus difficile que de maintenir cette réduction. Les fragments tendent incessamment à chevaucher. Ajoutons que l'action du sterno-cléido-mastoïdien sur le fragment interne tend de plus à élever ce fragment : d'où résulterait encore l'indication d'immobiliser la tête, ce qui est difficile. On a proposé beaucoup d'appareils pour traiter les fractures de la clavicule. Certains exercent des compressions pénibles. Il importerait spécialement de les éviter chez notre malade, qui est affaiblie et atteinte d'un catarrhe pulmonaire.

M. Nélaton propose pour ce cas la simple écharpe de Mayor, dont il donne la description.

IX. — M. VOILLEMIER. — HERNIE CRURALE. — CANCER DE L'ANGLE DES LÈVRES.

Je me hâte de dire, au sujet de notre premier malade, qu'il s'agit d'une hernie crurale, sauf à fournir ultérieurement les preuves de ce diagnostic. Une femme de 75 ans, blanchisseuse, réglée à 12 ans, ayant eu six enfants, d'une excellente santé d'ailleurs, sauf un vieux catarrhe qui a joué le rôle de cause efficiente, présente une tumeur à l'aine gauche, datant de quatre ans. Cette tumeur, sortie et réduite à plusieurs reprises, mais mal contenue par un bandage, s'est de nouveau formée sous celui-ci pendant un effort de toux, circonstance assez commune pour les hernies crurales mal contenues par les bandages, qui tendent incessamment à se relever. On a fait des tentatives douloureuses et inutiles pour la faire rentrer. Dans la nuit qui a suivi l'accident, des vomissements ont eu lieu, des nausées leur ont succédé, la malade a vomi encore la seconde nuit, et s'est décidée à entrer aujourd'hui à l'hôpital.

Cette tumeur existe en haut et en avant de la cuisse. Elle a le volume d'une noix, est globuleuse et sans changement de couleur à la peau qui est mobile sur elle; on la cernant avec les doigts on constate facilement, à cause de la maigreur de la femme, une sorte de pédicule assez volumineux et plongeant profondément dans les parties, dans la direction de l'abdomen. Vers la fosse iliaque on rencontre une sorte de cordon qui semble s'épanouir pour se perdre ensuite dans l'abdomen. La tumeur est d'une consistance dure, rénitente, non so-

nore à la percussion. J'ai cherché à réduire, mais je n'ai pas insisté assez longtemps pour réussir.

Les rapports de la tumeur doivent être connus; en dedans on sent les battements de la crurale. Elle est placée au-dessous du ligament de Fallope, ce qui prouve nécessairement que c'est une hernie crurale. L'abdomen est peu ballonné, non douloureux. Les symptômes sont si évidents que nous ne pouvons songer à l'existence d'une autre maladie. Un abcès froid seul pourrait simuler la hernie, mais tant de signes établissent des différences que je n'insiste pas sur ce point.

Les hernies de ce genre sont communes chez les femmes multipares âgées : ce fait est très-réel, quoique A. Cooper l'ait exagéré.

Ici il s'agit d'une hernie intestinale, car j'ai ressenti le gargouillement dans le demi-taxis que j'ai opéré. Elle remonte un peu en haut, comme on l'observe pour la plupart des hernies crurales lorsqu'elles ont traversé le *fascia cribriformis*. Cette hernie est étranglée, mais n'est pas irréductible, choses que l'on confond souvent. Les phénomènes locaux et généraux de l'étranglement ne sont pas très-intenses : l'étranglement n'est pas très-aigu; il est à ce faible degré qu'on observe souvent chez les vieillards.

Le pronostic n'est pas grave. Cette hernie, ayant été plusieurs fois réduite, pourra l'être encore cette fois. Il n'y a ni altération de la circulation, ni accidents nerveux; les apparences de guérison sont favorables.

Il faut pratiquer le taxis. M. Voillemier décrit cette opération, et recommande pour le cas actuel d'agir patiemment en ramollissant et affaissant la tumeur. Cette opération doit réussir; car il s'agit moins ici d'un étranglement véritable que d'une simple difficulté de réduction. Celle-ci obtenue, il conviendra d'administrer un purgatif huileux, et après le rétablissement de faire porter à la malade un meilleur bandage.

DEUXIÈME CAS. — Il se rapporte à un homme de 64 ans, menuisier, se livrant à des travaux pénibles, exempt de prédispositions héréditaires, et s'étant toujours bien porté; la gale est la seule maladie dont il se souvienne. Ce malade avait l'habitude de fumer beaucoup, en se servant d'une pipe à tuyau court, qu'il plaçait à l'angle gauche des lèvres. Les dents sont en mauvais état. Il y a un an, un petit bouton blanc, dur, non douloureux, se montra à la commissure; il fut négligé; ce n'est que plus tard que l'emploi des cataplasmes et la cessation de l'usage de la pipe furent jugés nécessaires. Aujourd'hui il existe à l'angle labial gauche une tumeur du volume d'une forte noisette, gênant le malade quand il parle, aplatie, et offrant à sa surface quelques végétations et des sillons plus ou moins profonds. Un prolongement sous forme d'arête blanchâtre existe dans la bouche, au niveau des rangées dentaires; il est formé par la muqueuse gonflée et mâchonnée. La tumeur est dure, elle peut être limitée; elle se prolonge surtout vers la joue et la lèvre inférieure. Il n'existe pas de gonflement sous-maxillaire ni sus-claviculaire. Le malade éprouve de la gêne, mais assure n'avoir jamais ressenti de douleurs lancinantes.

Bien que le malade n'ait pas eu de syphilis, il est impossible d'omettre que cette maladie peut se présenter sous cette forme au siége indiqué; mais l'aspect de la maladie s'accorde avec le commémoratif pour exclure cette supposition. L'ulcère est cancéreux. Je le croirais plutôt encéphaloïde que squirrheux. Le microscope prouverait peut-être qu'il n'est ni l'un ni l'autre. Mais ici l'observation clinique suffit pour constater le caractère de cette affection. Épithéliale ou non, elle se comportera comme un cancer.

Cette tumeur est donc grave, quoique la santé du malade ait été et paraisse encore satisfaisante. Mais ces sortes de tumeurs récidivent très-opiniâtrément. Je crois que celle-ci entraînera des suites funestes et que l'opération sera inutile.

On ne peut cependant pas livrer la maladie à elle-même. Le chirurgien doit se décider et tenter la chance. Faut-il attaquer la tumeur par les caustiques? On les a encore préconisés récemment depuis qu'on a trouvé des agents très-actifs, tels que la pâte de Canquoin et autres. Mais je crois que l'action des caustiques est plus inégale et au moins aussi infidèle que celle de l'instrument tranchant; je préférerais une opération. Le moyen le plus simple consisterait à embrasser la tumeur dans un V dont on rapprocherait les lèvres. Ici il faudrait un peu incurver la branche inférieure à cause du prolongement de la tumeur dans ce sens. Je m'abstiendrai de faire le dédoublement de la muqueuse; cette sorte de coquetterie chirurgicale serait au moins inutile dans ce cas. Je propose, en somme, l'ablation complète de la tumeur et la réunion immédiate de la plaie, par la suture entortillée, avec la précaution de ne pas laisser les aiguilles trop longtemps dans l'épaisseur des tissus.

X. — M. MOREL LAVALLÉE. — CATARACTE. — ABCÈS DE LA BOURSE MUQUEUSE OLÉCRANIENNE ET HYDROCÈLE.

Un homme de 30 ans, que j'ai examiné à l'Hôtel-Dieu, présente une altération de l'œil droit, développée depuis quatre ans sans cause déterminante appréciable et sans dispositions héréditaires. En examinant l'organe malade, on voit au niveau du rebord pupillaire un petit corps brillant du volume d'une lentille. En arrière existe un autre corps ayant l'apparence d'une membrane grisâtre chiffonnée. L'iris est tremblotant et légèrement altéré dans sa couleur. Les fonctions de l'œil sont presque abolies. Le malade distingue à peine la nuit du jour; il ne reconnaît que la lumière d'une bougie, présentée à l'œil de manière à ce que les rayons lumineux pénètrent obliquement. La pupille jouit encore d'une certaine mobilité.

Nous ne voyons dans ce cas ni les caractères d'un iritis aigu ou chronique ni ceux d'une cataracte ordinaire. Il est probable qu'il s'agit d'une cataracte modifiée par quelques circonstances locales. Selon toutes les probabilités, la capsule s'est déchirée; le cristallin s'est porté en avant, où il forme ce corps lenticulaire à demi résorbé et en contact avec l'iris. La capsule, plissée et presque entièrement opaque, occupe en arrière sa place ordinaire.

C'est un cas peu favorable à une opération. Le tremblement de l'iris indique une altération des milieux de l'œil. Une opération de complaisance pourrait rigoureusement réussir; mais nous ne la conseillons pas, parce qu'elle pourrait provoquer une inflammation susceptible d'envahir aussi l'autre œil, qui est sain. Si on se décidait à opérer, il faudrait choisir l'abaissement.

DEUXIÈME MALADE. — C'est un serrurier âgé de 46 ans, robuste, qui, à la suite d'une chute sur le coude non suivie de fracture de l'olécrâne, a éprouvé du gonflement dans la région du coude, avec chaleur, rougeur et douleur, en même temps que des frissons et de la fièvre se déclaraient. En l'examinant, nous avons constaté au dos de la main des traces d'un abcès furonculeux et des crevasses aux doigts. Cet état, auquel il faut ajouter la tuméfaction de l'avant-bras, révèle une disposition inflammatoire que la chute sur le coude a concentrée sur cette région, et spécialement au niveau de la bourse muqueuse olécranienne. Nous croyons que celle-ci est le siége spécial de cette inflammation, et que le liquide qui le distend n'est ni de la sérosité ni du sang, mais du pus. Il s'agit donc d'un abcès de cette bourse muqueuse. Il faut l'ouvrir, appliquer des topiques émollients, mettre le membre dans une position élevée et administrer un purgatif.

— Le même malade porte une hydrocèle très-ancienne dont il ne se plaignait pas et que nous avons constatée en examinant l'ensemble du corps.

M. Morel-Lavallée se rattache à la description de cette maladie, en établit le diagnostic et le traitement. Il conseille l'emploi des injections iodées et voudrait que, pour éviter l'extravasation du liquide dans le tissu cellulaire du scrotum, on se bornât à n'injecter qu'une assez faible quantité de teinture d'iode, pour ne pas trop distendre la tunique. Seize observations lui ont prouvé la valeur de cette précaution.

XI. — M. JARJAVAY. — FRACTURE DE LA MALLÉOLE EXTERNE. — TUMEUR BLANCHE DU POIGNET.

Un homme de 63 ans a été admis à l'hôpital des Cliniques, pour une lésion du pied droit, qui nous fournira l'occasion d'étudier, au point de vue du diagnostic, l'entorse tibio-tarsienne et la fracture du péroné. Cette lésion, qui avait été déjà précédée d'une entorse ancienne suivie de faiblesse, eut lieu à la suite d'un faux pas, d'en résulta une chute qui fit perdre connaissance au malade. Des assistants le transportèrent chez lui.

Nous constatons un gonflement de l'articulation tibio-tarsienne droite, surtout au côté externe, s'étendant insensiblement vers le haut de la jambe. Ecchymose marbrée, non linéaire, plus prononcée en arrière et en dessous que dans les autres sens, devenant diffuse en haut; pas de crépitation, quel que soit le moyen mis en usage pour la rendre évidente. Nous avons essayé tous les procédés conseillés pour apprécier ce signe des fractures du péroné. Cet os, poussé vers le tibia, se déprime, mais en vertu de son élasticité reprend sa place naturelle. Ce caractère important suffirait seul pour exclure l'idée d'une fracture du péroné. La douleur est très-vive dans une grande étendue de l'os; les mouvements de totalité du pied sont très-difficiles, mais les mouvements des orteils s'opèrent facilement : il est évident qu'il n'y a point fracture du corps du péroné dans aucun point de sa hauteur. Il n'y a de possible qu'une entorse ou une fracture de la malléole externe. S'il y avait entorse, la douleur serait très-vive au niveau des bords et du sommet de la malléole, parce que, dans l'entorse, c'est dans ces points que les ligaments se déchirent ou que leur tiraillement occasionne une légère écornure de l'os. Ici la douleur existe surtout à la base de la malléole; elle suffit, en la rapprochant des circonstances de l'accident, pour nous faire présumer qu'il existe dans ce point une fracture, bien que nous n'ayons pas senti la crépitation et qu'il n'y ait pas de ligne ecchymotique transversale. — Dans peu de jours, quand le gonflement sera dissipé, il sera plus facile de constater la nature de la lésion.

En attendant, il faut prescrire le repos, employer des topiques résolutifs et mettre la jambe dans une position déclive. Lorsque la cessation du gonflement aura permis de constater plus exactement la fracture, on la traitera par l'application d'un appareil simple et maintenant la rectitude du pied. Comme celui-ci n'est porté ni en dedans ni en dehors, il est inutile que l'appareil l'entraîne dans un sens ou dans un autre, comme le voulaient Richerand et Dupuytren.

Le *deuxième malade* est un ouvrier, âgé de 23 ans, assez fort, mais pâle, et traité depuis trois mois à l'hôpital pour une lésion organique du poignet droit. Cet homme, occupé à faire jouer une manivelle lourde à mouvoir, ressentit tout à coup dans l'articulation radio-carpienne une douleur vive, suivie de gonflement. Il n'en continua pas moins à travailler, ce qui aggrava son état et l'obligea à entrer à l'hôpital. Depuis lors il s'est formé autour de l'articulation malade cinq abcès qui ont exigé des ouvertures dont il porte la trace. Toute la région carpienne est gonflée. La tuméfaction occupe le dos de la main et s'étend jusqu'aux doigts qui ont la forme conique; mais elle est surtout considérable à la paume de la main dont les plis naturel sont effacés et qui a le même niveau que l'avant-bras. Deux petits abcès paraissent encore en voie de formation : l'un au dos de la main, l'autre à l'éminence thénar. Des trajets fistuleux viennent aboutir sur les côtés du poignet. En les sondant avec un stylet, on touche les os qui se laissent pénétrer en donnant une sensation de craquement. Les gaînes synoviales sont fongueuses, les mouvements très-douloureux et très-difficiles. Il s'agit évidemment d'une tumeur blanche.

Comme on peut craindre toutes les conséquences fâcheuses qui s'attachent aux progrès de ce genre de tumeur, il faut porter secours à ce malade. Comme il y a nullité probable des moyens généraux et des moyens locaux d'une faible activité, il faut songer à une grande action chirurgicale. L'emploi du cautère actuel est indiqué. Si ce moyen était impuissant, il faudrait songer à la resection ou à l'amputation. La première ressource est infidèle, et se trouve d'ailleurs contre-indiquée dans ce cas, à cause de l'état des os du carpe. Mieux vaudrait l'am-

putation faite à la partie moyenne de l'avant-bras, on aurait un moignon susceptible de recevoir un appareil prothétique permettant au membre supérieur de remplir plusieurs fonctions.

XII. — M. RICHET. — HYDARTHROSE. — TUMEUR DE LA RÉGION PAROTIDIENNE.

J'ai d'abord examiné, à l'hôpital de la Charité, un homme, ancien militaire, atteint d'une hydarthrose double, chronique, intermittente. Cette maladie s'est développée en Afrique, à la suite d'un bivouac; elle a d'abord envahi le genou gauche, puis le droit. Un traitement local la fit disparaître. Pendant son séjour en Afrique, le malade fut atteint d'une fièvre intermittente opiniâtre, dont l'influence ne parait pas encore complétement dissipée, et qui s'exprime par des frissons reparaissant régulièrement, et, chose remarquable, précédant le gonflement articulaire. Dans l'état actuel, le genou gauche est médiocrement gonflé; mais il l'était il y a peu de jours, et n'a diminué de volume que par l'action d'un vésicatoire dont on voit la trace. Le genou droit présente tous les caractères de l'hydarthrose. M. Richet les examine successivement. Les symptômes locaux n'ont pas de retentissement général; il n'y a pas de réaction fébrile. Le malade conserve de l'appétit. La rate est médiocrement gonflée.

Il n'y a aucun doute sur le siége de la maladie; elle réside dans la synoviale, qui s'est épaissie par le fait de l'inflammation chronique et qui présente même quelques fongosités. Quant à sa nature, elle est très-obscure. D'après son origine, il faudrait la considérer comme rhumatismale; mais aucune autre articulation n'a été atteinte. Rien n'autorise à la considérer comme liée à l'action de la syphilis. Tout en remarquant les rapports qu'elle présente avec l'affection fébrile intermittente, on ne saurait non plus regarder cette hydarthrose comme une manifestation de cette maladie, puisqu'elle l'a précédée. M. Richet est porté à la considérer comme locale, et conseille un traitement local. Il préconise le vésicatoire et la compression. Celle-ci est très efficace quand on la fait avec des bandelettes de Vigo. En cas d'insuffisance de ces moyens, il faudrait recourir à l'injection iodée.

Le second malade est une femme d'une forte constitution, portant une tumeur, du volume d'une orange, à la région parotidienne. La maladie a débuté par un petit ganglion circonscrit et roulant. Après être restée sept ans stationnaire, elle a fait des progrès à la suite d'un coup porté sur cette région, et plus récemment son volume s'est accru en même temps que des douleurs se sont manifestées dans quelques-uns de ses points. Aujourd'hui la tumeur est encore mobile, sans changement de couleur à la peau, lobulée, d'une consistance dure, excepté en bas et en dehors où elle est un peu ramollie. Elle n'est ni fluctuante ni transparente; elle ne gêne que par son poids, sans exercer de compression sur les nerfs de la région parotidienne qui fonctionnent comme à l'état normal. Cette tumeur est sous-aponévrotique; elle n'atteint ni la glande parotide ni l'os maxillaire; elle est développée dans les ganglions de cette région. M. Richet pense que les ganglions sont à l'état d'hypertrophie; il admet toutefois la possibilité d'une dégénérescence cancéreuse, sans en admettre la probabilité.

Quelle que soit la nature de cette tumeur, il serait inutile de tenter de la faire résoudre par une action médicamenteuse; l'ablation à l'aide du bistouri est le seul moyen auquel on puisse songer.

Les sujets des thèses tirés au sort ont été répartis comme il suit :

1. M. Gosselin : Pansements rares. — 2. M. Bouisson : Vices de conformation de l'anus et du rectum. — 3. M. Chassaignac : Tumeurs enkystées de l'abdomen. — 4. M. Jarjavay : Fracture des articulations. — 5. M. Nélaton : De l'influence de la position dans les maladies chirurgicales. — 6. M. Robert : Vices congenitaux de conformation des articulations. — 7. M. Voillemier : Kystes du cou. — 8. M. Michon : Tumeur synoviale de la partie inférieure de l'avant-bras, du poignet et de la main. — 9. M. Giraldès : Maladies du sinus maxillaire. — 10. M. Morel : Luxations compliquées. — 11. M. Richet : Luxations traumatiques du rachis. — 12. M. Sanson : Hérédité dans les maladies chirurgicales.

BIBLIOGRAPHIE.

MALADIES DE L'ALGÉRIE. — DES CAUSES, DE LA SYMPTOMATOLOGIE, DE LA NATURE ET DU TRAITEMENT DES MALADIES ENDÉMO-ÉPIDÉMIQUES DANS LA PROVINCE D'ORAN; par M. AUG. HASPEL, médecin ordinaire, ex-médecin en chef de plusieurs hôpitaux de l'Algérie, etc. — T. I.

Nous sommes déjà riches en travaux de valeur sur la pathologie algérienne. Le RECUEIL DES MÉMOIRES DE MÉDECINE, CHIRURGIE ET PHARMACIE MILITAIRE contient une foule de documents et de topographies médicales, auxquels se rattachent les noms de MM. Finot, Rodde, Cambay, etc. M. Périer-Larrey est l'auteur de deux volumes dans lesquels il a traité d'une manière érudite et distinguée de l'hygiène en Algérie. Le livre de M. Maillot sur les fièvres est devenu classique. Nous devons à M. Cambay un traité complet de la dysenterie, riche d'observations et de faits. Nommons encore MM. Worms, Cattelonp, Grellois, Haspel, Tripier, Guyon, Léonard, Martin et Foley; n'oublions pas M. Bodichon, etc., etc. C'est seulement pour compléter la liste que nous citerons nos essais, après ces travaux recommandables (1). Enfin, après avoir donné les noms de tous ceux qui ont écrit sur l'Algérie, nous devons mentionner un homme de talent qui a écrit contre elle, M. Boudin.

Mais il nous manquait un travail qui fit connaître l'ensemble du règne pathologique algérien, ses grands caractères, son étiologie commune, et qui, après avoir rattaché les faits épars à des lois, redescendit de ces régions élevées au lit du malade, à la pratique. L'œuvre de M. Haspel est destinée à remplir cette lacune. Le tome I, qui a paru, contient l'histoire complète des affections du foie en Algérie. Il est basé sur un nombre de faits tel que chaque aperçu général s'appuie sur une observation suffisamment réitérée. Le tome II, consacré aux fièvres paludéennes et à la dyssenterie, répondra sans doute au premier et complétera dignement l'œuvre.

M. Haspel nous avertit que le temps qu'on passe en Afrique n'est point une époque tranquille, commode à l'observateur et au penseur, son livre se charge de nous prouver qu'on observe et qu'on pense très-bien en Algérie. Mais il est une qualité bien plus difficile à donner à son œuvre, au milieu des préoccupations de l'épidémie et de la guerre, parmi des voyages et des émotions: c'est la méthode, l'ordre et l'enchainement, la rigueur et la netteté des divisions, la sobriété de l'expression dans l'exposition et dans le raisonnement. Les *desiderata* ne nuisent en rien au fond de la pensée; ils forcent seulement quelquefois le lecteur à faire un travail de classement qu'on aurait pu lui éviter. Mais, du reste, cet arrangement méthodique, facile quand on fait de la médecine numérique ou de l'anatomisme, est bien malaisé quand on aborde les points de vue larges et élevés; quand l'horizon s'agrandit, les lignes sont moins bien arrêtées. Or, M. Haspel se place franchement à ce point de vue; l'observation morcelée, disséquée, découpée, lui semble une statue qu'on voudrait faire juger en présentant ses fragments épars. Hâtons-nous d'ajouter que M. Haspel a fort bien compris que cet esprit synthétique est opportun quand on trace des généralités, mais qu'il faut le déposer quand on arrive aux faits en particulier. L'ouvrage contient une cinquantaine d'observations qu'on peut considérer chacune comme un type.

Fidèle à ses principes synthétiques, M. Haspel, dans un chapitre consacré à l'étiologie, cherche à rattacher à une cause commune les trois grandes maladies régnantes en Algérie et dans les pays chauds : les fièvres paludéennes, la dysenterie, les affections du foie. Celles-ci existent rarement isolément; elles coincident le plus souvent avec la fièvre paludéenne, et surtout avec la dysenterie.

L'année médicale se divise, en Algérie, en quatre saisons. L'endémo-épidémie estivo-automnale laisse tant de reliquats après elle, qu'ils empiètent sur l'année sidérale suivante, chargée, dans ses premiers mois, d'une foule d'accidents consécutifs et de cachexies légués par l'endémo-épidémie de la saison précédente. L'année médicale ne commence guère qu'au milieu de mars; elle peut se diviser en quatre saisons, dont chacune a des caractères propres que M. Haspel trace avec beaucoup de bonheur. Nous recommandons avec insistance ce chapitre, dans lequel M. Haspel s'est proposé pour modèles Pringle, Sydenham, Stoll, Hildenbrand. Nous regrettons de ne pouvoir donner ici les quelques lignes bien nourries dans lesquelles il résume les caractères de chacune de ces quatre saisons; nous avons hâte d'arriver aux affections du foie.

Celles-ci sont traitées en plusieurs chapitres : hypérémie, hépatite, abcès du foie, atrophie, ramollissement. Des observations marchent toujours avec l'exposition et la discussion.

HYPÉRÉMIE. — M. Haspel divise les hypérémies en : 1° active; 2° hypostatique ou passive, et celle-ci se subdivise en passive aiguë et passive chronique. Dans la pensée, ces formes sont bien nettes; leurs causes, leur thérapeutique ont une existence bien distincte; en un mot, l'esprit est satisfait après avoir parcouru ces divisions et s'être reposé sur les deux colonnes parallèles dans lesquelles l'auteur résume et compare leurs caractères réciproques. L'hypérémie active se développe en juin, juillet, août, par la chaleur sèche, sur les nouveaux arrivés à constitution non modifiée; elle s'accompagne de phlegmasie légère de la partie supérieure du tube digestif, etc., etc. L'hypérémie passive prend naissance en septembre, octobre et novembre, par la chaleur humide, sur les constitutions molles, débilitées, imprégnées par le miasme paludéen; elles coincident avec les affections de la partie inférieure du tube digestif, etc., etc. Certes, il est très-important pour le praticien de porter ce diagnostic différentiel; mais le peut-il souvent? Assurément non. Il y a plus, assez fréquemment il ne peut pas même découvrir qu'il existe une hypérémie active ou passive,

(1). F. Jacquot, EXPÉDITION DU GÉNÉRAL CAVAIGNAC DANS LE SAHARA ALGÉRIEN, relation scientifique; un vol. gr. in-8°. — LETTRES D'AFRIQUE. — RECHERCHES SUR LES CAUSES DES FIÈVRES EN AFRIQUE. — MÉMOIRES SUR LES FIÈVRES COMATEUSES. — DE LA COLONISATION ET DE L'ACCLIMATEMENT (GAZ. MÉD.) — LE MÉDECIN, LA MÉDECINE ET LA CHIRURGIE CHEZ LES ARABES MODERNES (UNION MÉD.), etc.

malgré le haut intérêt qu'il a à aller extirper, éteindre le germe, la première étincelle des hépatites et des abcès du foie. En effet, ils ne manquent pas, même dans le livre de M. Haspel, les cas assurément fort remarquables, où l'on s'aperçoit, un beau jour, que tel individu à teint encore fleuri, à embonpoint encore conservé, et qui ne s'est point alité précédemment, est porteur d'un abcès du foie, bel et bien formé et collectionné. L'hypérémie a passé entièrement inaperçue.

Il est réellement surprenant qu'un organe vasculaire comme le foie puisse arriver à suppuration sans avoir allumé presque aucun phénomène symptomatique qui trahit sa souffrance. Il paraît que ces cas sont observés quand la phlegmasie est et demeure circonscrite ; les vastes inflammations parenchymateuses hépathiques suscitent souvent, au contraire, une réaction des plus vives, une fièvre ardente, comme nous en avons vu nous-même des exemples en Algérie et comme on pourra en trouver dans l'ouvrage dont nous rendons compte.

Les chapitres consacrés par M. Haspel à l'étude de l'hépatite et des abcès du foie sont, sans contredit, ce que nous possédons de plus complet sur la matière. Le nombre des observations a servi admirablement l'auteur ; il a pu, grâce à une expérience étendue, éclairer des points obscurs, asseoir des principes encore en litige, parce qu'on n'avait pas pu s'appuyer sur un nombre suffisant de faits ; enfin, émettre des aperçus nouveaux théoriques et pratiques. Dans l'impossibilité d'analyser avec ordre tout ce qui est contenu dans ces chapitres, nous nous contenterons d'insister sur les points capitaux.

En tête, nommons les études de pathologie comparée : les affections du foie sont fréquentes sur les animaux domestiques en Algérie, et ceux-ci, chose remarquable, sont sujets ou à l'hépatite aiguë ou à l'hépatite chronique, selon que le tempérament général de la race est sanguin, sec, artériel (cheval arabe) ou lymphatique, veineux (bœuf, mouton). M. Haspel a pu, dans les études qu'il a entreprises avec M. Poré, vétérinaire de l'armée, arriver à poser nettement ces lois ; ainsi, dans l'espace de cinq mois, à Maskara, il a vu cent bœufs atteint d'hépatite chronique, un mouton sur vingt, et pas un seul cheval arabe. Chez celui-ci, au contraire, c'est l'hépatite aiguë qui domine. Le bœuf est tellement sujet à l'hépatite chronique, que, d'après M. Poré, un sujet sur trois en est quelquefois atteint, en automne et en hiver. Chez ces animaux, l'hépatite chronique s'accompagne toujours d'un rapide amaigrissement ; chez l'homme elle est quelquefois compatible avec la conservation de l'embonpoint.

Nous passerons tout ce qui est relatif à la symptomatologie ; les principaux symptômes, douleurs, ictère, etc., etc., sont discutés avec soin ; on désirerait cependant quelques chiffres, quelques proportions, une analyse un peu plus minutieuse. Au reste, tous les éléments de celle-ci se trouvent dans les observations *in extenso* ; mais comme M. Haspel a eu à traiter beaucoup plus de malades que ceux dont il relate les histoires médicales, il s'ensuit que s'il avait comparé, interprété, analysé toutes ces observations, il eût pu donner des résultats numériques basés sur des chiffres imposants. Ceci est une remarque et non pas une critique ; nous savons par nous-même quelles sont les préoccupations d'un moment d'endémo-épidémie, alors qu'un seul médecin a jusqu'à trois et quatre cents malades ; il est bien malaisé de faire de la science dans de telles circonstances, et ceux qui trouvent le moyen d'arracher quelques moments à leur pratique, comme l'a fait M. Haspel, ont certes un double mérite.

Le traitement de l'hépatite aiguë doit être antiphlogistique et évacuant. L'expérience a recommandé le calomel pour remplir cette dernière indication. M. Haspel rapporte des cas remarquables où le calomel a amené rapidement une amélioration, une détente, qu'il n'avait pu obtenir des antiphlogistiques. On peut avancer sans crainte que, dans les médications employées en Algérie, le sulfate de quinine occupe le premier rang sur l'échelle de l'utilité, les évacuants le second, et que les antiphlogistiques ne viennent que bien postérieurement. Il y a longtemps qu'on a renoncé à ceux-ci, d'une manière générale, dans les dysenteries et les flux non-sanglants.

Abcès du foie. — M. Haspel divise sa matière en trois groupes : 1° abcès du foie qui tendent à se faire jour par la paroi abdominale ; 2° abcès ouverts dans la cavité du thorax ; 3° abcès ouverts dans l'abdomen. Des observations étendues accompagnent chacune de ces subdivisions.

C'est une grande question que celle de l'ouverture artificielle des abcès hépatiques qui tendent vers la peau. Larsus condamnait cette opération d'une manière absolue ; M. le professeur Réné ne lui est pas favorable. M. Haspel pense qu'il faut opérer promptement ; il s'appuie sur ses propres résultats ; sa pratique est fort étendue, car onze fois il a appliqué la potasse caustique et l'a vu appliquer un pareil nombre de fois. Quel procédé choisira-t-on pour ouvrir l'abcès hépatique, entre ceux de MM. Récamier, Bégin, Graves, Vidal, Horner, Cambay ? M. Haspel adopte, comme méthode générale, l'application de la potasse caustique. Ce procédé a soulevé une grande crainte dans l'esprit, c'est celle de l'inflammation du péritoine ; les vingt-deux cas observés par M. Haspel répondent suffisamment à cette objection ; jamais il n'a vu survenir d'accidents du genre de ceux qu'on redoute.

La nature a réellement des ressources inattendues pour réparer les désordres causés par de vastes suppurations et pour résister à la perturbation que jette la permanence ou le retour répété d'un foyer purulent. Voici deux cas bien remarquables : le premier est extrait de Lind ; il s'agit de l'ouverture d'un abcès du foie si volumineux que presque tout le lobe droit était détruit, et que la main introduite dans la cavité s'engageait dans plusieurs foyers qui faisaient ressembler la poche à un rayon de miel. Lind ne craignit pas de remplir cet énorme trou de charpie sèche ; puis il poussa des injections d'eau d'orge et de teinture de myrrhe. Le malade guérit. Nous laissons M. Haspel rapporter lui-même le second fait : « M. Martenot, chirurgien aide-major, a vu, en Algérie, un militaire qui venait, tous les deux ou trois mois, se faire ponctionner un abcès hépatique, et qui reprenait son service dans l'intervalle. Cet homme, qui était infirmier-major, fut traité à Bougie par M. Pallas. Cet abcès, qui était plus fréquent en été qu'en hiver, donnait chaque fois un verre de pus épais, et se refermait au bout de deux ou trois jours. M. Martenot lui ouvrit son abcès pour la vingt-quatrième fois à la fin de 1840. »

A propos de la force médicatrice de la nature, nous ne pouvons non plus passer sous silence un fait remarquable rapporté par M. Malle. Le pus se fit jour spontanément dans la plèvre ; M. Malle pratiqua l'opération de l'empyème ; il s'écoula quatre litres de liquide pendant quatre jours environ ; l'ouverture se ferma, mais l'abcès hépatique persista ; M. Malle incisa l'abdomen, et il sortit trois litres de pus ; il y eut encore occlusion de l'ouverture, cicatrice ; enfin nouvelle ouverture spontanée de l'abcès dans l'intestin, et selle contenant un demi-litre de pus. Le malade échappa, comme par miracle, dit M. Malle, à tous ces dangers, et put aller jouir d'un congé de convalescence en France.

Dans le groupe consacré aux abcès de foie ouverts dans le thorax, soit dans la plèvre, soit dans le parenchyme pulmonaire même, on lira avec le plus grand intérêt deux observations relatives à ce dernier mode, l'une due à M. Mayor, l'autre à M. Haspel.

Nous ne pouvons que signaler le chapitre qui traite de l'anatomie pathologique ; ces sortes de descriptions ne sont guère susceptibles d'analyse.

L'histoire de l'atrophie du foie était plus difficile à tracer que celle de l'hépatite et des abcès du foie. Cette maladie succède aux nombreuses congestions auxquelles l'organe est en proie chez les fébricitants ; elle provient, d'après M. Haspel, de la gêne de la circulation, qui est la conséquence de ces congestions et de l'infiltration dans le tissu cellulaire qui enferme les granulations et sert de gangue aux vaisseaux.

Les Recherches sur la nature différentielle de quelques ramollissements du foie sont ce qu'il y a de plus complet, après le chapitre consacré à l'hépatite et aux abcès du foie. M. Haspel les divise en trois classes : 1° ramollissement avec infiltration de sang, ou ramollissement rouge, qui n'est pas toujours produit par l'inflammation ; 2° ramollissement avec infiltration de pus ; 3° ramollissement avec infiltration de sérosité, dans les mailles du parenchyme hépatique.

A propos de la première classe de lésions, M. Haspel rapporte quatre observations et conclut ainsi : Le ramollissement rouge peut provenir soit d'une hypérémie, d'une inflammation, soit d'une congestion hémorrhagique, soit d'une tendance hémorrhagique générale et scorbutique. Les produits anatomo-pathologiques de ces trois ordres de causes sont distincts dès l'origine ; mais ils se confondent dans la suite, et leur aboutissant commun est la suppuration.

Le ramollissement avec infiltration séreuse est bien digne de l'attention des médecins ; il peut survenir lentement, mais, dans d'autres cas, il débute d'une manière brusque, envahit tout l'organe, et entraîne aussi rapidement la mort que le ramollissement rouge. Dans celui-ci, le parenchyme contient du sang abondant, rouge, plastique, riche en matière colorante ; dans celui-là, du sang pâle, très-fluide, abondant en matière séreuse. Dans l'un et l'autre cas, l'acuité peut être extrême : c'est un véritable raptus qui s'est opéré vers le foie, comme il s'opère dans la fièvre intermittente, tantôt vers la peau, tantôt vers la rate, etc., etc.

Tel est l'ouvrage dont nous avions à rendre compte. La lecture du tome Ier nous a fait vivement désirer le second. Nous sommes persuadé que le public médical recevra les mêmes impressions.

F. Jacquot.

Le rédacteur en chef, JULES GUÉRIN.

REVUE HEBDOMADAIRE.

ACADÉMIE DE MÉDECINE. — APPLICATION DE LA GALVANISATION LOCALISÉE A LA DÉTERMINATION DES FONCTIONS DES MUSCLES.

Nihil est ad honorem famâ ingenii aptius. Il n'y a rien de plus propre à vous faire estimer que la réputation d'homme d'esprit. L'honorable doyen de la Faculté de médecine de Paris a peut-être oublié cette maxime; du moins croyons-nous qu'il ne vise pas directement à en faire son profit. Mais ce que sa modestie ne tente pas, l'inclination naturelle et le caractère particulier de son esprit le réalisent incessamment. Ce serait bien assez du savoir étendu, positif et judicieux de M. Bérard, pour expliquer le crédit dont jouit sa parole à l'Académie de médecine, le silence flatteur qui l'accueille dès les premiers mots, l'air de satisfaction des auditeurs, public et académiciens. Il est évident néanmoins qu'on aime, qu'on recherche en lui autre chose que le savant. On sait qu'il ne se tient pas pour quitte envers l'assistance quand il l'a payée en monnaie scientifique; que sa pensée ne lui semble bien habillée que parée de quelques fleurs, qu'il ne se fait pas faute de choisir parmi les espèces piquantes; on s'attend enfin, lorsqu'il paraît à la tribune, à s'instruire, suivant le précepte, en s'amusant.

Dans ce genre qui lui est propre, M. Bérard n'a jamais mieux réussi que dans la dernière séance, où il a lu un rapport concernant l'application de la galvanisation localisée à l'étude des fonctions musculaires. Dans ce coin de physiologie, il s'est joué avec beaucoup de dextérité et de finesse à travers les minutieux détails de l'observation. Il a trouvé moyen d'exciter un vif intérêt, de provoquer des sourires approbateurs, en décrivant l'action spéciale de chaque muscle de la face et de quelques-uns des muscles du tronc, et c'était merveille de voir les oreilles se tendre sur toute la ligne des banquettes pour entendre décrire l'action des muscles auriculaires excités par l'appareil galvanique de M. Duchenne.

Le procédé de la galvanisation localisée offre une précieuse ressource à la détermination des fonctions musculaires. Plusieurs fois déjà on avait chargé le galvanisme de décider si certaines fibres contractiles devaient être ou non rangées parmi les muscles; très-souvent, dans les vivisections, on avait jugé du mode et de la sphère d'action de certains nerfs, comme du pneumogastrique, en observant les effets produits par la galvanisation des cordons nerveux sur les muscles auxquels ils se distribuent. Mais M. Duchenne a le mérite d'avoir généralisé le moyen en l'appliquant à tous les muscles accessibles par l'extérieur, d'en avoir fait l'instrument d'une révision des fonctions de ces muscles, d'avoir singulièrement perfectionné les procédés d'application. Il faut ajouter, avec M. Bérard, que l'excitateur agit sur le vivant, sans piqûres, sans aiguilles, sans incisions; qu'il localise son action sur les muscles même qu'il recouvre, tout en permettant de l'étendre à de larges surfaces ou de la concentrer sur un seul point. Les résultats des expériences de M. Duchenne, vérifiés par la commission, ont été déjà, pour la plupart, transmis aux corps savants. La GAZETTE MÉDICALE n'a pas manqué de les enregistrer. Le lecteur trouvera d'ailleurs, au compte rendu de la séance, de quoi compléter son édification, et il y verra que le curieux rapporteur a tiré parti pour son propre compte du moyen d'expérimentation, sous les yeux mêmes et à l'insu de M. Duchenne. Nous ne voulons ici que rendre justice au mérite de l'invention et reconnaître les ressources qu'il est susceptible d'offrir à la physiologie. C'est, nous le répétons, un bon moyen de préciser le degré, le sens, l'étendue d'action d'un muscle donné. Avant celui-là, il en existait d'autres. M. Bérard en indique quatre. Est-ce un choix d'exemples? est-ce un compte rigoureux? Nous constatons seulement qu'il n'est pas explicite à cet égard, et nous l'en félicitons. Les quatre moyens qu'il énumère ont chacun leur mérite; ils peuvent tous conduire à des notions précises sur un certain nombre d'actions musculaires; mais ils ne sont pas les seuls. M. le professeur Bérard était pour ainsi dire dans ses fonctions en indiquant les modes de détermination tirés de la *physiologie*; mais il ne faudrait pas oublier ceux que peuvent offrir la pathologie et la thérapeutique. Le rapport de certaines déviations avec la rétraction isolée de certains muscles, le redressement instantané après la section de ces muscles sont des expériences aussi, et d'une valeur telle, que les expériences physiologiques, malgré leur grande autorité, n'en offrent pas toujours de pareille.

Oserons-nous encore, au milieu d'un concert de louanges auquel nous nous empressons de nous mêler, oserons-nous soumettre au savant rapporteur une remarque ou plutôt un regret? Après avoir pris texte de quelques résultats obtenus par la galvanisation, pour montrer comment la physiologie *prend quelquefois une initiative qui semblait réservée à la dissection*, « de grâce, s'écrie-t-il, n'allez pas me ranger parmi ces physiologistes qui se flattèrent, à diverses époques, de déduire rigoureusement la structure de la fonction! Je sais trop ce que cette désastreuse méthode a semé d'erreurs. » Et il l'accuse d'avoir mis des cribles dans les glandes, et des suçoirs, des pompes aspirantes et foulantes, à l'extrémité périphérique des vaisseaux absorbants. Rien de plus faux assurément que toutes ces inventions; elles prouvent que la physiologie, quand on la fait parler au lieu de l'écouter, peut dire des choses fort déraisonnables, propres à égarer l'anatomie, comme l'anatomie, mal interprétée, trompera la physiologie. Mais s'ensuit-il que la structure ne puisse pas être déduite de la fonction? Non assurément, et M. Bérard est sans doute de cet avis, puisqu'il cite deux exemples empruntés à la physiologie de l'œil, dans lesquels des notions physiologiques, ou, pour parler plus exactement, physiques, ont conduit à des découvertes en anatomie. M. Bérard y met seulement une condition : il veut que la déduction ne soit pas *rigoureuse*, c'est-à-dire purement théorique; il veut qu'on regarde au fait présumé. A la bonne heure; mais, dans ces termes, tout le monde aujourd'hui sera bientôt d'accord. On concédera que la méthode, poussée à l'exagération, a enfanté des erreurs; mais comme elle a conduit à des vérités, on ne la reniera pas. Une erreur ne peut compromettre une méthode, mais seulement ceux qui l'emploient mal. Quelle différence y a-t-il entre ceux qui ont deviné la configuration du cristallin, d'après les connaissances acquises sur l'aberration de sphéricité, et ceux qui ont inventé des orifices intelligents pour les besoins de l'absorption? Une seule : c'est que les premiers ont vérifié l'hypothèse, et que les seconds l'ont tenue pour certaine sans vérification. Mais elles n'étaient guère moins légitimes l'une que l'autre. Aujourd'hui on en est à admettre dans les membranes muqueuses une sorte de faculté élective, variable dans chacune d'elles, en vertu de laquelle elles accueilleraient dans leurs vaisseaux absorbants ou en repousseraient certaines substances déterminées. Y a-t-il bien loin d'une telle faculté des absorbants à l'espèce d'*intelligence* qu'on leur attribuait autrefois?

Feuilleton.

LETTRES D'ITALIE.

N° XII.

PROMENADE MÉDICALE DANS LA VILLE DE ROME.

§ I. — Le Romain au point de vue intellectuel, moral, ethnographique, physique et médical.

A mon ami le docteur Roués, à Blidah (Algérie).

Rome, 15 février 1851.

Nous sommes sur la tour du Capitole, en curieux, bien entendu, et non pas en triomphateurs; Rome est à nos pieds; derrière nous, au sud, la cité des Empereurs, amas de ruines vénérables, le Forum désert, silencieuse nécropole où le souvenir évoque l'ombre des vieux Romains; devant nous, au nord, la cité des Papes, massif confus de maisons coupé en deux par le Corso qui, précisément en face de notre œil, aligne ses palais dont les arêtes fuyantes convergent sur l'obélisque de la Piazza del Popolo. La masse sombre et carrée des palais et des couvents, les flèches de quelques églises de l'époque romane, les dômes hardis d'une foule de basiliques, surgissent des fouillis de maisons et donnent une physionomie tout orientale à la cité. Saint-Pierre, le plus superbe monument du monde entier, plonge dans les profondeurs bleues du ciel son immense coupole, prodigieuse comme le génie qui l'a conçue. La ville des vivants n'est guère moins silencieuse que la ville des morts : calme, triste et solennelle, elle n'exhale qu'un murmure vague; on dirait le bruit religieux d'une prière. Le désert, plus morne encore, l'entoure et l'étreint de ses bras arides; de temps en temps il franchit même les murailles et étend sa désolation sur de larges quartiers. La vie s'est concentrée au cœur de la ville; en s'éloignant de ce point, les habitants deviennent de plus en plus clair-semés; aux palais succèdent les masures, à la richesse la pauvreté, à la santé la mort; les cabanes disparaissent à leur tour, l'œil n'aperçoit plus que des *vigna*, des terrains vagues, des décombres et des ruines....., et pourtant nous sommes encore dans Rome! L'homme fort avait autrefois dompté la nature; la nature chasse aujourd'hui l'homme abâtardi. Nous approchons des remparts; le silence est profond; n'étaient-ce les soldats qui gardent les portes et les douaniers qui veillent aux entrées, on pourrait se croire sur la voie des tombeaux à Pompéi.

Rome s'étale paisiblement comme au fond d'un nid, dans l'enceinte naturelle formée par les sept collines historiques; un torrent boueux, *flavus Tiberis*, la

Nous prenons la question dans les termes où l'a posée M. Bérard, et, nous le répétons, nous ne le croyons pas jusque-là en désaccord avec nous; mais on sent bien qu'il a touché à l'un des plus hauts problèmes d'anatomie physiologique qui ait occupé les naturalistes, celui des rapports hiérarchiques de la fonction et de l'organe. L'objet du travail de M. Bérard ne le rapprochait pas directement de ces régions ardues; puisqu'il a cru devoir y jeter un coup d'œil en passant, nous regrettons, et on aura regretté ailleurs, qu'il n'y soit pas entré tout entier. A cette hauteur, le problème se complique. On aperçoit de suite la nécessité de distinguer dans la constitution de l'organe, en tant que corrélative à la fonction, sa forme, son volume, les divers éléments de sa composition, etc., de reconnaître aussi dans la fonction, des moments successifs, des actions multiples et, à côté d'elle, des influences accessoires; de mettre enfin en présence et de comparer, pour en déterminer la relation, ces deux ordres de faits. Une pareille étude, pour être un peu approfondie, demanderait sans doute plus qu'une digression de rapport académique; nous voulons dire seulement que, la digression une fois commise, on eût pu se prononcer sur cette partie essentielle de la question, comme on l'a fait sur une autre; cela eût été facile à un esprit souple et étendu comme celui de l'honorable doyen.

La séance avait été ouverte par la lecture d'une intéressante lettre de M. E. Cloquet, médecin du shah de Perse, sur le Lac Salé; de cinq rapports de M. Bouchardat qui a fait bonne et prompte justice des prétentions de quelques remèdes soi-disant nouveaux; d'un rapport de M. Renauldin sur une communication du docteur Girault, d'Onzain (Loir-et-Cher), concernant les phénomènes éprouvés par quatre individus frappés de la foudre. Après la lecture de M. Bérard, M. Gimelle a fait un rapport sur un mémoire de M. Hutin relatif à la nécessité d'extraire les corps étrangers et les esquilles dans le traitement des plaies d'armes à feu. Cette question, qui a été si longtemps débattue à l'Académie il y a environ deux ans, ne pouvait donner lieu à des observations bien nouvelles; nous dirons seulement que, à en juger par l'exposé de M. Gimelle, l'auteur du mémoire nous paraît, comme à M. Velpeau, n'avoir pas suffisamment défini la portée du précepte qu'il préconise et, de plus, en avoir exagéré quelque peu l'application.

A. Dechambre.

PROPHYLAXIE.

SUR LA PROPHYLAXIE ET LE TRAITEMENT DU CRÉTINISME.

Nous ne voulons pas manquer, bien qu'un peu tardivement, à la promesse que nous avons faite de terminer nos remarques sur le crétinisme par quelques mots sur la prophylaxie et sur le traitement. Il est bien entendu que nous n'imaginons pas offrir, dans nos articles, à cette partie de la science, des bases plus stables que celles qu'elle a reçues jusqu'à présent. Nous tirons seulement des faits quelques aperçus, bons ou mauvais, et nous les présentons en toute humilité.

Que le crétinisme doive être envisagé comme une maladie ou comme une monstruosité; qu'on le rapproche, avec M. Ferrus, de l'imbécillité sous le point de vue intellectuel et moral, et de la stupidité sous le point de vue des lésions encéphaliques, ou que, avec M. Baillarger, on l'assimile presque complétement à l'idiotie, il est un certain nombre de faits, suivant nous positifs, en présence desquels doit constamment se placer celui qui cherche les moyens de diminuer, d'arrêter la propagation de la maladie endémique ou d'en atténuer les effets chez l'individu. Le crétinisme est une affection générale, portant sur l'organisme entier et dont les altérations encéphaliques, quelles qu'elles soient, ne sont qu'une manifestation particulière. La psychologie du crétin n'est pas celle de l'idiot, les facultés intellectuelles et morales étant plutôt annihilées qu'engourdies chez celui-ci, plutôt engourdies qu'annihilées chez celui-là, et le crétinisme à un degré marqué étant même compatible avec une intelligence développée. Ce vice indéterminé, mais universel, de l'organisation dont nous venons de parler est tel qu'il engendre l'atonie et l'imperfection de la nutrition; il est, sauf des exceptions douteuses, congénital. On ne lui connaît aucune cause extérieure *spécifique*: l'action des conditions hygiéniques et topographiques, tout évidente qu'elle est, se borne à modifier la constitution des habitants, de manière à les rendre propres à la génération des crétins, et la cause spécifique et directe de la maladie est d'origine séminale. Des individus à peine marqués de quelques signes de crétinisme et même tout à fait sains en apparence, mais vivant dans une atmosphère crétineuse, peuvent engendrer des crétins complets, et par contre le rapprochement de deux individus, dont l'un est crétin et l'autre sain, ou même crétins tous les deux peut donner un produit bien conformé.

Nous ne voulons pas tirer de ces faits des conséquences purement logiques; nous sentons trop ce qui manque d'autorité à une appréciation personnelle pour y attacher la solution d'une aussi grave question que celle de la thérapeutique du crétinisme. Mais nous pouvons dire du moins ce que l'expérience a jusqu'à présent appris sur ce point.

Les moyens thérapeutiques peuvent s'adresser: 1° aux conditions étiologiques extérieures; 2° à la transmission héréditaire; 3° à la maladie constituée. Quelles garanties paraissent-ils offrir sous ce triple rapport?

Sur la possibilité d'atténuer les ravages du crétinisme par l'amélioration des conditions hygiéniques, tout le monde est à peu près d'accord, et les faits abondent; on en trouve dans la plupart des écrits sur la matière. L'enquête du Piémont en a fourni un certain nombre à la commission. M. Ferrus qui, depuis si longtemps, avait signalé la diminution du crétinisme dans le Valais à la suite du percement des routes et du mouvement imprimé à l'activité industrielle, rapporte d'autres exemples du même genre dans le mémoire lu à l'Académie. Il est hors de doute que des améliorations hygiéniques très-diverses, non pas toujours simultanées, mais le plus souvent isolées, ont atténué ou même enrayé complétement le développement de l'endémie. Ici c'est une vaste tranchée ouverte à travers les montagnes, comme dans le Simplon; là un écoulement donné à des eaux stagnantes, comme à la Robertseau; ailleurs le défrichement de terrains incultes et boisés, enserrant un village, tel que Battiaz; ou la substitution de maisons bien bâties et bien aérées à d'obscures cabanes, comme on l'a vu en maint endroit. Cette dernière influence serait si puissante, au dire du docteur Cerise, qu'elle soustrairait en partie aux ravages du crétinisme, en plein village crétineux, des *rues* reconstruites, après incendie, dans des conditions de salubrité. Nous avons rappelé aussi que des enfants venus au monde avec les signes rudimentaires du crétinisme et transportés au-dessus des vallées n'étaient pas devenus crétins; aussi la commission de Piémont recommande-t-elle aux mères de passer le temps de la grossesse

traverse en décrivant un coude très-prononcé. Son premier horizon est formé par des hauteurs couronnées de pins parasols dont la silhouette foncée, se découpant sur le ciel, donne un caractère tout spécial au paysage. Par-dessus la croupe des collines et au delà des déchiquetures des arbres verts, l'œil se perd sur la surface monotone du désert romain, inondé de cette lumière à la fois vive et voilée, splendide et douce, qui répand sur la nature un coloris et un charme où le vaporeux se mêle à la chaleur, le rêve et la mélancolie à la jouissance. Ces longues lignes rougeâtres, percées à jour et surmontées de franges vertes, ce sont les aqueducs brisés, abandonnant à la brise leur chevelure de clématites et d'arbustes. A l'ouest, le bleu de la mer tyrrhénienne se confond avec le bleu du ciel; au sud, les montagnes d'Albano, jaspées de maisons blanches à moitié ensevelies sous les bosquets, s'arrondissent à l'ombre du sommet chauve du Monte Calvo et terminent l'horizon; en allant vers l'orient, le panorama s'accidente de plus en plus: voilà la fraîche Tibur, ensuite, par Horace, les montagnes de la Sabine dont le pinceau du peintre suit avec amour chaque découpure, enfin le pic isolé du Soracte azuré par les reflets du ciel ou blanchi par les frimas de l'hiver.

Cet ensemble solennel et mélancolique nous a reporté involontairement aux scènes majestueuses du désert d'Aughad, que nous avions contemplées antrefois et dont les vastes horizons sont encore aujourd'hui sondés par votre œil rêveur. Peuplez de mon souvenir les déserts d'Afrique, comme je peuple du vôtre le désert de la ville éternelle!

La première chose qu'on cherche naturellement dans Rome, ce sont des Romains: je veux dire les fils de ces hommes prodigieux, forts par l'esprit et par le corps, dont l'activité n'avait pour limites que l'impossible, dont l'empire ne s'est arrêté qu'aux confins du monde connu. Cher ami, cherchons tout ce que vous voudrez, mais pas cela, de grâce.

En conscience, le plus simple coup d'œil sur l'histoire apprend que le type pur des anciens ne peut pas subsister aujourd'hui; pourquoi donc s'obstiner à le chercher, et surtout pourquoi s'étonner quand on n'en trouve pas de trace?

Toutes les hordes barbares du Nord se sont, comme d'un commun accord, ruées sur Rome; maintes fois la ville a été pillée, saccagée, remplie de deuil et de sang; un nouvel empire, aux mains de nouveaux maîtres, a succédé au vieil empire; une partie des anciens Romains a péri, et ce qui a survécu a mêlé son sang au sang du Nord. La dépopulation est arrivée à un tel point, pendant le séjour des papes à Avignon, que la ville éternelle, d'après Cancellieri, n'a plus compté que 15,000 âmes, après en avoir nourri 400,000 (1) aux temps de sa splendeur passée. Comment ce faible noyau s'est-il enflé dans la succession des temps, de manière à atteindre le chiffre actuel de 160,000 habitants? Est-ce au moins cette race bâtarde, produit du Nord et du Midi, qui, par ses propres forces et sans emprunts à l'étranger, a prospéré et s'est accrue? Non, cette

(1) Il est bien établi que l'enceinte de Rome n'a pas pu contenir plus de 400,000 habitants. Quand les auteurs parlent et quand nous parlons nous-même de millions (lettre IV), il faut entendre Rome et le pays romain, comprenant beaucoup de villes populeuses.

sur les hauteurs et d'y laisser leur progéniture. Nous le répétons, et le lecteur se chargera bien de trouver les rapports du fait thérapeutique avec ce que nous avons dit du caractère indirect des causes extérieures, le changement d'une seule condition malsaine, toutes les autres subsistant, a souvent suffi pour diminuer ou déraciner le mal endémique. Et quant à ce qui concerne les eaux magnésiennes ou chargées de sulfate de chaux, bien que nous ne puissions leur reconnaître cette action exclusive qui leur a été attribuée, nous ne répugnons pas du tout à ranger, parmi les moyens prophylactiques, l'abstinence de ces eaux en boisson. Comme nous sommes loin de nier, dans une certaine mesure, leur influence sur la production de la maladie, nous ne pouvons regarder comme indifférent d'en faire un usage habituel.

Peut-on attendre des effets aussi avantageux des moyens proposés pour enrayer la propagation héréditaire? Sur ce point, une discussion intéressante et passablement animée s'est élevée entre M. Baillarger et M. Ferrus. La commission de Piémont demande « qu'on empêche par tous les moyens possibles les mariages entre les personnes qui ont une tendance au crétinisme. » M. Ferrus voudrait que la loi intervînt pour s'opposer au mariage des crétins, « au moins de ceux d'entre eux qui ne jouissent pas de leur liberté morale, » les assimilant ainsi judiciairement aux idiots. Pour faire à tout le monde une part équitable, il importe de bien préciser le sens et la mesure des objections de M. Baillarger. Cet honorable académicien ne conteste pas l'utilité du moyen proposé par M. Ferrus, mais affirme seulement qu'il n'aurait que des avantages très-restreints. M. Baillarger accorde aussi, comme la commission de Piémont, que le mariage entre personnes *qui ont une tendance* au crétinisme constitue la principale source de la propagation de la maladie; mais il croit que cette tendance, chez les individus qui peuvent songer au mariage, est souvent cachée et que, à dire vrai, elle appartient à presque toutes les populations des localités envahies par le crétinisme.

Dans ces termes, l'opposition de M. Baillarger a un point d'appui judicieux et vrai; elle ne serait inacceptable que si, comme on l'a pu croire (mais à tort probablement), elle allait jusqu'à rejeter absolument, sous prétexte d'insuffisance ou de difficulté d'application, toute mesure du genre de celles que nous venons de rappeler. On ne peut s'empêcher de penser que l'interdiction légale du mariage serait une arme à peu près inutile à l'égard des crétins complets, puisqu'ils sont presque toujours inaptes à la reproduction de l'espèce, et que d'ailleurs les prêtres refusent de les marier. Le rapport sarde renferme à ce sujet des articulations précises. On ne marie guère que les crétins nantis d'une certaine instruction religieuse, et il est douteux qu'il s'en trouve beaucoup parmi ceux-là qui puissent être considérés comme privés de leur liberté morale. La mesure proposée par M. Ferrus n'atteindrait donc que les exceptions. Ce serait quelque chose. Ce serait beaucoup peut-être, si l'on juge du nombre possible des exceptions d'après la grande étendue des localités infestées. Quant à la proposition de la commission sarde, beaucoup plus vague que celle de M. Ferrus, on ne s'étonnera pas que M. Baillarger en regarde l'application comme excessivement difficile. On empêchera les mariages entre personnes ayant une tendance au crétinisme! Qu'est-ce que la tendance au crétinisme, et comment en déterminer les caractères? Si l'on voue au célibat tous ceux qui ont eu des crétins dans leur famille, on s'expose à d'injustes rigueurs; car il n'est pas rare que le crétinisme saute une génération. S'en prendra-t-on aux goîtreux? Mais le crétinisme est loin d'être l'associé obligé du goître. Il y a même des pays tout entiers où le goître est endémique, et où l'on ne rencontre pas de crétins; d'un autre côté, il y a (bien que le cas ne soit pas commun) des crétins complets qui n'offrent pas trace de goître. Condamnera-t-on ceux dont la constitution physique ou l'état mental semblera porter quelques traits du crétinisme? Mais on frappera une grande partie de la p[illegible] puisque, dans les localités où il règne épidémiquement, le crétinisme imprime [illegible] frappera à l'aveugle, car souvent [illegible] cachet sur presque tous les habitants; et l'on formés procréent des crétins complets, tandis [illegible] bien ou à peu près bien con- crétins, engendrent des enfants moins maltraités qu'eux. [illegible] entièrement comme on voit, sont très-multipliées.

Reste enfin la question du traitement proprement dit, de celui qui s'adresse à la maladie elle-même. Ce traitement peut et doit naturellement porter et sur la constitution physique et sur l'état mental. Sous ce double point de vue encore, un dissentiment marqué s'est produit entre les deux académiciens qui ont pris la plus grande part à la discussion, entre M. Ferrus et M. Baillarger. M. Ferrus, qui voit dans le crétin un imbécile sous le rapport intellectuel et moral, et un stupide sous celui des lésions encéphaliques (suffusions séreuses), est convaincu qu'on améliorerait sensiblement l'état des crétins si à des moyens propres à débarrasser le cerveau du liquide qui le comprime, on joignait un traitement moral approprié, notamment, et avant tout, la séquestration. Bien entendu qu'on s'appliquerait en même temps à fortifier l'organisme, à activer la circulation, la digestion, le travail nutritif. M. Baillarger, pour qui le crétinisme est une forme d'idiotie avec vice d'organisation cérébrale, compte peu sur les résultats d'un traitement quelconque. Ce qu'on peut dire en toute sécurité de conscience, c'est qu'une certaine obscurité enveloppe encore le résultat des expériences entreprises sur une grande échelle à l'Institut de l'Abenberg. Des doutes ont été élevés sur la nature des affections qui y ont été guéries, et M. Baillarger a invoqué sur ce point *une enquête officielle*, constatant, suivant les termes d'un journal politique du canton de Vaud, que la plupart des enfants traités à l'Institut n'étaient pas des crétins, mais bien des scrofuleux. Toutefois M. Baillarger ne peut ignorer que le directeur de l'établissement, le docteur Guggenbühl, a contesté non-seulement le résultat de l'enquête, mais l'enquête elle-même (GAZ. MÉD., 1850, p. 561). Et l'on nous permettra d'ajouter que la parole de M. Ferrus, qui a visité l'Abenberg et en rend bon témoignage, suffirait pour nous mettre en garde contre l'assertion du journal, quelle qu'en soit la source. Si nous croyons prudent de suspendre encore notre jugement sur la valeur des expériences, c'est que nous voyons la commission de Piémont, si compétente et si favorablement placée pour l'examen, se montrer elle-même peu affirmative. C'est là une autorité devant laquelle les inexpérimentés, comme nous, ont bien le droit de se montrer réservés.

Mais à mettre les choses au pis, à supposer que l'Institut du docteur Guggenbühl n'ait pas opéré des merveilles, à supposer (ce que nous ne croyons pas) que l'état intellectuel et moral des crétins soit, toutes choses égales, aussi dégradé que celui des idiots, ce ne seraient pas des raisons suffisantes pour contester absolument la possibilité d'améliorer le sort des crétins par une combinaison de moyens physiques et moraux. L'organisme des crétins, surtout si on l'attaque de bonne heure, est loin de se montrer insensible à l'action d'une bonne hygiène, d'une aération libre et pure, d'une nourriture fortifiante, de l'exercice. En dehors de l'Abenberg et dans les diverses localités crétineuses, l'expérience a prononcé sur ce point.

---

race mêlée s'est agrégée encore de nouveaux éléments hétérogènes. Pendant plusieurs siècles le nombre des décès a surpassé celui des naissances, et la cité éternelle ne serait plus aujourd'hui qu'un tombeau désert, si les étrangers n'étaient venus vivifier son sang appauvri par la misère et par la maladie, et si, plus tard, une longue suite de pontifes n'avaient consolidé ce bienfait en travaillant à faire naître le bien-être et à rétablir la salubrité. Nous avons esquissé, dans notre lettre IV, un tableau sinistre de cette Rome, *vorax hominum, où l'on n'entendait que gémissements, où l'on ne voyait que deuil, où l'on cherchait les hommes ayant atteints 40 ans, où la terreur déifiait la fièvre sous forme d'une madone; de cette Rome enfin dont les habitants fuyaient l'atmosphère fiévreuse pour se réfugier dans les montagnes voisines.* On peut donc avancer que la race primitive a été détruite tout comme les monuments qu'elle avait élevés, et que, pour se représenter l'une et les autres, il faut que l'imagination bâtisse sur quelques pierres oubliées, et restaure de toutes pièces quelques fragments de ruines croulantes.

Une excursion dans l'ordre moral et politique nous permettrait d'établir que l'homme intellectuel a changé autant que l'homme physique; mais la démonstration nous forcerait à parcourir un terrain brûlant sur lequel nous ne voulons pas mettre le pied; bon gré mal gré, il faut que vous acceptiez la conclusion sans me demander l'exposition ni les preuves.

Aussi bien, voici la plus agréable manière de détourner notre attention du monde politique. Examinons cette femme qui passe; c'est une Transtévérine. Que ces rubans d'un rouge ardent posés en couronne sur sa superbe chevelure noire retenue par de longues épingles d'argent, que les couleurs ponceau, jaune vif et bleu hardi de ses vêtements chamarrés d'or, s'assortissent à merveille avec les tons chauds et fleuris de sa brillante carnation! Les traits sont réguliers, les chairs bien fournies, l'expression calme et paisible, la tête a un port majestueux. Le cou, un peu fort et un peu court, mais aux lignes pures et voluptueuses, unit la tête à des épaules charnues, larges, qui s'arrondissent avec tant de splendeur que la Transtévérine ne peut résister à la coquetterie de se décolleter carrément sur le dos. La région dorsale est un peu bombée, mais ce n'est certes pas aux dépens du luxe de la face antérieure, à laquelle un dur corset donne une rigidité bien souvent menteuse.

Cher ami, je m'aperçois que nous ne pensons plus du tout à la politique. Mais ne nous enflammons pas si vite, car voici des correctifs. Les jambes sont courtes, mal faites; cette femme est tout buste. Voilà du moins ce qu'on dit, car je n'en sais absolument rien par expérience. Certes, elle a un port de reine, une prestance de matrone romaine, une majesté de statue antique, mais il faut se contenter de l'admirer au repos; car — pardonnez la crudité de l'expression — elle marche comme les oies, oiseau cher aux Romains, lourdement, gauchement, en se balançant à droite et à gauche, en se traînant comme fatiguée de son propre poids. Ce que je vous dis là est fort grave, mais de la plus exacte vérité. Ma comparaison, prosaïque et désenchanteresse, est proverbiale; je ne l'ai pas inventée. Mais comme Rome est un endroit où il y a beaucoup de couteaux, je vais immédiatement donner leur petit paquet aux dames des autres pays; les Romaines n'auront plus à être jalouses; elles se trouveront dans le même sac avec les Anglaises, qui ne marchent pas, mais qui poussent comme des asperges, avec les Allemandes qui posent les pieds comme les grues, enfin avec les Fran-

Ce résultat est déjà d'une certaine importance. D'autre part, ce n'est pas dans ce pays-ci, où l'éducation des idiots a déjà produit et produit encore aujourd'hui des résultats incontestables; ce n'est pas dans le pays de M. Ferrus, qui, dès 1828, instituait avec succès, à Bicêtre, un enseignement spécial et des occupations réglées pour les idiots; de M. Séguin, dont on connaît l'ingénieux système de pédagogie et de gymnastique; ce n'est pas en France enfin qu'on pourrait dénier toute efficacité au traite... moral du ...viennent offrir un encrétinisme. D'ailleurs, là aussi des expé... quelques-unes, dont il est impossible couragement. M. Fer... notamment celle qui concerne un médecin dont on de... nom, M. Odet, depuis longtemps guéri du crétinisme au premier degré, et qui l'a déclaré lui-même dans sa thèse inaugurale. M. Cerise a vu aussi un jeune homme atteint d'un crétinisme *avancé* recouvrer peu à peu toutes ses facultés, et devenir l'un des meilleurs élèves d'un grand établissement d'instruction.

Ce sont là des faits d'une grande importance, et dont la rareté ne doit inspirer d'autre pensée que celle de chercher les moyens de les multiplier.

A. DECHAMBRE.

THÉRAPEUTIQUE CHIRURGICALE.

MÉMOIRE SUR L'APPLICATION DE L'ANESTHÉSIE AU CATHÉTÉRISME ET A LA DILATATION DES RÉTRÉCISSEMENTS DE L'URÈTRE; par M. A. COURTY, agrégé de la Faculté de médecine de Montpellier.

(Suite. — Voir les nos 7 et 8.)

RÉTRÉCISSEMENT SIMPLE, MAIS TRÈS-ÉTROIT, DU CANAL DE L'URÈTRE DATANT DE DOUZE ANS; DIFFICULTÉ ÉPROUVÉE DANS DES TENTATIVES ANTÉRIEURES DE DILATATION; DIFFICULTÉ DU CATHÉTÉRISME AU PREMIER EXAMEN DU MALADE; EMPLOI DES INHALATIONS CHLOROFORMIQUES PENDANT LA PREMIÈRE SÉANCE DU CATHÉTÉRISME; GUÉRISON RAPIDE.

OBS. II. — Achille M..., sergent au premier régiment du génie, âgé de 26 ans, bien constitué, est entré à l'Hôtel-Dieu Saint-Éloi, atteint d'un rétrécissement organique de la portion bulbeuse de l'urètre.

L'invasion de sa maladie date d'environ douze ans. A cette époque, à la suite d'un coït suspect, M... fut atteint d'une blennorrhagie accompagnée de symptômes inflammatoires très-aigus : douleurs vives dans toute la sphère génitale, pesanteur dans les aines, dans les testicules; fièvre; phimosis qui nécessita la section du prépuce, etc. L'écoulement, convenablement traité, persista néanmoins pendant quatre ou cinq mois et disparut peu à peu avec beaucoup de lenteur. Le jet des urines commença dès lors à diminuer de volume et de force de projection, de telle sorte qu'après sept ans il avait fini par s'écouler verticalement goutte à goutte sur les souliers.

En 1845, le malade se mit entre les mains d'un médecin de campagne qui essaya de pénétrer dans la vessie avec une sonde d'argent, du calibre de celles qui se trouvent habituellement dans les trousses. Le chirurgien constata l'existence du rétrécissement, se livra pour le franchir à plusieurs tentatives infructueuses, et laissa chaque jour la sonde à demeure pendant un temps variable. Ce fut seulement un mois après que la sonde put traverser l'obstacle. A la suite de ce traitement qui avait été ...é par l'emploi des bains et d'émollients de diverses sortes, le jet de l'urine augmenta un peu de volume.

En 1846, le malade contracta une seconde blennorrhagie qui ne fut pas traitée pendant trois ans et qui passa à l'état chronique sous la forme de blennorrhée, ou suintement urétral habituel, se manifestant principalement le matin, à l'heure du lever; l'écoulement ne se dissipa d'une manière définitive que sous l'influence du traitement du docteur Charles Albert (copahu et cubèbe associés). Mais pendant la durée de cette seconde blennorrhagie, le jet avait diminué de rechef et avec une bien plus grande intensité. Quelques douleurs vagues se manifestaient dans la vessie et au-dessus des pubis; le malade redoutait d'uriner à cause de la difficulté que lui faisait éprouver l'émission des urines, ainsi que de la cuisson et du picotement dans le trajet du canal qui l'accompagnaient. La miction se faisait goutte à goutte, s'arrêtait souvent, durait au moins dix minutes; et le besoin d'uriner se faisait sentir peu de temps après que le malade venait de le satisfaire. Cependant, ayant cru remarquer une légère amélioration dans la possibilité d'uriner après le coït, M..., s'imaginant trouver dans la répétition de cet acte un soulagement à sa maladie, se livra avec ardeur aux plaisirs de l'amour.

Son rétrécissement ne faisant qu'augmenter, comme on le pense bien, sous l'influence d'un pareil régime, M... entra dans un hôpital où l'on put, après bien des manœuvres infructueuses, franchir son rétrécissement à l'aide d'une bougie très-fine, et même le dilater un peu, mais sans pouvoir dépasser le calibre des sondes n° 4. Le malade se contenta pendant quelque mois de cette amélioration. Puis, comme la difficulté d'uriner augmentait de jour en jour, il se vit obligé d'entrer à l'hôpital de Montpellier.

Le 29 mai, jour de l'entrée du malade à l'hôpital, j'essayai d'introduire dans la vessie une bougie n° 2. Mais la douleur fut si vive que le malade ne put seulement pas supporter cette première tentative. Au lieu d'attendre et de le préparer lentement, par des émollients et des antispasmodiques généraux et locaux, à supporter la dilatation, je le soumis à l'instant même aux inhalations de chloroforme, pour tâcher de pratiquer immédiatement le cathétérisme et de m'assurer de la nature et de la curabilité de ce rétrécissement. J'eus lieu de m'applaudir de cette tentative; car, pendant l'anesthésie, je pus introduire successivement jusque dans la vessie les nos 3, 4, 5, 6, en employant les mêmes précautions que j'ai déjà signalées dans l'obs. 1.

Ce cathétérisme fit ainsi reconnaître l'existence d'un rétrécissement à peu près à la rencontre des portions bulbeuse et membraneuse de l'urètre. Évidemment le spasme du canal était la seule cause qui s'opposât, pendant le réveil, à l'introduction de bougies fines. Ce spasme, complétement dissipé par la chloroformisation, permettait d'apprécier les dimensions et la résistance du rétrécissement organique réduit à ses seuls éléments matériels. Ce rétrécissement était fort étroit, mais susceptible de dilatation. En effet, la première sonde qu'on sentait fortement embrassée par le pourtour de l'obstacle, acquérait en quelques instants une mobilité qui permettait d'en introduire une seconde un peu plus forte, après celle-ci une troisième, et ainsi de suite. Je présumais en outre que l'anesthésie donnerait au malade la tolérance pour le séjour des sondes, ou l'augmenterait, si déjà elle existait en lui, comme elle existe en moyenne chez la plupart des malades. Je résolus donc de pratiquer la dilatation rapide, sauf à la recommencer plusieurs fois jusqu'à ce que l'amplitude du canal eût acquis assez de stabilité. Ce n'est pas ici le lieu de développer l'avantage de cette méthode, avantage qui m'est démontré par de nombreux exemples.

Les phénomènes anesthésiques n'avaient, du reste, présenté aucun accident ni aucune particularité bien digne d'être notée, si ce n'est une perversion singulière de la sensibilité. La sensibilité générale était abolie; un organe de sensation spéciale était seul tenu en éveil, c'était la verge. Mais, chose remarquable, au lieu de souffrir de l'introduction des sondes, le malade paraissait éprouver seulement une des sensations particulières au sens génital, comme nous le

---

çaises qui, quand elles marchent mal, chose rare, frétillent comme la bergeronnette, vulgairement hoche-queue, mot que je préfère au premier, quoiqu'il soit moins pastoral.

Le comte de Tournon, Ed. Carrière et cent autres se plaignent de n'avoir pas rencontré une goutte de sang romain. Le type pur ne se trouve nulle part à Rome, mais on découvre quelques étalons peu croisés chez ces montagnards, que leur pauvreté et la difficulté des terrains ont abrités contre les excursions des barbares. Dans la classe élevée de la société romaine, les mélanges ont fait disparaître le type primitif, et l'oisiveté, jointe à la forme du gouvernement, ont entièrement dénaturé les caractères intellectuels. C'est seulement au Transtévère et dans le quartier des Monts, qu'on retrouve quelques traits du type ancien parmi les lignes d'un dessin d'origine plus récente.

Chez le Transtévérin, hybride des Romains et des hommes du Nord, l'homme qui se livre aux études ethnologiques est immédiatement frappé par ce fait capital : les caractères des deux races se sont moins fusionnés, combinés ensemble, qu'accolés de manière à conserver presque chacun leur individualité sur le même sujet. Ainsi l'on trouve, chez la Transtévérine, la peau blanche et rosée des femmes du Nord, avec une abondance luxuriante de cheveux noirs et de poils qui ne respectent pas même la lèvre supérieure des dames. Certes, à Montpellier, à Marseille, à Toulon, le type est plus méridional qu'au Transtévère; les formes sont moins rondes, moins engorgées, et le caractère dominant de la carnation est une teinte brune, mate, opaque qui n'est que l'exception dans le quartier romain que nous parcourons.

Nous compléterons ces études quand nous quitterons les généralités de la description, pour décrire les tempéraments. Nous devons, auparavant, dire quelques mots du Romain au point de vue moral.

Vous croyez au Romain plus de poésie qu'au Français par exemple, plus d'imagination, de passions, de fécondité, de mobilité, de sentiment artistique. Eh bien! vous vous trompez sur presque tout cela. Vous ne lui supposez ni activité, ni industrie, ni besoin de produire, ni propension à l'étude des sciences, ni esprit guerrier, et vous avez certes raison. Nous nous dispensons d'insister sur ces derniers points; ce sont des axiomes.

La littérature de nos villes de second et même de troisième ordre est plus riche que celle de Rome d'aujourd'hui; le théâtre s'alimente de traductions de Scribe, de nos vaudevillistes et de nos dramaturges. L'Italien ne connaît pas le comique, mais le burlesque; il ne saisit point les finesses délicates et de bon goût, il lui faut des pasquinades; il partage son temps entre l'enflure et le trivial. La musique, sa passion dominante, est obligée de couler toutes ses productions dans ces deux moules : grand opéra, ou farces grossières qu'on appelle *opera buffa*. Notre opéra comique proprement dit, la romance, la chansonnette lui sont à peu près inconnus.

La langue italienne n'existe guère que dans les livres, en Toscane et un peu à Rome. On parle ici un dialecte, là un jargon. Bien peu d'hommes savent leur langue au point de pouvoir l'écrire correctement. L'activité intellectuelle des jeunes hommes se consume et se gaspille à faire de futiles sonnets pour la belle de leur pensée. On en fait généralement pendant cinq, six et sept ans, toujours pour la même beauté; puis on se marie, et on fait une foule d'enfants entremêlés d'une foule de sonnets pour d'autres femmes.

prouvèrent quelques-uns des gestes et des expressions énergiques et tout à fait intentionnels dont il se servit pendant son sommeil.

Je fixai la sonde n° 6, que je laissai à demeure, en recommandant de la remplacer dans l'après-midi et même dans la soirée par un ou deux numéros supérieurs. Malheureusement cette prescription fut oubliée, et je ne pus la mettre à exécution que le lendemain matin. Le n° 7 entra sans difficulté; il fut remplacé à midi par le n° 8, et celui-ci fut remplacé à neuf heures du soir par le n° 9, qui fut conservé toute la nuit.

Le lendemain 31 mai, je voulais continuer la dilatation et introduire le n° 10; mais le malade était un peu agité, il avait peu dormi, l'urètre était le siége d'une sensibilité et de contractions spasmodiques assez violentes. Je dus m'en tenir là pour la première période du traitement et faire reposer le malade quelques jours pour donner à l'inflammation légère du canal le temps de s'apaiser. Je prescrivis pour chaque jour de la tisane émulsionnée et un bain avec du son.

Le 6 juin, l'inflammation était complétement dissipée; le jet de l'urine était plus gros qu'un tuyau de pipe ordinaire. La sonde n° 7 fut introduite sans douleur; je ne la sentis pas embrassée par le rétrécissement dans lequel elle paraissait jouer librement; je la remplaçai immédiatement par le n° 8, et un instant après cette dernière par le n° 9 dont l'introduction fut un peu douloureuse. A trois heures de l'après-midi, je pus faire passer le n° 10, qui était devenu lui-même assez mobile à neuf heures du soir pour pouvoir être remplacé par le n° 12. La présence de cette dernière sonde provoqua quelques spasmes, des contractions du sphincter anal et des envies d'aller à la selle; néanmoins elle fut supportée facilement jusqu'à dix heures du soir, heure à laquelle je la fis retirer.

La nuit fut calme, sans fièvre; la réaction, provoquée par cette seconde période de traitement, fut toute locale, et se borna à un peu de gonflement et de rigidité dans le canal, ainsi qu'à un écoulement mucoso-purulent qui disparurent en peu de jours.

Le 10 juin, je voulus recommencer la dilatation; c'était un peu trop tôt; la sensibilité locale était trop développée, et le malade était dans un état d'éréthisme nerveux qui me força à retarder un peu. En quelques jours le jet de l'urine augmenta dans de telles proportions que le malade se considérait comme guéri et me suppliait de lui signer son billet. Comme il avait à terminer des travaux auxquels il attachait beaucoup d'importance et qui ne pouvaient pas entraver la marche de sa maladie vers la guérison, je lui permis de sortir le 15 juin, c'est-à-dire dix-huit jours après son entrée.

Je lui recommandai toutefois d'introduire le soir à son coucher une sonde volumineuse dans le canal, et de la laisser à demeure une demi-heure, d'abord tous les quatre ou cinq jours, puis tous les quinze jours, puis tous les mois, etc., afin d'assurer la stabilité de sa guérison pour laquelle le plus difficile s'était achevé, comme on vient de le voir, à peu de frais et en bien peu de jours.

Par la lecture de cette observation, on a pu s'assurer que le secours donné par l'anesthésie au cathétérisme, pour n'être pas indispensable comme dans l'obs. 1, n'a pas été néanmoins inutile. Il s'agissait ici d'un rétrécissement organique ordinaire, à peu près exempt de complications, accompagné seulement d'une sensibilité et d'un état de spasme plus marqués que dans la majorité des cas. L'emploi du chloroforme n'était donc pas absolument nécessaire. Avec un peu de patience, beaucoup de lenteur et de modération dans la manœuvre, quelques moyens adjuvants généraux et locaux, tels que bains et tisanes émollientes, frictions sédatives, etc., on serait parvenu à introduire une première sonde et à sa suite plusieurs autres jusqu'à dilatation complète.

Toutefois il est bon de remarquer que le rétrécissement était très-étroit, qu'il datait de loin, que la première tentative de cathétérisme a été très-douloureuse, et qu'une sonde n'aurait peut-être pas pu être introduite dans la première séance; enfin que, soit par l'effet du spasme, soit par suite de la résistance même de l'induration, les tentatives de dilatation faites quelques mois auparavant avaient été longues, laborieuses et que leur effet s'étant réduit à l'introduction de sondes d'un très-petit calibre n'avait apporté dans l'état du malade qu'un soulagement médiocre et tout à fait momentané.

L'emploi de l'anesthésie a procuré conséquemment des avantages réels. Il a permis d'introduire, dès la première séance, non-seulement une sonde, mais une série de sondes, de manière à obtenir tout d'abord, par une dilatation rapide, une amplitude du canal supérieure à celle qu'on était parvenu à obtenir jusqu'à ce jour. Il a causé, par suite, une tolérance telle, que des sondes progressivement croissantes ont pu être introduites les jours suivants, et à plusieurs reprises, après des intervalles de repos fort courts jusqu'aux numéros les plus élevés; de sorte qu'en un temps relativement fort court (dix-huit jours), sans aucun accident et sans revenir aux inhalations chloroformiques, le volume et l'énergie du jet des urines ont été rétablis dans toute leur intégrité.

Engagé dans cette voie d'expérimentation, que les deux observations précédentes annonçaient devoir être suivie avec succès dans tous les cas que j'ai signalés comme présentant quelqu'une des indications essentielles de l'application de l'anesthésie au cathétérisme, je résolus de la poursuivre dans le cas même où ces indications faisaient défaut, afin de préciser plus nettement les différences des uns et des autres, et de mieux apprécier les avantages de la nouvelle méthode. A cette époque, j'avais, dans la salle de l'Hôtel-Dieu Saint-Éloi, un vieux malade, atteint de rétrécissements chroniques de l'urètre difficiles à traverser, réfractaires à toute dilatation, accompagnés d'induration et de nombreuses fistules urinaires. Je saisis cette occasion pour montrer aux élèves qui suivaient la clinique chirurgicale, l'impuissance de l'emploi des anesthésiques dans cette circonstance et faire mieux ressortir par là ses avantages dans les cas d'une autre espèce. Je vais rapporter en peu de mots cette observation.

RÉTRÉCISSEMENTS MULTIPLES ET CHRONIQUES DE L'URÈTRE; INDURATIONS ET NOMBREUSES FISTULES URINAIRES; CATHÉTÉRISME DIFFICILE; DILATATION PRESQUE IMPOSSIBLE; EMPLOI DES ANESTHÉSIQUES; RÉSULTAT NUL.

Obs. III. — J..., âgé de 60 ans, d'une constitution primitivement robuste, mais profondément détériorée depuis plusieurs années par l'existence de sa maladie, est entré déjà plusieurs fois à l'Hôtel-Dieu Saint-Éloi pour se faire traiter de rétrécissements du canal. On a déjà pratiqué à plusieurs reprises, à l'Hôtel-Dieu et ailleurs, la dilatation de l'urètre; mais l'incurie du malade l'a empêché de triompher jamais d'une manière complète de la résistance de son mal. Le calibre de l'urètre a diminué de plus en plus; de nombreuses inflammations se sont développées à divers intervalles sur le trajet du canal; des abcès urineux se sont ouverts sur plusieurs points, et des fistules urinaires en ont été la conséquence. Il existe actuellement plusieurs ouvertures par lesquelles l'urine s'écoule : les unes sont situées au périnée, les autres au devant des bourses, d'autres sur leurs parties latérales et moyenne, traversant le scrotum en tous sens.

Le cathétérisme, pratiqué avec difficulté, fait reconnaître l'existence de trois rétrécissements au moins : le premier dans la partie antérieure du canal, à 4 centimètres tout au plus du méat; le deuxième derrière les bourses; le troisième au niveau du bulbe. Après des manœuvres pénibles, une sonde n° 2 pénètre dans la vessie; elle peut être remplacée le soir par une sonde n° 3, et celle-ci le lendemain par des sondes n° 4 et n° 5; cette dernière est laissée à demeure

---

Le pinceau tremble à Rome; il n'en faut point parler. La sculpture a conservé quelques dignes représentants : Tenerani et Tadolini, en première ligne. On aime beaucoup les tableaux : il faut être bien pauvre pour ne pas avoir quelques bonnes copies dans son salon; les maisons princières possèdent presque toutes un musée ou une galerie, mais bien souvent ce ne sont que des espèces de meubles de famille, des objets d'apparat et de luxe qu'on conserve pour leur valeur pécuniaire, absolument comme ces vieux diamants qui passent de l'aïeule à la mère, de la mère à la fille. Les ordonnances empêchent d'ailleurs la vente de ces tableaux à l'étranger.

Il n'en a pas toujours été ainsi : Rome et Florence ont été les capitales du monde pour les beaux arts, et ont attiré dans leur sein les grands maîtres de tous les pays du monde. Il reste aujourd'hui à Rome d'immenses richesses artistiques enfantées par un autre siècle, des souvenirs et des ruines, un ciel poétique et inspirateur, et peut-être des facultés qui ne sont qu'endormies.

Le fond du caractère du Romain, c'est la nonchalance; il s'y complait comme l'Arabe accroupi au seuil de sa tente et se berce dans ses vagues rêveries. Il est triste, un peu morne; si nous nous amusions comme lui, nous nous ennuierions fort; quand il jouit, c'est en dedans, pour lui seul; il n'a point cette gaieté expansive des Français, dont le propre est de se communiquer aux autres, en propos enjoués, en fines plaisanteries, en critiques. Rien n'est monotone, pâle, comme la conversation des salons romains; rien n'est ennuyeux comme ces soirées, exposition de toilettes de plus ou moins bon goût, où l'on pose, où l'on se regarde, où l'on ne rit jamais; rien n'est prosaïque comme l'intérieur de la plupart des familles.

Le Romain est pauvre. Nous employons ce mot dans la plus large acception. Chaque peuple, fasciné par ce grand nom, ému par cette triste décrépitude, sent les plus vives sympathies pour lui, et voudrait lui tendre une main secourable. Mais le Romain se croit riche, plus riche que tous les autres, et ne tend la main à personne. La vanité perd Rome.

Le Romain est susceptible de se passionner; il se relève alors, grandit, se transfigure; l'homme s'est fait héros; mais la lueur brille et passe comme un éclair; il n'a ni suite d'idées, ni persévérance, ni opiniâtreté; son activité ne vit qu'un jour, puis elle s'épuise et meurt. Est-ce débilité radicale, impuissance native, ou bien oppression et sommeil narcotique dû aux pavots sous lequel on ensevelit le peuple? La même question se représente toujours. Pour magnétiser, il faut un magnétiseur, mais aussi un sujet qui y mette un peu plus de bonne volonté ou qui lutte mollement. Notre opinion, formulée en deux mots, est tombée de notre plume malgré nous.

Les Romains sont d'une taille élevée; leur port est calme, digne, mais en même temps un peu mou; la fierté énergique de l'Espagnol est toute différente. Les sculptures héroïques de Canova sont, à la manière de Michel-Ange, ce que les Italiens sont aux Espagnols. Canova s'est inspiré de ce qu'il avait sous les yeux; son genre s'est perpétué; sa source est perpétuelle. Le genre de Michel-Ange devait mourir avec son auteur; sa source n'est pas dans le monde italien. Les traits des Romains sont réguliers, nobles, un peu empâtés, paisibles, d'une beauté immobile comme celle de la statue; ils empruntent leur beauté à la permanence de la forme et non pas à la variété mobile des expressions qui s'y peignent et s'y succèdent. A Rome, surtout dans le peuple, les belles femmes,

quarante-huit heures. Après ce temps, la douleur et la manifestation de symptômes inflammatoires du canal obligent à la retirer.

Quelques jours après, on recommença à introduire des sondes, mais sans pouvoir dépasser le n° 5.

Des tentatives de dilatation, renouvelées ainsi de temps en temps, donnent toujours le même résultat : impossibilité d'introduire des sondes d'un calibre supérieur. En outre, on est obligé de laisser souvent reposer le malade, de calmer par des bains, des boissons émulsionnées et des émollients de toute sorte, les symptômes inflammatoires provoqués par le séjour des sondes. En un mot, le cours des urines est partiellement rétabli, mais le jet est très-faible, et une certaine quantité de liquide continue à s'échapper, pendant chaque miction, par les ouvertures fistuleuses.

Dans ces circonstances, je soumis le malade aux inhalations chloroformiques. Les phénomènes anesthésiques ne présentèrent rien de particulier. J'avais tenté en vain, une heure auparavant, d'introduire la sonde n° 4. Pendant l'anesthésie, j'introduisis successivement les n°s 2, 3, 4, et même (avec difficulté et en éprouvant la résistance de frottement à travers les obstacles du canal) la sonde n° 5. Il n'y eut pas d'écoulement de sang. La sonde fut fixée ; le malade la garda vingt-quatre heures ; mais, après ce temps, il me fut impossible d'en introduire une plus volumineuse.

Cette épreuve fut renouvelée une seconde fois et fut suivie du même résultat. Je songeais à la possibilité d'obtenir un effet plus avantageux et peut-être la guérison des fistules, en pratiquant l'urétrotomie. Mais le malade, fatigué par plusieurs mois de séjour dans la maison, voulut renvoyer ce nouvel essai à une époque plus éloignée et demanda à sortir de l'hôpital.

Ainsi, le résultat de l'application des moyens anesthésiques fut à peu près nul. Il se borna à faciliter le cathétérisme et à permettre, dans une seule séance et à quelques minutes d'intervalle, l'introduction des sondes n°s 2, 3, 4 et 5. Mais il faut observer que, même ce second résultat n'aurait probablement pas été obtenu lorsque le malade est entré à l'Hôtel-Dieu. Au moment où l'anesthésie a été employée, le rétrécissement avait subi toute la dilatation dont il était susceptible. Seulement, le malade était fatigué du traitement : la muqueuse urétrale irritée entrait facilement dans un état de spasme, qui opposait à l'introduction des sondes un obstacle facilement levé par le sommeil chloroformique. L'anesthésie permettait de constater toute l'amélioration qu'il avait été et qu'il fut possible d'obtenir ; mais elle n'aurait très-probablement pas contribué à la produire elle-même le premier jour et du premier coup, comme dans les observations précédentes.

Cependant les premiers succès obtenus par cette méthode m'encouragèrent, comme on peut bien le penser, à l'employer chez d'autres malades, et m'inspirèrent le désir de rencontrer des cas d'une nature différente. Les deux observations suivantes, qu'il me fut permis de recueillir bientôt après, montreront l'efficacité de l'anesthésie dans des conditions nouvelles.

RÉTRÉCISSEMENT DE L'URÈTRE, SUITE DE BLENNORRHAGIES ANTÉRIEURES ; TRAITEMENTS PALLIATIFS ; EXCÈS DE FATIGUES ; RÉTENTION D'URINE COMPLÈTE ; INHALATIONS DE CHLOROFORME ; CATHÉTÉRISME ; TRAITEMENT ANTIPHLOGISTIQUE ; DILATATION CONSÉCUTIVE ; GUÉRISON.

OBS. IV. — M. P... (de Lyon), âgé de 40 ans, d'un tempérament lymphatique sanguin, bien constitué, a eu dans sa jeunesse trois blennorrhagies qui furent longtemps rebelles à divers traitements, dirigés d'ailleurs avec beaucoup de négligence. La plus courte ne dura pas moins de six mois. La dernière se prolongea pendant deux ans et demi. Encore, à la suite de sa disparition, resta-t-il dans le canal un état d'irritation qui entretenait de la douleur sur toute la muqueuse urétrale au passage des urines, de la rougeur aux lèvres du méat, et la réapparition, à des intervalles rapprochés, d'une petite goutte ou suintement urétral dont le malade ne s'est jamais complétement débarrassé.

A l'âge de 28 ans, six mois après la cessation de sa dernière blennorrhagie, M. P... s'aperçut que le volume du jet de l'urine commençait à diminuer. Depuis ce moment, le jet alla s'amoindrissant tous les jours ; au bout d'un an, il était devenu aussi grêle qu'une bougie n° 2, et avait perdu une grande partie de sa force de projection. On soumit alors le malade à la dilatation, mais d'une manière insuffisante et à des intervalles trop éloignés. On introduisait tous les soirs, une demi-heure, pendant quelques jours, des sondes en gomme élastique d'un volume progressivement croissant ; mais on ne dépassa jamais le n° 6. Ce traitement par la dilatation incomplète fut renouvelé de temps en temps, de manière à permettre au malade d'uriner assez librement, mais sans arriver jamais à une guérison définitive. M. P... avait fini par s'habituer à son infirmité, et se contentait d'en pallier les inconvénients en s'introduisant lui-même, chaque fois que la gêne dans l'émission des urines devenait trop considérable, des sondes d'un petit calibre. Il menait une vie assez active, mêlée de voyages en voiture et de courses à pied longues et multipliées.

Vers la fin du mois d'août 1850, M. P... se trouvant dans un état assez satisfaisant, se livra à de plus grandes fatigues. Après avoir fait en voiture un voyage de près d'une semaine, il eut l'imprudence de se livrer pendant quelques jours, et plusieurs heures par jour, à l'exercice du cheval, passant le reste de son temps à faire de longues courses à pied dans les montagnes et des excès de table et de boisson. Il n'en fallait pas tant pour amener une recrudescence dans sa maladie habituelle ; aussi se trouva-t-il pris, le 2 septembre, d'une rétention d'urine complète.

Lorsque je fus appelé, la vessie n'avait pu se vider depuis environ vingt heures ; les envies d'uriner étaient pressantes, mais ne pouvaient être satisfaites ; le périnée et le trajet du canal étaient le siége d'une vive douleur qui s'étendait à l'hypogastre et aux aines, la peau était chaude, le pouls légèrement fébrile. Je résolus aussitôt de tenter le cathétérisme, après avoir soumis le malade aux agents anesthésiques, sauf à employer immédiatement après le traitement antiphlogistique et émollient énergique, qui était indiqué dans cette circonstance.

Les inhalations chloroformiques furent bien supportées et ne tardèrent pas à produire l'insensibilité. Je m'armai d'une sonde d'argent n° 4, à bec très-mousse, mais à courbure très-prononcée près de son extrémité, de manière à déprimer le gonflement prostatique que je supposais exister, et à aller trouver plus facilement le col vésical, qui devait être élevé derrière les pubis.

Je l'introduisis avec beaucoup de lenteur et de ménagement, et je parvins en moins d'une minute, avec un effort très-léger, à la faire pénétrer jusque dans la vessie. Aussitôt l'urine commença à s'écouler, et avant que la vessie fût complétement vidée, le malade s'éveilla, n'ayant ressenti aucune douleur pendant l'opération et commençant à éprouver un soulagement qui devint presque complet quand la sonde fut retirée. Il ne s'écoula pas une seule goutte de sang, et je fus heureux d'acquérir ainsi l'assurance que le canal n'avait pas souffert la moindre déchirure.

Je donnai aux symptômes anesthésiques le temps de se dissiper. Une heure après, je fis appliquer 20 sangsues au périnée, bain de siége, cataplasmes émollients, tisane d'orge gommée émulsionnée, diète. Sous l'influence de ce traitement, continué pendant quelques jours, les symptômes s'amendèrent rapidement, et les urines purent être expulsées, bien qu'avec difficulté, sans le secours de la sonde.

Le 12 septembre, l'état local et général était assez satisfaisant pour permettre de commencer la dilatation. Le jet de l'urine était fin comme une plume de corbeau ; mais la prostate, explorée par le rectum, n'était le siége d'aucune douleur ; je commençai à introduire dans la vessie une sonde en argent n° 3. Le malade n'étant pas chloroformisé, j'éprouvai quelque difficulté à franchir le rétré-

---

les belles têtes abondent, mais l'expression de *joli minois* n'existe pas plus dans la langue que dans la nature.

Le type romain ne doit pas être confondu avec le type grec ; il ne faut pas chercher l'angle droit olympien, ni ce nez héroïque qui semble faire suite à un large front, auquel il succède presque sans vallon intermédiaire. Le nez est généralement fort, saillant, anguleux, un peu épais. La bouche est longuement fendue, les lèvres charnues, les dents fort belles. Les yeux sont grands, très-beaux, de couleur foncée ; leur expression a du charme, elle est plutôt douce, contemplative, rêveuse, voilée, que vive et passionnée. Les grands mouvements de l'âme les illuminent quelquefois d'un feu ardent et passager.

Les rachitiques ne sont pas rares à Rome, et nous avons observé une forte proportion de nains parmi la foule à taille élancée.

Vous parlerai-je de la femme romaine ? Le sujet est appétissant. De peur de nous laisser trop aller, nous le restreindrons. La Romaine passe pour le type de la passion ; mais la passion est un torrent qui, arrivé sur la pente de la montagne, précipite de plus en plus ses tourbillons, brise ou est brisé, et ne s'arrête que dans le calme de la plaine, c'est-à-dire dans la satiété de la possession. Or l'amour romain est précisément le contraire ; son bouillonnement n'est que superficiel ; on dirait que le fleuve va se précipiter impétueux, irrésistible ; mais il s'arrête soudain, tout net et tout court, de l'air du monde le plus calme, le plus tranquille et certes le plus surprenant.

Les filles sont vraiment d'une chasteté romaine, mais c'est par calcul : elles spéculent sur le mariage. Une fois en puissance de mari, oh ! la scène change du tout au tout. Lisez plutôt les deux charmants volumes du président Des Brosses. On y voit des choses incroyables, entre autres cette bonne histoire arrivée chez la princesse Borghèse. La noble dame est malade et reçoit, non pas dans son lit, mais autour du lit. Un compagnon du président conte gaillardement ses amours avec une dame romaine ; on se pince les lèvres à ses côtés, on rit en dessous ; pourquoi ? Le mari était assis dans la ruelle du lit de la princesse ; il laisse achever l'histoire et la termine en ces termes, à peu près : « Ma femme n'est pas jolie, tant s'en faut ; votre seigneurie fait trop d'honneur à ses faibles attraits et se montre trop indulgente pour mon choix. Tant de courtoisie m'enchante, et j'espère que votre seigneurie voudra bien dîner demain avec nous. » Et l'on dîna. Mon histoire est finie.

FÉLIX JACQUOT.

(La suite au prochain numéro.)

— AVIS. — MM. les professeurs particuliers qui ont l'intention de faire un cours à l'École pratique, pendant le semestre de l'été, sont prévenus que la réunion pour la distribution des heures et des amphithéâtres aura lieu jeudi prochain, 27 mars à midi, à la Faculté de médecine.

cissement, qui était resserré, long d'environ 2 centimètres, situé dans la portion bulbeuse. Je laissai cette sonde à demeure pendant huit heures; je la remplaçai alors par une sonde en gomme élastique n° 4; celle-ci, au bout de quelques heures, par le n° 5; et ainsi de suite jusqu'au n° 8, qui fut retiré trente heures après l'introduction de la première sonde.

L'écoulement urétral et les légers symptômes inflammatoires qui se manifestèrent furent combattus comme d'ordinaire, par les bains et les boissons émollientes, et en quelques jours le malade fut en état de subir de nouvelles tentatives de dilatation.

Le 22 septembre, j'introduisis sans trop de difficulté une sonde en caoutchouc n° 5, qui fut remplacée successivement, dans l'espace de trente heures, par les n°s 6, 7, 8, 9, 10. De nouveaux symptômes inflammatoires légers se manifestèrent et furent combattus comme les premiers. La tolérance pour le séjour des sondes était, comme l'on voit, suffisants pour espérer d'obtenir avec des soins et de la persévérance une guérison complète. Par l'effet de son tempérament et de sa forte constitution, le malade offrait peu de réaction nerveuse; je lui recommandai donc, en le quittant, de se faire passer encore quelques sondes de la même façon, de porter la dilatation jusqu'au n° 12, si c'était possible, et d'introduire pendant longtemps, tous les quinze jours, puis tous les mois, des sondes de fort calibre pour entretenir la dilatation du canal.

On voit, par la lecture de cette observation, de quelle utilité peut être la méthode anesthésique appliquée au cathétérisme dans le cas de rétention d'urine complète. En supposant qu'elle ne soit pas toujours accompagnée d'un pareil succès, et qu'elle ne permette pas à la sonde d'arriver jusqu'à la vessie, ne doit-on pas du moins tenter cette possibilité de soulager presque instantanément un malade en proie aux plus vives souffrances? Le retard qu'on apporte par ces tentatives à l'emploi des moyens antiphlogistiques ou autres d'une indication évidente est insignifiant et ne saurait en contre-indiquer l'application. D'un autre côté, la cessation du spasme, de l'éréthisme nerveux, si développé dans ces circonstances, est une condition de succès si souvent infaillible, qu'on ne peut volontairement s'en imposer la privation.

Si l'on songe aux circonstances dans lesquelles se manifestent ces rétentions d'urine subite, à l'état d'excitation nerveuse à laquelle les malades sont en proie; aux réactions spasmodiques que détermine à son tour la plénitude de la vessie, qui d'effet peut devenir à son tour cause momentanée de la rétention, on n'hésitera pas, je le pense, à tenter le cathétérisme aidé de la méthode anesthésique, dans tous les cas où l'accident se présentera dégagé de complications graves, telles que gonflement énorme et chronique de la prostate, dégénérescence de cet organe, et telles autres qui donneraient des raisons sérieuses de penser que l'insensibilité du sujet n'ôterait rien à la difficulté d'introduire une sonde. N'est-il pas permis de croire que, dans les cas extrêmes qui ne sortent pas de la catégorie de ceux dont je parle, on évitera par ce moyen la dernière ressource du cathétérisme forcé ou de la ponction de la vessie, opérations graves, toujours dangereuses, et dont l'effet se réduit à prolonger de quelques jours l'existence des malades plutôt qu'à leur conserver la vie?

On remarquera que je suppose des cas ne sortant pas d'une certaine catégorie; que s'il s'agissait au contraire de rétentions subites datant de plusieurs jours, accompagnées de distension énorme de la vessie, de résorption de l'urine, d'excitation nerveuse excessive, de délire, ou de coma et de prostration complète; il faudrait réfléchir peut-être au danger que le chloroforme pourrait déterminer, en ajoutant l'influence profonde de ses effets anesthésiques à celle de l'état particulier dans lequel se trouve le système nerveux. Cette question, que l'expérience n'a pas encore aidé à juger, me paraît des plus difficiles à décider par le raisonnement.

Mais, pour ne pas sortir des faits dans les limites desquels je me suis circonscrit, je ferai observer encore qu'une seule objection d'une gravité apparente peut être opposée à l'emploi de notre méthode : c'est le danger de faire des fausses routes. Dans le cas de rétention d'urine subite et complète, plus que dans aucun autre cas, ce danger peut exister réellement. Ici, plus que partout ailleurs, les tissus sont gonflés, en partie ramollis par un commencement d'inflammation, se présentant d'autant plus à la pénétration de la sonde et à la perforation qu'ils tendent moins à se laisser écarter et disjoindre, par conséquent propres à favoriser la formation des déchirures du canal et la production des fausses routes. Mais ici même l'objection n'est pas difficile à réfuter. Si l'on a soin de se servir, comme je l'ai fait, d'une sonde à bec arrondi et très-mousse, fût-elle même d'un très-petit calibre, si l'on rejette absolument l'emploi des sondes coniques et si l'on conduit l'instrument d'une main exercée, intelligente, patiente, de manière à ne pénétrer jamais en faisant effort, mais en laissant le bec de la sonde s'insinuer doucement dans le trajet du rétrécissement, quelque irrégulièrement que celui-ci soit disposé, on ne sera pas plus exposé aux perforations et aux fausses routes chez un malade plongé dans l'anesthésie, que chez un sujet éveillé. Croit-on que, chez ce dernier, la douleur soit un signe sûr de la perforation du canal? Dans l'état d'exaltation où se trouve portée la sensibilité, la douleur provoquée par le contact de la sonde sur la surface muqueuse du canal n'est-elle pas accusée assez vivement pour donner au chirurgien une difficulté quelquefois insurmontable à discerner cette douleur d'avec celle que produit la pénétration de l'instrument à travers la muqueuse urétrale?

(*La fin au prochain numéro.*)

REVUE DES JOURNAUX DE MÉDECINE.

JOURNAUX ALLEMANDS.

(Suite.)

I. ARCHIV FUR PHYSIOLOGISCHE HEILKUNDE.

SUR LA FORCE DU COEUR, par le professeur VIERORDT.

M. Vierordt rappelle que la force du cœur peut être évaluée par la pression du sang contre les parois du cœur ou par la pression qu'exercerait le sang sur un obstacle placé à l'entrée des artères aorte et pulmonaire.

Dans la première partie de son mémoire, il étudie la force du sang qui sort des ventricules. Le ventricule gauche représente une pompe foulante, qui pousse avec une certaine vitesse son contenu dans l'aorte; mais la vitesse réelle du sang qui sort du cœur gauche n'exprime pas la pression que le ventricule, lors de sa contraction, exerce sur ce liquide; il faut donc chercher à résoudre la question d'une autre manière. La première chose à faire est d'évaluer la quantité de sang qui est poussée en moyenne à chaque contraction. M. Vierordt admet pour cette quantité le chiffre de 120 grammes. Il faut ensuite rechercher quelle vitesse aurait le sang, s'il n'éprouvait aucun obstacle. Cette vitesse dépend évidemment du degré de pression auquel est soumis le liquide sanguin pendant la contraction du ventricule. On n'a pas encore mesuré cette pression, car les expériences de Hering mentionnées plus haut ne sont pas comparatives; mais elle doit peu différer de celle qu'éprouve le sang à l'origine des gros vaisseaux. On peut donc admettre qu'elle fait équilibre à une colonne sanguine de 2 mètres de hauteur. Ainsi donc, s'il n'y avait pas d'obstacle, la vitesse du sang, à sa sortie du ventricule, serait égale à la vitesse qu'acquerrait un corps tombant d'une hauteur de 2 mètres. Cette vitesse serait de 6,3 mètres pour le ventricule gauche, et de 4,8 pour le ventricule droit. Continuant à appliquer les lois de la physique à la solution de son problème, M. Vierordt arrive aux résultats suivants :

1° *La force vive du sang qui sort du ventricule gauche est égale à 0,3 de kilogramme, c'est-à-dire que ce sang est capable de faire équilibre à une force qui élèverait 0,3 kil. à la hauteur d'un mètre.*

2° *La force vive du sang du ventricule droit se réduit à 0,17 kil.*

Ce dernier résultat a été calculé, d'après les expériences de Hering, sur la force relative des deux ventricules, en admettant le rapport 18 : 30. Après avoir calculé la force vive du sang qui sort des deux ventricules, M. Vierordt cherche à apprécier la force musculaire de ces ventricules comme action mécanique.

Il fait d'abord remarquer que pendant la dilatation des ventricules, le sang éprouve une pression dont il faut tenir compte. Cette augmentation de pression était représentée dans les expériences de Héring, par une élévation de 1 1/2 à deux pouces, sur une hauteur moyenne de trente pouces, pour le ventricule gauche, ce qui fait une différence de 1/15.

Tenant compte de cette augmentation, l'auteur évalue à 0,02 kilogr. par seconde le travail musculaire du ventricule gauche. Celui du ventricule droit est estimé de la même manière à 0,015 kilogr.; l'action musculaire des deux ventricules réunis équivaut donc à 0,035 kilogr. par seconde, c'est-à-dire est capable d'élever, dans une seconde, à un mètre de hauteur, un poids de 0kil.,035 milligrammes. D'après cela, le travail quotidien des deux ventricules équivaudrait à 3024 kilogrammes.

II. ZEITSCHRIFT FUR DIE GESAMMTE MEDICIN.

Publié par le docteur OPPENHEIM.

Les cahiers du premier semestre 1850 contiennent les notices et articles originaux suivants : 1° *Journaux et littérature de médecine des Etats-Unis de l'Amérique du Nord*; par le docteur Alexander. (Catalogue intéressant.) 2° *Remarques sur quelques points de la physiologie des nerfs;* par le docteur Helfft. (Articles de compilation.) 3° *Du typhus;* par le docteur Thomson. (Avec Schœnlein, l'auteur place le *foyer principal et le point de la concentration du typhus* (mieux appelé fièvre nerveuse)

dans la partie centrale du système nerveux. Exemples qui militent en faveur de la contagion. Traitement d'abord expectatif, plus tard symptomatique.) 4° *Statistique de 700 individus affectés de maladies de l'audition*; par le docteur Schmalz. (Relevé intéressant, mais ne prêtant pas à l'analyse.) 5° *Remarques sur quelques bains de la Bohême*; par le docteur Weitenweber. 6° *Sur les plaies pénétrantes du cœur*; par le docteur Landsberg. (Monographie suivie d'un cas médico-légal concernant un individu blessé dans une dispute par un poinçon de cordonnier, et qui mourut seize heures après l'accident. A l'autopsie, on trouva à peu près une livre de sang dans le péricarde et une plaie d'une ligne et demie traversant tout le ventricule gauche.) 7° *Empoisonnement par les fleurs de pivoine*; par le docteur Thomsen. 8° *De la dyssenterie endémique et épidémique décrites d'après les observations les plus récentes*; par le docteur Helfft. (Article de compilation.) 9° *Absence du sternum chez une fille de 11 ans*; par le docteur Benjamin. 10° *Sur les moyens qui déterminent l'ivresse chez l'homme au point de vue géographique et physiologique*; par le docteur Thomsen. 11° *Observations de cardialgie*; par le docteur Tott. (Énumération de plusieurs moyens qui ont été employés avec plus ou moins d'efficacité.)

EMPOISONNEMENT AVEC LES FLEURS DE LA PIVOINE; par le docteur THOMSEN à Schwansen.

OBS. — Une servante âgée de 19 ans, d'une diathèse chlorotique, affectée de dysménorrhée depuis deux mois, prit, d'après le conseil d'une vieille femme, le matin à jeun, une tasse d'une décoction faite avec une grosse fleur de pivoine, ce qui produisit chaque fois une douleur pongitive avec pesanteur extraordinaire à la tête, bourdonnements d'oreille et étincelles devant les yeux, malaise, vomissements, selles liquides avec fortes coliques. Au soir du cinquième jour, frissons, légers délires, douleurs avec mouvements spasmodiques dans les membres inférieurs et supérieurs; alors seulement, le 29 juin 1841, M. Thomsen fut appelé; il trouva la malade dans l'état suivant:

Face très-rouge, un peu tuméfiée; yeux rouges; ventre dur, rétracté, très-sensible à la pression, surtout le long du côlon transverse et dans l'épigastre; parties génitales externes un peu gonflées et douloureuses au toucher; urine parcimonieuse et brûlante; soif forte; déglutition accompagnée d'un serrement désagréable à la gorge un peu rouge; appétit nul; de temps en temps selles liquides, accompagnées de fortes coliques; prostration, douleur et pesanteur à la tête, bourdonnements d'oreille et étincelles devant les yeux; au moindre mouvement, paroxysmes de douleurs déchirantes et élancements comme provoqués par des coups électriques dans les extrémités surtout inférieures, suivis d'un sentiment désagréable d'engourdissement et de froid des extrémités se prolongeant le plus longtemps dans les doigts et les orteils. (Émulsion avec eau de laurier cerise; 16 ventouses scarifiées sur le ventre.)

Le 30 juin, sommeil pendant quelques heures, tête moins lourde. Vers le matin, selles d'une masse muqueuse, verdâtre; ventre moins douloureux à la pression.

Le 1er juillet, transpiration, pouls plus fréquent, mais petit et faible; pas de selles; ventre sensible, surtout à l'épigastre; météorisme augmentant vers le soir; soif encore forte; langue moins rouge; souvent renvois et malaises. (Sangsues à l'épigastre.)

Le 2, douleur à l'épigastre et météorisme moindres; depuis la cessation des selles, la malade éprouve de vives douleurs en rendant l'urine qui était trouble, brune et d'une odeur désagréable.

Le 3, pour produire des selles, on donna à la malade une tasse de thé de séné, qui fut vomie et suivie d'une nouvelle irritation inflammatoire de l'estomac, de fortes congestions vers la tête et de douleurs dans les lombes. Ces symptômes diminuèrent après une selle provoquée par l'huile de ricin, suivie d'une émulsion huileuse avec de l'eau d'amandes amères et du nitre.

Le 6, amélioration sensible, douleurs dans les extrémités plus rares et moins fortes, de temps en temps encore quelques secousses faibles dans les bras, grande faiblesse et disposition continuelle à dormir.

Le 9, les douleurs et les secousses ont disparu, les forces et l'appétit reviennent très-lentement; après le manger, souvent dyspepsie; le lait est le mieux supporté.

Le 11, la malade put reprendre ses occupations domestiques.

La racine de la pivoine, employée autrefois contre l'épilepsie, est depuis longtemps abandonnée comme peu active malgré son épithète d'officinale, tandis que l'observation intéressante que nous venons de rapporter avec quelques détails, dénote dans la fleur une action très-prononcée, inconnue jusqu'aujourd'hui. Cette action est double, d'abord primitive, locale, caractérisée par des symptômes d'une violente irritation de tout le canal intestinal et même du système urinaire, puis narcotique, principalement des nerfs spinaux.

ABSENCE DU STERNUM OBSERVÉE SUR UNE FILLE DE 11 ANS; par le docteur LOUIS BENJAMIN (de Hambourg).

L'absence du sternum est une anomalie assez rare, et d'autant plus remarquable qu'elle n'exerce qu'une influence peu marquée sur la fonction si importante de la respiration. Ce n'est que dans les premières périodes de la vie qu'elle détermine quelque trouble dans les mouvements respiratoires; plus tard ces accidents deviennent moins prononcés, et ils disparaissent tout à fait avant même que le corps ait atteint toute sa croissance.

L'auteur a eu l'occasion d'examiner une jeune fille de 11 ans qui présentait cette anomalie.

Le sternum était remplacé par deux bandelettes cartilagineuses longues et étroites, très-robustes, commençant à la clavicule et se portant jusqu'à la septième côte, de chaque côté. Entre ces deux bandelettes existe un espace vide, occupé seulement par les parties molles et presque aussi large qu'un sternum ordinaire. Cette portion molle est soulevée à chaque systole du cœur et s'affaisse pendant la diastole. Les extrémités inférieures des deux bandes cartilagineuses sont réunies par une commissure d'un centimètre environ de largeur, et qui tient lieu d'appendice xiphoïde.

La forme de la cage pectorale diffère un peu de la forme normale. Déprimée dans la région sternale, elle est, au contraire, bombée, et sa voussure est rendue encore plus apparente par une profonde dépression des parois abdominales, au-dessous de la commissure qu'on vient d'indiquer. Cette dépression était occasionnée par une masse ligamenteuse sous-cutanée qui paraissait unir entre elles les fausses côtes.

Cette anomalie, regardée avec raison par l'auteur comme occasionnée par un arrêt de développement, n'influait en rien sur la santé de la jeune fille; seulement elle éprouvait un peu d'essoufflement quand elle montait rapidement des escaliers.

III. MEDICINISCHES CORRESPONDENZ-BLATT BAYERISCHER AERZTE.

LE CHOLÉRA EN RUSSIE PENDANT L'ANNÉE 1848; par le docteur SCHLEIS.

D'après les rapports officiels émanant du ministère de l'intérieur 1,686,849 individus furent atteints du choléra pendant l'année 1848; 668,012 succombèrent.

Les observations sur la marche de l'épidémie de 1848 donnent les résultats suivants:

1° L'épidémie s'étendit en général des endroits où elle régnait aux lieux environnants, dans la direction de l'est et du sud, vers l'ouest et le nord.

2° Dès le printemps de 1848, des fièvres intermittentes se manifestèrent sur toute la surface de l'empire russe, et offrirent d'une manière aussi constante que dans les années précédentes cette mystérieuse connexion avec le choléra.

3° Outre les fièvres, il existait une disposition particulière aux embarras gastriques. La dyssenterie et la cholérine étaient toujours les précurseurs de l'épidémie.

4° Le choléra se déclara dans quelques localités soit spontanément, soit à la suite de l'arrivée d'individus qui avaient parcouru des pays où sévissait l'épidémie. Dans le premier cas, de grands rassemblements d'individus, à l'occasion d'une foire, par exemple, hâtèrent le développement de la maladie.

5° Le choléra sévissait surtout fortement dans les endroits bas, à terrain gras, découverts; il était moins violent dans les localités déjà antérieurement atteintes. Une forte chaleur et la sécheresse augmentèrent l'intensité de l'épidémie, tandis que l'humidité de l'air et la pluie la diminuèrent et arrêtèrent même souvent complétement son développement. Ces changements subits et instantanés eurent lieu par des orages, par une transition brusque du froid au chaud, et enfin par la direction des vents.

TRICHIASIS CYSTICA; par le docteur KRAEMER.

OBS. — Un homme de 42 ans, hémorrhoïdaire et affecté depuis plusieurs années d'ischurie, observa que son urine, souvent trouble et sanguinolente, contenait des cheveux.

Lorsque l'émission de l'urine était accompagnée d'un fort prurit à la partie antérieure du canal de l'urètre, il constata ordinairement au méat la présence d'un cheveu qui sortait roulé sous la forme d'une petite boule quelquefois recouverte d'incrustations, et le prurit cessait. Pendant que M. Kraemer eut occasion d'observer le malade, l'urine, assez copieuse, était d'un jaune clair, trouble, avec un sédiment muqueux. La région vésicale était non douloureuse. Une sonde entra facilement dans la vessie. Pouls, 88 dans la minute.

Les cheveux sont fins, et les plus gros étaient encore plus fins que ceux de la tête, longs de 4 à 6 pouces, ainsi plus longs que ceux du scrotum. Ils étaient d'un blond clair; les plus fins étaient complétement blancs et crépus. A quelques endroits, ils formaient des pelotons composés d'un feutrage blanc excessivement fin. A l'état frais, ce feutrage paraissait rempli de matières terreuses, incrustées. Quelques cheveux avaient des bulbes; les plus grands n'en avaient pas. Examinés sous le microscope, les cheveux se présentèrent comme des cylindres creux, de diamètre variable. Dans quelques points, ils présentaient une forme spirale; dans d'autres, ils étaient comme couverts de moisissure.

Ces cheveux ne pouvaient pas être confondus avec ceux du scrotum, d'abord parce que ceux-ci étaient plus courts et d'un autre aspect, ensuite le prépuce était continuellement ramené en arrière. Il était donc impossible que des poils provenant des parties génitales aient pu se ramasser en ce point.

EMPLOI DE DOSES EXTRAORDINAIRES DE MORPHINE ; par le docteur MARC.

OBS. — Une femme affectée d'un cancer à la matrice prit à l'intérieur, à partir du 4 août et principalement du 14 septembre 1849 au 18 janvier 1850, jour de sa mort, 2,962 grains d'acétate de morphine, 261 grains d'opium et 36 grains de belladone, 121 gros de teinture d'opium à l'extérieur, tant en frictions qu'en injections. La dose primitive, d'un sixième de grain fut portée à 22 grains. Dans la journée du 24 au 25 décembre, on lui administra 64 grains d'acétate de morphine et 8 grains d'opium.

Exemple remarquable, qui montre jusqu'à quelle dose énorme de morphine on peut habituer l'organisme sans lui faire éprouver le moindre effet fâcheux.

OBSERVATIONS, par le docteur NICKELS (d'Arnstein.)

ACTION RÉFLEXE DES NERFS GÉNITAUX SUR L'ESTOMAC.

OBS. — Un vieillard, opéré pour une hernie étranglée, guérit, quoique la partie étranglée fût gangrenée. A chaque pansement, on observa le phénomène remarquable suivant : aussitôt que les parties qui couvraient la plaie étaient ôtées, et par conséquent celle-ci exposée à l'air, le malade était pris d'un violent hoquet, qui ne cessait qu'un quart d'heure ou une demi-heure après que la plaie était de nouveau couverte. L'eau de laurier-cerise, l'opium, etc., administrés sur la demande du malade, restèrent sans effet.

Ce phénomène, qui disparut après la cicatrisation de la plaie, s'explique, d'après l'auteur, par les rapports qui existent entre le nerf spermatique externe et le grand sympathique et entre celui-ci et la moelle épinière.

IRRITATION SPINALE SYMPATHIQUE.

OBS. I. — A. S. fut pris subitement et en pleine santé de convulsions rhythmiques. Après dix ou douze mouvements, tantôt de la partie supérieure et tantôt de la partie inférieure du corps, en sorte que la tête et les pieds touchaient alternativement une des extrémités du bois de lit, il y avait un repos d'une minute à peu près.

Le malade, qui avait gardé toutes ses facultés intellectuelles, ne parvenait pas à les maîtriser, malgré toute sa force de volonté. Il parlait très-difficilement, était inquiet et triste ; face rouge, langue couverte d'un enduit blanc jaunâtre, pouls fréquent, température du corps élevée. Ces convulsions avaient déjà duré trois heures lorsque M. Nickels arriva. Interrogé s'il n'avait pas éprouvé une émotion morale, le malade fit un geste affirmatif avec les yeux. (Fomentations froides sur la tête et émétique.)

Après une forte évacuation de bile, le malade devint tranquille et guérit complétement au bout de quelques jours.

OBS. II. — Une femme de 50 ans, hystérique, fut prise subitement, après une contrariété, de mouvements convulsifs involontaires de la mâchoire inférieure, qui empêchèrent la malade de parler et de manger. Ces mouvements avaient déjà duré douze heures, lorsque M. Nickels fut appelé. (Émétique ; frictions narcotiques.)

La malade rendit beaucoup de bile ; guérison.

Ces deux cas d'affections en apparence purement nerveuses nous paraissent à la fois instructifs et pratiques : une cause matérielle, la polycholie, suite de contrariétés, a donné lieu d'abord à une irritation du nerf sympathique qui, dans le premier cas, s'est transmise à la moelle épinière, et aux nerfs cervicaux dans le second cas. Aussitôt cette cause matérielle enlevée, les phénomènes nerveux ont cessé.

TRAITEMENT DE LA PÉRITONITE PAR L'OPIUM ; par le docteur MEINEL.

Nous rapportons en abrégé les observations suivantes, comme de nouveaux exemples de l'efficacité de l'opium dans la péritonite et dans la perforation des intestins.

OBS. I. — Catherine Foerdner, âgée de 36 ans, d'une constitution forte, se plaignant souvent de cardialgie, fut prise subitement d'une douleur excessivement vive dans la région de l'estomac, s'étendant vers le foie et l'ombilic ; decubitus dorsal impossible ; face pâle, pointue, couverte de sueurs froides ; pouls petit et fréquent ; langue nette ; deux vomissements d'une masse noire contenant du sang coagulé. Une saignée, des sangsues, des fomentations, des frictions, une émulsion, un bain, restèrent sans effet. M. Meinel diagnostiqua une perforation de l'estomac et prescrivit un grain d'opium toutes les demi-heures ; déjà après la sixième dose, les douleurs diminuèrent et la malade put se coucher sur le dos ; légère transpiration ; région de l'estomac encore très-sensible au toucher ; pouls 90. (Un grain d'opium toutes les heures : en tout 14 grains ; frictions mercurielles ; diète.) Sueurs abondantes ; selle copieuse.

Guérison au bout de huit jours.

OBS. II. — B. de R., âgée de 40 ans, est atteinte d'une douleur subite, très-vive dans la région du cœcum ; traits de la face tirés ; peau froide ; pouls filiforme, très-fréquent ; région iliaque droite tuméfiée, très-sensible au toucher ; son mat à la percussion, très-clair dans les autres parties du ventre non douloureuses à la pression ; hoquets augmentant la douleur ; frisson fort, mais court ; langue blanche et humide. (Un grain d'opium toutes les demi-heures ; frictions mercurielles avec huile de jusquiame ; cataplasmes.)

Après minuit, amélioration sensible. (Un grain d'opium toutes les heures.)

Le lendemain, région iliaque encore sensible à la pression, tuméfiée et molle à la percussion ; pouls un peu plus élevé ; état général assez satisfaisant. (Frictions, un demi-grain d'opium toutes les deux heures.)

Le surlendemain, sommeil pendant toute la nuit ; selles copieuses ; région iliaque moins douloureuse ; pouls un peu tendu, peu fréquent ; décubitus dorsal. (Diète absolue ; on continue les frictions et on suspend l'opium.)

Convalescence le huitième jour ; guérison.

OBS. III. — Une femme de 48 ans accusa une douleur excessivement violente dans la région de l'ombilic, augmentant au moindre mouvement et au moindre toucher ; ventre mou, non tuméfié ; son normal à la percussion ; pouls petit, filiforme ; langue sèche ; soif forte. (Frictions mercurielles ; compresses et boissons chaudes ; un grain d'opium toutes les demi-heures.) Après la sixième dose, la douleur avait considérablement diminué ; les autres symptômes les mêmes ; constipation. (Huile de ricin.) Deux selles au bout d'une heure. (Un demi-grain d'opium toutes les deux heures.)

Au soir, légère exacerbation, quelques heures de sommeil.

Le lendemain, on supprime l'opium et on continue les frictions mercurielles et les compresses chaudes. Guérison.

Dans deux autres cas de péritonites circonscrites très-violentes, les frictions mercurielles et l'opium à haute dose diminuèrent en peu de temps les fortes douleurs, et les malades guérirent.

LEREBOULET et MORICE RUEF.

TRAVAUX ACADÉMIQUES.

ACADÉMIE DES SCIENCES.

SÉANCE DU 17 MARS. — PRÉSIDENCE DE M. RAYER.

SÉCRÉTION DU SUC PANCRÉATIQUE CHEZ LES RUMINANTS.

M. COLIN, chef du service d'anatomie à l'école d'Alfort, adresse un mémoire contenant la relation d'expériences sur la sécrétion pancréatique chez les grands ruminants domestiques.

Les belles expériences qui ont conduit M. Bernard à la découverte d'une des plus remarquables propriétés du suc pancréatique présentaient, dit l'auteur, assez d'intérêt pour qu'on fût tenté d'en faire de semblables sur des animaux, qui, par leur régime et leur mode de digestion, diffèrent autant que possible des carnivores, afin de voir si chez tous indistinctement ce fluide offre des caractères et des propriétés identiques.

Il paraissait difficile d'admettre *à priori* que chez les herbivores dont les aliments contiennent une si faible proportion de matières grasses, le fluide sécrété par le pancréas dût néanmoins jouir de propriétés émulsives pareilles à celles qu'il possède chez les carnassiers sur lesquels M. Bernard a fait ses expériences. Cependant cette identité d'action est incontestable, et sa démonstration positive suffirait seule pour légitimer de nouvelles recherches. Mais il restait encore à jeter quelque jour sur les phénomènes si obscurs et si peu accessibles de cette sécrétion, à tenter la détermination quantitative du produit sécrété dans un temps donné, à voir si la sécrétion est continue ou intermittente, si elle est plus abondante à telle période de la digestion qu'à telle autre, et si l'écoulement de son produit au dehors trouble plus ou moins profondément les actes de la digestion intestinale. C'est dans le but de rassembler les éléments qui peuvent conduire à la solution de ces différentes questions, que M. Colin a entrepris les expériences qu'il communique à l'Académie et dont voici le résumé :

1° La quantité de liquide sécrété chez une vache de taille moyenne est très-considérable, puisqu'elle s'élève dans une heure jusqu'à 273 grammes.

Ce chiffre n'a rien qui doive étonner, puisque dans les 12,500 grammes de fourrage qui forment la ration journalière d'un animal de l'espèce bovine, il existe, d'après les analyses de M. Boussingault, 500 grammes de matières grasses, qui pour être émulsionnées ont besoin d'être soumises à l'action de 1,500 grammes de suc pancréatique.

2° La sécrétion, au lieu d'être continue et régulière, éprouve des variations qui lui donnent un type intermittent. Si à un moment donné, elle est très-abondante, on la voit bientôt diminuer, devenir très-peu considérable, ou cesser complétement pour reprendre une progression croissante qui, après avoir atteint son terme, est suivie d'un nouvel affaiblissement.

3° Le degré le plus élevé de la sécrétion coïncide le plus souvent avec la fin de la rumination et les moments qui la suivent. Il correspond aussi quelquefois aux heures pendant lesquelles l'animal mange.

4° Le fluide sécrété ne présente ses propriétés émulsives complètes que dans les premiers temps ; alors il est épais, visqueux, contient une forte proportion de principe albuminoïde et forme, par son agitation avec une partie d'huile d'olives pour trois parties de suc, une émulsion parfaite qui reste constamment homogène.

5° Celui qu'on obtient seulement une heure et demie après l'établissement de la fistule pancréatique est déjà moins albumineux et ne peut produire une émulsion homogène, même lorsque sa proportion dans le mélange devient double ou triple de ce qu'elle était précédemment.

Du reste, ces propriétés s'affaiblissent à mesure qu'il devient plus aqueux, mais il ne les perd jamais à aucune époque de l'expérimentation.

6° Par suite de son contact avec l'huile, le fluide pancréatique qui est toujours alcalin devient acide ainsi que le reste du mélange. Il jouit de cette propriété à toutes les époques de l'expérimentation et aussi bien à la température

ordinaire qu'à celle du corps des animaux ; seulement l'acidité de l'émulsion se produit d'autant plus vite et plus complétement que le suc est lui-même plus albumineux et que la température est plus élevée.

ACADÉMIE DE MÉDECINE.

SÉANCE DU 18 MARS. — PRÉSIDENCE DE M. ORFILA.

Le procès-verbal de la dernière séance est lu et adopté.

— MM. DEVILLIERS fils et LENOIR écrivent qu'ils se portent candidats à la place vacante dans la section d'accouchements.

— M. DELFRAYSSÉ (de Cahors) adresse la description d'un appareil de son invention pour les fractures de la cuisse. (Commissaires : MM. Laugier et Gerdy.)

— MM. DESCLAUSE et MERCIER DE SAINTE-CROIX adressent une observation, suivie de réflexions, sur un cas d'étranglement interne suivi de mort. (Comm. : MM. Récamier et Huguier.)

— M. LECADRE (du Havre) adresse une observation d'un abcès à la région ombilicale coïncidant avec un étranglement herniaire. (Mêmes commissaires.)

— M. BORDIER, de Melle (Deux-Sèvres), adresse un mémoire sur le traitement de la fièvre typhoïde par le calomel à la vapeur. (Comm. : MM. Louis et Grisolle.)

— M. THIEULLEN adresse des observations sur le goître. (Commission du goître et du crétinisme.)

— M. LE PRÉSIDENT fait part à l'Académie de la nouvelle perte qu'elle vient de faire de l'un de ses membres, M. Mérat, ancien trésorier de l'Académie.

TRAITEMENT DES EFFETS D'UN COUP DE FOUDRE.

M. RENAULDIN fait, en son nom et celui de M. Piorry, un rapport sur un manuscrit intitulé : RELATION DES ACCIDENTS DE LA FOUDRE TOMBÉE LE 5 OCTOBRE 1847, DANS LA COMMUNE D'ONZAIN (LOIR-ET-CHER), par M. Girault, docteur en médecine.

L'auteur rapporte, dans ce travail, l'observation de deux individus frappés par la foudre, qui ont été rappelés à la vie par des applications d'eau bouillante sur les membres, et par l'emploi de la strychnine par la voie de la conjonctive.

La commission propose d'adresser à l'auteur une lettre de remercîments ; de déposer son manuscrit dans les archives, et de l'engager à envoyer quelque autre travail pour que son nom soit porté, comme il le désire, sur la liste des correspondants de l'Académie.

REMÈDES SECRETS.

M. BOUCHARDAT lit, au nom de la commission des remèdes secrets, six rapports sur des demandes d'avis relatives à divers remèdes secrets ou nouveaux, auxquels la commission propose de déclarer qu'il n'y a pas lieu d'appliquer les bénéfices de la loi de l'an XI et du décret du 3 mai 1850. (Adopté.)

LE DÉSERT SALÉ DE LA PERSE.

Le professeur JULES CLOQUET communique à l'Académie le fragment suivant d'une lettre qu'il a reçue du docteur Ernest Cloquet, son neveu, médecin du shah de Perse, membre correspondant de l'Académie :

« Téhéran, 12 décembre 1850.

» Depuis que je t'ai écrit, cher oncle, j'ai fait passablement de chemin. Partis de Téhéran vers la fin de septembre, nous y sommes revenus au commencement de novembre. Le but du voyage était un pèlerinage à la sainte ville de Goum, où se trouve le tombeau de Aznet Mehsenmetz, qui se partage avec Fatemetz, la fille du Prophète, le patronage des dames persanes.

» La route de Téhéran à Goum (23 farsangs, ou 30 lieues environ) offre d'abord ceci de particulier, que tous les cours d'eau sont salés ; la salure varie du plus au moins suivant les localités, mais elle est constante. Certaines eaux sont parfaitement impotables, même pour les animaux ; les autres sont incontestablement fort désagréables, mais on finit par s'y habituer. J'avoue cependant que le café et le thé salés sont de détestables boissons.

» A quinze farsangs de Téhéran commence le *Désert Salé*, qui, dans cet endroit, n'a guère que cinq ou six farsangs de large, mais qui de l'ouest à l'est s'étend jusqu'aux frontières de l'Inde et aux montagues de la Paropamise. Cet immense bassin n'a d'autres limites à l'est que l'horizon : à l'ouest, au nord et au midi, il est limité par des collines de sable et d'argile qui représentent parfaitement les dunes de nos côtes de France. Le sol, d'un jaune fauve, est formé lui-même d'argile et de sable, et offre l'aspect exact du limon qui occupe le fond d'un bassin desséché. Dans cette saison, il est compact, mais au moment des pluies du printemps, il est souvent impraticable. Il y a même, assure-t-on, beaucoup de points où le cheval et l'homme disparaissent, sans pouvoir jamais être retrouvés. J'ai vu un de ces points du côté de Sabvetz. Ce sol est partout imprégné de sel mélangé de nitre qui cristallise à sa surface, soit en plaques irrégulières, soit en aiguilles soyeuses qui ressemblent de loin à de la neige récemment tombée.

» Du reste, si on creuse à un ou deux pouces, on trouve l'eau, fort saumâtre à la vérité. L'opinion commune est que ce désert était occupé par une mer qui disparut subitement la nuit de la naissance de Mahomet. Il me paraît certain que déjà à cette époque cette mer devait avoir singulièrement perdu de sa grandeur première, et que le récit des historiens a trait à un lac, dernier vestige de cette Méditerranée. Quant à la disparition subite, je ne la mets nullement en doute, puisque, de nos jours, il y a dix-neuf ans, le lac salé d'Ourmich, dans l'Aderbidjan, disparut complétement pendant vingt-quatre heures ; il est vrai que les eaux ressortirent de suite de leur réservoir souterrain. Il me paraît à peu près démontré, par l'inspection des lieux, qu'à une époque très-reculée cette mer communiquait au moins avec la mer Caspienne et ne faisait qu'une avec elle. Je ne sais si au midi elle ne communiquait pas également avec la mer des Indes, n'ayant pas eu l'occasion de voyager dans cette direction. L'apparition de la chaîne de l'Elbourh a scindé les deux bassins, et la mer intérieure ne recevant plus que de faibles cours d'eau, s'est insensiblement retirée jusqu'au jour où elle s'est desséchée à peu près complétement, en ne laissant que deux lacs, l'un, le lac de Sarrab, qui disparut vers le septième siècle, l'autre, le lac de Seïstan, qui subsiste encore et reçoit plusieurs rivières importantes de l'Afghanistan. Dans tous les cas, la grande mer elle-même était depuis longtemps disparue à l'époque d'Alexandre. Le fait de l'humidité du terrain m'a vivement frappé. Cette humidité ne semble-t-elle pas accuser l'existence de vastes nappes d'eau souterraine qui transsuderait à travers les porosités du sol ? Peut-être est-elle due au pouvoir hygrométrique du sol, qui retiendrait les eaux du printemps. Un sondage éclairerait la question. »

APPLICATION DE LA GALVANISATION LOCALISÉE A L'ÉTUDE DES FONCTIONS MUSCULAIRES.

M. le professeur BÉRARD lit le rapport suivant :

Messieurs,

Le mémoire dont j'ai à rendre compte à l'Académie, a pour titre : APPLICATION DE LA GALVANISATION LOCALISÉE A L'ÉTUDE DES FONCTIONS MUSCULAIRES. Il vous a été présenté par M. Duchenne, de Boulogne. De nouvelles communications ont suivi la première, à intervalles assez rapprochés pour que le rapporteur, effrayé de voir chaque jour grossir sa tâche, ait pu prendre le parti de se libérer au plus tôt devant l'Académie et envers l'honorable expérimentateur dont vous allez connaître les découvertes.

Le travail de M. Duchenne ne soulève aucune question de doctrine, mais cela est compensé (si tant est qu'il faille à cela quelque compensation) par l'intérêt et la vérité des détails. L'auteur se propose, d'ailleurs, si nous sommes bien informé, d'appeler bientôt l'attention de l'Académie sur quelques-uns des rapports mystérieux que les physiologistes ont signalés entre la contraction musculaire et l'action nerveuse. Il ne sera question, aujourd'hui, que d'un moyen de constater, d'une manière plus rigoureuse qu'on ne l'avait fait jusqu'ici, l'effet de la contraction de certains muscles. J'indiquerai en même temps, d'après M. Duchenne, les résultats principaux de ce mode d'exploration.

Les traités de myologie nous offrent, après la description de chaque muscle, un énoncé de ses usages. Plusieurs modes avaient été employés pour arriver à déterminer l'action des parties contractiles :

1° Tantôt leur relief, pendant la production de certains mouvements, trahissait la part qu'ils y prenaient. Le biceps et le brachial antérieur se tuméfient pendant que l'avant-bras se fléchit. Évidemment, ils sont fléchisseurs de cette partie. Ma tempe se gonfle pendant que mes mâchoires se rapprochent ; sans aucun doute, le temporal tire en haut l'apophyse coronoïde, etc.

2° Tantôt la configuration des surfaces articulaires indiquait les usages des muscles voisins. Jamais un muscle, passant sur une articulation ginglymoïdale, n'y déterminera des mouvements latéraux ; il sera *fléchisseur* ou *extenseur*, suivant qu'il se rapprochera davantage d'un des plans opposés dans lesquels se font les mouvements.

3° Plus souvent encore on avait recours à l'excellent *criterium* que je vais indiquer, à la véritable pierre de touche de l'action musculaire. Étant donnée la notion qu'un muscle se raccourcit pendant son action, ou plutôt que ses fibres se raccourcissent (ce qui n'est pas tout à fait la même chose), disséquez un muscle sur le cadavre, imprimez différents mouvements à la partie, observez le moment où les fibres se tendent et celui où elles se relâchent, vous pourrez prononcer, presque à coup sûr, que, sur le vivant, le muscle contribue à amener la position dans laquelle vous voyez ces fibres relâchées sur le cadavre. Ce moyen si simple, si fécond, je ne saurais dire qui l'a inventé, ni même qui me l'a appris ; il a dû se présenter au premier anatomiste qui vit un muscle se raccourcir pendant sa contraction.

4° Enfin lorsque de vives controverses s'élevaient sur l'action de certains muscles, il n'était pas rare qu'on en appelât aux vivisections pour le jugement du débat.

Ne soyons point injustes envers nos devanciers, et sachons résister à cet entraînement qui conduit trop souvent un rapporteur à sacrifier sans façon, devant une académie, toute l'antiquité, pour la plus grande gloire du savant dont il analyse les travaux. Avant les expériences de M. Duchenne, nous étions déjà fort avancés dans la connaissance des usages particuliers de chaque muscle ; le magnifique ouvrage de S. Albinus en fait foi. Il est vrai de dire pourtant qu'il restait quelques parties à compléter, quelques opinions à rectifier. A ceux qui prétendraient que la science était faite sur cette matière, il suffirait de rappeler les démêlés qui, à l'occasion des muscles intercostaux, troublèrent un instant la vie du grand Haller et accumulèrent sur lui, comme il nous le dit avec chagrin, tant d'injures passionnées, *tantas iras tantas et tam acerbas lites*. Les noms que portent certains muscles attestent l'erreur où l'on était tombé sur leurs usages, erreur continuée jusqu'à nos jours. Telle est, par exemple, la dénomination de *long supinateur* appliquée à un muscle qui, après avoir commencé par fléchir l'avant-bras, tourne cette partie dans une *demi-pronation* ! Cette action du muscle a été démontrée par M. Duchenne à vos commissaires. Le long supinateur (il faudra lui trouver un autre nom) était excité à se contracter par un courant électrique. C'est le moyen dont a usé M. Duchenne dans toutes ses recherches. Il est temps d'en exposer les résultats.

Il ne s'agit point ici, messieurs, de ce procédé barbare et cependant insuffisant qui consistait à plonger des aiguilles dans les parties où l'on voulait porter l'excitation électrique. La manière d'opérer de M. Duchenne est plus douce : point de piqûres, point d'incisions préalables ! Des excitateurs hu-

mides appliqués sur la peau, transmettent, au travers de cette membrane, au muscle qu'elle recouvre, l'irritation galvanique à laquelle le muscle obéit irrésistiblement s'il n'est paralysé, et même dans certaines formes de paralysie. Quelques muscles sont plus difficiles à mettre en mouvement, d'autres plus faciles à émouvoir et en même temps plus sensibles. Ce résultat inattendu, et que la théorie n'eût pu prévoir, l'instrument de M. Duchenne le met si parfaitement en évidence, qu'il ne serait pas impossible d'exprimer en chiffres le degré d'excitabilité des différents muscles du corps.

Pour peu qu'on ait soin d'éviter d'agir sur les troncs nerveux affectés au mouvement, la galvanisation *se localise* dans le muscle au niveau duquel on a placé l'excitateur ; elle ne dépasse même guère les faisceaux que couvre cet excitateur. Veut-on agir sur une large surface, une éponge humide, enfoncée dans un cylindre de métal, transmettra le fluide électrique à la partie. Veut-on exciter des fractions délicates du système musculaire, certains muscles de la face, par exemple, on emploie des excitateurs coniques recouverts d'amadou humide. C'est chose merveilleuse alors de voir se dessiner sous l'instrument les plus petites radiations du muscle. Leur contraction révèle leur direction et leur place mieux que ne pourrait le faire le scalpel de l'anatomiste. C'est du moins ce qu'on observe au visage, où l'on sacrifie inévitablement dans la préparation les portions terminales des fibres qui vont s'insérer à la face interne du derme. C'est là une nouvelle sorte d'anatomie à laquelle on pourrait appliquer les deux mots par lesquels Haller voulait qu'on désignât la physiologie : c'est l'anatomie *animée*, ANATOME ANIMATA ; c'est ce que Sœmmering eût sans doute appelé *contemplatio musculi vivi*. Aujourd'hui, pour expliquer certains mouvements produits par quelques-uns des muscles de la face, on a dû soumettre à révision l'arrangement de leurs fibres, et réformer à cette occasion quelques passages de nos livres d'anatomie.

Ce n'est pas la première fois, messieurs, que la physiologie prend une initiative qui semblait réservée à la dissection. Je le prouve : les traités classiques d'anatomie nous montrent dans la cornée une portion de sphère surmontant la sphère plus grosse que l'œil représente. Mais le physiologiste ne s'accommode qu'à moitié de cette forme de la cornée ; il soupçonne que la nature a pu modifier la marche de la lumière par des courbures plus irrégulières, à la vérité, mais plus savantes aussi que celles de nos instruments des arts ; il mesure la courbure de la cornée, et voit qu'elle représente une portion d'ellipsoïde et non une portion de sphère. Nos lentilles de verre produisent l'aberration de sphéricité. Herschel nous apprend qu'un certain rapport dans l'épaisseur des moitiés antérieure et postérieure de la lentille peut corriger cette aberration de sphéricité ; est-ce que notre cristallin réaliserait cette heureuse configuration? On y regarde, et l'on signale entre les deux faces du cristallin la disproportion que vous connaissez.

De grâce, messieurs, n'allez pas, sur ces deux citations, me ranger parmi ces physiologistes qui se flattèrent à diverses époques de déduire rigoureusement la structure de la fonction! Je sais trop ce que cette désastreuse méthode a semé d'erreurs. C'est avec elle que l'on composait la fibre musculaire de *cellules rhomboïdales* ; c'est avec elle que l'on mettait *des cribles* dans les glandes ; c'est elle qui, pour les besoins de l'absorption, inventait des suçoirs, des bouches absorbantes, et qui, pour que rien n'y manquât, plaçait à côté de ces orifices intelligents de petites pompes foulantes et aspirantes pour mettre en mouvement le liquide qu'ils avaient absorbé. Mais je reviens à M. Duchenne.

Ses premières communications ont eu pour objet la recherche des usages des muscles de la face, y compris ceux qui sont distribués à l'intérieur, autour de l'organe de l'ouïe. C'est de ceux-ci que je vais vous entretenir en premier lieu. Ils forment, comme on le voit, deux groupes, les *extrinsèques* et les *intrinsèques*, les uns et les autres si peu actifs chez l'homme, qu'Aristote a pu écrire, sans trouver beaucoup de contradicteurs : « *L'homme seul a les auricules immobiles.* » On rencontre cependant un bon nombre d'individus jouissant de la faculté de mouvoir le pavillon de l'oreille à l'aide des muscles extrinsèques de cette partie. Mery et Bourdelin sont signalés comme ayant eu ce privilége ; ce que l'examen de leurs portraits permet de croire, car des traits assez fortement accusés y témoignent d'une certaine énergie des muscles de la face. Mon frère était dans le même cas, et, lorsque nous étions étudiants (moi plus avancé que lui), il se prêtait de fort bonne grâce aux démonstrations que je faisais des mouvements de son oreille aux personnes qui suivaient mes cours particuliers d'anatomie.

L'instrument de M. Duchenne met en jeu ces muscles, comme on le devine ; mais il ne nous apprend rien de bien nouveau sur leur action, si ce n'est que le muscle postérieur tire le pavillon en *haut* et en *arrière*, et non directement en *arrière* ; tandis que l'antérieur tire la même partie en *haut* et en *avant*, et non directement en *avant*. En somme, ce petit appareil a pour usage de dilater en tous sens le méat auditif, sans rien changer à la disposition des reliefs du pavillon ni à l'angle que ce pavillon forme avec la tête. Il était intéressant de rechercher si l'électricité exciterait la contraction de ces rudiments fibreux, qui, sous le nom de muscles intrinsèques, sont décrits sur plusieurs des reliefs du pavillon. L'expérience a complétement réussi. Vos commissaires ont vu la contraction simultanée des muscles du *tragus* et de l'*antitragus* rétrécir l'entrée de la conque à la manière d'un sphincter. Je vois Haller signaler déjà cette action du muscle de l'*antitragus* ; mais personne, que je sache, n'avait dit qu'il avait pour auxiliaire le muscle du *tragus*, et je confesse que j'aurais attendu tout autre chose de la contraction de ce dernier muscle. Les deux muscles de l'hélix obéissent aussi à l'excitation électrique, et, pendant ce temps, on voit s'effacer un peu la saillie de la partie ascendante du repli de ce nom.

Le faisceau problématique auquel on a donné le nom de muscle transverse du pavillon n'ayant pu être mis en contraction, dans les premiers essais de M. Duchenne, cet expérimentateur en avait induit avec plusieurs anatomistes qu'il fallait le rayer du catalogue des muscles. Telle était, en ce qui concerne ce faisceau de fibres, la conclusion du second mémoire envoyé par M. Duchenne à l'Académie ; et sans aucun doute elle était fondée, pour peu qu'on n'eût pas la prétention de l'appliquer à l'universalité des cas. Mais il est des sujets chez lesquels les fibres en question revêtent décidément le caractère musculaire. Alors l'électricité les fait contracter, ainsi que l'a reconnu plus tard M. Duchenne. L'effet de cette contraction est de déprimer de dehors en dedans la moitié supérieure de l'hélix et de l'appliquer contre la conque.

J'ai fait imprimer, il y a plus de dix ans, que les muscles intrinsèques de l'oreille obéissaient à la portion dure de la septième paire. M. Duchenne a effectivement constaté que l'électricité ne pouvait plus les mettre en mouvement chez les gens atteints de paralysie faciale.

Passons de l'oreille au nez.

Le petit appareil musculaire qui est placé autour de la narine l'emporte de beaucoup en importance sur celui que nous venons d'examiner, non qu'il y ait lieu de placer sur la même ligne le sens de l'olfaction et celui de l'ouïe, mais les cavités nasales étant la route naturelle que l'air doit suivre pour arriver au poumon, il fallait que des contractions musculaires empêchassent la narine de s'affaisser sous le poids de l'atmosphère au moment où l'inspiration raréfie l'air dans toute l'étendue du tuyau respiratoire.

La nature a si intimement enchaîné les mouvements des narines à ceux de la respiration, qu'ils accompagnent encore ceux-ci alors que l'air passe par une autre voie. Je les ai vus se continuer avec énergie chez un homme qui, s'étant coupé la gorge, attirait laborieusement l'air dans sa poitrine par le bout inférieur de la trachée divisée en travers. Non-seulement, enfin, les muscles des narines agissent par une contraction rhythmique, mais ils contiennent encore la narine d'une manière certaine par leur tonicité. J'ai souvent cité, dans mes cours, l'histoire d'un matelot qui, atteint de paralysie faciale, était obligé de soulever sa narine avec les doigts lorsqu'il voulait faire passer l'air au travers de la fosse nasale correspondant au côté paralysé. Ce n'est pas le seul fait de ce genre qui ait été recueilli.

Examinons, après ces considérations préliminaires, les résultats des expériences de M. Duchenne. Tout nous fait prévoir une prééminence des muscles dilatateurs, et les faits confirment ces prévisions. L'excitateur est posé sur la face externe de l'aile du nez ; celle-ci se soulève, s'éloigne de la sous-cloison, et la narine est dilatée. Ce même excitateur est posé sous la sous-cloison : le renflement qui se termine en avant est déprimé, et de cette dépression résulte encore l'élargissement de la narine en travers. En quelque lieu du pourtour de la narine que l'on opère, toujours celle-ci se dilate ; en aucune circonstance elle ne se resserre. Je n'ai pas besoin de vous dire que, dans tous ces cas, on avait agi sur les radiations du muscle qui s'insère dans la fossette voisine de l'épine nasale antérieure (muscle *myrtiforme* de quelques anatomistes ; *abaisseur de l'aile du nez* pour quelques autres ; muscles *pinéal transverse* et *pinéal radié* de notre collègue Cruveilhier, qui en a donné une description soignée). N'existe-t-il donc aucun constricteur de la narine? C'était l'opinion de Bichat, c'était aussi l'opinion de M. Duchenne à l'époque où il vous adressait son premier mémoire. Il reconnaissait toutefois à l'un des faisceaux du muscle myrtiforme le pouvoir d'abaisser l'aile du nez. Il a fait un pas de plus dans une de ses dernières communications. Ayant un jour soulevé la lèvre supérieure d'une personne sur laquelle il expérimentait et porté directement l'excitateur sur la portion du muscle qui s'insère dans la fossette incisive, il a vu la narine s'allonger d'avant en arrière par le tiraillement de sa commissure postérieure, et se rétrécir en travers au point d'effacer son ouverture. Il y a donc là un faisceau antagoniste de celui qui dilate la narine en travers. Je suppose que ce faisceau n'est pas inactif dans l'action de flairer. Mais je ne puis entrer ici dans les développements que cette proposition entraînerait.

Quant au *transversal du nez*, auquel Bichat attribuait le pouvoir de dilater la narine, il se borne à plisser en long la peau du dos du nez, il soutient la charpente cartilagineuse de cet organe ; il élève quelquefois l'aile du nez, mais il ne la dilate jamais.

Lorsqu'on examine sur un animal vivant la contraction d'un muscle dénudé, on voit les fibres qui se raccourcissent tirées de la périphérie vers une certaine partie du muscle, ordinairement la partie moyenne, comme s'il y avait là un centre d'attraction. Cette remarque, qui avait déjà été faite par les auteurs du siècle dernier, n'appartient donc point à M. Duchenne ; mais il l'a certainement rajeunie par les applications heureuses qu'il en a faites et la critique judicieuse qu'elle lui a fournie de certaines descriptions anatomiques. On lit, dans les livres consacrés à ces descriptions, *qu'un muscle se continue avec un autre* ; on dit, par exemple, que le pyramidal du nez fait suite au frontal ; que le premier se continue avec quelques-unes des libres des muscles qui abaissent la lèvre inférieure ; que le buccinateur se continue avec l'orbiculaire, etc. Ce ne sont là que des apparences, messieurs, et, ce que le scalpel ne sépare pas, l'excitation galvanique le montre distinct. Ces deux muscles, qui paraissent confondus, ont chacun leur centre d'action, et souvent, entre les deux, se trouve une partie neutre que l'excitation galvanique ne met point en mouvement, comme si les fibres contractiles y faisaient défaut. Portez un excitateur humide sur le muscle pyramidal, à la racine du nez, la peau du nez sera tirée en haut, celle du front descendra, des rides transversales s'établiront entre les sourcils. Portez l'excitation plus haut, vous verrez la peau tirée de toutes parts vers un nouveau centre d'attraction, les rides de l'intervalle des sourcils disparaîtront, la peau de la partie inférieure du front montera, celle de la partie supérieure descendra. Tout à l'heure les traits étaient assombris, maintenant ils expriment l'étonnement ou la joie! Ces deux muscles, dont on ne ferait volontiers qu'un seul, si le scalpel devait décider la question, sont donc deux antagonistes.

Je crains, messieurs que ces détails ne vous fatiguent. Je pourrais en les interrompant me venger sur qui de droit d'avoir été mis aux prises avec un si

volumineux dossier; mais je ne veux point dérober à M. Duchenne une satisfaction bien légitime, après tout, la plus douce, dit-on, qui puisse être réservée à un auteur : celle d'entendre louer publiquement ses travaux. Je continue donc, mais je serai court, et voici pourquoi.

M. Duchenne a appliqué ses excitateurs sur chacun des muscles qui appartiennent à la région faciale. Il a noté fidèlement et décrit dans ses mémoires tous les phénomènes de contraction dont il a été témoin; or, qu'est-il arrivé? M. Duchenne a observé des faits nouveaux, mais il a vu aussi ceux qu'on avait observés avant lui. Il a fondu le tout dans ses descriptions; la science courante et la science nouvelle. C'est là le faible des inventeurs. Ils veulent à toutes forces refaire l'édifice *ab imis fondamentis*. Je ne puis ni ne dois m'astreindre à parcourir ce cadre. Aux membres de l'Académie qui tous savent la chose aussi bien que M. Duchenne et que moi, il est fort inutile que je dise que le sourcilier fronce le sourcil et l'abaisse; que l'orbiculaire rapproche les paupières; que le grand zygomatique élève la commissure des lèvres et la porte en dehors; que le triangulaire l'abaisse; que le buccinateur chasse les aliments quand ils distendent les joues; que la houppe du menton relève la peau de cette partie et soulève la lèvre inférieure; que l'élévateur commun de l'aile du nez et de la lèvre supérieure porte effectivement en haut l'aile du nez. Je suis sans doute ravi d'apprendre qu'en croyant à tout cela j'étais parfaitement orthodoxe; mais il n'y a pas là matière à rapport. Il n'en est pas de même de quelques autres particularités mentionnées par M. Duchenne et qui doivent nous arrêter un instant. Les deux zygomatiques (grand et petit), que l'on regarde assez ordinairement comme agissant de concert dans l'expression des sentiments gais, sont loin d'être organisés à cet égard. Le *grand zygomatique* épanouit effectivement les traits; mais le petit, en exagérant la courbure du sillon naso-labial, donne une expression de tristesse à la physionomie et semble présager les larmes. C'est un autre muscle, *l'élévateur commun de l'aile du nez et de la lèvre supérieure*, qui se contracte chez les enfants qui pleurent; et lorsque, dans le même acte, il se met de la partie chez les adultes, il leur fait faire une fort laide grimace.

C'est une chose qui intéresse et qui étonne de voir l'excitateur promené sur une face qui est calme dans son ensemble y dessiner partiellement et tour à tour des traits qui expriment les passions les plus opposées. Bichat a dit bien mal à propos du peaucier : « Ce muscle est sans physionomie; il est nul dans l'expression des passions. » Voyez ce muscle contracté dans les expériences de M. Duchenne; il exprime ou la terreur ou la colère ou la souffrance. M. Duchenne n'a point vu le premier contracté abaisser la mâchoire; il en conclut à tort, je pense que le muscle est sans action sur cet os alors qu'il est entraîné en bas par des contractions volontaires. Tout le monde peut répéter l'expérience que Haller a faite sur lui-même et qu'il indique en ces termes dans l'histoire de la mastication : « *Percipitur ejus per ipsum pectus conatus, dum maxilla deducitur uti quidem nunc dum scribo, experior.* » (T. VI, p. 18.)

La galvanisation du muscle orbiculaire des lèvres a donné des résultats très-variés (toujours les mêmes, cependant pour une même région de la lèvre), et qui dénotent que ce muscle est composé de plusieurs parties parfaitement indépendantes. Si les excitateurs sont placés sur la région médiane, ou sur chaque lèvre, celles-ci se froncent, s'appliquent l'une à l'autre et se dirigent en avant comme dans l'action de siffler ou de donner un baiser. Si l'on agit sur le bord libre, les lèvres se renversent un peu en dedans. Si l'on excite la circonférence du muscle (j'entends celle qui est opposée au bord libre), les lèvres se renversent en dehors, comme dans l'expression du doute ou chez les enfants qui pleurent.

Je demande la permission à l'Académie de quitter un instant le rôle de rapporteur pour lui exposer une application que j'ai faite de la galvanisation localisée. M. Duchenne a opéré lui-même, mais il ignorait probablement le petit problème dont je poursuivais la solution. Vous savez, messieurs, que les individus atteints d'hémiplégie faciale bien prononcée ne peuvent parvenir à fermer leurs paupières du côté paralysé. Si cependant on leur dit de fermer les yeux, il se produit un petit mouvement dans les paupières, et leur contour se resserre un peu. Quel peut être l'agent de ce mouvement? Serait-ce le muscle orbiculaire? mais alors il faudrait admettre que, seul entre tous les muscles de la face, il reçoit quelques filets moteurs d'une autre source que le facial; cette autre source ne pourrait être que le nerf de la cinquième paire que, dans cette région, on regarde cependant comme un nerf exclusivement sensitif. Se serait-on donc trompé? Vous voyez qu'à ce petit mouvement de la paupière se rattachait une question d'une certaine importance. A force d'y penser, car cela m'a beaucoup préoccupé, je trouvai l'explication suivante qui laissait à chaque nerf les attributions que nous lui reconnaissons; les tendons des muscles de l'œil envoient des prolongements dans l'aponévrose orbitaire et celle-ci en envoie dans les paupières. Or chaque fois qu'on dit à une personne atteinte d'hémiplégie faciale de fermer l'œil, on voit que pendant l'effort infructueux qu'elle fait pour rapprocher ses paupières, les muscles de l'œil se contractent fortement pour abriter la pupille sous la voûte orbitaire. Eh bien! j'ai pensé que c'était cette action des muscles de l'œil qui, propagée à la paupière, y déterminait ce léger mouvement qu'on y observe chez les sujets atteints d'hémiplégie. La galvanisation localisée m'a montré que j'avais rencontré la véritable explication du phénomène. Sur un sujet atteint d'hémiplégie faciale, tous les muscles de ce côté de la face se montraient parfaitement insensibles aux excitateurs. Cependant ce sujet, quand on l'invitait à fermer l'œil, offrait dans ses paupières le petit mouvement dont nous avons parlé. Si ce mouvement tenait à un reste de contraction dans l'orbiculaire, l'excitation galvanique allait infailliblement le reproduire, mais il n'en fut rien; la paupière touchée par l'excitateur resta parfaitement immobile. Nous voici donc rassurés sur la signification d'un fait qui semblait tenir en échec la doctrine de la spécialité d'action des différents nerfs de la face, une des conquêtes les plus brillantes que la physiologie eût faites dans ce siècle.

Après cette courte apparition, je me retire de la scène, et j'y introduis de nouveau M. Duchenne, mais pour quelques instants seulement, et comme s'il ne s'agissait plus pour lui que de venir recevoir vos félicitations. Ce physiologiste a commencé une nouvelle série d'études qui ont pour objet les muscles du tronc et ceux des membres. A en juger par ce qui a transpiré, les nouveaux résultats (qu'il nous a d'ailleurs mis à même de constater avec lui) dépasseront en importance ceux dont je viens de vous entretenir. Déjà, messieurs, vous avez vu le muscle long supinateur produire un tout autre mouvement que celui que sa dénomination suppose. La galvanisation localisée dans le muscle *sus-épineux* a fourni une nouvelle occasion de rectifier quelques lignes dans nos traités de myologie. Le sus-épineux, au dire de Bichat, « fait exécuter une espèce de *bascule à la tête de l'humérus, qui est déprimée, tandis que le corps de l'os s'élève.* » Eh bien! il n'agit pas le moins du monde dans ce sens : il laisse le bras parfaitement parallèle au tronc, et il le *tourne dans la rotation en dedans.*

De toutes les expériences qui ont été faites en notre présence, la plus intéressante, à nos yeux, est celle qui nous a montré les muscles intercostaux *internes* soulevant les cartilages costaux, au voisinage du sternum, et les contraindre par conséquent dans le sens du mouvement *inspiratoire*. A quels sacrifices n'eût pas consenti Haller pour devenir témoin d'une semblable démonstration, qui (pour cette région de la poitrine au moins) lui eût donné gain de cause sur son tenace adversaire Hamberger! Je n'ai jamais engagé de polémique à l'occasion des puissances inspiratrices; et cependant je n'ai pas été moins réjoui de voir cette expérience confirmer ce que presque seul en France j'ai professé depuis vingt ans sur l'action des intercostaux internes, au voisinage du sternum.

Enfin, ce qu'on n'avait pu établir jusqu'ici qu'à l'aide d'une expérience sanglante, promptement mortelle, et peut-être imparfaitement concluante, puisqu'elle avait pour sujet un quadrupède, M. Duchenne le démontre sur l'homme vivant par une expérience d'une parfaite innocuité. Vos commissaires ont vu la contraction du diaphragme soulever, *sans assistance d'aucun autre muscle*, toutes les côtes qui forment le bord de la poitrine. Ici, comme on le devine, l'excitation ne peut être portée directement sur le muscle : c'est sur le nerf phrénique lui-même que l'on agit à la partie inférieure du cou. Le nerf étant encore très-profond dans cette région, on ne peut opérer que sur des sujets très-maigres, et quelques tâtonnements sont indispensables; mais le résultat est des plus évidents dès que l'excitateur qu'il faut pousser sous le bord postérieur du sterno-mastoïdien rencontre le trajet du nerf.

Quant aux recherches de M. Duchenne sur l'action des muscles des doigts, elles nous ont paru offrir assez d'importance et d'originalité pour devenir l'objet d'un rapport spécial qui vous sera soumis plus tard.

Je n'ai pas dû entrer dans la description de l'instrument de M. Duchenne, une sorte de concours est ouvert en ce moment devant l'Académie parmi les inventeurs d'appareils électriques. Une commission dont j'ai l'honneur de faire partie, mais dont je ne serai pas rapporteur, vous fera connaître bientôt le résultat des études auxquelles elle se livre en ce moment. Sans rien préjuger sur ce qu'elle dira de l'appareil de M. Duchenne, nous pouvons proclamer dès aujourd'hui qu'il offre un moyen précieux de procéder à la recherche des fonctions dévolues à chaque muscle, et que l'inventeur en a fort habilement tiré parti. La galvanisation localisée permet d'assigner à chaque élément sa part, à chaque muscle son rôle dans un mouvement complexe. Il y a malheureusement des limites posées à son application par la configuration de nos parties. Il faudrait, pour atteindre les muscles profonds, exagérer l'intensité du courant à un point où il serait difficile de le supporter; et, comme l'électricité ne manquerait pas, chemin faisant, de mettre en mouvement les muscles superficiels, le but de l'expérience serait manqué. Vous vous demandez peut-être, messieurs, après avoir entendu cette dernière observation, comment on a pu opérer sur le *sus-épineux*, que le *trapèze* recouvre, sur les intercostaux internes, profondément cachés sous le grand pectoral? Je réponds que le sujet de l'expérience, atteint de l'affection singulière décrite dernièrement par M. le docteur Aran sous le nom d'atrophie progressive des muscles, n'avait plus de traces apparentes de grand pectoral ou de trapèze dans les régions où les *excitateurs* ont été appliqués.

Messieurs, je rencontre, au moment de donner des conclusions à ce rapport, certaines formules bien connues des académies, et qui cette fois pourtant méritent d'être prises au sérieux. J'ai l'honneur de vous proposer : 1° d'inviter M. Duchenne à donner suite à ses intéressantes recherches; 2° de faire écrire, au nom de l'Académie, une lettre de remercîmens à cet honorable expérimentateur. (Adopté.)

SUR LA NÉCESSITÉ D'EXTRAIRE LES CORPS ÉTRANGERS ET LES ESQUILLES DANS LE TRAITEMENT DES PLAIES D'ARMES A FEU.

M. GIMELLE lit, en son nom et en celui de M. Bégin, un rapport sur un mémoire de M. Hutin, ayant pour titre : MÉMOIRE SUR LA NÉCESSITÉ D'EXTRAIRE LES CORPS ÉTRANGERS ET LES ESQUILLES DANS LE TRAITEMENT DES PLAIES PAR ARMES A FEU. Nous avons publié les conclusions qui résument les opinions énoncées dans ce travail. M. le rapporteur, après avoir présenté l'analyse des faits et des considérations qu'il renferme, résume en ces termes le jugement de la commission.

Les commissaires pensent, avec l'auteur, que dans tous les cas de plaies par armes à feu, il est du devoir du chirurgien de rechercher et d'extraire, autant que la prudence pourra le permettre, les corps étrangers poussés par la poudre à canon, et les esquilles mobiles ou non qu'ils avaient pu produire. M. le rapporteur conclut en proposant de renvoyer le mémoire de M. Hutin au comité de publication, de lui adresser des remerciments, et de l'engager à continuer ses recherches pour les communiquer à l'Académie.

M. VELPEAU : Je veux faire remarquer que, d'après le rapport de M. Gimelle, on croirait volontiers qu'il existe des chirurgiens qui n'entendent pas qu'on procède à la recherche des corps étrangers, et qui trouvent qu'on a tort de les enlever; cependant je ne crois pas qu'il y ait un seul chirurgien qui agisse ainsi. Voici ce qui est établi en règle : il faut procéder à la recherche des corps étrangers, en tant que pour les retirer on ne sera pas obligé à des opérations graves et douloureuses.

Je sais qu'il y a deux écoles : celle qui admet qu'on ne doit pas retirer les corps étrangers, et celle qui a pour but de les extraire, en recourant à des opérations capables de compromettre la vie.

La plupart des chirurgiens recherchent les balles, pourvu qu'il soit possible de les extraire sans courir le risque de blesser des vaisseaux importants. En effet, dans bien des cas, il n'y a pas plus de danger à laisser les corps étrangers qu'à vouloir les enlever. Souvent ces corps, par leur séjour, n'occasionnent aucun accident.

J'ai vu un homme qui avait porté une balle pendant vingt-sept ans sans en ressentir la moindre souffrance. En procédant à l'autopsie, j'ai retrouvé cette balle dont la présence et le séjour n'avaient donné lieu à aucun inconvénient.

J'ai vu un autre cas où un homme avait une balle depuis quarante ans. Cet homme n'en avait jamais souffert; aussi ne voulait-il pas la faire retirer.

Il résulte de ceci que toutes les fois que dans une plaie d'armes à feu il y a un corps étranger, le chirurgien doit chercher à extraire ce corps étranger; qu'au contraire, il ne faut pas pratiquer d'opérations qui pourraient être dangereuses. Je crois que tous les chirurgiens agissent de cette façon : j'ai cru utile de le rappeler, parce que l'exposition du rapport de M. Gimelle porterait à croire qu'il y a beaucoup de chirurgiens qui ne procèdent pas ainsi.

M. LARREY : M. Hutin, dans son important travail, a eu soin de dire que tous les chirurgiens étaient d'accord sur la nécessité d'extraire les corps étrangers quand ils étaient susceptibles d'être extraits; mais il était utile qu'on recherchât les cas où un corps étranger pourrait sans danger rester dans les chairs, et les cas où il y aurait nécessité de les extraire; dans quelles conditions on doit laisser ou retirer les corps étrangers. C'est ce que M. Hutin s'est proposé dans ce travail, et ce que sa position à l'hôtel des Invalides lui permettait de réaliser mieux que tout autre.

M. MALGAIGNE : Je suis entièrement de l'opinion de M. Velpeau, seulement M. Velpeau n'a pas suffisamment mis en relief les dangers de l'opinion énoncée dans le rapport. Il y a une doctrine générale, c'est que tous tant que nous sommes, quand, par suite d'un coup de feu, il y a des corps étrangers dans la plaie, nous les enlevons.

Si M. Hutin veut que l'on ne procède à l'enlèvement des corps étrangers qu'autant que la prudence le prescrit, il se range de notre avis, il n'y a rien de nouveau; s'il prétend qu'on doive toujours enlever les corps étrangers, je m'élève avec force contre cette doctrine.

M. Hutin veut que l'on enlève toutes les esquilles : je déclare que, pour mon compte, cette doctrine m'a toujours paru excessivement dangereuse. Je me plais à penser que ceux qui l'ont admise, n'ont pu la mettre en pratique sur le champ de bataille : à mes yeux c'eût été une barbarie.

Quand on le peut sans grande difficulté, il faut enlever les esquilles les plus mobiles, mais quant aux esquilles qui tiennent, il faut bien s'en garder.

Dans la plupart de nos fractures, il y a des esquilles plus ou moins détachées, eh bien ! nous ne songeons pas à les extraire, et les sujets vivent sans qu'il y ait danger pour eux d'avoir porté ces esquilles.

En deux mots, je suis d'avis d'enlever toutes les esquilles qui ne tiennent pas, en suivant toutes les règles de la prudence; mais quant aux esquilles qui tiennent, je suis d'avis qu'il faut les respecter.

M. BÉGIN : C'est une manœuvre assez commune de prêter à ses adversaires des opinions exagérées pour les combattre. D'un autre côté, il y a beaucoup d'exagération dans la réfutation des opinions émises par l'auteur du mémoire.

Ainsi, on dit que cette doctrine qui consiste à aller rechercher les fragments d'os détachés, autant que la prudence le comporte, est une doctrine générale adoptée par tous; cependant vous l'avez entendu contester ici même lors de la discussion sur le traitement des plaies par armes à feu. On a dit, et ici je fais appel à vos souvenirs, on a dit qu'on devait faire très-bon marché de la présence des corps étrangers dans l'intérieur des parties, et qu'il fallait se garder d'aller à leur recherche.

J'ai cru devoir m'élever alors contre ce que je regardais comme une doctrine dangereuse. J'ai soutenu qu'il fallait extraire les corps étrangers dans le premier moment; mes contradicteurs soutenaient le contraire : on ne devait, suivant eux, les enlever, que dans le cas où ils se présenteraient d'eux-mêmes.

Il y avait donc deux doctrines, celle qui commande de ne pas trop s'inquiéter des inconvénients qui peuvent résulter de la présence des corps étrangers, et celle qui pose en principe qu'on doit toujours les extraire. C'est cette première doctrine qui est mise en discussion dans le rapport, et c'est dans le but d'en faire voir les dangers que M. Hutin a présenté des observations qui constatent les conséquences graves qui peuvent résulter de la négligence apportée à l'extraction des corps étrangers. M. Hutin a voulu s'élever contre des prétentions nouvelles, et non pas faire une doctrine nouvelle.

M. VELPEAU : Ce que vient de dire M. Bégin est exact, mais ne contredit pas ce que j'ai avancé. Il y a eu dans cette enceinte quelqu'un qui a soutenu qu'il ne fallait pas s'occuper des corps étrangers; c'est là une doctrine particulière, spéciale, comme il y a une personne qui a soutenu qu'il fallait toujours les extraire. Ce sont là les extrêmes de la doctrine.

La doctrine de tous veut que l'on apporte de la prudence dans ce que l'on fait. Il ne faut pas qu'il y ait des chirurgiens qui aillent toujours à la recherche des corps étrangers, et d'autres qui n'y aillent jamais. La doctrine générale veut que l'on procède avec prudence, sans se livrer à des opérations graves et difficiles.

M. BÉGIN : Tout le monde recherche les corps étrangers, mais on les recherche avec plus ou moins de soin. Eh bien ! nous, nous avons l'habitude de rechercher les corps étrangers autant que nous pouvons le faire sans exposer la vie des malades; nous allons les détacher quand ils sont mobiles.

M. Hutin cite des cas où les corps étrangers, après un séjour de quarante ans dans les parties, déterminaient des accidents et mettaient la vie des malades en danger.

Quant aux esquilles, il en est de même; c'est au bout d'un temps assez long qu'elles produisent des accidents que M. Hutin a été à même de constater. Ce sont, dis-je, ces accidents qu'il a vus se renouveler trois ou quatre cents fois qui l'ont porté à engager les chirurgiens à rechercher les corps étrangers d'une manière plus exacte.

Il est essentiel d'ajouter que M. Hutin n'entend pas que l'on doive toujours extraire et par tous les moyens possibles.

Après quelques observations de M. Gimelle, qui conclut dans les même sens que M. Begin, les conclusions du rapport sont mises aux voix et adoptées.

— Pendant cette séance, l'Académie a procédé au scrutin pour la nomination des commissions de prix.

Voici, d'après le dépouillement du scrutin, la composition de ces commissions :

Prix de l'Académie (tumeurs blanches) : MM. Langier, Jobert, Velpeau, Bégin et Larrey.

Prix Civrieux (convulsions) : MM. Grisolle, Danyau, Longet, Bérard et Jolly.

Prix Portal (foie : foie gras) : MM. Rouardin, Michel Lévy, Rochoux, Delafond et Cornac.

Prix Lefèvre (mélancolie) : MM. Falret, Baillarger, Guéneau de Mussy, Rostan et Dubois (Fréd.)

La séance est levée à cinq heures moins un quart.

BIBLIOGRAPHIE.

PRÉCIS DE MÉDECINE RATIONNELLE ET DE THÉRAPEUTIQUE ENDERMIQUE ET SPÉCIFIQUE; par M. T. DROUOT. — Un vol. in-8°. — Paris, 1850. Chez Germer-Baillère, libraire, rue de l'École-de-Médecine, 17, et chez l'auteur.

Quel humoriste chagrin soutenait donc dernièrement que la foi médicale s'éteint dans nos cœurs, qu'un praticien veut avant tout *pratiquer*; qu'il ne paraît plus guère aujourd'hui de livres que ceux que les étudiants achètent, ou dont les pharmaciens ont besoin pour servir d'adjuvant à leurs sirops? Le présent ouvrage est un démenti suffisant à cette opinion pessimiste. Quel qu'en puisse être le but—secret resté impénétrable pour nous—quel qu'en doive être le sort—autre mystère, un peu moins obscur cependant—certes, il ne porte l'empreinte ni d'un sang-phlegmatique ni d'une main alourdie à rédiger des ordonnances. Titre, dédicace, avant-propos, corps de doctrine, notes, boutades, etc., tout révèle une conviction profonde, immuable, incapable de transiger avec l'erreur, même de lui laisser un instant de trêve. La première page porte ce significatif hommage :

A Hippocrate,
A Sydenham,
A Barthez,
A Bichat,

A vingt ou trente lignes de là vient la profession de foi de l'auteur : « Nous confessons le VITALISME, le vitalisme d'Aristote, comme celui de saint Paul (*In Deo vivimus, movemus et sumus*), et l'EMPIRISME *hippocratique*, c'est-à-dire l'étude, l'observation, la réflexion et l'expérience appliquées à la médecine. » Nous citons sans commentaires, et surtout sans additions : lorsque saint Paul donne la main à Aristote, l'école rationnelle à l'empirisme, on comprend qu'il y aurait au moins indiscrétion de notre part à nous en mêler.

Si M. Drouot se montre résolu à affirmer, il n'est pas moins ardent à critiquer. De quels sarcasmes, de quelles périodes, de quels formidables soulignés ne poursuit-il pas les théoriciens, les *broussaisiens*, les ORGANICIENS, les INFLAMMATIONISTES ! Les trois cent soixante-sept pages de son livre sont là pour le dire; car il n'y en a pas une qui ne garde la trace de cette lutte acharnée, de ce combat à mort entre lui et l'ÉCOLE DE PARIS. Nous glisserons cependant sur ce côté de l'ouvrage; la mode nous semble un peu passée de s'en prendre à Broussais. Ces sanglantes apostrophes permises à ceux qui, ainsi que M. Drouot, peuvent prétendre à la succession du maître, n'intéressent que peu le vulgaire des praticiens comme nous. Au lieu de lire une centième fois en quoi l'école du Val-de-Grâce avait péché, nous sommes devenu un peu plus curieux de voir ce qu'on propose de mettre à sa place. Faisons donc l'inventaire de ce que la fortune nous envoie aujourd'hui dans cet in-octavo.

Deux pensées surtout préoccupent M. Drouot, car il ne cesse d'en pour-

suivre l'exposé et la démonstration sous les formes les plus diverses : l'une est doctrinale, l'autre thérapeutique. Il n'est pas très-aisé de les faire comprendre ; il n'est même peut-être point sans témérité de le tenter. Rien, en effet, n'est, par sa nature, plus réfractaire à l'analyse que de telles idées peintes dans un tel style. Abrége-t-on un pamphlet ? Essayez donc de réduire les Philippiques en théorèmes ! Quelque fidèle interprète qu'on ait voulu être, l'auteur, s'il est mécontent des conclusions, ne manquera jamais d'excellentes raisons pour prouver que vous l'avez défiguré. Accusation d'autant plus embarrassante pour le critique que les deux seuls moyens qu'il ait à lui opposer sont d'avance frappés de nullité. S'était-il borné à présenter le sens de son auteur tel qu'il l'avait saisi ?... Citez le texte, répond impérieusement celui-ci. — Avait-il procédé, pour plus de sûreté, par des emprunts faits à l'ouvrage même ?... Eh quoi ! s'entendra-t-il dire, ne rougissez-vous pas de vouloir me travestir par des fragments dont vous supprimez à dessein le lien et la suite ?

Malgré le péril, cependant, nous nous risquerons, suppliant d'avance M. Drouot de n'attribuer qu'à une imperfection de notre entendement les fausses interprétations qu'il nous arriverait de donner de ses conceptions. La réforme qu'il propose en étiologie peut, ce nous semble, s'exprimer en ces termes :

« Le corps humain se compose de solides et de fluides, réunis en systèmes et en organes. »

« Un système est un ensemble d'organes identiques, destinés à remplir les mêmes fonctions dans les différentes parties de l'économie. »

« Les organes, composés des mêmes éléments, des mêmes tissus que les systèmes, fonctionnent diversement, mais toujours sous leur influence. »

« Or tous les théoriciens ont classé les maladies par organes et n'ont affecté aux systèmes qu'une importance secondaire. De là une foule d'erreurs ; de là le traitement des effets et non des causes. Il est évident, en effet, que si le médecin ne voit dans l'affection d'une glande qu'une maladie locale du foie, du sein, du testicule, dans la gastrite qu'une inflammation de l'estomac, dans les altérations des muqueuses du vagin et de l'utérus que des maladies organiques, dans le rhumatisme qu'une affection musculaire, il lui sera impossible d'en procurer la guérison. »

Voici donc, sous les auspices de M. Drouot, la médecine *des systèmes* qui vient prendre le lieu et place de la médecine *des organes*. Un exemple va montrer comment il applique cette manière de voir.

Soit une affection aiguë du cerveau. « Les névralgies cérébrales, dit-il, ne sont pas autre chose que des affections intermittentes rhumatismales des systèmes lymphatiques, séreux, portées sur le système nerveux, ou mieux sur la partie de ces mêmes tissus qui le recouvrent. »

Plus d'un lecteur trouvera sans doute que c'est déjà beaucoup que d'avoir produit une pareille définition. M. Drouot ne s'en tient pas là ; il veut profiter de l'exemple pour faire voir combien elle éclaire les indications. « Ainsi, en pareil cas, dit-il, la *médecine de l'inflammation* — on sait ce que cela signifie dans sa bouche — emploie les saignées, la glace, les sinapismes, les vésicatoires, les purgatifs et le séton à la nuque. »

Mais la médecine rationnelle, au contraire — voyez toute sa supériorité !

« Recommande de placer les malades hors de l'influence des causes, et les entoure de soins hygiéniques. » — Précepte aussi neuf que pratiquement détaillé.

« Elle oppose à la douleur les spécifiques propres à la calmer. » Ce lumineux aperçu appartient évidemment à la médecine rationnelle. Mais n'aurait-il pas quelque connexité avec le procédé si honorablement connu sous le nom de médecine des symptômes ?

« Aux congestions vasculaires sanguines, les saignées et autres moyens révulsifs et non dérivatifs. »

« Aux affections nerveuses dépendantes de celles du névrilemme, ces spécifiques propres à guérir les maladies des systèmes lymphatique et séreux. » Nous avons été avec empressement à la recherche de ces spécifiques, dans les chapitres consacrés aux maladies de ces deux systèmes ; et tout ce que nous y avons trouvé, en fait de thérapeutique, est qu'il convient alors « d'exciter les organes sécréteurs, de presser, de favoriser l'action, la prédominance des exhalants sur les absorbants. » Nous ne manquerons pas d'y avoir égard dorénavant.

« Elle rejette l'emploi subit de la glace, et ne modifie que graduellement le dégagement du calorique. »

« Lorsque l'affection cérébrale est dépendante de celles des organes de la vie de nutrition, elle calme la douleur dans le cerveau, et guérit la maladie dans les organes qui ont produit la surexcitation cérébrale. »

A un si beau programme, il manque un mot, un seul : *comment* s'obtiennent tous ces effets ? Car pour passer de la spéculation à la pratique, il faut plus que ces énoncés généraux. Et tout lecteur alléché sans doute comme nous par la promesse de pareils résultats, voudra connaître par quels remèdes on parvient à les réaliser. — La *thérapeutique endermique et spécifique* contient, selon son auteur, la solution du problème. Laissons-la lui définir à lui-même.

« La médecine endermique, dit-il, considère tous les agents curatifs comme des spécifiques dans l'acception naturelle et grammaticale de ce mot (1), c'est-à-dire qu'elle les prend tels qu'ils sont et les juge d'après l'effet que chacun procure sous sa main.

» Maîtresse d'en diriger l'action, elle ne les met en œuvre que dans la certitude rationnelle et morale d'en obtenir des résultats mesurés et prévus.

» La médecine endermique n'introduit dans l'estomac *aucune* substance *rebelle*, *hostile* ou *vénéneuse*, et procure des résultats prompts, directs, et toujours exempts des dangers et des accidents qui suivent *nécessairement* leur ingestion dans cet organe.

» Enfin la thérapeutique n'étant et ne pouvant être que l'art de seconder les efforts que fait la nature pour guérir les maladies, seule la médecine endermique, loin de chercher à la soumettre à ces lois, s'applique à suivre les mêmes moyens et les mêmes voies régulières pour parvenir à son but. »

Un dernier trait va faire ressortir l'excellence de cette médecine. « Toutes les fois qu'un médicament spécifique bien choisi est mis en contact avec la peau saine, il est absorbé en tout ou en partie, selon la quantité, et les lymphatiques le portent directement et *de préférence* sur l'organe ou le tissu affecté, SANS LE MÊLER AU TORRENT DE LA CIRCULATION (c'est M. Drouot, comme toujours, qui souligne), à moins qu'il ne soit un des spécifiques des systèmes qui enveloppent ou forment ces tissus ou des fluides qui les parcourent. » Il cite, comme exemples le quinquina « qui est poussé vers le tissu cellulaire intime ; » le mercure qui « va se déposer de préférence sur le tissu cellulaire du cerveau : » le tout sans être mêlés au sang.

Mais comment, par quel mécanisme, grâce à quelle force élective ignorée jusqu'ici, par quels conduits secrets inconnus des anatomistes vulgaires ce transport direct s'opère-t-il donc ? M. Drouot le sait sans doute, puisqu'il l'affirme si catégoriquement. Cette difficulté, pour nous si embarrassante, ne lui paraît même digne ni d'une explication, ni d'un simple développement. « *Il n'est pas nécessaire*, conclut-il magistralement, de prouver que dans ces circonstances comme dans toutes les autres, les substances médicamenteuses n'ont point eu à passer *par la circulation générale* pour produire leur effet » — Ici du moins, nous sommes franchement de son avis, et croyons effectivement qu'il a tout aussi bien fait de ne pas se donner la peine de chercher à le prouver.

Telle est donc la médecine rationnelle ou endermique. Lecteur, vous la connaissez maintenant aussi bien que nous ; car, pour ses moyens, leur préparation, leur mode d'emploi, leurs indications, vous comprenez parfaitement que le but de l'auteur n'est point de vous les apprendre. Voudriez-vous, en vérité, qu'il vous dressât un catalogue détaillé de toutes les maladies avec le traitement de chacune en regard, comme dans l'école *inflammationiste ?* Fi donc ! Exercez-vous à penser, à raisonner, à trouver de vous-même, en méditant les données qu'il vous a livrées ci-dessus ; et, s'il vous faut absolument de la besogne toute faite, guidez-vous pour agir sur ces conseils lumineux qu'il veut bien ajouter par surérogation :

« Ce n'est pas l'action *spécifique* des médicaments qui manque à la médecine, c'est l'art et la raison de les appliquer *à propos*. »

« La médecine choisira parmi ces substances dont l'action paraît être analogue, celles qui seront les plus propres à produire les effets nécessaires à la guérison des maladies. »

« Enfin, l'application d'un agent, d'un moyen ou d'une substance thérapeutique sera toujours rationnelle, c'est-à-dire EMPIRIQUE et endermique toutes les fois que le médicament ne sera pas un aliment. »

Que si cependant votre curiosité ne se trouve pas encore satisfaite, si vous désirez mieux connaître la manière d'appliquer cette médecine puissante, n'allez pas en demander le secret à la lecture de ses *observations*. Tout ce qu'elles contiennent sous ce rapport, tout ce qu'elles vous enseigneraient, c'est que M. Drouot a guéri sans opération, de cataractes confirmées, trois supérieures de maisons religieuses, un comte, deux barons et cinq comtesses ; que les névroses causées par l'arrêt de développement du système artériel ne se guérissent que si l'on pousse au développement du système sexuel ; que la guérison des dartres est dans le tissu cellulaire intime, etc. Certes ceci ne manque ni d'intérêt, ni de piquant ; mais on avouera que ce n'est pas absolument là un formulaire ! Nous soumettons donc, en terminant, à M. Drouot le vœu de lui voir faire cette addition ; et nous attendrons avec impatience qu'une seconde édition nous donne l'occasion de consacrer un article plus approfondi à son œuvre ainsi complétée.

P. DMAY.

(1) « Toutes les substances thérapeutiques sont des spécifiques en ce sens qu'elles produisent *toujours dans certaines circonstances* un effet sensible de leur action et toujours le même. »

Le rédacteur en chef, JULES GUÉRIN.

CONSTITUTION MÉDICALE.

QUELQUES REMARQUES SUR LA GRIPPE ACTUELLE.

Nous avons eu tous plus ou moins la grippe. Chacun a pu l'observer de très-près. Elle a fait depuis six semaines l'objet de toutes les conversations. Le monde en a parlé autant et plus que la médecine. C'est donc un sujet qu'on pourrait regarder comme épuisé. C'est pour cela que la Gazette Médicale ne s'est pas pressée d'apprendre à ses lecteurs ce qu'ils savaient aussi bien, sinon mieux qu'elle. Cependant si, dans l'immense majorité des cas, l'épidémie régnante n'a offert qu'une répétition monotone de faits vulgaires, rappelant ce qu'on a vu à toutes les époques, il n'est pas impossible d'y découvrir quelques traits plus propres à la caractériser, et de déduire de cette caractéristique quelques indications mieux appropriées à sa nature et à son traitement. Ajoutons que la physionomie de la maladie ne s'est pas montrée tellement uniforme qu'elle n'ait parfois offert quelques traits exceptionnels dignes d'être signalés à l'attention des médecins.

La grippe d'aujourd'hui ressemble-t-elle à la grippe de 1831, à celle de 1837, à celle de 1847? Espèce de planète morbide, nous revient-elle avec les mêmes symptômes; la même nature? Réclame-t-elle le même traitement? Telles sont les premières questions à examiner.

Sous le rapport du nombre des malades, de l'uniformité des symptômes, de sa nature et même de sa gravité, l'épidémie actuelle nous paraît beaucoup ressembler aux épidémies précédentes. S'il existe quelque différence, elle réside surtout dans une moins grande fréquence des symptômes pulmonaires, et dans une prédominance plus uniforme des symptômes gastriques. A chacune des épidémies qui ont précédé, la Gazette Médicale a insisté sur l'importance des symptômes gastriques. Aujourd'hui elle va plus loin : pour elle la grippe n'est pas, comme on le croit vulgairement, une maladie des voies aériennes, mais une véritable affection gastrique, compliquée de lésions locales plus ou moins variables, plus ou moins intenses, parmi lesquelles les lésions des voies aériennes ont leur place et leur importance. Dire que la grippe est une affection gastrique, c'est assigner son caractère le plus général, et non chercher à en donner la théorie. Cette détermination est plus propre, en effet, à poser la principale indication de son traitement empirique qu'à donner le premier mot de son explication rationnelle. Tel est aussi notre but, comme on le verra tout à l'heure. La grippe est donc, aux yeux des vrais praticiens, une maladie gastrique compliquée plus ou moins de lésions locales.

Les formes de l'épidémie actuelle sont mieux appropriées à son fond. Cela tient sans doute à l'influence de la saison. Les précédentes épidémies, comme celles de 1837, de 1846 et 1847 sont venues au fort de l'hiver. De là ces coryzas intenses, ces toux déchirantes, ces symptômes de réaction inflammatoire apparente qui ont donné lieu à de si regrettables déceptions. Aujourd'hui les apparences sont moins trompeuses, et l'illusion ne serait plus permise. La modération de la température a laissé aux symptômes gastriques la faculté de se produire librement. La toux seule, par sa fréquence, pourrait en imposer, mais son caractère nerveux, sa persistance alors que tout symptôme de congestion a disparu, montre assez la signification qu'elle doit conserver dans le tableau.

La conséquence de cette manière de voir est toute pratique, et ceux qui l'ont su tirer savent quel immense avantage elle leur a procuré. En effet, si la grippe consiste une maladie gastrique compliquée de lésions locales variables, son traitement doit comprendre des moyens de deux ordres, les uns tendant à dissiper la maladie, les autres propres à calmer les lésions. Les évacuants, vomitifs ou purgatifs, ont merveilleusement satisfait à la première indication; quant à la seconde, elle a dû varier, et avec elle les moyens de la remplir, suivant le siége et le degré des lésions consécutives. En suivant cette voie, voici ce qu'on a pu observer. Immédiatement après l'action évacuante, les symptômes généraux disparaissaient. La céphalalgie, la courbature, le brisement général, la fièvre cédaient comme par enchantement : un second évacuant réveillait l'appétit, et la maladie, de générale qu'elle était, se réduisait immédiatement aux proportions d'un simple rhume. Si la toux persistait, quelques opiacés, une cuillerée de sirop de morphine en faisaient immédiatement justice. C'est ainsi que la pratique a justifié la théorie.

La maladie a parfois revêtu, avons-nous dit, quelques formes insidieuses contre lesquelles la pratique peut être utilement prémunie. Parmi ces formes, nous signalerons les suivantes : la forme *pneumonique*, la forme *cardialgique*, la forme *spinale*, la forme *rhumatismale*.

On avait déjà noté, dans les précédentes épidémies, la fréquence des pneumonies, et plusieurs praticiens avaient insisté sur le caractère insidieux de ces pseudo-phlegmasies. On a pu vérifier cette fois la justesse de leurs remarques. Les pneumonies qui se sont manifestées durant le cours de cette épidémie se sont distinguées par deux caractères principaux : par une lenteur remarquable du pouls, et par une disposition très-grande au collapsus. Profitant de cet avertissement de la maladie, les vrais praticiens ont été très-sobres de saignées : ils ont donné la préférence aux évacuants et au tartre stibié à hautes doses, et ils ont réussi là où les émissions sanguines auraient produit les plus déplorables mécomptes. Pour éviter cette tendance au collapsus, on a aussi très-utilement administré du vin et des toniques pendant la seconde période de ces pneumonies, ainsi que cela avait été fait avec succès pendant l'épidémie de 1837.

La forme cardialgique qu'il nous a été donné d'observer nous-même est surtout caractérisée par une douleur vive du cœur, avec symptômes d'asphyxie imminente. La malade qui nous a offert cette forme avait le pouls filiforme; les pulsations, irrégulières, précipitées, pouvaient à peine être comptées. La figure violette et les yeux cerclés, enfoncés dans l'orbite, lui donnaient le faciès cholérique. Un gramme d'ipéca a produit d'abondants vomissements de matière bilieuse; dès le lendemain le calme avait succédé à l'orage, et il ne restait plus de cet appareil de symptômes effrayants qu'une toux très-bénigne.

Quelques malades ont été pris de douleurs vives dans l'épine avec sentiment de faiblesse et comme d'une paralysie imminente. D'autres enfin, et ce nombre a été assez considérable, ont présenté les symptômes d'un véritable rhumatisme articulaire, avec ou sans toux grippale. Dans les uns comme dans les autres cas, la purgation saline (eau de Sedlitz) a fait promptement justice du fond de la maladie. La pierre de touche de l'excellence de cette méthode a été, dans ces cas comme dans les précédents, la disparition subite de la céphalalgie, des symptômes généraux et des douleurs locales, et le retour presque immédiat de l'appétit.

Il est une dernière complication dont la Gazette Médicale a déjà entretenu ses lecteurs; nous voulons parler de la diarrhée qui accompagne si fréquemment les symptômes les plus ordinaires de la grippe. Ce symp-

---

Feuilleton.

LETTRES D'ITALIE.

N° XII.

PROMENADE MÉDICALE DANS LA VILLE DE ROME.

(Suite. — Voir le numéro précédent.)

Quittons le grand monde, qui, du reste, nous nous plaisons à le dire, s'est beaucoup moralisé depuis l'époque du voyage du malicieux président; jetons un coup d'œil sur la classe qui a besoin de travailler pour vivre. Travailler est si dur dans la patrie du *far niente!* Comment faire? Madame travaillera, vous devinez de quelle manière; les seigneurs de Rome, les riches anglais, les princes russes seront les chalands. Tel est le marché honteux, dégoûtant, degradant, qui se conclut trop souvent entre mari et femme. Le fait est connu, notoire, vulgaire, incontestable.

Jusqu'à quel point est-il permis et opportun de divulguer de pareilles mœurs? Mille pardons, je ne divulgue aucun secret: je conte ce qui est conté tous les jours, à chaque heure, à chaque moment, ce qu'on lit dans maint ouvrage, ce qu'on trouve à chaque instant sous ses pas. Les comédies représentent souvent de pareilles ordures non-seulement dans les petits théâtres populaires, mais aussi sur les grandes scènes. Goldoni, le Molière de l'Italie, le miroir des mœurs intimes du monde, a quelquefois des peintures fort crues, par exemple, dans la pièce intitulée *Il cavaliere e la dama* : il fait mouvoir sous vos yeux une foule de Sigisbés, de maris trompés sciemment, de femmes qui n'ont pas même le fard de la pudeur, mais qui affichent complaisamment leur honte. Qu'on ne passe le mot, c'est une véritable *chiennerie*, pis encore; car les maris échangent leurs femmes, et les femmes vont à peu près jusqu'au rôle d'entremetteuses de leurs maris!!!

Je n'ai donc rien dit de trop, rien de nouveau.

Nous avons vu jouer, dans un petit théâtre, une pièce peu morale, dans laquelle deux ménages font un chassez-croisez qui finit à la satisfaction générale. Le mari n° 1 s'aperçoit que sa femme a reçu 6 écus du mari n° 2, et le mari n° 2 découvre que le mari n° 1 a gratifié sa moitié de la même somme. On est quitte, et on se serre la main.

Le théâtre français est certes bien loin d'être moral aujourd'hui; nous sommes le premier à le déplorer. Si nous décrivons nous-même quelquefois certains faits scabreux, c'est pour les flétrir, et parce que tout est profit et rien n'est danger dans ces peintures quand elles ne s'adressent plus au public en général, mais à la classe restreinte et éclairée pour laquelle nous écrivons.

La tolérance française, au sujet des mœurs mises en scène sur ce théâtre, ne

tôme est le dernier trait, le dernier caractère de la maladie gastrique. Il est à lui seul capable de révéler la véritable nature de l'épidémie, si l'ensemble de ses symptômes, comme chacun d'eux pris en particulier, et surtout l'efficacité du traitement dont nous avons indiqué les bases, ne levait tous les doutes à cet égard.

JULES GUÉRIN.

PHYSIOLOGIE.

MODIFICATIONS SÉNILES DES ORGANES DE LA RESPIRATION; SONT-ELLES LE POINT DE DÉPART DE LA VIEILLESSE? par M. REVEILLÉ-PARISE.

De tous les organes qui entrent dans la composition de notre économie, il n'en est peut-être pas de plus complexe, de plus délicat, de plus sensible que le poumon. Sa structure anatomique est tellement fine et subtile, tellement disposée, qu'elle occupe un grand espace avec très-peu de substance réelle. Les poumons remplissent presque en entier la vaste capacité de la poitrine, et à peine si leur poids est d'un demi-kilogramme; car il entre dans leur composition un dix-neuf-vingtième d'air et un vingtième seulement de parties solides. Leur texture réticulo-celluleuse présente si peu de densité que Némésius, médecin du troisième siècle, appelle le tissu pulmonaire *une chair écumeuse*, expression parfaitement juste, mais dont l'exactitude serait encore plus grande si on comparait ce tissu à une éponge, par sa légèreté, sa facile extension, son incomparable perméabilité et son état habituel de saturation d'air et de sang. Les poumons, en effet, ne sont autre chose qu'une immense collection de cellules disposées dans un ordre particulier pour la fonction à laquelle ces organes sont destinés. Le nombre de ces cellules a été évalué, sans doute d'une manière approximative, à 583,000. Toutes communiquent entre elles, ainsi qu'avec les canaux aérifères, la trachée-artère, les bronches et les ramifications de ces dernières, dont elles sont la terminaison. On prétend que la surface de ces cellules a donné 57,949,000 mètres carrés, formant ainsi une immense surface des voies aériennes en contact avec l'air atmosphérique, surface qui répond à trente-trois fois l'étendue de la surface du corps. Il faut encore ajouter que, dans un temps donné même assez court, tout le sang de l'économie traverse les poumons. Mais pourquoi cet immense développement de surface? Pourquoi cette étonnante et subtile complication de structure pulmonaire? C'est pour opérer une des fonctions les plus essentielles de l'économie, *la revivification* du sang par l'oxygène de l'atmosphère et l'exhalation de l'excès de carbone de ce fluide, ce qui fait tout à la fois du poumon un organe assimilateur et un vaste émonctoire de l'économie. « De toutes nos cavités, dit Pariset, celle où, après la cavité cérébrale, se consomment les phénomènes les plus importants, les plus délicats, c'est la cavité thoracique: les plus délicats, ai-je dit; car ils se passent entre l'air et le sang, de molécule à molécule, à travers des pores imperceptibles qui les unissent et les séparent; les plus importants, car, pour peu que ces phénomènes soient arrêtés, la vie s'éteint. C'est donc là que la vie, sans cesse menacée, se renoue sans cesse; c'est là que s'opère de moment en moment une sorte de résurrection que l'on pourrait appeler perpétuelle. J'ajoute que c'est de là que part, pour être distribué dans toute l'économie, le liquide éminemment réparateur, le sang ARTÉRIEL, que ces phénomènes préparent, et qui sert peut-être moins encore à la nutrition des organes qu'à l'excitation du système nerveux, c'est-à-dire du système qui vivifie tous les autres. » (ÉLOGE DE LAENNEC) Ainsi l'objet, le but unique de cette éminente fonction est que le sang veineux, arrivant au poumon, passe de la couleur noire, indiquant son caractère *asphyxique*, impropre à la nutrition, à la couleur rouge, artérielle, manifestant qu'il est régénéré, stimulant et *vivifiant*. Novalis, cette belle et étrange imagination germanique, définissait la vie une *oxydation forcée*. Il y a du vrai dans cette définition, quoique évidemment trop générale. Sans connaître avec précision ce phénomène d'oxydation que subit le sang dans les poumons, on sait seulement qu'il s'opère alors dans la nature de ce fluide une sorte de transformation sans laquelle la vie ne pourrait continuer; car, outre que, dans cette opération chimico-vitale, le sang devient plastique, riche en principes nutritifs, il est certain que la calorification ou l'acte électro-thermal moléculaire ne peut avoir lieu, du moins pour la plus grande partie, sans l'absorption et la combustion de l'oxygène dans le poumon.

D'après la rapide esquisse que nous venons de faire du système physiologique de l'organe pulmonaire, il est aisé de présumer que ce même organe éprouve de graves altérations dans la période décroissante de l'activité vitale. Rien de plus démontré que plus l'âge s'avance, plus la poitrine et les organes qu'elle renferme se détériorent. On a remarqué que la plénitude d'étendue respiratoire, dans les deux sexes, appartient à l'âge de 30 ans, période qui correspond avec le complet développement de l'appareil nerveux, vasculaire et aérien du poumon. Cet état d'énergie fonctionnelle se soutient pendant quelques années; mais peu à peu les rameaux et les ramuscules bronchiques s'élargissent et présentent une sorte d'atonie. Les poumons ont alors, et graduellement, moins de volume et de pesanteur spécifique; il y a dans leur tissu comme une sorte de raréfaction. Perdant de leur activité, de leur élasticité, les cellules aériennes qui les composent s'élargissent; leurs parois s'amincissent; quelques-unes même se rompent, et une partie de l'air inspiré pénètre dans le tissu cellulaire général de l'organe, et il est à remarquer que presque toutes les maladies du poumon, même passagères dans la vieillesse, hâtent ce genre de destruction. D'ailleurs, des mucosités de plus en plus abondantes tapissent, obstruent les ramuscules des conduits aérifères, s'interposent entre l'organe et l'air, ce qui rend l'absorption et l'assimilation de celui-ci difficile et imparfaite. Outre cette disposition catarrhale permanente, les vaisseaux s'engorgent de plus en plus; la circulation du sang pulmonaire devient lente, pénible et embarrassée. La poitrine même participe à ces changements: elle se déforme, elle s'aplatit. Les mouvements d'abaissement et d'élévation des côtes éprouvent de la difficulté. Le diamètre du thorax étant diminué, le diaphragme contribue seul, dans certains cas, à accomplir l'acte respiratoire. Il en résulte que l'expansion pulmonaire, si ample, si facile autrefois, devient gênée, oppressive, surtout dans une marche rapide, quand il s'agit de monter ou pendant l'exercice prolongé de la voix. Ne cherchez plus chez le vieillard ce souffle moelleux, cette respiration douce, égale, si bien caractérisée par l'expression des pathologistes modernes, *murmure* vésiculaire. La respiration est, au contraire, rude et inégale, l'inspiration bruyante et saccadée, rarement exempte d'un peu de toux, même dans l'état le plus ordinaire. Ainsi les poumons éprouvent, au déclin de l'âge, des altérations de plus en plus prononcées, dans leur volume, dans leur composition, dans leur énergie, ce qu'on peut considérer comme causes déterminantes de

---

nous semble pas de saison dans un pays dont le monde chrétien attend des exemples de vertu, de conduite, de morale et de religion. La scène a une grande influence sur l'esprit et sur le cœur du peuple: par elle on moralise ou l'on corrompt, par elle on falsifie ou l'on épure le goût. Ces vérités semblent encore moins comprises à Rome qu'à Paris.

En regard de ces moyens généraux négligés, nous osons à peine signaler la misère d'une mesure qui blesse aussi cruellement le goût et le sentiment des arts qu'elle sert petitement la morale. A Saint-Pierre, le voyageur s'arrête toujours au pied du tombeau des Stuarts, sur lequel Canova a sculpté, en bas-relief, deux génies penchés sur le flambeau de la vie, dont la flamme s'éteint contre le sol. Ils sont si mélancoliques, si suaves, si aériens, leurs formes ont tant de pureté, d'élégance, de grâce, leur pose tant d'abandon, de moelleux, qu'on les couve, qu'on les caresse du regard, que l'œil suit tous leurs contours, que la main palpe tous leurs reliefs. Mon Dieu! qu'ils sont beaux! Leur sublime tristesse n'a rien de terrestre, mais reflète le ciel; on rêve, on prie avec eux; avec leur pensée la pensée de l'homme se berce dans les nuages vagues du souvenir, des doux regrets, des pleurs paisibles, des aspirations divines. Eh bien! on leur a trouvé quelque chose de charnel, et une affreuse plaque de bronze, badigeonnée de blanc, vient de dérober aux yeux une grande partie de leur torse. Il n'y avait pourtant rien à cacher, par la raison qu'un ange, un génie, n'a point de sexe, et conséquemment rien à montrer.

Il y a longtemps que le chef-d'œuvre de Della Porta, statue de femme couchée sur le tombeau de Paul III, a été à moitié enseveli sous une draperie de bronze. Nous comprenons cette pudeur dans une église; il était moral et prudent d'enlever aux appétits charnels un stimulus des plus provoquants; mais nous n'acceptons pas la même raison pour les deux génies du tombeau des Stuarts, pas plus que sur celui que la barbarie menace aussi sur le tombeau de Clément XIII.

La feuille de vigne sur les statues est toujours un triste moyen. Le marbre et le bronze ne sont jamais que du marbre et du bronze; mais aux réceptions des cardinaux, on voit bien des choses en véritable chair: les dames y sont si décolletées que les prélats doivent être incessamment tentés par le fruit défendu. Il est vrai que ces réceptions se font en très-grande cérémonie; or, selon un proverbe de boudoir, *rien n'habille comme le nu*. Oh! alors ces dames sont certes très-habillées.

Les grandes et hideuses plaies que nous avons signalées plus haut réclament promptement un baume qui en adoucisse la laideur, s'il ne peut les cicatriser. Nous disions dans une de nos lettres que, pour diminuer le paupérisme et pour répandre l'aisance sur la classe si gênée qu'on appelle cependant à Rome la classe moyenne, il fallait faire succéder à la nonchalance, à l'apathie, au défaut d'aspiration à un état plus prospère, l'activité travailleuse, le besoin de produire, l'ardeur industrielle et commerciale. Or, comme dans les classes basse et moyenne l'immoralité naît le plus souvent de la misère ou de la gêne, il est clair qu'en luttant contre celles-ci, on battra deux ennemis à la fois. Mais, nous l'avons dit, cette grande résurrection morale d'un peuple, cette transfiguration intellectuelle, ne semblent point pouvoir émaner de lui, de son propre sein. L'étincelle du feu sacré s'est éteinte sous la cendre froide et oubliée; il faut que les lumières viennent d'ailleurs, et nous pensons qu'en dehors de toute consi-

troubles fonctionnels d'une incontestable gravité. A tous les âges, mais particulièrement dans la vieillesse, le poumon doit donc être considéré comme prédisposé à une foule de maladies; on dirait une sorte d'*atrium mortis* constamment en action.

Ces troubles sont particuliers ou généraux. Un des plus remarquables parmi les premiers est l'altération de la voix, altération qui commence même d'assez bonne heure. La voix faible, cassée, chevrotante des vieillards, n'ayant jamais de sonorité pure et bien prononcée, est assez connue, ce qui, joint à la perte des dents, ôte à la parole sa force, son accent, sa netteté. Un autre effet de l'affaiblissement pulmonaire consiste dans la difficulté de respirer librement, largement, par suite de l'embarras circulatoire; puis vient la surabondance de mucosités bronchiques, qui prédisposent à l'état catarrheux, dont les progrès, l'intensité, les nuances, les terminaisons, déterminent des maladies plus ou moins graves, plus ou moins variées, quoique toujours menaçantes.

Mais de toutes les conséquences produites par la détérioration sénile de l'organe pulmonaire, la plus importante comme la plus fâcheuse est évidemment l'obstacle qu'elle présente à une *hématose*, c'est-à-dire à la revivification complète du sang par l'air atmosphérique inspiré. En effet, la force active du poumon étant inférieure aux fonctions qui lui sont départies, il en résulte nécessairement des produits altérés, autrement dit, un sang plus imprégné d'oxygène, de calorique, d'électricité, peu vitalisé, dès lors nullement en rapport avec les besoins de l'économie. Selon John Hunter, le sang est la *matière première* de la vie, et il n'est point de phénomène physiologique qui ne confirme cette assertion. Le principe vital a donc ses racines dans le sang, dès lors quand celui-ci est pauvre, la vie est et doit être en déchéance. Cette vérité est tellement certaine à mes yeux, que je suis dans la pleine, dans l'entière conviction que le commencement de la *période décroissante* de l'économie est dans l'appareil même de la respiration, en un mot que c'est là l'origine première, le point de départ de la vieillesse (1). Quelques physiologistes ont pensé qu'il fallait chercher cette origine dans le cœur qui faiblit il est vrai d'assez bonne heure, d'autres dans le cerveau. Mais si l'on réfléchit que le sang est le seul aliment, l'unique excipient contenant la substance première de tous les organes, qu'en lui seul réside la source des réparations et des nutritions, que quand il est sain, vigoureux, plastique, riche en principes alibiles, la vie organique s'accroît et se soutient, qu'au contraire elle s'use, s'affaiblit on cesse d'être quand le sang est altéré dans sa composition intime, on sera forcé d'admettre l'opinion que l'âge de déclin général *commence* avec le déclin du poumon, que le premier est une conséquence forcée du dernier; un homme toutes choses étant égales d'ailleurs, consomme par heure à peu près 40 grammes d'oxygène, c'est-à-dire 960 grammes par jour, et par conséquent environ 350,000 kilogrammes par an. Or quand, d'une part, cette quantité diminue par l'atonie de l'appareil respiratoire; de l'autre, que ce qui est inspiré n'est qu'imparfaitement absorbé et assimilé, il doit s'en suivre nécessairement de graves altérations dans l'économie. Les aliments, dit-on, font le bon chyle, et celui-ci fait le bon sang, nul doute; mais les aliments suffisent-ils à la complète *vitalisation* du sang? On sait parfaitement le contraire. Les gens riches âgés n'ont rien à désirer sous ce rapport, en supposant même un excellent estomac; que leur manque-t-il donc? un appareil respiratoire capable comme *autrefois* de donner au sang d'éminentes qualités vitales indispensables à l'économie. Si à l'époque de la force de l'âge, vous introduisez dans le sang un principe septique, des miasmes, un poison quelconque, même à très-petite dose, tout aussitôt de graves maladies se déclarent; que sera-ce donc quand l'altération est générale, quand la source n'en fournit plus qui soit complétement vivifiant, comme il arrive dans la vieillesse? N'est-ce pas atteindre les racines mêmes de la vie et les frapper d'impuissance? Si l'influence délétère n'est pas immédiate, si les maladies, les désorganisations ne se déclarent pas sur-le-champ, c'est que l'altération du sang est progressive, correspondant proportionnellement à celle de l'organe.

Non-seulement par l'effet de la détérioration de l'organe pulmonaire, le sang se trouve dépouillé des propriétés roborantes et fortifiantes qu'il avait précédemment, mais la calorification générale cesse d'être la même, et ce phénomène est des plus importants. La chaleur est pour l'économie le radical des stimulants, et quand elle s'affaiblit, que l'élément phlogistique du sang est en moindre quantité, tous les actes vitaux, même les plus profonds, les plus intimes, doivent nécessairement en ressentir une fâcheuse atteinte. C'est là précisément ce qui arrive, quand les poumons ne pouvant plus décomposer entièrement l'air atmosphérique, la dose du calorique produit reste insuffisante. Le sang dès lors est peu actif, la température de l'économie baisse, la force diminue et avec elle le caractère de la vitalité; qui ne sait que *chaleur* et *vie* sont synonymes dans toutes les langues? Concluons que l'affaiblissement graduel de l'appareil respiratoire, que son atrophie, son imperméabilité relative par l'enduit muqueux qui s'interpose entre l'air et la surface absorbante, en imprimant au sang une altération dans ses éléments constitutifs, réparent et hâtent la période de décroissement, ou la seconde section de la *courbe* figurative de la vie. La *raison organique* du commencement de la vieillesse se trouve donc dans les poumons, et l'on s'en convaincra par l'examen des phénomènes dont il a été question, par leur succession, leur ensemble et leurs résultats. En supposant que l'on pût trouver un organe supplémentaire au poumon ou bien plutôt un procédé, un moyen quelconque de faciliter la décomposition de l'air atmosphérique, de manière à maintenir l'oxygénation et la vitalité du sang, on prolongerait certainement la vie humaine bien au delà du cercle où elle est maintenant circonscrite. Mais gardons-nous de nous perdre dans de chimériques espérances; n'oublions pas que la transfusion du sang d'un jeune animal, bien plus, que l'inspiration de l'oxygène pur a été suivie des plus graves accidents, d'autant plus qu'il y a dans la fonction respiratoire, un acte chimico-vital dont l'accomplissement intime, parfait, complet, est encore à l'état de question scientifique. Au fond, ce n'est qu'en se conformant aux lois de la vie, à leur direction, à leurs exigences, qu'on peut se flatter d'obtenir dans le grand art de vivre des résultats heureux et constatés. Toutefois, en réfléchissant à l'étendue de la surface pulmonaire, bien autrement vaste que celle des voies digestives; en se rappelant que certaines vapeurs, certains gaz, introduits dans les poumons, produisent d'étonnants effets, car les uns tuent immédiatement, les autres donnent à la vie, à la circulation, aux centres nerveux une activité extraordinaire et générale, tandis qu'il en est, comme l'éther, le chloroforme. qui frappent momentanément le sens intime de paralysie, on se demande s'il est impossible de trouver une substance éthérée ou gazeuse qui, également introduite dans

(1) Il est à remarquer que les mots ψυχη, πνευμα, *spiritus*, *anima*, expressions grecques et latines qui désignent le principe vital, font toutes allusion à la respiration et coïncident avec cette expression hébraïque, le *souffle de la vie*.

---

dération de l'ordre politique, l'occupation française actuelle, quoiqu'elle ne soit pas dirigée dans ce but et ne déploie conséquemment pas les moyens propres à l'atteindre, aura pourtant d'utiles résultats, en communiquant à la pauvre Romaine un peu de notre activité et de notre industrie. Rome et l'Italie semblent désignés par la Providence comme un champ ouvert aux incursions des autres peuples, comme une terre qui aspire et appelle les occupations étrangères. Eh bien! oui, il y a quelque chose de providentiel dans cette désignation: l'Italie a eu longtemps besoin et Rome a besoin encore de communier avec le reste de l'Europe, de même qu'il était autrefois nécessaire aux destins de l'humanité que l'orient et l'occident changeassent leurs lumières, leurs coutumes, leurs idées.

Ces études de mœurs nous conduisent naturellement à parler de la prostitution à Rome. Nous sommes décidément entre sur le terrain des sujets scabreux et délicats. L'auteur a besoin ici de se mettre à couvert. Nous avons autrefois, à propos de l'Algérie, abordé franchement la question. Quelques hommes fort respectables ont crié à l'immoralité (je dois dire que ces cris ont été très-peu nombreux); d'autres, et c'est le plus grand nombre, ont pensé qu'un auteur avait bien le droit de dire la vérité à ce sujet comme sur tous les autres. Leur désir de connaître, leur curiosité ont été satisfaits, et ils en ont su bon gré à l'auteur. Il en est enfin, et dans ce nombre figurent des ecclésiastiques entourés de vénération pour leurs lumières et pour leur piété, qui ont aperçu notre but et qui nous en ont loué. Ce but, le voici. Nous n'esquissons pas le tableau du vice pour intéresser la curiosité et piquer l'attention, mais pour arriver à le flétrir et à chercher des remèdes au mal. Cet assentiment nous suffit, et nous continuons, malgré la critique de ceux dont la pudeur timorée n'a su ni pénétrer notre dessein ni s'élever à l'idée philosophique. Parent-Duchâtelet, M. Pointe et beaucoup d'autres ont écrit sur les mêmes choses, dans le même but. Nous ne prétendons pas ici comparer nos ébauches à leurs livres si bien étudiés, si complets; nous voulons seulement nous couvrir du même manteau qui les protége. Si nous contons des mœurs et des faits plus hideux, cela tient tout simplement au terrain que nous explorons.

Puisque nous ne pouvons songer à écrire un traité, évitons les généralités, et cherchons quelques-uns de ces faits caractéristiques qui peignent les mœurs dans leur ensemble et dans leurs détails.

Un mot sur Naples d'abord. A Naples la prostitution est tolérée, et il existe une certaine rue, nommée vulgairement Imbracciata, vaste lupanar où il se passe les choses les plus étranges. Des personnes dignes de foi nous avaient conté que les touristes ont l'habitude de traverser cette rue en voiture et de jeter quelques tornesi, quelques grains (1), à une nuée de filles qui se précipitent dessus, puis, en guise de remercîment.... oserai-je le dire...., lèvent la toile du théâtre jusqu'aux combles, en pleine rue, en plein jour. Je ne voulus pas croire à ce récit que me firent à Rome un diplomate et un colonel, et quand je visitai Naples où la police, le bon ordre, la surveillance ne laissent rien à désirer, j'y crus moins encore. Je ne pensais point à tenter l'expérience, mais trois

(1) Un grain vaut un peu moins d'un sou; le tornési est un demi-grain.

les poumons, facilitant l'hématose ou la sanguification, ne maintienne très-longtemps l'activité vitale. Je ne sais et je n'avance rien à cet égard; les faits connus n'autorisent pas même suffisamment ce qu'on peut espérer sur ce grand objet. Je dirai seulement qu'on ne saurait affirmer quelles sont les bornes de l'intelligence humaine en matière d'observation et d'expérience, ce qui signifie qu'on ne saurait dire ce que l'esprit d'invention, de découverte peut ou ne peut pas faire : les siècles futurs en décideront.

(Fragment d'un ouvrage inédit sur la vieillesse.)

THÉRAPEUTIQUE CHIRURGICALE.

MÉMOIRE SUR L'APPLICATION DE L'ANESTHÉSIE AU CATHÉTÉRISME ET A LA DILATATION DES RÉTRÉCISSEMENTS DE L'URÈTRE ; par M. A. COURTY, agrégé de la Faculté de médecine de Montpellier.

(Suite et fin. — Voir les nos 7, 8 et 12.)

URÉTRITE CHRONIQUE; COARCTATION SPASMODIQUE DE L'URÈTRE AVEC SENSIBILITÉ EXTRÊME DANS UN POINT DU CANAL ET DOULEURS NÉVRALGIQUES AU PÉRINÉE ET AUX AINES; DIFFICULTÉ ET DOULEUR EXCESSIVE PENDANT L'ÉMISSION DES URINES; TENTATIVES INFRUCTUEUSES DE CATHÉTÉRISME; INHALATIONS CHLOROFORMIQUES; CAUTÉRISATION; BAINS SULFUREUX; DOUCHES SULFUREUSES ET DOUCHES FROIDES; GUÉRISON.

OBS. V. — M. G... (de Paris), âgé de 27 ans, d'une constitution délicate, d'un tempérament lymphatique nerveux, ayant souffert plusieurs fois depuis son enfance de névralgies crâniennes, faciales et dentaires, fortes et prolongées, renouvelées souvent par les changements du climat et surtout par l'habitation longtemps continuée au bord de la mer à laquelle l'a condamné pendant plusieurs années sa position dans une administration publique, fut atteint à l'âge de 25 ans d'une blennorrhagie assez intense qu'il parvint néanmoins à guérir au bout de trois mois, par l'emploi successif du copahu, du cubebe et d'injections astringentes, d'abord avec le sulfate de zinc, puis avec le ratanhia.

L'écoulement cessa d'une manière complète, mais le canal conserva une sensibilité extrême au passage des urines, sensibilité généralement beaucoup moins prononcée au passage du sperme. Loin de diminuer avec le temps, cette sensibilité parut s'accroître au contraire, et de temps en temps il s'y joignait des douleurs lancinantes aiguës, remontant du périnée vers le gland, le long du trajet du canal, et du périnée vers les aines, tantôt d'un côté, tantôt de l'autre. Le malade reconnaissait bien l'analogie de caractère que ces douleurs offraient avec les névralgies dont il souffrait encore quelquefois; mais la sensibilité du canal pendant l'émission des urines, la douleur vive qu'il éprouvait surtout dans un point particulier de la muqueuse urétrale, au commencement de la portion droite, un peu en avant du bulbe, la difficulté croissante qu'il éprouvait habituellement dans cette émission, lui firent croire à la formation d'un rétrécissement organique, et même à l'existence d'une ulcération de la muqueuse.

Il n'est pas fort rare de trouver des malades qui, éprouvant une sensibilité et une douleur excessive dans un point particulier du canal, ou qu'ils rapportent à un point particulier du canal, sont convaincus que la muqueuse urétrale est, dans ce point, le siége d'une ulcération. Mais aucun symptôme réel d'ulcération du canal ne s'étant manifesté aux diverses époques de la maladie de M. G..., on doit admettre ici, comme dans beaucoup d'autres cas, un état d'irritation et de sensibilité locale excessives qui ont donné le change au sujet sur la véritable nature de sa maladie.

Quant au rétrécissement organique, son existence était possible, et la marche de la maladie, qui avait été en augmentant d'intensité, pouvait le faire présumer ; mais d'autres symptômes rendaient probable au contraire l'existence d'une simple coarctation spasmodique.

Ainsi, lorsque sous l'impression d'un vif besoin d'uriner, la vessie commençait à se contracter, le premier jet de l'urine remplissait quelquefois le canal et même était lancé à quelque distance; mais aussitôt le malade éprouvait dans l'urètre un sentiment de contraction qui paraissait se faire sous l'influence de la vive douleur causée par le passage de l'urine, et alors ce liquide ne s'écoulait plus que par un jet très-fin, entortillé, parfois divisé et sans force. M. G... avait encore vu quelquefois le jet de l'urine augmenter si sensiblement et l'émission en devenir si facile qu'il s'était cru sur le point de guérir. Cette amélioration tout à fait fugitive se manifesta une fois à la suite du coït, une autre fois pendant une nouvelle et légère blennorrhagie que le malade contracta il y a environ huit mois, phénomène qui peut paraître extraordinaire, mais que j'ai eu l'occasion d'observer chez d'autres sujets.

Depuis la cessation de sa première blennorrhagie, M. G... s'était traité par les émollients de toute espèce en bains, lavements, tisane, régime, au point de débiliter sa constitution et de rendre son système nerveux encore plus irritable. Il y a environ un an, voyant qu'il n'obtenait depuis quatre ou cinq mois aucune amélioration et convaincu qu'il existait dans son canal un rétrécissement et une ulcération, il se mit entre les mains d'un médecin. Le cathétérisme fut tenté, mais sans succès ; la sonde, qui n'avançait que très-difficilement dans la portion droite, arrachant au malade des cris aigus et l'expression de la plus vive douleur, fut tout à fait arrêtée en avant du bulbe, dans le point même que M. G... présumait être le siége d'une ulcération. On s'était servi d'une sonde de moyen volume, on en essaya d'autres d'un très-petit calibre, sans plus de succès ; on resta alors à peu près convaincu de l'existence d'un rétrécissement, admettant d'ailleurs qu'il s'y joignait un état de spasme violent, auquel seul devait être attribuée l'impossibilité du cathétérisme.

On insista sur le traitement émollient déjà suivi par le malade; on y joignit l'usage des narcotiques et antispasmodiques, frictions belladonées, injections dans le canal avec un centigramme d'acétate de morphine dans 25 grammes d'eau, etc.; mais ces moyens ne parurent pas apporter une amélioration sensible dans l'état du malade, ils ne facilitèrent seulement pas le cathétérisme qui, depuis cette époque, fut encore essayé deux fois sans succès. Les symptômes, qui avaient paru s'amender lors de la réapparition de l'écoulement, s'aggravèrent plus tard. Le malade partit alors pour les Pyrénées, espérant trouver quelque soulagement dans l'usage des eaux sulfureuses.

Je le trouvai à Vernet-les-Bains dans les premiers jours de septembre 1850, et c'est là qu'il me consulta sur son état. Je voulus essayer de pratiquer chez lui le cathétérisme; mais des sondes de divers calibres depuis les plus petits numéros, essayés à diverses reprises, avec les plus grands ménagements, se trouvèrent toujours arrêtées en avant de la courbure du canal. Cependant la sonde no 11, poussée dans l'urètre avec beaucoup de lenteur, non-seulement pénétra jusqu'à ce point, mais parut même arriver plus avant qu'aucune autre. Le malade assura qu'on n'avait jamais pénétré si profondément dans son canal. J'étais arrivé sur le point où il accusait presque toujours une excessive douleur, il ne s'était pas écoulé une goutte de sang; mais la douleur devenant intolérable et le séjour de la sonde que je voulais tâcher de pousser peu à peu plus avant n'ayant plus pu du tout être supporté, je proposai au malade d'essayer des anesthésiques.

Le lendemain 6 septembre, M. G... se soumit de bonne grâce aux inhalations de chloroforme. L'insensibilité s'étant bientôt produite, j'essayai d'introduire une sonde. Quelle ne fut pas ma joie lorsque je vis la sonde no 9, poussée avec beaucoup de lenteur et de ménagement, arriver peu à peu jusqu'à la ves-

---

de mes compagnons de voyage poussèrent jusqu'au bout. Voici le récit de l'un d'eux :

« Le carrosse s'engage dans la fameuse rue. Un piquet de soldats veille en permanence aux issues, prêt à rétablir la tranquillité à chaque instant troublée dans ce repaire où chaque maison est une tanière de prostituées du plus bas étage. Au bruit de la voiture, des groupes de femmes nous assaillent en poussant des cris. Le cocher jette quelques grains, et aussitôt....; le diplomate et le colonel avaient bien raison; ils auraient pu ajouter que la toile se lève quelquefois gratis. Ce spectacle était dégoûtant ; fouettez, dis-je au cocher, sortons de cette maudite rue. Mais le sol est inégal, anfractueux, et le carrosse ne pouvait aller qu'au très-petit trot. Nos impressions n'échappèrent pas à la gent ignoble ; des voix rauques nous accablèrent d'injures ; ce fut la toile du fond du théâtre qui se leva, et les vociférations furent bientôt accompagnées des projectiles les plus insultants, côtes de melons, quartiers de citron, trognons de chou, etc. Nous eûmes hâte de sortir. L'aventure n'est pas brillante, mais elle est instructive. » Nous devons ajouter que le désordre est confiné dans cette seule rue; partout ailleurs la décence est respectée.

A Rome, la prostitution n'est pas tolérée; elle n'en existe pas moins, plus dangereuse et plus immorale; elle s'exerce au sein de la famille, sous les yeux des parents, comme un métier avouable; la mère vous introduit chez sa fille, la sœur chez sa sœur, et le plus jeune enfant vous éclaire dans l'escalier. Une fois qu'on a admis ce principe que la chasteté n'est qu'une convention, que tout organe peut légitimement fonctionner dès qu'il est adulte, que tous les moyens que la nature a mis à notre disposition doivent contribuer à nous faire vivre, dès qu'on a admis cela, il n'y a plus rien que de très-simple dans cette conduite. Le malheur est qu'on vienne quelquefois à admettre de tels principes.

Outre la *casa particolare*, il existe à Rome d'autres formes de la prostitution; nous voulons parler des maisons de passe. Comme les maisons de prostitution proprement dites seraient vite connues de la police, et que, d'autre part, les simples rendez-vous ne peuvent pas suffire à tous les besoins, il s'est naturellement formé un genre de lupanar mixte, où les femmes ne couchent pas, mais viennent passer un certain nombre d'heures par jour, et quelquefois prendre leur repas. Ces sortes de maisons ne sont pas nombreuses ; nous ne pensons pas qu'aucune d'elles recèle plus de sept ou huit femmes. La majorité des femmes qui se prostituent pour de l'argent consiste dans les filles libres vivant chez elles et dans les femmes mariées. On sait qu'en France c'est de ces femmes galantes, nous voulons parler des premières, qu'émane surtout l'intoxication syphilitique. C'est dire qu'à Rome il y a beaucoup de dangers. Chacune exerce clandestinement, silencieusement, sans être astreinte à aucune visite sanitaire. Le scandale, ou les sollicitations de quelque famille influente dont le fils donne dans des écarts avec un de ces êtres déchus, sont une cause d'arrestation.

Cet état de choses est déplorable au double point de vue de la morale et de la santé publiques. Le remède en serait dans la tolérance de la prostitution ; mais cela est impraticable, dit-on, au siége de la chrétienté ; il y a incompatibilité entre le caractère du gouvernement et l'acceptation d'une telle mesure. Des prélats avec lesquels je parlais de la grandeur du mal, pensaient qu'il serait peut-être possible de trouver un *mezzo-termine*, qui consisterait à délivrer des cartes aux femmes convaincues de prostitution, à les inscrire à la préfecture de

sie sans rencontrer d'obstacle, et laisser l'urine s'écouler par son orifice. Je la laissai dans l'urètre jusqu'au réveil du malade, dont la surprise et le contentement furent au comble. J'étais convaincu dès lors que le spasme provoqué dans le canal par l'état d'éréthisme nerveux de la muqueuse, entretenu par la disposition du malade aux affections névralgiques, était le seul obstacle à l'émission des urines, et avait pu simuler jusque-là un rétrécissement organique. Le malade ayant déjà usé de moyens émollients et antispasmodiques nombreux et variés, je lui offris de pratiquer d'abord une légère cautérisation à la surface de la muqueuse urétrale, pour modifier sa vitalité avant d'en venir à l'emploi des nouveaux remèdes. Il se soumit à tout.

Le 9 septembre, après avoir pris exactement la mesure de la partie du canal dans laquelle la sensibilité était beaucoup plus exaltée que dans toutes les autres, je soumis de nouveau le malade aux inhalations chloroformiques. A peine était-il endormi que j'introduisis dans le canal la sonde porte-caustique de M. Lallemand, la plus volumineuse que j'eusse avec moi (le n° 7 ou 8), et l'ayant ouverte au niveau de la portion prostatique de l'urètre, je pratiquai une cautérisation légère et rapide sur la plus grande étendue de la muqueuse urétrale jusqu'à 5 centimètres environ du méat en ayant soin de laisser le caustique agir un peu plus énergiquement au niveau du siége de l'excessive sensibilité. A son réveil, M. G... assura qu'il n'avait point souffert. Il commença seulement quelques instants après à sentir la douleur et la chaleur répandues dans tout le canal par l'action du caustique.

Les accidents inflammatoires furent combattus comme d'habitude, et j'eus la satisfaction de constater, à mesure qu'ils se dissipaient, une amélioration de plus en plus sensible dans l'état du malade. Le point qu'il avait cru être atteint d'ulcération n'était plus le siége d'une sensibilité excessive, l'urine sortait avec infiniment moins de difficulté qu'auparavant, et son passage était peu douloureux.

Le 23 septembre, je pus introduire, en usant de quelques ménagements, une sonde n° 9 jusque dans la vessie.

Je conseillai alors au malade de se soumettre pour achever sa cure au traitement suivant : 1° prendre une dizaine de bains sulfureux à la source Eliza ; 2° se soumettre ensuite alternativement pendant vingt à trente jours, un jour aux bains de vapeur sulfureuse, un autre jour aux douches jumelles, c'est-à-dire aux douches successivement chaudes et froides sur le périnée, les lombes, le bassin, les cuisses ; 3° insister à la fin du traitement sur les douches et affusions froides de courte durée sur toutes ces parties, et favoriser leur action par quelques frictions sèches faites matin et soir avec une brosse anglaise ; 4° boire de l'eau sulfureuse, ne pas restreindre son régime à quelques plats insipides, mais le composer surtout de bonne viande rôtie et ne pas en exclure un peu de vin ; faire des promenades à pied, d'abord courtes, mais fréquemment réitérées, puis un peu plus longues ; 5° enfin combattre les névralgies, si elles résistaient à ce traitement ou si elles se reproduisaient, par l'usage de l'extrait de jusquiame et de quelques autres moyens généraux et locaux appropriés.

Sous l'influence de ce traitement suffisamment continué, la sensibilité du canal s'est éteinte peu à peu, le cours des urines s'est rétabli d'une manière complète et l'émission n'est plus accompagnée de douleurs ; les névralgies périnéale et inguinale n'ont pas reparu. J'ai revu depuis M. G..., et je l'ai trouvé dans l'état le plus satisfaisant.

Cette observation offre l'exemple de l'application la plus directement utile de l'anesthésie au cathétérisme. Ce n'est pas précisément que l'anesthésie entre ici dans le traitement comme moyen curateur, mais elle fait connaître immédiatement, sans danger et sans douleur, la véritable nature de la maladie. Elle empêche qu'on oppose à une coarctation spasmodique le traitement d'un rétrécissement organique, traitement susceptible d'aggraver souvent le premier de ces deux états morbides. Elle indique nettement quel ordre de moyens il convient de lui appliquer. Elle fait plus encore, elle facilite l'application de ces moyens, comme on l'a vu dans le cas que je viens de citer. L'absence de toute lésion organique étant constatée, l'anesthésie ne peut avoir aucun inconvénient et doit offrir de véritables avantages. En prêtant son secours, par exemple, à la cautérisation du canal, elle évite au malade les douleurs de cette légère opération sans lui en enlever le bénéfice et contribue doublement à favoriser sa guérison.

Les observations qu'on vient de lire ne sont en quelque sorte que la confirmation des raisonnements qui les précèdent et la justification des règles générales que j'ai essayé de poser au commencement de ce travail. Chacune d'elles est accompagnée d'ailleurs des réflexions particulières qui lui doivent être plus directement rattachées. Il nous reste à résumer ces réflexions en peu de mots et à en déduire les principales conséquences.

CONCLUSIONS.

1° La méthode anesthésique est souvent applicable au cathétérisme et au traitement des rétrécissements de l'urètre par la dilatation.

2° Son indication n'est ni absolue ni même habituelle ; mais elle ressort, dans certains cas, de conditions générales et locales faciles à apprécier.

3° Chez les sujets essentiellement irritables, surtout chez ceux dont le canal est doué d'une susceptibilité vitale extrême et pour ainsi dire idiosyncrasique, la méthode anesthésique est formellement indiquée ; non-seulement elle met le malade à l'abri de la douleur, mais encore elle peut devenir un moyen préventif des accidents les plus graves.

4° Dans les cas de rétention d'urine subite tenant uniquement au spasme ou même coïncidant avec une valvule du col ou un gonflement de la prostate, l'anesthésie permet de soulager immédiatement le malade en vidant sa vessie, circonstance d'ailleurs éminemment favorable à l'action des moyens curateurs consécutivement mis en œuvre.

5° Dans le cas de coarctation spasmodique de l'urètre, elle fait diagnostiquer tout de suite la nature de la maladie, et permet de lui appliquer aussitôt, suivant le besoin, un des moyens curateurs locaux les plus énergiques, tels que la cautérisation, la présence d'une grosse sonde à demeure, etc.

6° Dans le cas de rétrécissements organiques récents ou compliqués de coarctation spasmodique, d'ulcération ou de fongosités saignantes, elle permet d'introduire du premier coup des sondes assez volumineuses.

7° Dans le cas de rétrécissements organiques anciens et très-étroits, elle réduit encore la maladie à sa propre nature, en la dégageant des complications de coarctation spasmodique qui s'y joignent le plus souvent et facilite l'introduction des sondes fines, qu'on aurait eu sans son secours beaucoup de peine à introduire après de longues et de laborieuses manœuvres.

8° Enfin, comme il est très-rare que les seuls obstacles matériels, dégagés de toute coarctation spasmodique, s'opposent absolument à l'introduction d'une sonde dans la vessie, il s'ensuit que l'emploi de la méthode anesthésique doit rendre le cathétérisme presque toujours possible, par conséquent rendre de plus en plus rares, si ce n'est complétement inutiles, les tristes opérations du cathétérisme forcé et de la ponction de la vessie.

---

police, et à les forcer à venir s'y soumettre à des visites régulières, sans permettre l'établissement d'aucune maison organisée. Mais, à notre avis, du moment qu'il y a inscription à la police et visites ordonnées, la prostitution est reconnue et tolérée ; s'opposer à l'établissement de maisons régulières, ce n'est que batailler contre une forme après avoir accepté le principe. La saine morale nous semble donc faire au gouvernement romain une loi de tolérer franchement et complétement ce mal nécessaire qu'on appelle prostitution.

Comme annexe à la question de la prostitution, nous devons dire un mot de ce vice dont nous avons déjà signalé la fréquence en Algérie, et qui était monnaie courante chez les anciens Grecs et chez les anciens Romains. Les modernes habitants de Rome n'ont, heureusement, pas recueilli l'héritage complet de leurs pères. Le nombre considérable des célibataires par suite de vœux, et leur agglomération dans les couvents entretiennent cependant ce vice sur une plus large échelle qu'en France, mais il n'est pas passé dans les mœurs comme une chose naturelle et avouable ; on le cache, on en rougit, car la voix publique flétrit ces relations honteuses.

L'étude de l'esprit et du cœur, sans rentrer aussi étroitement dans le domaine médical que l'étude du corps, n'en est pas moins indispensable au médecin, fort heureusement pour nous, car s'il n'en était ainsi, on pourrait nous demander compte de l'épithète dont nous avons qualifié notre *Promenade médicale*. Le nombre des sciences accessoires ne se borne pas à la physique, à la chimie et à l'histoire naturelle. Ces raisons ne nous semblent pas mauvaises, mais, ce qui vaut mieux encore, nous allons entrer à pleines voiles dans l'hygiène et la médecine proprement dite.

Le tempérament du Romain, dit-on, tient le milieu entre le sanguin et le nerveux. Cet énoncé ne saurait nous satisfaire. L'élément sanguin qui entre dans leur constitution n'est pas franc ; ce caractère douteux se manifeste dans l'état de santé comme dans l'état de maladie. La circulation n'est pas assez active, le sang pas assez riche, la réaction pas assez aiguë pour que les inflammations affectent cette marche décidée, cette physionomie nette et typique, cette rapidité dans leur cours, cette franchise dans leurs terminaisons, qu'on observe chez les peuples plus septentrionaux. Les éléments nerveux, bilieux et lymphatiques interviennent à peu près toujours, et se combinent différemment. Le climat, à son tour, vient mitiger le génie phlegmasique.

On pourrait presque ranger tous les Romains dans deux grandes classes dont voici le dessin en quelques traits.

Premier type : réunion de la blancheur rosée des chairs avec l'abondance d'un système pileux d'un noir franc, doux, soyeux, souple. La Transtévérine que nous avons vue passer se range dans cette catégorie, qui est la plus nombreuse de beaucoup. Cette classe est exposée à l'obésité ; les femmes deviennent souvent énormes. Le sang est plutôt abondant que riche en globules. Le caractère moral est bien plus souvent frappé au coin de cette paresse, de ce manque d'initiative qui appartiennent à l'homme lymphatique, que de l'activité, de la gaîté, des sentiments communicatifs, expansifs, qui sont l'apanage ordinaire de l'homme sanguin. Les inflammations sont plutôt membraneuses que parenchymateuses; les éléments catarrhe, rhumatisme, sub-irritation hypersécrétante, se mêlent à la phlegmasie. Ce tempérament est donc lymphatico-sanguin.

Second type. Il est constitué par les éléments bilieux et nerveux. Voici ses

REVUE DES JOURNAUX DE MÉDECINE.

JOURNAUX BELGES.

I. ANNALES ET BULLETIN DE LA SOCIÉTÉ DE MÉDECINE DE GAND.

Les livraisons de janvier, février, mars, avril, mai et juin 1850 contiennent les travaux originaux suivants : 1° *Recherches pathogéniques sur les caractères distinctifs des maladies contagieuses et des maladies non contagieuses* ; par M. Schouten. 2° *De la contagionabilité de la phthisie pulmonaire, fondée principalement sur des faits pratiques* ; par M. Muynck. 3° *Observation d'un cas d'hystérie caractérisé par des symptômes extraordinaires* ; par M. Sotteau. 4° *Description d'un monstre para-cyclocéphale* ; par M. Pœlman. 5° *Observation d'un accouchement terminé à l'aide du forceps-scie de M. Van Huevel* ; par MM. Lados et Fraeys. (Nouvel exemple de succès obtenu par l'application de cet instrument dans un cas de rétrécissement du bassin.)

RECHERCHES PATHOGÉNIQUES SUR LES CARACTÈRES DISTINCTIFS DES MALADIES CONTAGIEUSES ET DES MALADIES NON CONTAGIEUSES ; par le docteur H. J. SCHOUTEN.

DE LA CONTAGIONIBILITÉ DE LA PHTHISIE PULMONAIRE, FONDÉE PRINCIPALEMENT SUR DES FAITS PRATIQUES ; par le docteur DE MUYNCK.

Voilà de quoi faire jeter les hauts cris aux gens difficiles sur le chapitre de la contagion, et l'on sait qu'il n'en manque pas en ce moment. Des deux mémoires dont on vient de lire le titre, l'un oppose des considérations souvent pleines de justesse et de force aux arguments généraux par lesquels on cherche d'ordinaire à affaiblir la signification de faits invoqués par les contagionistes ; l'autre exhume, sur la contagionabilité de la phthisie pulmonaire, une opinion qui, après avoir régné longtemps sans conteste, était tombée dans un complet discrédit. Sur la question générale comme sur la question particulière, nous nous rangeons, sans réserves essentielles, du côté des auteurs belges.

Nous n'analyserons pas en détail le travail de M. Schouten, qui, reprenant *ab ovo* la question des caractères distinctifs des affections contagieuses, et commençant, comme il le dit lui-même, par *une révision des rudiments de la science*, n'a pu sortir le plus souvent du domaine commun. Néanmoins nous recommandons de très-bonnes considérations sur la nécessité d'admettre des germes morbides primitifs, se renouvelant par des émanations sorties du corps des malades, pour l'explication des constitutions épidémiques pestilentielles qui se jouent des saisons, des latitudes, de toutes les conditions telluriques ou atmosphériques, et se prolongent pendant une suite d'années. « Il peut exister, dit-il sous forme de conclusions, et il existe souvent des constitutions morbifiques, épidémiques, occasionnées par les variations, les alternatives et les vicissitudes de l'atmosphère. Il peut exister des constitutions qui se rattachent à une combinaison de causes atmosphériques et telluriques. Il peut enfin exister des constitutions pestilentielles occasionnées par l'émanation de miasmes répandus dans l'atmosphère, ainsi que par toute autre émanation contagieuse ou spécifique... Ces constitutions peuvent se renouveler indépendamment des saisons et d'autres conditions morbides ou des états de l'atmosphère. » On lira aussi avec fruit les passages contenant la puissance relative des germes et les conditions de leur développement et de leur multiplication. Nous avons toujours été surpris de l'importance attachée par certains adversaires de la contagion du choléra à cet argument que le choléra, s'il était transmissible, ne s'arrêterait plus et se perpétuerait indéfiniment au sein des populations. Il est trop clair que cet argument frappe sur toutes les maladies contagieuses, et que, à le prendre au sérieux, il compromet la contagionabilité de la variole et de la scarlatine aussi bien que celle du choléra. Son défaut essentiel est de ne tenir aucun compte des conditions susceptibles de modifier l'activité du principe de contagion et la réceptivité des individus. Ceux qui raisonnent ainsi ne réfléchissent pas que l'argumentation qu'ils trouvent bonne contre la contagion serait tout aussi bonne au moins contre l'influence épidémique, dont ils font un si commode usage. Or le travail de M. Schouten, bien qu'il ne s'attaque pas directement à cette argumentation, contient de quoi la battre en brèche avec une force irrésistible. L'auteur a tiré de sa croyance si ferme en la préexistence de germes morbides, en leur reproduction par le corps des malades, en leur transmissibilité d'individu à individu, une conséquence thérapeutique qui pourrait paraître d'abord contraire aux prescriptions d'une saine hygiène. Il ne veut pas que, en cas d'épidémie contagieuse, on dispose les malades, dans la crainte de créer autant de foyers morbides que d'individus atteints. « Croire à l'efficacité de la dispersion serait, dit-il, le comble de l'absurde. » Mais il a soin d'ajouter que la mesure aurait une pleine efficacité si les malades étaient disséminés « dans des localités spacieuses, bien aérées et éloignées des populations. » Il est de fait qu'il ne serait pas prudent de disséminer des pestiférés ou même des cholériques dans une masse d'individus sains et qu'on pourrait réellement ainsi multiplier les foyers ; mais prévenir l'entassement des malades en les transportant dans des lieux aérés, les éloigner les uns des autres pour empêcher la concentration des miasmes, disperser la population saine elle-même sur une grande surface et en plein air, par exemple, dans une sorte de camp dressé hors des murs, comme on l'a fait en Angleterre (voir l'article *bibliographie*), seront toujours de bonnes et utiles pratiques.

Le mémoire de M. de Muynck est tout entier historique, et ne paraît être que le préambule d'un travail plus étendu et plus pratique dont nous aurons sans doute un jour occasion d'entretenir le lecteur. On sait que, jusqu'au commencement de ce siècle, l'opinion était presque unanimement favorable à la contagionabilité de la phthisie pulmonaire. M. de Muynck attribue le revirement qui s'est opéré à la préoccupation de la recherche anatomique. Cela est possible dans une certaine mesure. Il ne faut pas néanmoins oublier que beaucoup d'auteurs anciens croyaient à la contagion, qui n'ignoraient pas les désordres anatomiques graves qui se lient à la phthisie pulmonaire. Il est possible que la cause la plus puissante de ce changement survenu dans l'opinion vienne de plus haut et doive être cherchée dans leur esprit de doute et d'indépendance, qui s'était emparé alors de tous les travailleurs, et qui a fait à la médecine plus de mal peut-être que de bien. Quoi qu'il en soit, c'est l'un des coryphées de l'École anatomo-pathologiste qui a le plus fortement ébranlé la croyance ou la contagionabilité de la phthisie pulmonaire. Il faut le dire, et c'est aussi l'avis de M. de Muynck, le chapitre que Portal consacre à cette question (Ob-

---

principaux caractères : taille élancée, pas de tendance à l'obésité, traits prononcés, saillants, carnation mate, brunâtre, jaunâtre, absence d'incarnat, activité du système bilieux, mobilité nerveuse, système pileux abondant, noir, rude, viscosité du sang, imminence des embarras dans la circulation et des obstructions viscérales.

Tous les médecins, indigènes ou étrangers, qui ont écrit sur Rome, s'accordent à signaler la mobilité nerveuse comme imprimant un caractère tout spécial à la pathologie du pays. M. le professeur de Matthœis (RATIO INSTITUTI CLINICI ROMANI, etc.) pense que ces nombreux maux de nerfs de toute espèce, qu'on englobe sous le nom générique de *tirature*, depuis la simple mobilité nerveuse jusqu'à l'hystérie la plus furieuse, n'ont paru à Rome qu'au dix-huitième siècle. La question est importante, mais nous ne saurions guère l'enrichir de nouveaux documents. Ce seraient surtout les odeurs qui auraient le privilége de mettre en émoi les nerfs des Romains et des Romaines d'aujourd'hui. Autrefois les robustes enfants de Romulus ne redoutaient pas ainsi les odeurs fragrantes ; ils corrigeaient les mauvaises qualités de l'air en brûlant des parfums, des résines avec des fleurs. Galien condamne pourtant les senteurs trop pénétrantes en disant : « Validos odores cerebrum nervosque ledere. » (DE INSTRUM. ODOR., cap. V.) Ramazzini, qui n'est pas encore bien loin de nous, parle de l'action des odeurs sur les femmes hystériques : « Quanta sit odorum vis, satis norunt mulieres histericis passionibus obnoxiæ. » (DE MORB. ARTIF., cap. XXXVIII *et passim*). Mais il y a loin de ces principes, vrais chez toutes les nations, au tableau qu'on nous trace aujourd'hui des dames romaines. Les femmes aux larges épaules, à la splendide poitrine, au torse luxuriant, et qui certes n'ont rien de la petite maîtresse, et ressembleraient plutôt au boabab qu'à la sensitive, se pâmeraient à l'odeur d'une rose, suffoqueraient en sentant un jasmin, et un flacon d'eau de Cologne ferait vibrer convulsivement tous leurs nerfs comme les cordes d'une guitare. Ce serait de bien mauvais goût, quand on n'a pas le physique de l'emploi.

« Lorsque, dit M. Bérard (DE L'HYGIÈNE A ROME, p. 69), les devoirs de ma profession m'appelèrent pour la première fois auprès des nouvelles accouchées, je m'étonnai fort de leur trouver les narines bouchées par deux gros tampons de feuilles vertes de matricaire. J'appris que le danger de respirer quelque odeur malfaisante exigeait impérieusement qu'elles prissent cette singulière mesure. Depuis lors (M. Bérard est à Rome depuis quinze ans), j'ai pu constater moi-même l'action délétère des parfums, même les plus suaves, sur le système nerveux des Romaines, et je puis affirmer que, dans les précautions minutieuses, je dirai presque ridicules, qu'elles prennent pour les éviter, rien n'est exagéré. » Soit, quoique cependant tout cela ne nous paraisse vrai qu'à moitié, mais comment M. Bérard a-t-il eu assez peu de courtoisie pour insinuer, quelques lignes plus bas, que telles personnes délicates et nerveuses que l'œillet et la rose effrayent, font leurs délices des odeurs *les plus repoussantes* comme les *effluences fétides* qui s'exhalent dans les angles malpropres et solitaires des rues et des palais ?

On a certes calomnié les Romaines ; les relations que nous avons eues avec la société, soit comme médecin, soit comme homme du monde, ne nous ont pas dévoilé chez elles notablement plus de mobilité nerveuse que chez les Parisiennes, et il nous a semblé — ce que nous ajoutons encore à leur louange —

SERVATIONS SUR LA NATURE ET LE TRAITEMENT, ETC., 1809, t. I, p. 42) est éloigné (comme presque tout l'ouvrage, du reste) d'offrir les garanties d'une observation sévère. Des négations, des doutes, quelques faits négatifs en font tous les frais. L'exemple de Portal a été généralement suivi. Néanmoins, des hommes recommandables sont restés fidèles à l'antique croyance: Thomas Jonng, Alexandre Crichton, MM. Lesage, Fournet, etc. Ce dernier, qui n'avait pas ajouté foi d'abord à la contagionabilité de la phthisie, a fini par l'admettre, appuyé sur des faits dignes de la plus sérieuse attention. Quelques-uns de ces faits, comme il le déclare, lui avaient été communiqués par M. Jules Guérin. Ils ont été relevés spécialement par M. de Muynck.

Tel est, au point de vue historique, l'état de la question. Si l'auteur en aborde le point de vue pratique, nous l'y suivrons avec intérêt.

II. ARCHIVES DE LA MÉDECINE BELGE.

Les numéros de janvier, février et mars 1850 contiennent les travaux originaux suivants: 1° *Sur l'électricité de l'air pendant les neuf premiers mois de l'année* 1849; par M. Quetelet. 2° *Sur l'usage des eaux de Creuznach dans le traitement des affections syphilitiques*; par M. Engelmann. 3° *Revue de la clinique chirurgicale de l'hôpital Saint-Jean*; professeur, M. Uytterhoeven.

SUR L'ÉLECTRICITÉ DE L'AIR PENDANT LES NEUF PREMIERS MOIS DE L'ANNÉE 1849; par M. QUETELET.

On a beaucoup parlé de variations dans la valeur de l'électricité atmosphérique pendant la dernière épidémie de choléra. Des assertions contradictoires se sont heurtées sur ce point. Ce qu'on avait observé à Saint-Pétersbourg ne l'a pas été à Berlin, à Hambourg, à Londres (GAZ. MÉD., 1851, p. 125). Voici des expériences rigoureuses qui prouvent que, à Bruxelles, pendant la plus grande partie de 1849, l'électricité atmosphérique a eu une valeur moindre que pendant les années précédentes. Nous publions le résultat de ces expériences, faites à l'aide de l'électromètre de Peltier, sans prétendre en tirer aucune conséquence relativement à l'étiologie du choléra.

Pour le mois de janvier des années 1845 à 1848, l'électromètre a indiqué une valeur moyenne de 53°; en 1849, la moyenne n'a été que de 39°. La même disproportion s'est maintenue jusqu'au mois d'août. Ensuite, tout semble être rentré dans l'ordre.

Le décroissement de l'électricité en 1849 n'a pas empêché la période annuelle de suivre son cours. Le *maximum* annuel, comme dans les années communes, s'est présenté en janvier, et le *minimum* en juin.

Les *maxima* et *minima* absolus de chaque mois ont également eu des valeurs généralement inférieures à celles données par les moyennes des cinq années de 1844 à 1848.

III. ANNALES DE LA SOCIÉTÉ MÉDICO-CHIRURGICALE DE BRUGES.

Les trois premières livraisons de l'année 1850 comprennent les articles originaux suivants: 1° *Compte rendu des travaux de la Société médico-chirurgicale de Bruges pendant l'année* 1849; par M. Wemaer. 2° *Analectes médicaux ou recueil de faits qui ont rapport à l'art de guérir, et qui se sont passés dans le ressort de la ville et du Franc de Bruges*; par M. de Meyer. 3° *Quelques données sur le typhus qui a régné dans la Flandre occidentale en* 1847 *et* 1848; par M. Lagae. 4° *Verre à bière introduit dans le vagin*; par M. Janssens. 5° *Mémoire sur les tranchées utérines et les hémorrhagies après l'accouchement*; par M. Liégard. 6° *Resection d'une moitié du corps de la mâchoire inférieure*; par M. Verhaeghe. (Quoique l'altération eût été occasionnée par une cause traumatique, elle récidiva après une première ablation qui, cependant, avait porté au delà des limites du mal.) 7° *Amputation de la cuisse à lambeaux au cinquième supérieur du membre*; par le même. (Opération faite avec succès sur un enfant de 10 ans.) 8° *Chute de matrice simulant diverses affections abdominales*; par M. Lecluyse. (Plusieurs observations, succinctement rapportées, montrent les symptômes d'une gastrite, d'une néphrite, d'une pleurésie commençante, etc., simulés par la chute de matrice et guéris immédiatement par l'application d'un pessaire.) 9° *Note sur l'efficacité de la cautérisation de l'oreille dans la névralgie sciatique*; par M. Retsin. (Faits très-favorables à l'emploi de ce moyen.) 10° *Note sur une ophthalmie militaire granuleuse qui a régné en août* 1850 *dans l'hospice des vieillards de Langlemarck*; par M. Hammelrath.

VERRE A BIÈRE INTRODUIT DANS LE VAGIN; observation par M. JANSSENS.

OBS. — Une femme de 33 ans fit appeler M. Janssens qui la trouva en proie aux plus horribles souffrances. Pendant une manœuvre qu'elle n'osa avouer, mais qu'on devina sans peine, elle s'était introduit dans le vagin un verre à bière. Celui-ci avait complétement disparu et était si bien caché derrière l'anneau vulvaire qu'à l'extérieur, on ne l'apercevait en aucune façon. Le fond du verre répondait au museau de tanche.

Le poli du verre n'offrant aucune prise aux doigts ni aux instruments qu'on aurait pu ouvrir dans son intérieur, M. Janssens se décida à avoir recours au forceps. La première branche fut introduite non sans quelques difficultés; mais on ne put parvenir à introduire la seconde, la crainte de briser le verre interdisant tout effort un peu violent.

Ramenant alors la branche introduite vers la paroi postérieure du vagin, il s'en servit comme d'un levier; la fourchette se distendait fortement. Enfin, en dirigeant ses efforts dans ce sens pendant que deux aides écartaient violemment l'anneau vulvaire et faisaient correspondre l'axe du verre à celui du petit bassin, il parvint à amener le corps étranger au dehors, en faisant toutefois subir à la femme des souffrances qui, dit-il, la guériront sans doute de son incompréhensible passion.

Ce verre était de forme cylindrique, présentant vers le fond des rainures; son diamètre avait 7 centim. et demi; sa hauteur était de 8 centim.

— Sans vouloir en rien critiquer le procédé qui a réussi, nous en rappellerons un beaucoup plus simple et qu'on pourrait essayer avec avantage dans des cas semblables. M Janssens lui-même dit qu'il « a eu l'idée d'introduire une pince à polype, de l'ouvrir dans le verre et de faire ainsi des efforts d'extraction; mais qu'il l'a abandonnée à cause de la fragilité de la substance et du poli du corps étranger qui n'aurait offert aucun point d'appui aux tentatives. »

Tout ceci est vrai si l'on parle d'une pince métallique placée à nu; mais il n'en est plus de même si l'on a préalablement entouré chaque mors d'un corps mou. Essayez par exemple, étant assis, de serrer entre les cuisses un verre avec toute la force dont vous pouvez disposer. Eh bien! si vous dé-

---

que la feinte court moins les boudoirs de Rome que ceux de Paris. La seule chose qui nous a frappé au point de vue des affections nerveuses, c'est la violence excessive, vraiment exceptionnelle de certaines attaques d'hystérie. Nous y avons retrouvé ce cortége effrayant de désordres nerveux, de convulsions toniques et cloniques, de furieuse agitation, de perversion affective et psychique, dont on rencontre le tableau dans quelques auteurs. Notre clientèle romaine est trop peu étendue pour que nous puissions estimer la fréquence relative de ces attaques violentes comparées aux maux de nerfs plus calmes et plus vagues!

FÉLIX JACQUOT.

(*La fin prochainement.*)

— La commission municipale de Paris a décidé que l'avenue de l'hôpital Saint-Louis, située entre le quai de Jemmapes et la rue Bichat, perdrait son nom actuel pour prendre celui de Richerand, l'illustre praticien qui exerça pendant quarante années les fonctions de chirurgien en chef de l'hôpital Saint-Louis. On sait qu'elle avait décidé antérieurement que les rues de Touraine-Saint-Germain et du Paon prendraient les noms de Dupuytren et de Larrey.

— La commission chargée de visiter les logements insalubres pour en prescrire les améliorations hygiéniques poursuit ses investigations et rédige des rapports au fur et à mesure. Douze ou quinze cents maisons affectées aux logements des ouvriers dans les quatrième, cinquième, neuvième, onzième et douzième arrondissements sont déjà signalées comme devant recevoir prochainement des améliorations.

— M. Cuvellier, chirurgien-major au 62e régiment de ligne, vient d'être nommé chevalier de la Légion d'honneur.

— MUTATIONS DANS LE CORPS DES OFFICIERS DE SANTÉ MILITAIRES. — M. Thevenon, chirurgien sous-aide à l'hôpital de Versailles, est désigné pour l'hôpital de Lyon.

M. Damien, chirurgien sous-aide à l'hôpital de Phalsbourg, est désigné pour l'hôpital de Strasbourg.

M. Garros, chirurgien sous-aide à l'hôpital de Bayonne, est désigné pour l'hôpital de Toulon.

M. Bercegol, chirurgien sous-aide à l'hôpital de Toulouse, est désigné pour l'hôpital de Toulon.

— On écrit de Constantinople, le 4 mars:

« Depuis quelques jours, la grippe règne dans toutes les parties de Constantinople; il n'est peut-être pas de maison où elle n'ait plus ou moins sévi. On sait que les causes les plus ordinaires de la grippe sont les alternatives rapides de froid et de chaleur. Après quelques jours de gelée du mois de février, nous avons eu quelques jours d'un magnifique soleil, et maintenant nous sommes en plein mauvais temps: de là cette irruption générale de la grippe. »

ployez dans son intérieur une pince à polypes, dont chaque branche a été enveloppée d'une bande de caoutchouc, vous réussirez sans peine, en tirant sur la pince, à arracher le verre.

La chose serait encore plus facile si, au lieu d'une pince ordinaire, on employait cette espèce de tenettes qui sont articulées de manière que leurs mors, s'ouvrant parallèlement l'un à l'autre, presseraient sur l'intérieur du verre par toute leur face et non par leur extrémité seulement.

V. ANNALES D'OCULISTIQUE.

Les numéros de janvier, février, mars, avril, mai et juin 1850 contiennent les travaux originaux suivants : 1° *Du scintillement de la pupille*; par M. Blasius. 2° *Observations pratiques*; par M. Desmarres. 3° *Quelques observations d'abnormités congénitales des yeux et de leurs annexes*; par M. Cornaz. 4° *De l'ophthalmie qui règne dans l'armée portugaise*; par M. Fl. Cunier. 5° *De l'emploi de l'extrait de chanvre indien dans le traitement des maladies des yeux*; par M. Binard. 6° *Du ramollissement de la cornée qui survient dans les maladies consomptives*; par M. Hubsch. 7° *Mémoire sur l'anatomie pathologique des granulations palpébrales*; par M. Hairion. 8° *Nouvelles observations d'achromatopsies*; par M. d'Hombres-Firmas. 9° *Recherches et expériences sur la cataracte noire et sur son diagnostic, d'après les leçons de M. Pétrequin*; par M. Beauclair. 10° *Hypertrophie congénitale de la glande lacrymale et de ses conduits excréteurs*; par M. Gluge. 11° *Observations cliniques sur la paralysie des troisième et sixième paires cérébrales*; par M. Deval. 12° *Note sur un fait qui s'est présenté dans le service ophthalmologique de l'hôpital militaire d'Anvers pendant le 2e semestre de 1850*; par M. Gouzée. (Staphylôme survenu après l'emploi de l'acétate de plomb contre une ophthalmie granuleuse.) 13° *Clinique du dispensaire ophthalmologique de Liége, pendant l'année 1849*; par M. J. Ansiaux. 14° *Observation de nombreux fragments de vitre introduits dans l'orbite gauche*; par M. Collette. 15° *Identité de l'ophthalmie contagieuse des nouveau-nés et de l'ophthalmie dite de l'armée*; par M. Thiry. 16° *De la cautérisation des fosses nasales dans les ophthalmies chroniques*; par M. Tavignot. 17° *Institut ophthalmique de la province du Brabant, compte rendu du 10 septembre 1849 au 30 avril 1850.*

DE L'EMPLOI DE L'EXTRAIT DE CHANVRE INDIEN DANS LE TRAITEMENT DES MALADIES DES YEUX; par M. BINARD.

La puissance sédative et calmante de cet agent égale au moins celle de l'opium et de la morphine. C'est surtout contre les douleurs dépendant de l'ophthalmie rhumatismale qu'il s'est montré efficace. Dans deux cas tirés, l'un de la pratique de M. Wolff, l'autre de celle de l'auteur, la teinture de *cannabis indica*, administrée le soir à une dose de 15 à 20 gouttes a suffi pour calmer en peu de jours les douleurs et l'inflammation qui accompagnaient l'ophthalmie. Cette phlegmasie oculaire avait éclaté, chez le second malade, à la suite de l'opération de la ponction de la cornée. Chez le premier, elle était idiopathique.

DE L'IRITIS CONSIDÉRÉE COMME SYMPTÔME DE LA PRÉSENCE D'UN CORPS ÉTRANGER DANS L'INTÉRIEUR DE L'ŒIL; par M. DESMARRES.

Le titre de cet article suffit à faire comprendre l'intérêt et la portée de l'indication qu'il a pour but d'exposer. Il est des cas nombreux de blessures de l'œil dans lesquels le médecin ignore si tout ou partie du corps vulnérant n'est point demeuré dans l'intérieur du globe. L'examen des parties extérieures ne lui apprenant rien, il serait exposé à méconnaître la véritable cause de la persistance des symptômes, si l'inflammation persistante et la décoloration progressive de l'iris ne venaient alors la lui révéler.

C'est cette circonstance dont M. Desmarres s'est attaché à faire ressortir l'importance. Il la prouve surtout par l'histoire de quelques malades, chez lesquels l'introduction de corps étrangers, d'éclats de capsules fulminantes, etc., avait produit d'abord une ophthalmie intense. Rien ne s'apercevait au dehors, mais les phénomènes de l'iritis se dessinant de plus en plus malgré un traitement très-énergique, l'auteur fut conduit par ce seul indice à soupçonner la présence d'un corps étranger dans l'œil et à le retirer par une opération dont le succès démontra pleinement la justesse de l'induction qui l'avait fait considérer comme nécessaire.

DE LA CAUTÉRISATION DES FOSSES NASALES DANS LES OPHTHALMIES CHRONIQUES; par M. TAVIGNOT.

On se souvient que, en 1841, M. Morand proposa de traiter l'ophthalmie scrofuleuse par la cautérisation du méat inférieur avec le nitrate d'argent. Il partait de ce principe que l'inflammation de la conjonctive n'est, dans ces cas, qu'une continuation de celle primitivement développée sur la pituitaire, et se flattait d'agir par la cautérisation sur la partie d'où l'affection tirait son origine.

Plusieurs oppositions s'élevèrent contre cette manière de voir. On lui cita une foule de cas d'ophthalmie développée sans coryza préexistant ; on allégua l'absence presque constante, dans ces cas, d'inflammation dans le canal nasal et le sac lacrymal, parties qui devaient cependant participer à l'irritation, si, comme M. Morand le voulait, celle-ci se propageait à l'œil par continuité de tissu.

Mais si la théorie du médecin de Tours était défectueuse, il ne s'ensuivait pas nécessairement que la pratique qu'il conseille dût être abandonnée. M. Tavignot ayant expérimenté la cautérisation des fosses nasales l'a trouvée très-efficace. Il explique sa manière d'agir par l'effet révulsif; et la révulsion doit effectivement avoir ici d'autant plus de puissance qu'elle s'exerce sur un tissu plus analogue à celui de l'organe malade, et en second lieu plus près de celui-ci.

M. Tavignot recommande de ne pas appliquer cette médication à des ophthalmies aiguës; elle pourrait augmenter le mal au lieu de l'améliorer.

Quant au mode d'exécution, il a mis en usage les attouchements avec le crayon de nitrate d'argent solide, et l'usage d'une pommade au nitrate d'argent, portée dans une sonde. Mais, chez les adultes ou chez les enfants déjà raisonnables, il préfère employer une poudre astringente ou caustique, que le malade prise cinq à six fois par jour comme du tabac. Cette manière, extrêmement simple, a l'avantage de faire pénétrer le corps médicamenteux très-profondément et sur toute la surface anfractueuse de la cavité nasale.

Les meilleurs résultats ont été obtenus par la préparation suivante :

Poudre d'iris	30 grammes.
Sulfate de zinc	2
Camphre	1

On peut y augmenter la quantité du sulfate de zinc ou substituer le sulfate de cuivre. Il faut en continuer l'usage jusqu'à ce qu'on ait obtenu une sorte d'inflammation érythémateuse de la muqueuse nasale.

Voici une poudre plus active :

Poudre d'iris	30 grammes.
Nitrate d'argent pulvérisé.	1
Camphre	2

Une, puis deux prises par jour.

Du reste, ce n'est qu'en examinant avec soin les effets produits que l'on arrivera à distinguer s'il faut augmenter ou diminuer soit le nombre des prises, soit la quantité du principe actif de chaque poudre.

— Ayant eu souvent l'occasion d'administrer des poudres astringentes ou cathérétiques contre les maladies syphilitiques des fosses nasales, nous nous sommes bien trouvé d'y associer une certaine quantité de gomme arabique finement pulvérisée. Cette addition qui favorise l'exacte application et le contact durable de la poudre médicamenteuse sur la surface malade, pourrait être également adoptée pour la médication de M. Morand, que M. Tavignot renouvelle aujourd'hui d'une manière si rationnelle.

A. DECHAMBRE et P. DIDAY.

(*La suite au prochain numéro.*)

TRAVAUX ACADÉMIQUES.

ACADÉMIE DES SCIENCES.

ADDITION A LA SÉANCE DU 17 MARS. — PRÉSIDENCE DE M. RAYER.

L'Académie a procédé, dans cette séance, à l'élection d'un membre dans la section de physique, en remplacement de M. Gay-Lussac. Ce n'est qu'après quatre tours de scrutin que la majorité a été acquise à M. Cagniard-Latour, qui a été proclamé membre de l'Académie. Voici de quelle manière se sont réparties les voix entre les différents compétiteurs.

Les candidats présentés par la section étaient : en première ligne, *ex æquo* et par ordre alphabétique : MM. Bravais, Cagniard-Latour. En deuxième ligne, *ex æquo* : MM. Edmond Becquerel, Fizeau, Léon Foucault, de la Provostaye. En troisième ligne, *ex æquo* : MM. Janin, Wertheim. En quatrième ligne, *ex æquo* : MM. Masson, Verdet.

Au premier tour de scrutin, le nombre des votants étant de 52,

M. Cagniard-Latour obtient	12 suffrages.
M. Edmond Becquerel. . . .	11

M. Léon Foucault 11
M. Bravais 8
M. Fizeau. 8
M. de la Provostaye. 1
M. Wertheim. 1

Deuxième scrutin ; nombre des votants : 54.

M. Cagniard-Latour obtient 18 suffrages.
M. Edmond Becquerel 11
M. Léon Foucault. 11
M. Bravais 10
M. Fizeau. 4

Le candidat qui a obtenu le plus de suffrages n'ayant point réuni la majorité absolue, et les deux candidats qui en ont obtenu le plus après lui en ayant un nombre égal, l'Académie, conformément à la décision qu'elle avait prise avant le scrutin, passe à un troisième tour de scrutin libre.

Troisième scrutin ; nombre des votants : 54.

M. Cagniard-Latour obtient 19 suffrages.
M. Léon Foucault 11
M. Bravais 12
M. Edmond Becquerel . . . 9

Quatrième scrutin (scrutin de ballottage) ; nombre des votants : 54.

M. Cagniard-Latour obtient 34 suffrages.
M. Léon Foucault. 19

En conséquence, M. Cagniard-Latour a été élu.

CAUSES DE LA FIBRINATION ET DÉFIBRINATION DU SANG DANS LES DIVERS ÉTATS PATHOLOGIQUES.

M. Abeille, médecin en chef de l'hôpital militaire d'Ajaccio, adresse la première partie d'un mémoire sur ce sujet.

L'auteur, dans cette première partie de ce travail, s'est principalement proposé d'examiner les circonstances qui, agissant sur du sang déjà sorti de la veine, y peuvent faire varier les proportions de la fibrine. Les résultats auxquels les expériences décrites dans ce mémoire ont conduit M. Abeille, sont formulés dans les propositions suivantes :

1° Que de deux parties du même sang tiré de la veine, celle qui est soumise au battage à l'air libre présente une augmentation de fibrine sur celle qu'on laisse se coaguler : cette augmentation de fibrine est en rapport avec le changement de couleur que subit le sang qui devient rouge vermeil par l'action du battage ;

2° Que de deux parties du même sang soumises au battage, celle dont on élève la température à 60 degrés ou au-dessus, présente une augmentation de fibrine, preuve évidente que cette élévation de température a une action directe sur un sang hors de circulation, et que probablement une portion de son albumine coagulée se joint à la fibrine amassée pour en augmenter la somme ;

3° Que le battage a une influence plus grande sur l'augmentation de la fibrine que l'élévation de la température, puisque de deux parties d'une même saignée, celle qui est battue, étant entourée de glace, présente une somme de fibrine plus grande que celle qu'on laisse se coaguler à la température de 60 à 65 degrés ; ici encore la couleur rouge vermeil du sang battu est en rapport direct avec la différence de fibrine ;

4° Que, si le battage est une cause puissante d'augmentation de fibrine, en mettant successivement en contact avec l'air toutes les molécules du sang qui prend une couleur uniformément rouge artériel ; par une raison contraire l'abaissement de la température du sang au niveau de la glace et au repos est une cause de non-fibrination, et l'on pourrait presque dire de défibrination, en favorisant la coagulation spontanée du liquide, à mesure que le jet coule dans la capsule, et en empêchant ses molécules d'être mises en contact un peu prolongé avec l'air ;

5° Que cet effet de la réfrigération du sang, par rapport à la différence de la fibrine, devient encore plus frappant sur deux portions de la même saignée, dont l'une se coagule à la température de l'air ambiant et l'autre se coagule à la température de la glace ; le sang coagulé à glace présente une diminution considérable de la fibrine ; il conserve sa couleur noire veineuse d'une manière prononcée ;

6° Que la vaporisation d'une partie de l'eau du sang est une cause d'augmentation relative de la fibrine pour le sang tiré de la veine, puisque de deux parties de la même saignée lavées immédiatement après coagulation, celle qui se coagule à la température de l'air ambiant présentant un excès de fibrine sur celle coagulée à la température de glace, cet excès a lieu en faveur du sang coagulé à glace, si on lave celui-ci dix, douze et vingt-quatre heures après coagulation, le sang coagulé à la température de l'air ambiant étant lavé immédiatement. Cette différence ne saurait être que le résultat de la perte plus grande que le sang à glace a éprouvée dans sa portion aqueuse par une vaporisation de dix, douze et vingt-quatre heures.

ACADÉMIE DE MÉDECINE.

SÉANCE DU 25 MARS. — PRÉSIDENCE DE M. ORFILA.

Le procès-verbal de la dernière séance est lu et adopté.

La correspondance officielle comprend :

1° Trois lettres du ministre du commerce, qui adresse : 1° un rapport de M. le docteur Duménil sur une épidémie de variole dont la commune de Fontaine-sur-Saône, arrondissement de Lyon, a été atteinte pendant le dernier trimestre de 1850 (comm. de vaccine) ; 2° un rapport de M. le docteur Monteils, médecin des épidémies de l'arrondissement de Florac, sur une affection typhoïde qui a régné épidémiquement dans la commune de Florac (Lozère) en 1850 (comm. des épidémies) ; 3° deux pièces concernant un remède contre l'hydrophobie. (Comm. des remèdes secrets et nouveaux.)

2° Une lettre du ministre de l'intérieur, qui prie l'Académie de médecine de formuler des propositions pour l'élaboration d'un règlement d'administration publique en conformité du § 6 de l'art. 8 du projet de loi sur la garde nationale. (Comm. : MM. Bérard, Langier, Michel Lévy, Dubois (d'Amiens) et Bégin.)

3° Une lettre du ministre de la guerre transmettant deux mémoires de M. le docteur Bosio, médecin des établissements civils à Constantine (Algérie) : l'un est un essai de statistique nosographique sur la ville de Constantine ; l'autre, un rapport sur l'épidémie cholérique qui a régné dans la même ville vers la fin de l'année 1850. (Comm : MM. Cornac et Michel Lévy.)

4° Une lettre du préfet de police transmettant le relevé statistique des décès dans la ville de Paris, pour le mois de février dernier.

5° Lettre de M. le préfet de la Seine-Inférieure, qui consulte l'Académie sur la valeur du remède de MM. Vaconssin et Mahon contre la teigne. (Comm. : MM. Jobert et Gibert.)

MM. Jacquemier et Chailly écrivent qu'ils se portent candidats à la place vacante dans la section d'accouchements.

— MM. Delpouve, docteur en médecine à Saint-Omer, et J. Deheems, pharmacien de la même ville, adressent une observation médico-légale appuyée d'expériences chimiques, relative à un cas d'empoisonnement par le bioxalate de potasse (sel d'oseille), suivi de mort. (Comm. : MM. Orfila, Caventou, Bouchardat.)

— M. Liégey (de Rambervilliers) communique une note relative à un cas de bâillement intermittent. (Comm. : M. Bourdon.)

— M. Lecadre (du Havre) adresse une observation d'étranglement herniaire, pour être jointe au mémoire qu'il a récemment communiqué sur ce sujet. (Comm. : MM. Récamier et Huguier.)

— M. le docteur Batka (de Prague), correspondant de l'Académie, adresse une note sur l'écorce du behereon et du bois de Calenuras. (Comm. : M. Caventou.)

— M. Dussourt, médecin en chef de l'hôpital militaire d'Orléansville, adresse deux observations d'hydrophobie rabique, communiquée à une négresse et à une Française par un chien et un chat, et observée à l'hôpital militaire d'Orléansville. (Comm. : MM. Delafond et Renault.)

SIGNES DE LA MORT APPARENTE.

M. Girbal, chef de clinique médicale à la Faculté de médecine de Montpellier, adresse une note sur un cas de mort apparente. Il s'agit, dans cette communication, d'une jeune personne qui, à la suite d'accidents variés (hémoptysies, spasmes, syncopes, etc.) consécutifs à la suppression du flux menstruel, fut tout à coup considérée comme morte par les assistants. Il y avait plusieurs heures qu'on la croyait morte, lorsque M. Girbal fut appelé auprès d'elle. Entre autres signes de mort qu'on réputés tels, M. Girbal constata la *flaccidité* des globes oculaires, avec pâleur et affaissement des joues ; perte absolue des mouvements et de la sensibilité ; absence du pouls ; refroidissement du corps. Enfin l'auscultation de la région précordiale pendant *une ou deux minutes* ne fit percevoir aucun battement ; on ne percevait pas non plus le moindre mouvement diaphragmatique.

De l'ammoniaque, présenté sous le nez de la malade, des frictions et l'application d'un large sinapisme sur la région précordiale, parurent sans résultat. Cependant, une demi-heure après la constatation de cet état, cette demoiselle revint à la vie.

L'auteur déduit de cette observation : 1° l'insuffisance des signes immédiats de la mort ; 2° l'efficacité d'une médication fortement excitante en pareil cas ; 3° le danger des inhumations lorsque la mort n'a pas été *sérieusement* constatée ; 4° l'impérieuse nécessité de l'organisation de services *réels* de médecins chargés de la vérification des décès. (Comm. : M. Adelon.)

SIPHON A REFOULEMENT.

M. le docteur Blatin adresse une note sur le siphon à refoulement.

Lorsqu'en 1825 M. Leroy-d'Étiolles imagina le siphon irrigateur, il dota l'art chirurgical d'un instrument des plus utiles pour l'emploi topique de l'eau. Marjolin, dont cet instrument porte le nom, ne tarda pas à lui faire subir une légère modification, et le vulgarisa. On sait qu'il se compose d'un long tube en caoutchouc recouvert par un tissu de fil, et soutenu à l'intérieur par une spirale métallique. A l'extrémité inférieure existe un robinet qui sert à suspendre ou à modérer l'écoulement du liquide ; l'extrémité qu'on immerge est lestée par un plomb en forme de godet. Quoique nombreuses et variées, ses applications

qui se sont étendues au traitement de diverses affections, seraient plus répandues encore s'il s'annoncait moins difficilement. J'ai vu souvent embarrassés pour le mettre en marche, les malades, les auxiliaires qui les soignent et même les médecins qui les dirigent. Si l'on voulait, après avoir immergé la courte branche, aspirer l'air que contient le tube en exerçant à l'orifice de la longue brance une énergique succion, l'eau s'y précipiterait, et le courant s'établirait à l'instant, conformément aux lois de l'hydrostatique; mais cette manœuvre a pour premier inconvénient la malpropreté qui la fait rejeter. Il ne reste plus qu'un moyen d'amorcer, celui d'emplir d'eau le siphon, avant de placer sa branche plongeante dans le vase où il doit puiser. Dans ce but, Marjolin a fait excaver en cotonnoir le plomb terminal. Avec un peu d'adresse et d'habitude, en versant lentement dans ce godet l'eau qui doit pénétrer dans le tube, on réussit à en chasser l'air, et à le remplacer par une colonne de liquide. Le robinet, pendant ce temps de l'opération, reste ouvert et convenablement élevé. Quand le tube est plein, on ferme avec le doigt l'orifice de l'entonnoir, au moment où on le renverse pour le plonger dans le réservoir. L'appareil entre aussitôt en fonction.



Ces précautions, si longues à décrire, sont rigoureusement nécessaires : je les ai rendues inutiles, en apportant à la disposition du siphon irrigateur quelques modifications qui font disparaître complètement la difficulté de l'amorcer, tout en ajoutant à ses avantages celui d'imprimer, quand on le veut, au jet du liquide, une vitesse et une vigueur indépendantes du poids ou de la hauteur de la colonne d'eau.

Par l'emploi du caoutchouc vulcanisé, j'ai pu supprimer deux des parties constituantes du tube : 1° la spirale qui s'oxydait toujours, quoique étamée, et retenait au passage les débris organiques ou minéraux entraînés par le liquide; 2° le tissu qui masquait les défauts de l'enveloppe imperméable et qui, toujours mouillée, ne tardait pas à s'altérer ou tout au moins à se salir.

Ainsi constitué par le caoutchouc seul, le siphon présente au plus haut degré les conditions de souplesse et d'inaltérabilité; les variations de température ne l'influencent pas; il débite plus d'eau, quoique bien moins volumineux.

Au-dessus du robinet, dans la continuité de la longue branche, j'ai fait souder un renflement ovoïde et creux en caoutchouc, dont le grand diamètre se confond avec l'axe du tube. Il a des parois assez résistantes pour relever par leur propre élasticité, dès qu'on cesse de les comprimer, et peut être aisément embrassé par la main C'est lui qui sert d'aspirateur pour amorcer l'appareil.

Avec cette disposition, j'obtiens un *siphon à refoulement*. Voici comment on le fait fonctionner : Après avoir fermé le robinet et placé dans l'eau d'un vase suffisamment élevé la courte branche que leste une douille en étain, on presse avec la main le renflement élastique. L'air contenu dans sa cavité et dans celle du tube, se trouvant refoulé, s'échappe presque entièrement par l'orifice ouvert de la branche plongeante. Qu'on abandonne alors le renflement à lui-même, en reprenant sa forme et son volume, il opère une succion qui amorce immédiatement le siphon. Dès qu'on ouvre le robinet, l'eau s'échappe et continue de s'écouler, sans interruption, aussi longtemps qu'on le désire.

Le renflement ovoïde offre encore un autre et très-grand avantage, celui de donner à volonté plus d'impulsion et de vigueur au jet du liquide, de le lancer énergiquement, soit pour déterger une plaie, soit pour vaincre un obstacle, etc. Pour obtenir cet effet, pendant la marche du siphon, on opère sur le renflement une pression subite. L'eau qu'il contient, refoulée en tous sens, ne trouve pour fuir que deux issues, l'une à la partie supérieure, où la colonne liquide lui fait presque équilibre par son propre poids, et l'autre à la partie inférieure, d'où le jet accéléré s'échappe librement.

(Commissaires, MM. Thillaye et Poiseuille.)

SCARIFICATEUR DES RÉTRÉCISSEMENTS DE L'URÈTRE.

M. LEROY-D'ETIOLLES met sous les yeux de l'Académie un scarificateur des rétrécissements de l'urètre d'une construction fort simple et d'une action très-sûre. Il est formé de deux branches articulées comme des ciseaux, très-allongées, très-minces, tranchantes vers leurs extrémités, du côté des dos seulement, susceptibles d'un double mouvement de croisement qui fait saillir en dehors, à volonté, tantôt les dos, tantôt les tranchants; lorsque ces branches sont l'une sur l'autre, les deux dos masquent les deux tranchants; c'est dans cette position que le rétrécissement doit être franchi lorsqu'on est parvenu en arrière. Les anneaux rapprochés l'un de l'autre par la pression des doigts font écarter les branches, les dos en dehors et le rétrécissement est accroché en arrière; alors le mouvement est renversé, les ciseaux s'ouvrent, les lames en dehors, et divisent l'obstacle. Leurs extrémités mousses empêchent l'action de dépasser l'épaisseur des parois de l'urètre. On peut encore protéger en avant la partie saine du canal en faisant rentrer les lames tout ouvertes dans un tube, à deux rainures latérales : c'est un surcroît de précaution dont à la rigueur on peut se passer. Si le chirurgien ne veut faire l'incision que d'un côté, il substitue une branche complétement mousse à l'une des branches tranchantes par le dos, ce qui est très-facile, ces branches s'articulant ensemble comme celles d'un forceps; on arrive au même résultat au moyen d'une gaîne à glissement qui vient recouvrir le tranchant de l'une des lames (1).

« Je désire, dit-il, que l'on ne se méprenne pas sur mes intentions; si je m'efforce de perfectionner les deux méthodes de l'incision et de l'excision ou resection des rétrécissements de l'urètre, je ne les considère pas moins comme exceptionnelles, plus spécialement applicables aux rétrécissements fibreux de la portion spongieuse, ainsi que je l'ai nettement exprimé dans mes aphorismes relatifs à la thérapeutique des rétrécissements. »

CEINTURES ET BAS ÉLASTIQUES EN CAOUTCHOUC.

M. HERVEZ DE CHÉGOIN lit un rapport officiel sur des ceintures et bas élastiques confectionnés par M. Poullien, en réponse à M. le ministre de l'agriculture et du commerce. Dans ce rapport, M. Hervez de Chégoin se livre à des considérations sur les déviations de l'utérus et les déplacements du foie; il n'approuve pas l'idée d'embrocher le corps de l'utérus à l'aide d'une tige recourbée partant de la ceinture. Une discussion s'élève au sujet des conclusions.

Sur la demande de M. Gibert, on retranchera du rapport tout ce qui concerne la thérapeutique pour n'y traiter que la question industrielle, et on répondra à M. le ministre que les perfectionnements proposés par M. Poullien portent uniquement sur le tissage et l'emploi du caoutchouc.

PROPRIÉTÉS THÉRAPEUTIQUES DU SULFATE DE CADMIUM.

M. GRIMAUD lit un mémoire sur les propriétés médicinales du sulfate de cadmium.

Le cadmium, suivant M. Grimaud, sans compter sa vertu vomitive, jouit de la propriété spécifique de combattre la syphilis avec autant d'avantage au moins que le sublimé corrosif. Très-efficace dans les rhumatismes et la goutte, il ne l'est pas moins dans une foule d'autres maladies tant externes qu'internes. Il agit à l'égal du tartre stibié contre les fluxions de poitrine, et détermine des boutons aussi facilement que le tartre stibié lorsqu'il est incorporé à l'axonge; enfin il conserve les chairs animales et peut être utilisé dans les embaumements.

DES PERTES SÉMINALES INVOLONTAIRES ET DE LEUR INFLUENCE SUR LA FOLIE.

M. LISLE lit un mémoire sur les pertes séminales involontaires et leur influence sur la production de la folie.

Le travail de M. Lisle repose sur sept observations ayant pour sujet des aliénés qui avaient tous ceci de commun que des pertes séminales involontaires existaient depuis plusieurs années, et étaient la cause unique du dérangement de leur santé physique et de leur aberration intellectuelle. Voici quels caractères M. Lisle assigne à ce genre d'aliénation. On pourra regarder, dit-il, comme affecté de spermatorrhée tout aliéné chez lequel, avec les irrégularités inexplicables dans la marche de la maladie, on observera les symptômes suivants : souffrances physiques plus ou moins anciennes, bizarres et très-irrégulières dans leur manifestation, mal définies dans leur nature et leur siége; propension instinctive, irrésistible à la tristesse, à la mélancolie, et plus tard au suicide; transformation graduelle et tous les jours plus complète des caractères, des idées, des affections, des habitudes; affaiblissement parfois très-prononcé de l'intelligence, et surtout de la force morale; inaptitude au travail; irrésolution et inconsistance habituelle dans les idées et la conduite; tendance à l'isolement et à la solitude; susceptibilité extrême entretenue par la crainte du ridicule et l'interprétation erronée des actes, des gestes, des paroles, des personnes avec lesquelles le malade est en rapport; enfin disposition invincible au soupçon, à la défiance, dans laquelle sont enveloppés, à la longue, les parents et les amis les plus chers. M. Lisle, tout en considérant la réunion de ces symptômes comme suffisante pour faire soupçonner l'existence de la spermatorrhée, n'en reconnaît pas moins que les observations microscopiques peuvent seules donner à cet égard une certitude absolue.

L'auteur résume ce mémoire dans les propositions suivantes :

1° Les pertes séminales involontaires exercent une influence des plus pernicieuses sur le système nerveux, et deviennent à la longue une cause fréquente de folie.

2° Elles impriment aux symptômes de cette maladie un cachet tout particulier qui permet de distinguer les individus qui en sont atteints des autres aliénés.

3° La folie causée par des pertes séminales est rebelle à tous les moyens de traitement dirigés uniquement contre l'affection du cerveau.

4° Elle guérit, au contraire, rapidement et à peu près constamment lorsqu'on est parvenu à faire cesser les pertes involontaires de semence, et lorsque d'ailleurs les malades ne sont ni paralytiques ni en démence.

5° La théorie moderne, qui regarde la folie comme une maladie primitivement et essentiellement cérébrale, n'est donc pas vraie d'une manière absolue. Il existe dans la science des faits constants, et ceux qui précèdent sont de ce nombre, qui prouvent que, dans un certain nombre de cas, le cerveau n'est affecté que se-

(1) Ce scarificateur à ciseaux a été exécuté par M. Mathieu, fabricant d'instruments de chirurgie, rue de l'Ancienne-Comédie, 28.

condairement et sympathiquement à la souffrance d'un autre organe. (Comm. : MM. Ferrus, Rostan et Longet.)

La séance est levée à cinq heures.

SOCIÉTÉ DE BIOLOGIE.

PRÉSIDENCE DE M. RAYER.

COMPTE RENDU DES SÉANCES PENDANT LE MOIS D'OCTOBRE 1850; par M. le docteur FOLLIN, secrétaire.

I. — PHYSIOLOGIE.

1° D'UNE ACTION SPÉCIALE QUI ACCOMPAGNE LA CONTRACTION MUSCULAIRE, ET DE L'EXISTENCE DE CETTE ACTION DANS CERTAINS CAS PATHOLOGIQUES ET DANS CE QUE M. MAGENDIE A APPELÉ SENSIBILITÉ RÉCURRENTE ; par M. BROWN-SÉQUARD.

M. Matteucci a découvert il y a quelques années que la contraction d'un muscle, sur lequel repose un nerf allant à un autre muscle, occasionne une contraction dans ce dernier. Il appelle *induite* la contraction de ce dernier muscle. M. Du Bois-Reymond, qui a donné une bonne explication de ce phénomène, appelle cette contraction secondaire ou dérivée.

M. Brown-Séquard a reconnu, et il a communiqué ces faits à la Société en août 1848 :

1° Que la contraction, induite ou secondaire, est extrêmement faible quand le muscle inducteur se contracte sans rencontrer de résistance, comme cela a lieu après la section de son tendon ;

2° Qu'il n'est pas nécessaire qu'un muscle se contracte pour produire une contraction induite ou secondaire dans un autre muscle ; il suffit pour cela que le muscle inducteur *tende* à se contracter, ce qui a lieu quand on l'excite après avoir fixé ses extrémités. Ce muscle fait alors effort pour se contracter, mais l'attraction moléculaire qui tend à le raccourcir reste sans effet à cet égard ;

3° Que plus un muscle se contracte ou tend à se contracter avec énergie, plus la contraction induite qu'il occasionne est forte ;

4° Que lorsqu'un muscle possède une irritabilité très-grande, qu'il soit en contraction ou en repos, il suffit de le tirailler dans le sens de sa longueur, pour qu'il agisse sur un nerf musculaire en contact avec lui, et produise conséquemment dans le muscle, animé par ce nerf, une contraction induite ;

5° Que les nerfs de sensibilité, ainsi que l'a vu M. Matteucci, lorsqu'ils sont placés sur un muscle, en reçoivent une excitation au moment de sa contraction, comme les nerfs moteurs ;

6° Que les nerfs de sensibilité, qui se ramifient dans l'intérieur d'un muscle en contraction, reçoivent une excitation tout comme les nerfs sensibles ou moteurs placés extérieurement sur ce muscle ;

7° Que l'intensité de l'excitation des nerfs sensibles, à l'intérieur ou à l'extérieur d'un muscle en contraction, est soumise aux mêmes lois que l'intensité de l'excitation des nerfs moteurs.

M. Brown-Séquard croit que l'on peut, à l'aide de ces faits et de quelques autres, donner une explication très-simple d'un assez grand nombre de phénomènes physiologiques et pathologiques, considérés jusqu'ici comme bizarres et inexplicables. Parmi ces phénomènes, il signale surtout ceux qui suivent :

1° On sait que les fissures à l'anus occasionnent des douleurs très-vives, qui s'accroissent beaucoup toutes les fois qu'on allonge les fibres du sphincter, en dilatant l'anus, tandis qu'au contraire la douleur cesse ou se localise au niveau de la fissure et dans son voisinage immédiat, après que l'on a coupé le muscle, comme le faisait Boyer, et permis, en conséquence, à ses fibres de se contracter sans aucun obstacle. Or, en rapprochant ces faits des résultats d'expériences rapportés ci-dessus, on trouve leur explication très-aisément : avant l'opération, les nerfs sensibles, répandus dans l'intérieur et à la surface du sphincter, reçoivent des excitations par suite des contractions alternatives des diverses fibres de ce muscle. Comme ces contractions sont très-énergiques, l'excitation produite sur les nerfs est très-douloureuse. Si l'on tiraille les fibres musculaires en agrandissant la circonférence du sphincter, les fibres nerveuses reçoivent, comme dans l'expérience mentionnée plus haut, une excitation plus vive. Si, par la section, on permet au contraire aux fibres musculaires de se raccourcir sans que rien leur fasse résistance, l'excitation des nerfs n'a plus lieu, tout comme dans l'expérience.

2° Dans certains cas de contracture douloureuse, les choses se passent aussi comme dans les expériences rapportées précédemment : ainsi l'on augmente la douleur en tirant sur le muscle contracturé, tandis qu'on la diminue en raccourcissant le muscle par l'extension de ses antagonistes, et on la fait disparaître en coupant son tendon et en lui permettant ainsi de se raccourcir sans obstacle.

3° Les douleurs utérines, à l'époque de l'accouchement, s'expliquent très-aisément par l'excitation que produit la contraction musculaire sur les nerfs de l'utérus. Il en est de même des douleurs qu'occasionnent les crampes et toutes les contractions très-violentes, dans lesquelles il y a des alternatives de repos et d'action pour les divers faisceaux ou fibres musculaires. Il en est de même dans les névralgies, et surtout celles de la face, où toute contraction musculaire est accompagnée de douleur.

4° On connaît toutes les particularités du fait si important que M. Magendie a découvert, et qu'il a nommé *sensibilité récurrente*. Ce fait, si singulier en apparence, s'explique très-simplement par les expériences qui montrent qu'en se contractant, les muscles excitent les nerfs sensibles, ramifiés dans leur intérieur ou au contact de leur surface. C'est donc parce que les racines antérieures sont motrices que l'on cause de la douleur en les excitant ; en d'autres termes, c'est parce qu'elles font contracter très-vivement les muscles, dans lesquels elles envoient des fibres, et que cette contraction produit de la douleur. Ce n'est donc pas parce qu'elles sont sensibles, mais, encore une fois, parce qu'elles font contracter des muscles, que l'on occasionne de la douleur en les excitant, pourvu que les racines postérieures correspondantes soient intactes.

Ce que M. Magendie appelle sensibilité récurrente n'a donc plus rien qui puisse étonner. Ce qui serait étrange, ce serait que l'excitation d'une racine antérieure ou motrice, en produisant une contraction musculaire énergique, ne produisît pas, *ipso facto*, de la douleur.

Toutefois il est probable qu'il se joint à cette cause de douleur deux ou trois autres causes de moindre importance : l'une d'elles consisterait dans l'existence de fibres nerveuses se repliant en anse et se rendant de la racine postérieure à l'antérieure ; une autre consisterait dans la pression plus ou moins vive que les fibres musculaires, en se raccourcissant et en gagnant en largeur, doivent exercer sur les fibres nerveuses sensibles qui se trouvent dans l'intérieur du muscle.

2° NOTE SUR LA PRÉSENCE DU SUCRE DANS L'URINE DU FOETUS ET DANS LES LIQUIDES AMNIOTIQUE ET ALLANTOÏDIEN ; par M. CLAUDE BERNARD.

M. CL. BERNARD fait à la Société la communication suivante :

« Dans d'autres communications, j'ai démontré que la production du sucre (glucose) est une fonction normale du foie chez les hommes et les animaux. J'ai fait voir en outre que cette production de matière sucrée commençait avant la naissance et existait déjà chez le fœtus. J'ai tout récemment été conduit à trouver un autre fait bien singulier : c'est que l'urine du fœtus, pendant la vie intra-utérine, contient normalement du glucose et se montre avec tous les caractères des urines des diabétiques. En effet, ces urines fermentent au contact de la levure de bière en donnant de l'alcool et de l'acide carbonique. Elles brunissent par l'ébullition avec les alcalis caustiques, et réduisent le tartrate de cuivre dissous dans la potasse.

» J'ai constaté, dans les abattoirs de Paris, la présence constante du sucre de raisin dans l'urine chez plus de cent cinquante fœtus de vaches et de brebis. Les fœtus de vache que j'ai examinés étaient en général âgés de quatre à sept mois, et les fœtus de brebis de six semaines à deux mois et demi de vie intra-utérine. Je n'ai pas encore pu examiner des fœtus à terme, afin de savoir si le sucre des urines disparaît au moment même de la naissance ou quelque temps auparavant.

» J'ai constaté ensuite la présence du sucre (glucose) dans le liquide allantoïdien et amniotique des fœtus de vache, de brebis ou de truie. Seulement le principe sucré n'y existe pas toujours en quantité égale, et plusieurs fois, sur des fœtus de vache de six mois et demi ou sept mois, je n'ai point trouvé de sucre dans les liquides de l'amnios et de l'allantoïde, bien qu'il y en eût cependant dans l'urine des mêmes fœtus.

» Je me borne à rapporter aujourd'hui ces premiers faits, qui ne sont que le début d'une série d'observations intéressantes que je me propose de poursuivre sur d'autres animaux ainsi que dans l'espèce humaine. » (5 octobre 1850.)

II. — ANATOMIE PATHOLOGIQUE ET PATHOLOGIE.

1° HYPERTROPHIE DES PLAQUES DE PEYER ; par M. FOLLIN.

M. Follin met sous les yeux de la Société l'intestin grêle d'un vieillard qui a succombé à une affection chronique des voies urinaires. On y constate la présence de plaques saillantes de 1 à 2 centimètres, en général elliptiques, dont le plus grand diamètre de l'ellipse est dirigé suivant l'axe de l'intestin. Ces élevures correspondent par leur siége et leur aspect extérieur aux plaques de Peyer. Peu nombreuses dans la partie supérieure de l'intestin grêle, on les voit se réunir en groupe au niveau de la valvule iléo-cæcale. Une de ces saillies est devenue assez forte pour constituer dans l'intérieur du tube intestinal un véritable polype de la grosseur du pouce.

2° DU SILLON DANS LA GALE ET QUELQUES OBSERVATIONS SUR LE PORRIGO SCUTULATA ; par M. PIOGEY.

M. Piogey communique à la Société des observations qu'il a faites sur le sillon qu'on trouve dans la gale. Ce sillon, manifestation essentielle de la maladie, n'aurait pas, selon lui, été décrit avec soin par les pathologistes qui se sont occupés de cette affection. Dans le travail qu'il soumet à la Société M. Piogey insiste en décrivant ce sillon sur les parties du corps où l'on en constate la présence, sur les différences qu'il présente quant au siége, sur le siége anatomique de ce sillon, sur le diagnostic de ce sillon dans l'espèce humaine, fait important pour comparer les accidents qu'il entraîne avec ceux de la syphilis (plaques muqueuses). M. Piogey insiste aussi sur la situation de l'acarus par rapport au sillon et par rapport à la vésicule, enfin sur la destruction de l'acarus.

M. Piogey montre, à l'appui de ses idées, trois malades atteints de gale. Chez eux le pénis est le siége d'une éruption papuleuse résultat du sillon. Deux acarus sont extraits d'une papule située sur le gland, et une autre d'une papule qui siége sur la face dorsale du pénis.

Le même observateur montre aussi un malade atteint depuis dix ans d'un porrigo scutulata. Le porrigo a envahi le cuir chevelu, l'épaule, le bras, le tronc et enfin le membre abdominal gauche. On rencontre des favi à toutes les

périodes d'évolution, et il est impossible d'y reconnaître la présence d'une pustule.

Le favus le plus petit, celui qui est à peine visible à l'œil, est constitué par de la matière faveuse, et non par du pus; il peut être énucléé, et un examen au microscope montre qu'il est de la même nature que les plaques faveuses les plus larges.

3° EXAMEN D'UN ŒIL OPÉRÉ DE LA CATARACTE PAR EXTRACTION, QUINZE ANS AVANT LA MORT DU MALADE; par M. FOLLIN.

Un homme succomba dans le service de M. Rayer, le 12 septembre 1850, à une phthisie tuberculeuse; il portait à l'œil gauche une cataracte et à l'œil droit il avait été opéré, il y a quinze ans, par M. Roux, d'une affection analogue. Le procédé mis en usage avait été l'extraction, et l'on voyait encore sur la cornée de l'œil opéré une ligne cicatricielle, blanchâtre, demi-circulaire, à convexité inférieure, d'un centimètre environ d'étendue. Cette cicatrice linéaire siégeait à une ligne de l'union de la sclérotique avec la cornée.

Les résultats de l'opération avaient été satisfaisants, et de l'œil opéré le malade pouvait facilement distinguer les objets et même lire. A l'œil gauche, la vision avait presque complétement disparu.

Ces détails, que j'avais recueillis de la bouche même du malade, m'engagèrent à examiner avec soin l'état anatomique de ses deux yeux. J'avais surtout le désir de constater la disposition de l'œil que M. Roux avait opéré par l'extraction.

Voici dans quel état je trouvai les parties.

La sclérotique, la choroïde, la rétine et le corps vitré sont à l'état normal.

La cornée présente seulement à son bord inférieur la ligne cicatricielle que j'ai déjà mentionnée.

La couleur de l'iris est grisâtre; sa face antérieure semble parcourue par un très-grand nombre de stries grises posées sur un fond noir. Mais ce qu'il y a de plus remarquable dans la disposition de l'iris, c'est l'adhérence du segment inférieur de son bord pupillaire à la cicatrice de la cornée. Par suite de cette adhérence, la régularité de la pupille est détruite.

La place du cristallin est occupée par une lentille qui m'a paru formée par la capsule antérieure et la capsule postérieure du cristallin rapprochées l'une de l'autre. Cette lentille, d'un volume moindre qu'à l'état normal, est d'un blanc opaque à sa circonférence, et au centre elle est transparente dans une assez petite étendue; c'est par ce trou dépourvu d'opacité que la vision pouvait se faire distinctement.

Je poussai plus loin l'examen, et en disséquant avec soin l'appareil cristallinien, je constatai facilement la présence: 1° de deux feuillets primitifs de la capsule, assez transparents lorsqu'on avait détaché les fragments d'une matière blanchâtre qui la doublait à l'intérieur; 2° entre ces deux feuillets, dans la portion de la lentille qui avoisinait sa circonférence, j'ai dit qu'il existait une matière blanche et grumeleuse; cette matière, examinée au microscope, contenait une masse amorphe, quelques globules arrondis, des plaques formées par une réunion de fibres parallèles du cristallin. Dans l'autre cristallin, le microscope montrait au milieu des fibres qu'on voit à l'état normal dans cet organe, des cristaux très-manifestes et assez nombreux de cholestérine.

L'existence de produits cristallisés dans l'intérieur des cristallins cataractés est un fait qui n'a point été signalé par les anatomo-pathologistes. Un membre de cette société que la mort nous a malheureusement enlevé M. le docteur Desir avait déjà constaté avec M. Rayer l'existence de cristaux dans l'intérieur d'une cataracte; mais il n'avait point déterminé la nature de ces produits cristallisés. Dans le cas que j'ai pu observer, il est certain que j'avais sous les yeux des plaques de cholestérine.

Cette pièce est intéressante au point de vue de ce qu'on a nommé *la reproduction du cristallin.* On ne peut pas avancer ici qu'il y ait eu reproduction de cette lentille. En effet, ce que nous avons trouvé entre les deux feuillets de la capsule, c'est un dépôt qu'on laisse constamment quand on extrait le cristallin. Tout le monde sait que les couches du cristallin sont d'inégale densité; les plus extérieures sont les plus molles, les plus internes ont, au contraire, une certaine dureté. Dans l'extraction du cristallin, en laissant la capsule en place, ces couches extérieures, molles, ne se détachent qu'en partie de la capsule; la portion qui reste adhère à la face interne des feuillets capsulaires et à la suite de la rétraction qu'ils éprouvent, il se forme un noyau d'une masse blanchâtre que, dans beaucoup de cas, on a pris pour une reproduction du cristallin.

Cette pièce est encore intéressante quand on considère l'adhérence du bord pupillaire de l'iris à la plaie de la cornée; cette tendance de l'iris à venir se placer entre les lèvres d'une plaie de la cornée fait que, dans le plus grand nombre des plaies pénétrantes de cet organe, l'adhérence se fait avec l'iris; mais quoi qu'il en soit, cette adhérence, dans ce cas, ne nuisait en rien aux facultés visuelles.

III. — TÉRATOLOGIE.

EXAMEN D'UN FOETUS MONSTRUEUX ANENCÉPHALE (PSEUDENCÉPHALE) MANQUANT DE NEZ ET D'YEUX; par M. GOSSELIN.

M. Gosselin communique à la Société les détails qui suivent sur un fœtus monstrueux qu'il a disséqué, et dont il montre les pièces:

« Le 2 décembre 1848, madame Dagnin, sage-femme à Vaugirard, a fait apporter à l'École de médecine un fœtus qu'elle avait reçu la veille; la mère de ce fœtus a eu déjà quatre enfants; aucun des accouchements n'avait été laborieux; les enfants sont tous vivants et bien conformés.

» Cette femme a été désolée de devenir enceinte une cinquième fois; elle était dans une grande misère; son mari, mal portant depuis longtemps, devint plus malade pendant les premiers mois de la grossesse, et mourut quinze jours avant l'accouchement.

» Jusqu'au quatrième mois, rien de particulier ne se manifesta; à cette époque, les mouvements du fœtus commencèrent à se faire sentir; la malade les a trouvés bizarres et différents de ceux qu'elle éprouvait pendant les autres grossesses; elle les comparait habituellement aux oscillations d'un pendule.

» L'accouchement est arrivé à terme et n'a pas duré longtemps, il n'a offert aucun incident particulier; l'enfant a vécu trois heures, pendant lesquelles il a poussé des cris très-faibles, puis il est mort.

» Le corps du fœtus est remarquable par son développement bien complet et semblable à celui d'un fœtus ordinaire bien conformé.

» Sa tête présente une disposition particulière de la face: la bouche existe, bien conformée et sans bec-de-lièvre, mais au-dessus il n'y a point de nez, point de fentes palpébrales, point d'yeux; les oreilles, placées en leur lieu ordinaire, sont très-bien développées et peut-être plus volumineuses que normalement.

» A la partie inférieure de cette tête informe se trouve une masse grosse comme la moitié d'un œuf ordinaire, irrégulière, bosselée, d'une rougeur intense, et présentant les apparences d'un caillot sanguin. Cette tumeur est molle, elle est comme étranglée et entourée de tous côtés par la peau; qui manque au contraire à son niveau. En arrière et sur les côtés, la peau vient même se terminer sur les enveloppes de la tumeur, en lui adhérant très-solidement. A la partie antérieure, au contraire, elle se termine, non pas sur le pédicule de la tumeur, mais un peu plus bas, en laissant à nu une surface rougeâtre.

» Pour disséquer les parties, j'ai fait une incision médiane en avant et en arrière de la tumeur. L'incision antérieure est venue tomber sur la lèvre supérieure très-bien développée, et sans bec-de-lièvre, comme je l'ai déjà dit; j'ai ensuite rabattu la peau de chaque côté. J'ai cherché s'il y avait quelque rudiment du globe oculaire, je n'en ai trouvé aucun, tout comme nous n'avions aperçu à l'extérieur aucune dépression ou fossette indiquant la place des paupières.

» Nous avons vu seulement derrière la peau, au niveau de la place occupée par la cavité orbitaire largement ouverte par en haut, une couche épaisse de matière noire, que l'on peut regarder comme du pigment; à part cela, point de sclérotique, ni autres membranes; point de nerf optique.

» J'ai cherché également s'il y avait à la partie antérieure quelque trace des narines et des cavités olfactives; je n'en ai trouvé aucune. La substance osseuse se continue de haut en bas sans la moindre interruption.

» La tumeur qui déborde l'ouverture crânienne a été ensuite examinée; elle a une enveloppe fibreuse qui se continue en bas sous forme de canal dans le trou occipital et dans celui des vertèbres; c'est donc la dure-mère; en l'incisant, j'ai trouvé qu'elle ne formait pas une cavité unique, mais que la poche fibreuse était subdivisée à l'intérieur en cinq ou six poches secondaires, ne communiquant pas entre elles, et dans chacune desquelles se trouvait un liquide onctueux et un peu jaunâtre, semblable à de la synovie. Une de ces cavités était traversée d'un côté à l'autre par un filet nerveux; deux autres renfermaient une substance rougeâtre, molle, ressemblant à un détritus sanguin mêlé de quelques portions de matière grise, qu'on pouvait prendre pour de la matière nerveuse. C'était surtout à la partie postérieure que l'on voyait de cette substance, comparable à la pulpe cérébrale.

» De la partie inférieure de cette substance prenait son origine le bulbe rachidien, et en même temps que lui quelques nerfs, la cinquième et la septième paire en particulier.

» Les nerfs émanés du bulbe étaient dans leur état naturel.

» Après avoir examiné ce fœtus à l'extérieur, j'ai étudié sa conformation intérieure. Les cavités thoracique et abdominale étaient ouvertes. J'ai trouvé que les viscères de ces cavités n'offraient aucun vice de conformation. Le canal intestinal se termine par un rectum et un anus bien conformés; le foie, la rate, le pancréas, les reins et les capsules surrénales n'offrent rien de particulier; les poumons, le cœur et le thymus présentent aussi les caractères de ces mêmes parties dans les cas de conformation régulière.

» Il n'y a pas de spina-bifida.

» L'examen des parties molles extérieures et intérieures ayant été fait, j'ai laissé macérer la tête dans l'eau, et quand elle a pu être bien nettoyée, j'en ai fait l'étude et la description. La boîte crânienne par sa face inférieure ne présente point d'irrégularités sous le rapport du nombre des objets qui s'y trouvent; il n'y a de remarquable que son élargissement transversal à la partie postérieure, dans les points qui correspondent aux apophyses mastoïdes; ces apophyses forment même des os distincts, qui représentent une des pièces non encore soudées du temporal, c'est-à-dire l'os mastoïdien permanent des animaux.

» Si l'on examine par en haut, on trouve que la paroi supérieure ou voûte du crâne est excessivement déprimée et très-rapprochée de la base, de manière à intercepter une cavité excessivement petite. Cette paroi supérieure présente sur la ligne médiane et vers sa partie moyenne une ouverture, c'est celle par laquelle sortaient la dure-mère et le faux encéphale dont nous avons parlé. Cette ouverture est circonscrite en arrière par des os de la voûte, les pariétaux, et en avant par des os de la base, le corps et les petites ailes du sphénoïde. En effet, au devant de ce trou on rencontre une altération profonde de la face. L'os frontal semble d'abord manquer; mais en y regardant de plus près, on constate qu'il existe, mais très-rudimentaire et divisé en deux portions dont chacune est déjetée de chaque côté de la ligne médiane et jusque sur les parties latérales. On aura une idée exacte de la disposition des parties si l'on suppose que ces deux moitiés du frontal ont été écartées, qu'il y a en même temps absence de l'ethmoïde, du vomer, des unguis, des cornets et des os nasaux. De cette façon,

le squelette de la tête a pour limite en haut et en avant la portion des maxillaires et des palatins qui forme habituellement la paroi inférieure des fosses nasales; ces fosses nasales n'existent pas; les deux orbites, largement ouverts par en haut, communiquent l'un avec l'autre sur la ligne médiane, par suite de l'absence ou plutôt du déjettement des deux moitiés du frontal. Je dis qu'il n'y a pas d'os nasaux; on en aperçoit cependant à la partie antérieure un rudiment extrêmement petit, qui vient se terminer en formant un angle droit avec la portion horizontale du maxillaire supérieur; sur cette portion horizontale, en avant et sur la ligne médiane, se trouve une dépression circulaire qui est comme un rudiment des fosses nasales.

» Aujourd'hui que l'attention des observateurs est appelée sur les monstruosités de ce genre par les beaux travaux de Geoffroy Saint-Hilaire père et fils, et par ceux plus récents de Otto (SEXANTORUM MONSTRORUM DISECTIONES, 1841), le premier soin des anatomistes qui ont en leur possession un fait nouveau doit être de rechercher si ce fait est consigné déjà dans la science, et quel nom lui est assigné dans les diverses nomenclatures.

» Si nous nous en tenions seulement aux dénominations proposées avant les travaux de Geoffroy Saint-Hilaire, à celles, par exemple, qu'ont employées Béclard, Chaussier, Breschet, nous dirions simplement que ce fœtus est un anencéphale; car on ne voit pas bien nettement de cerveau, ou plutôt on n'en trouve que des rudiments fort incomplets; mais les travaux de Geoffroy Saint-Hilaire ont bien fait voir que parmi tous ces monstres regardés comme anencéphales, il y avait des distinctions à établir entre ceux qui n'ont pas le moindre vestige d'encéphale et ceux qui en ont des vestiges plus ou moins prononcés; ces vestiges eux-mêmes peuvent être situés à l'extérieur du crâne assez bien développé d'ailleurs, ou surmonter un crâne qui manque d'un certain nombre de ses pièces naturelles. En un mot, les anencéphales des anciens anatomistes peuvent former trois classes: les exencéphales, les pseudencéphales et les anencéphales proprement dits.

» Le sujet dont je viens de donner la description appartiendrait aux *pseudencéphales*; en effet la tumeur mollasse qui forme la partie la plus élevée du centre nerveux encéphalo rachidien est constituée, comme dans les observations de M. Isid. Geoffroy Saint-Hilaire, par une substance rougeâtre, sanguinolente, offrant des traces de matière nerveuse, et souvent contenant des poches séreuses ou hydatiformes. M. Geoffroy Saint-Hilaire établit parmi les pseudencéphaliens deux variétés, suivant que le trou occipital est distinct, ou qu'il est largement ouvert en arrière, et contenu avec un canal rachidien ouvert de la même façon. Notre individu, possédant un trou occipital distinct, appartiendrait donc à la deuxième variété (nosencéphale).

» Mais nous avons entre les descriptions de M. Geoffroy Saint-Hilaire et la nôtre cette différence que l'auteur du TRAITÉ DE TÉRATOLOGIE donne comme un caractère habituel des pseudencéphaliens, la présence d'un nez épaté et d'yeux très-saillants, tandis que sur notre fœtus les organes de l'olfaction manquent entièrement. Il y a par conséquent eu chez lui arrêt de développement de deux organes sensoriaux en même temps que de l'organe encéphalique. M. Isid. Geoffroy Saint-Hilaire ne mentionne pas cette variété, et je n'ai trouvé dans son livre aucune place que je pusse assigner à ce fœtus.

» J'ai trouvé, au contraire, dans la classification d'Otto, une variété à laquelle pourrait se rapporter davantage le monstre que j'ai disséqué. Cet auteur établit un premier ordre des monstres par défaut (*monstra deficientia*). Dans cet ordre, il fait six genres; un de ces genres, le cinquième, s'appelle *monstra anomala*, et a les caractères suivants: les yeux manquent ou sont très-petits; le cerveau est hydropique; les nerfs antérieurs sont nuls ou manquent; il s'ajoute quelquefois une déformation du nez et quelque chose qui se rapproche du cyclope.

» Ces caractères ressemblent à ceux de notre fœtus; mais Otto paraît avoir observé plutôt la déformation que l'absence du nez conjointement avec les désordres de l'encéphale. Sous ce rapport, le fœtus que j'ai examiné et déposé au musée Dupuytren serait encore une variété à ajouter dans la classification de l'auteur allemand. »

BIBLIOGRAPHIE.

REPORT OF THE GENERAL BOARD OF HEALTH, ON THE EPIDEMIC CHOLERA OF 1848 AND 1849 (RAPPORT DU COMITÉ GÉNÉRAL D'HYGIÈNE SUR LE CHOLÉRA ÉPIDÉMIQUE DE 1848 ET 1849.)

(Suite et fin. — Voir les nos 0 et 8.)

Nous arrivons à l'exposé des mesures prophylactiques adoptées en Angleterre pendant la dernière épidémie, et aux résultats obtenus.

C'est le comité général d'hygiène qui fut naturellement chargé de diriger l'exécution de ces mesures prescrites par le gouvernement et sanctionnées par un décret de la chambre des communes. Malgré de grandes difficultés suscitées par le mauvais vouloir des autorités locales et par l'ignorance des populations, les moyens prophylactiques ont été mis en pratique sur une assez vaste échelle. Dès le commencement de novembre 1848, c'est-à-dire au début de l'épidémie, la commission publia des instructions détaillées qu'elle répandit dans tous les districts et distribua aux conseils communaux d'Angleterre et du pays de Galles, et aux comités paroissiaux d'Écosse. Elle publia un grand nombre d'observations fournies par les hommes les plus compétents, et destinées à mettre en lumière ce fait que c'est dans les parties les plus sales et les plus humides des villes, là où il n'y a ni égouts ou canaux pour le déversement des immondices, ni cours d'eau pour faciliter leur écoulement, que le typhus et le choléra se montrent de préférence et exercent le plus de ravages. Elle s'appliqua surtout à montrer que le choléra s'était comporté de cette façon en 1832, et à faire comprendre qu'il en serait probablement de même en 1848.

L'invasion du choléra confirmée, les mesures d'assainissement furent conduites avec diligence dans les localités, telles que Londres, où la population pauvre et les autorités municipales les avaient entièrement négligées. Des ordres furent donnés pour le nettoyage complet et le lavage à eau courante des rues étroites et malpropres et des cours intérieures qui servaient de réceptacles aux immondices, pour le lavage des murs intérieurs des maisons, pour l'organisation des secours. En outre, on institua un service régulier de visites quotidiennes dans toutes les maisons, dans le but spécial de combattre la diarrhée prodromique; on requit un nombre suffisant de médecins; on ouvrit des maisons de secours temporaires pour les malheureux qui ne pouvaient se procurer d'autres soins; on créa de nombreux dispensaires et seulement quelques hôpitaux uniquement affectés aux cholériques.

Tel fut le système de mesures adopté en Angleterre lors de la dernière épidémie. Les résultats, au dire du rapport, ont dépassé les espérances et constituent une expérience décisive dont l'avenir pourra faire son profit en toute sécurité. Pour mettre le lecteur à même de mieux apprécier et la nature des moyens et ce qu'ils ont produit, il faut entrer dans quelques détails au sujet des principaux d'entre eux.

Le docteur Sutherland faisait pratiquer le lavage des rues à grande eau, au moyen des pompes à incendie. Il cite notamment la ville de Sunderland, où ce procédé hygiénique amena les plus heureux effets. La maladie, qui était dans toute son intensité, déclina immédiatement. Elle offrit, il est vrai, quelques jours plus tard, une recrudescence; mais bientôt elle disparut, presque complétement, après une pluie torrentielle.

Le lavage des murs intérieurs des maisons était fait *à l'eau de chaux*. On le pratiqua partout en même temps, et les autorités locales eurent ordre d'enrôler un certain nombre d'ouvriers partout où le choléra sévissait avec intensité. A Edimbourg, où ce moyen avait été employé avec succès pendant la première épidémie, on le renouvela dans les paroisses les plus insalubres, et sur une grande échelle, comme on peut voir; car il résulte d'une communication faite au comité par M. Hay, inspecteur des pauvres, que, dans une seule paroisse, on a lavé à la chaux 21 enclos, 300 maisons, 1,060 chambres, 926 corridors et 1,130 escaliers, proportions considérables pour une paroisse qui ne contient que 20,000 habitants. On joignait ordinairement au lavage des fumigations (sans doute chlorurées). Or la mortalité à Edimbourg a été inférieure de moitié à celle de 1832, tandis que le contraire a eu lieu dans toutes les villes où les mesures hygiéniques n'ont pas été appliquées.

Les mêmes résultats ont été obtenus à Bristol, à Manchester et dans d'autres localités. Le chiffre peu élevé des morts de la ville industrielle de Manchester, où la population ouvrière est si nombreuse, mérite surtout d'être remarqué.

Les visites de maison à maison, destinées, comme nous l'avons dit, à rechercher et à combattre la diarrhée prodromique, a donné occasion de déterminer l'importance réelle et le véritable caractère de ce symptôme sur lequel la GAZETTE MÉDICALE a la première appelé l'attention en 1832. Or le rapport général et les rapports particuliers établissent trois choses: la première, c'est que, dans toute l'Europe, l'apparition du choléra épidémique a été *constamment* annoncée par un grand nombre de cas de diarrhée. En Russie, à Berlin, à Hambourg, à Bristol, à Hull, à Manchester, à Liverpool, à Londres, partout la même succession. Le second fait, mis hors de doute, c'est que, pendant le règne du choléra, la diarrhée continuait d'envahir une grande partie des populations. A Glascow, elle n'a épargné presque personne; à Coatbridge, sur 4,000 habitants, 600 seulement ont échappé à ses atteintes. Enfin il a été démontré que, dans l'immense majorité des cas, les attaques de choléra avaient été précédées de diarrhée. Le docteur Sutherland dit expressément que sur 500 cas examinés avec soin, la diarrhée a existé presque sans exception (*almost without exception*.)

Le rapport ne s'en tient pas à ces points de fait. Appuyé sur l'opinion unanime des médecins appelés à l'examen de la question, il affirme que la diarrhée, toutes les fois qu'elle règne épidémiquement en même temps que le choléra, constitue un signe prodromique du choléra lui-même; qu'elle n'est pas seulement une cause prédisposante, mais bien *une partie* de cette dernière affection, dont elle marque le début.

Avec de telles opinions, dont nous aimons à constater la parfaite confor-

mité avec celles que la GAZETTE MÉDICALE a établies dès 1839, on comprend l'importance qu'attachait le comité d'hygiène à poursuivre la diarrhée partout, au moyen de visites domiciliaires, comme un fait un malfaiteur. Si la diarrhée épidémique est un prodrome, le symptôme initial du choléra, à moins d'impuissance absolue de l'art, on devait réduire l'épidémie cholérique en attaquant la diarrhée. En conséquence, les médecins se distribuèrent les localités infestées de manière à pouvoir visiter *toutes* les maisons, et à traiter sans retard ces indispositions, en apparence légères, que l'incurie ou le soin des affaires porte trop souvent à négliger. Cette mesure produisit les résultats qu'on était en droit d'en attendre. Dans toutes les localités où elles furent rigoureusement exécutées, le chiffre des cas de choléra ne tarda pas à baisser. En même temps, le nombre des diarrhées paraissait augmenter, comme si elles eussent pris la place du choléra proprement dit. Tous les inspecteurs médicaux répandus sur le sol de la Grande-Bretagne sont d'accord sur ce point : M. Grainger, M. Liddle, M. Gavin, M. Ferguson, M. Adley, M. Sutherland et d'autres. On sera peut-être disposé à penser que la diminution du choléra et l'augmentation de fréquence relative de la diarrhée se lient naturellement au déclin de l'épidémie et n'avaient avec l'institution des visites à domicile qu'un rapport de coïncidence. Une pareille objection ne serait pas sans quelque valeur, appliquée à certains foyers épidémiques, par exemple à celui de Londres, où les visites ne furent instituées qu'au commencement de septembre 1849, près d'un an après le début de l'épidémie. Pendant les huit semaines que dura cette opération, on découvrit et on traita 43,737 cas de diarrhée, 978 cas de choléra commençant, et 780 cas de choléra confirmé ; 52 fois seulement le choléra se développa malgré le traitement préventif. Si l'on éprouve quelque scrupule à faire honneur au traitement de l'heureuse issue de tant d'affections cholériformes, il n'en doit pas être de même à l'égard des résultats très-avantageux obtenus dans d'autres localités en plein cœur de l'épidémie, et immédiatement après l'institution des visites. Le rapport contient à cet égard des documents extrêmement nombreux et dont, pour cela même, nous ne pouvons indiquer que la conclusion générale. Elle se résume invariablement dans une énergique déclaration d'efficacité en faveur du système suivi.

Nous dirons aussi quelques mots des maisons d'asile destinées non aux cholériques, mais à des pauvres encore exempts de tout symptôme épidémique caractérisé. La commission regarde l'ouverture de ces maisons, lorsqu'elles sont situées dans des localités salubres, comme un auxiliaire indispensable des visites à domicile. Le docteur Sutherland affirme que, dans les villes de province qu'il a parcourues, 87 fois sur 100 les cas de choléra se déclaraient dans des maisons où des malades avaient déjà séjourné. Quand l'affection se montrait en même temps dans plusieurs maisons contiguës, il y avait grand danger pour les habitants à rester dans leurs demeures ; un grand nombre d'entre eux ne tardaient pas à être frappés. Si, au contraire, ils se réfugiaient dans des habitations éloignées et convenablement disposées, ils étaient atteints dans une proportion infiniment moindre. Ainsi, dans la dernière épidémie, sur 270 entrants à la maison d'asile d'Édimbourg, aucun cas de choléra ne s'est déclaré. A Glascow, sur 807 admissions, il n'y a eu que 25 cas de choléra et 8 morts. A Dundee, sur 250 personnes, 4 cholériques seulement. Dans les villes et villages dépourvus des ressources suffisantes pour l'établissement de maisons de secours, la commission a fait allouer des tentes qu'on dressait en plein air et sous lesquelles se retiraient les habitants. Plusieurs fois cette mesure a manifestement arrêté les progrès de l'épidémie, notamment à Mévagissey, dans le comté de Cornwall.

Quant aux hôpitaux spéciaux proprement dits, à ceux qui étaient affectés aux cholériques, le comité d'hygiène n'en a point encouragé la création ; et ceux qu'on a pourtant établis ne l'ont été que par nécessité. Il a craint les fâcheux effets de l'entassement et a préféré s'attacher, moyennant rétribution, un nombre suffisant de personnes chargées de soigner les indigents dans leurs foyers, sous la direction de médecins visiteurs. Le rapport, dans son dernier chapitre, compare les résultats du traitement des cholériques dans les hôpitaux et à domicile ; et le fait est que la comparaison n'est pas à l'avantage des établissements hospitaliers. C'est une remarque qui avait déjà été faite en 1832. Suivant le docteur Sutherland, les trois hôpitaux de cholériques de Glascow et les quatre de Liverpool, sur 2,040 cas, ont donné 1,099 morts ou 53,8 p. 100, tandis que dans les mêmes villes les malades traités à domicile ont donné, sur 5,468 cas, seulement 1,909 décès ou 36 p. 100.

Ici se termine l'analyse de l'important travail de la commission anglaise. Si le lecteur l'a suivie avec quelque attention, il a dû voir, en se plaçant au point de vue prophylactique et faisant abstraction des moyens d'arrêter la diarrhée prodromique qui sont déjà un commencement de traitement curatif, il a dû voir que le fond du rapport est tout entier dans cette croyance que le choléra se propage exclusivement par infection, jamais par contagion. L'infection peut avoir des sources nombreuses, les miasmes des égouts, des étangs, des vidanges, des cimetières, etc. ; elle peut émaner d'un rassemblement d'hommes ; mais, dans aucun cas, un individu atteint de choléra ne peut, à lui seul, transmettre le mal à un individu sain. Dès lors, les voies de la prophylaxie sont toutes tracées. Il est indifférent de laisser communiquer deux personnes dont l'une est cholérique et l'autre bien portante ; mais il faut disséminer les populations ravagées par le fléau, il faut les éloigner des foyers épidémiques, les transporter dans des maisons bien aérées, exemptes d'émanations nuisibles, ou les faire camper dans les plaines sous des tentes. Il faut tarir les diverses sources d'infection, laver les égouts, les ruisseaux stagnants, dessécher les étangs, prévenir les filtrations dans les fosses d'aisances, blanchir à la chaux les murailles grasses et imprégnées d'émanations putrides, etc. Voilà toute la partie essentielle du rapport.

Nous nous empressons de le déclarer, le rôle de l'infection dans l'entretien et la propagation de l'épidémie, ce rôle, que nous n'avons jamais songé à mettre en doute, est établi ici de la manière la plus frappante. Ce n'est pas le moment de nous prononcer sur le mode de génération du choléra à son berceau, sur les conditions qui lui impriment de temps à autre le caractère épidémique, et un caractère aussi terrible. Mais quant à l'activité qu'il reçoit de miasmes insalubres différents d'origine, sinon de nature, elle nous paraît mise hors de doute par les faits si nombreux, si positifs, si bien circonstanciés du rapport. Un de nos collaborateurs, M. le docteur Pellarin, y trouverait de puissants arguments à l'appui des opinions qu'il a plus d'une fois consignées dans la GAZETTE MÉDICALE. Mais nous ne saurions accorder les mêmes éloges à la partie du rapport relative à la question de la contagion. Nous aurons l'air peut-être de n'estimer que ce qui flatte nos opinions connues et de trouver mauvais tout ce qui les contrarie. Il est de fait que nous regardons le rapport comme une œuvre importante et bien faite dans ce qui touche l'infection, et comme une œuvre faible et insuffisante dans ce qui touche la contagion. Mais nous croyons que beaucoup de personnes seront de notre avis. Le rapport s'appuie surtout sur des faits négatifs, comme on peut le voir dans nos précédents articles ; encore parmi ces faits ne tiendrait-il qu'à nous d'en transformer au moins un en fait positif, c'est celui de Liverpool (GAZ. MÉD., p. 90) où, une famille irlandaise ayant importé le choléra le 10 décembre, l'individu *qui avait veillé les morts* fut frappé à son tour le 14 du même mois. Mais une seule chose suffirait pour nous mettre en défiance contre cette partie du travail ; c'est précisément ce bonheur d'observation qui n'a amené sous les yeux de la commission aucun fait douteux, aucun qui ait eu besoin d'être rétorqué. A l'entendre, les cas ont été *isolés* à Londres jusqu'à l'époque où l'épidémie est devenue générale. Quoi ! pas un cas déclaré après communication suspecte ! Pas un cas analogue à ceux d'Amiens ou de Nogent-le-Rotrou, qui ont été tant controversés chez nous ! Il faut convenir que c'est là un grand hasard, si grand que nous n'y croyons pas. Le choléra ne fût-il jamais contagieux, que les choses ne se passeraient pas ainsi. Mais nous avons encore une raison de n'y pas croire, et celle-ci a quelque valeur, c'est que les journaux anglais, à l'époque de la dernière épidémie, ne tarissaient point sur les exemples de contagion, et nous avons eu soin d'en relever un certain nombre. Au surplus, ce contraste que nous signalions tout à l'heure entre les deux parties du rapport, et la contradiction anticipée que lui ont préparée sur la question de la contagion la plupart des journaux anglais, s'expliquent assez naturellement. Une commission ou un inspecteur sont assez bien placés pour l'étude des faits généraux. Pour savoir si les émanations d'une fabrique ont joué un rôle dans le développement de l'épidémie, ils n'ont qu'à consulter les registres de paroisse et à voir si le choléra a sévi de préférence au voisinage et sous le vent de la fabrique, s'il s'est apaisé tout à coup après que la fabrique a été fermée. C'est là un fait général. Mais la position change dès qu'il s'agit de la contagionabilité qui s'étudie surtout à la lumière de faits particuliers. Comment veut-on qu'un inspecteur qui court, pour ainsi parler, les grands chemins, ou une commission immobile, puissent s'enquérir avec exactitude des faits de transmission contagieuse qui peuvent avoir lieu dans les trois royaumes ? A supposer que l'inspecteur y ait regardé dans un certain nombre de cas particuliers, et que la contagion ne lui ait pas apparu, quelle conséquence en tirer contre les milliers de faits qui ont pu se passer loin de lui ? Franchement, nous n'avons aucune confiance en ces sortes d'enquêtes. Le résultat négatif auquel elles condnisent et ne peuvent guère manquer de conduire, ne peut rien, malgré son air de solennité, contre les humbles faits que l'observation met souvent entre les mains du médecin de campagne. C'est ce qui est arrivé pour la fièvre typhoïde, c'est ce qui arrivera indubitablement pour le choléra.

A. DECHAMBRE.

Le rédacteur en chef, JULES GUÉRIN.

REVUE HEBDOMADAIRE.

CONCOURS POUR UNE CHAIRE DE CLINIQUE CHIRURGICALE A LA FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS.

QUATRIÈME ÉPREUVE. — THÈSES ET ARGUMENTATIONS.

La tâche que nous avons entreprise devient de plus en plus difficile à mesure que nous avançons. L'épreuve de la thèse et des argumentations est celle où l'on peut voir le plus de qualités réunies, et les concurrents aux prises. La composition de la thèse, bien que ce soit toujours une sorte d'improvisation, permet à l'esprit de se manifester avec tous ses avantages : conception, science, érudition, talent d'exposition, invention même, tout y est de mise, quand la condition première ne manque pas, quand on a quelque chose à y mettre. Il y a des personnes qui ne regardent pas cette condition comme indispensable, elles supposent qu'on peut suppléer à ce dont on manque par un emprunt. C'est une erreur. D'abord y a-t-il beaucoup de gens en état de prêter, et s'il s'en trouvait, rencontreraient-ils des esprits capables de profiter de leurs largesses ? Les idées ne sont pas une monnaie courante; leur valeur, quand elles valent réellement quelque chose, ne se transmet pas de la main à la main ; dans le commerce de la science, on ne peut guère emprunter que de la défroque ; et si un esprit supérieur était dans le cas de recevoir quelque chose d'un esprit de sa portée, il ne ferait en quelque façon que prendre son bien où il le trouverait. On peut donc croire que la vraie valeur d'une thèse de concours exprime assez bien la valeur réelle de celui qui l'a faite.

L'argumentation est plus difficile à apprécier. Non-seulement différents genres de mérite peuvent y briller ; mais, suivant l'occurrence, ceux d'un ordre élevé peuvent être effacés par ceux d'un ordre plus ordinaire. L'auteur d'une thèse remarquable par l'élévation des vues, par la nouveauté des aperçus, peut être battu sur des accessoires par un esprit délié ; et réciproquement un esprit plein de force et de profondeur peut échouer contre un tacticien plus habile à éluder les objections qu'à les résoudre. C'est à cela surtout que le public est susceptible de se laisser prendre ; et il est bien difficile que les impressions de concours ne ressemblent pas un peu aux impressions d'audience. Ajoutons qu'un succès quelconque est un heureux prétexte pour colorer des préférences qu'on ne prend pas toujours la peine de motiver. Tout cela offre donc quelques difficultés pour quiconque est résolu à ne se laisser guider, dans ses appréciations, que par la justice et l'impartialité. C'est ce que nous allons continuer de faire pour cette dernière épreuve, comme nous croyons l'avoir fait pour les précédentes.

M. Gosselin a soutenu sa thèse le premier. Le sujet était : DES PANSEMENTS RARES. Il a été argumenté par MM. Bouisson, Chassaignac, Jarjavay et Nélaton. Disons d'abord quelques mots de la thèse elle-même.

La question des pansements rares offrait trois points de vue intéressants à traiter : le point de vue historique, le point de vue physiologique et le point de vue pratique. C'est à la fois un sujet ancien et un sujet moderne. Nous sommes obligés de le déclarer, l'auteur ne paraît pas s'être douté un seul instant de l'importance de la question. Au point de vue historique, il s'est borné à rappeler d'une manière superficielle et incomplète quelques-uns des auteurs qui se sont occupés des pansements rares. Au point de vue physiologique, il ne s'est pas même demandé quelle pouvait être la signification de cette question ; quelle différence fondamentale de phénomènes elle offrait à examiner dans l'organisation réparatrice des plaies ; quels liens la rattachaient à l'étude de l'organisation immédiate des plaies sous-cutanées ; quels aux méthodes imaginées pour généraliser le bienfait de ces dernières. De toutes les recherches tentées, de toutes les questions soulevées à cette occasion, il a à peine rappelé les titres et non les choses. Le point de vue pratique a été en proportion des points de vue historique et scientifique : absence de principes d'un côté, absence de règles de l'autre. Cela devait être. Nous avons vraiment regret de le dire, mais il est impossible d'avoir plus mal conçu un tel sujet, et d'en avoir tiré un plus médiocre parti. Après avoir lu cette thèse, nous nous sommes demandé si l'auteur s'était vraiment rendu compte de ce dont il s'agissait, s'il savait au fond à quel but avaient tendu jusqu'ici les différentes méthodes comprises sous la dénomination de pansements rares, et finalement à quels résultats positifs ou négatifs l'art était arrivé sur ce point. L'argumentation n'a que trop confirmé nos doutes.

M. Bouisson a débuté par quelques paroles pleines d'atticisme sur la manière dont il entendait le rôle d'argumentateur et d'argumenté. Il a pris pour règle de conduite un passage de Cicéron, où l'orateur romain se promet de réfuter sans obstination et d'être réfuté sans colère : « *Refellere sine pertinacia et refelli sine iracundia.* » L'argumentation de M. Bouisson se résume comme il suit : « confusion dans les mots, confusions dans les choses, absence de toute discussion physiologique, et indécision partout à l'occasion des principes, des règles et des déductions pratiques. L'auteur a confondu les pansements avec les appareils. On ne comprend pas d'après sa thèse ce qu'il faut entendre par pansements rares et pansements fréquents. Définition et distinction nulles. Quant aux questions physiologiques qui se rattachent au sujet, l'auteur ne les a même pas mentionnées. Sa thèse se divise comme il suit : 1° considérations historiques ; 2° moyens d'exécution ; 3° indications et contre-indications : il passe directement des considérations historiques aux moyens d'exécution. Il a donc omis la partie vraiment scientifique du sujet. Parmi les questions qui se rapportent à cette partie, il en est une surtout qui la domine : l'action de l'air sur les plaies ; il n'en a dit mot, bien qu'il eût promis de s'en occuper. Quant à la partie pratique, l'auteur s'est montré si indécis, qu'il n'est pas même certain de l'utilité des pansements. En cela pourtant il est en désaccord avec l'autorité et l'expérience. Les meilleurs auteurs, Sabatier et Dupuytren par exemple, professent que les pansements doivent être fréquents dans certains cas, rares dans d'autres. Où est la règle de conduite ? la thèse ne s'en préoccupe pas. A la place d'une résolution quelconque, il n'y a partout que mollesse et indécision. »

A cette argumentation, présentée avec fermeté et conviction, M. Gosselin n'a répondu que par des dénégations. Nous nous arrêterons à ce qu'il a dit de l'influence de l'air sur les plaies, comme ne se rattachant pas à son sujet. Cette réponse a été sa condamnation, ainsi que M. Bouisson le lui a fait remarquer. La moindre connaissance historique du sujet aurait suffi pour montrer à quel point la recherche de l'influence de l'air sur les plaies est intimement liée à celle des pansements rares. Sur quoi roulaient, du temps de Magati, les discussions si nombreuses et si curieuses qui ont eu lieu entre les principaux chirurgiens de l'Europe à l'occasion du pansement des plaies ? Sur l'air, sur son influence différente dans certains pays,

Feuilleton.

CHRONIQUE MÉDICALE.

Les médecins. — Certificat de bonne vie et mœurs. — Les charlatans d'autrefois. — Avis aux gens de lettres. — Loi sur les falsifications des substances alimentaires et médicamenteuses.

Imaginez un peu, dans quelque mille ans, un curieux, un antiquaire, un fouille-papier, ouvrant la GAZETTE MÉDICALE et tombant sur la CHRONIQUE. Il faut supposer pour cela que la scène se passe chez un épicier ; mais enfin la chose n'est pas absolument impossible. Voilà notre homme bien scandalisé des vices de la société en général et, singulièrement, du corps des médecins. « Çà, va-t-il se dire, la gangrène était donc là dedans jusqu'aux os ? Quelle vermine ! quel nid de charlatans et de faux frères ! combien d'affiches honteuses, de réclames impudentes, de basses intrigues, de menées déshonnêtes, de prétentions bouffonnes, de simagrées à dormir debout, de remèdes mensongers, de falsifications et de ventes à faux poids ! O la Gomorrhe impudique, cette cité parisienne du dix-neuvième siècle ! ô la terre maudite ! ô le repaire de malfaiteurs, cette France qu'on appelait si plaisamment la reine du monde ! — *Reine du monde, ô France ! ô ma patrie !* — Mais les gens de ce temps-là n'étaient pas seulement vicieux des pieds à la tête ; ils étaient bêtes à manger de la graine de moutarde blanche ou des bonbons au lait d'ânesse. Comment ! il y avait assez d'imbéciles pour faire la fortune de tant d'industriels ? Il y avait des chauves assez dépourvus de cervelle pour consommer de la graisse d'ours et de lion ! Des débauchés assez éhontés pour aller demander dans une boutique de *l'eau d'Adonis, propre à fortifier les organes !* Il y avait des yeux chassieux pour le *remède de la veuve Farnier*, des phthisies pour les *pastilles d'escargots*, des taches de rousseur pour le *lait antéphélique !* On trouvait des individus majeurs et jouissant, en apparence du moins, de toutes leurs facultés, pour se faire inspecter les gros et petits boyaux par une commère soi-disant endormie, ou pour lui envoyer des bonnets de coton, des mèches de cheveux ou des cure-dents à titre de moyen de diagnostic ! » On pourrait en dire beaucoup plus long, mais on est prié de se contenter de cet échantillon. Nous souhaitons très-fort que, à cette époque lointaine, la société, pétrie de vertus, soit autorisée à se voiler la face quand il lui arrivera de se tourner vers le passé. Mais si notre futur antiquaire devait conclure de sa découverte que le temps actuel est pire que celui qui l'a précédé, nous nous donnerions un instant le plaisir de nous moquer de lui, ce qui ne laisserait pas que de le contrarier beaucoup. La CHRONIQUE offre certainement une lecture des plus instructives ; mais elle n'est pas le miroir entier de la société, ni même du corps médical ; et il ne faudrait pas juger de la propreté du tout par les ordures qu'elle a mission expresse de

dans certaines villes, dans certaines localités; salutaire ou nuisible, spécifique ou inerte, suivant les lieux et la nature des plaies. Les conclusions relatives à la fréquence ou à la rareté des pansements étaient toutes tirées de l'idée qu'on avait alors du mode salutaire ou nuisible de l'action de l'air. Ce qu'on faisait à cette époque avec des théories ridicules, on le fait maintenant avec des idées plus saines. Le caractère physiologique de la fréquence des pansements repose complétement aujourd'hui sur la connaissance du mode d'action de l'air. Il se résume tout entier dans ce fait : que les plaies qui se cicatrisent à l'air libre suppurent; que celles qui se cicatrisent sous la peau ne suppurent pas et s'organisent immédiatement. Entre ces deux extrêmes, quel est le caractère physiologique des différents modes de pansements? quelle est leur valeur relative, c'est-à-dire quelle est leur influence comme utilisant les bonnes qualités de l'air, neutralisant les mauvaises, et jusqu'à quel point se rapprochent-ils en partie du résultat si heureux de la cicatrisation sous-cutanée? Ce seul énoncé montre à combien de questions intermédiaires aurait conduit l'examen véritablement scientifique du sujet des pansements rares. L'étude du rôle et de l'utilité de la suppuration, qu'il faut corriger, modifier, protéger ou empêcher; l'étude des causes d'altération de ce fluide dans leurs rapports avec la cicatrisation des plaies, et avec la nature, les modes et la fréquence des pansements, etc. — M. Bouisson a indiqué une partie de ces problèmes; mais le temps l'a empêché de pousser aussi loin qu'il l'aurait dû les développements de cette objection capitale.

M. Chassaignac, en marchant dans la voie ouverte par M. Bouisson, a ajouté quelques nouveaux développements au même sujet. On sait que ce chirurgien, cherchant à féconder nos premières indications sur la méthode du pansement des plaies par occlusion, a lui-même proposé quelques procédés afférents à cette méthode. Or, l'occlusion parfaite ou imparfaite des plaies a surtout pour effet physiologique d'intercepter plus ou moins complétement la communication des plaies avec l'air, et le résultat physiologique de cette modification de rapport se traduit par une différence de résultat thérapeutique. Quel que soit ce résultat, M. Gosselin aurait dû l'étudier dans ses causes physiologiques et dans ses résultats thérapeutiques. Suivant M. Chassaignac, M. Gosselin n'a pas étudié les premières, et il s'est complétement abusé sur la valeur des seconds. Nous saisissons cette occasion pour rectifier une déclaration de l'auteur de la thèse en ce qui nous concerne, déclaration qui ne fera qu'ajouter à toutes les objections qui précèdent, et qui tendent à établir que M. Gosselin n'a compris ni le caractère physiologique ni la valeur pratique de la méthode par occlusion. Dans un passage de sa thèse, p. 22, il dit : « Les recherches et les » discussions auxquelles ont donné lieu la méthode sous-cutanée ont » amené les chirurgiens à se demander s'ils ne pourraient pas donner aux » plaies exposées une protection qui les rendît semblables aux plaies sous-» cutanées, et qui fît obtenir artificiellement des cicatrisations semblables à » celles que Hunter avait vues se former spontanément sous les croûtes ré-» sultant de la dessiccation du pus. D'après cette idée, M. J. Guérin avait » cherché, il y a quelques années, à placer les solutions de continuité dans » le vide, en les entourant d'un sac de baudruche dont il aspirait l'air » avec une pompe. Cette tentative n'a pas été suivie de succès. » Ce passage renferme trois erreurs qu'il nous importe de rectifier. *Premièrement*, ce n'est pas une cicatrisation comme celle que Hunter avait vue succéder à une dessiccation de la croûte de pus que nous avons recherchée, mais une cicatrisation immédiate, sans suppuration quelconque, c'est-à-dire l'organisation immédiate. *Secondement*, nos tentatives n'ont pas été complétement sans succès; nous avons, au contraire, réussi dans plusieurs cas, dans les cas de petites plaies et de petites surfaces dénudées. Mais averti immédiatement d'une circonstance qui devait nous faire manquer notre but, nous avons *suspendu* nos tentatives, dans les conditions et avec les moyens de nos premiers essais. *Troisièmement*, il n'est pas exact de dire que nous avons renoncé à cette méthode, ainsi qu'on l'a avancé à plusieurs reprises. M. Gosselin et ceux que cela intéresse apprendront sans doute avec plaisir que, loin d'avoir abandonné la méthode par occlusion, elle fait depuis plus de dix années l'objet de nos préoccupations de tous les jours, et que nous nous croyons bien près d'avoir résolu cet important problème de pratique chirurgicale.

M. Jarjavay a insisté derechef, et avec de nouveaux arguments, sur la lacune physiologique de la thèse de M. Gosselin. Les recherches micrographiques sur le pus aux différentes périodes de la cicatrisation, et sous l'influence des différents modes de pansements, auraient fourni quelques données utiles aux déductions pratiques. Ce point de vue ne manque ni de justesse ni de fécondité. Peut-être M. Jarjavay ne s'était-il pas complétement rendu compte de la valeur de cet excellent argument : il l'a exposé d'une manière obscure et diffuse, et il a permis à son interlocuteur de s'échapper à travers les mailles insuffisamment serrées de son réseau. M. Gosselin, déclinant, bien à tort selon nous, la valeur des renseignements micrographiques pour établir la notion physiologique de son sujet, a attiré son adversaire sur le champ des causes finales. Quand vous nous prouverez, a-t-il dit, que telle ou telle modification de globule est bonne et employée utilement par la nature à tel ou tel but, j'admettrai qu'il soit utile de consulter les merveilles révélées par le microscope. Cette réponse n'était pas très-forte, elle n'a pourtant pas été suffisamment rétorquée par M. Jarjavay. La connaissance théorique des faits est toujours utile, même quand on n'en saisit pas immédiatement les applications. Celles-ci ne manquent jamais de venir à la suite de la notion théorique mieux établie. Mais dans l'espèce, il y avait un lien immédiat à signaler, que nous ne sommes pas obligé d'indiquer ici. Le reste de l'argumentation de M. Jarjavay s'est perdu en dissertations sans portée sur les définitions données par M. Gosselin.

Jusqu'ici l'argumentation avait été sérieuse, instructive, forte quelquefois, mais un peu monotone. M. Nélaton l'a fait sortir tout à coup de sa torpeur. Prenant son adversaire corps à corps sur trois ou quatre points bien circonscrits, il l'a fort embarrassé et a trouvé moyen, en disant des choses très-nettes et très-sensées, d'amuser beaucoup l'auditoire. L'argumentation de M. Nélaton n'a rien offert de général. Il n'a parlé ni de l'économie, ni de l'esprit de la thèse, ni des questions importantes soulevées par le sujet en litige. Il s'est renfermé dans des questions de fait, un peu trop limitées peut-être, mais il a su, à leur occasion, faire preuve des qualités qui le distinguent : le bon sens et la précision.

M. Gosselin a rangé parmi les pansements protecteurs, lesquels ont pour objet, dit-il, de mettre les surfaces malades à l'abri du contact de l'air pendant un certain nombre de jours, l'appareil à incubation de M. J. Guyot. Or, dans cet appareil, l'air est maintenu à une température constante; mais il y pénètre, il s'y renouvelle librement et incessamment; par conséquent l'appareil a précisément une propriété en désaccord avec la définition de M. Gosselin. Il n'y avait rien à répondre à cela.

« Pour les plaies par instruments piquants, dit M. Gosselin, la solution » est assez simple..... il n'y a pas ici la nécessité de voir et de surveiller

---

recueillir et d'entasser. Non, quoi qu'en disent les mauvais augures, *importunæ volucres*, nous ne sommes pas plus sacripants que nos devanciers, et nous avons le front de croire que les mœurs médicales de nos jours n'ont pas à rougir devant celles des temps écoulés, à quelque époque qu'on veuille remonter. L'encombrement des populations dans les grandes villes, le trop-plein des professions, ont imprimé à la concurrence une activité qui a coûté quelque chose à la probité et à la bonne foi. Qui songerait à le nier? Mais la masse des médecins est pure de ce genre de péché. Quelques points du corps peuvent être malades, mais, comme on dit, le coffre est bon. On peut même ajouter que, pour une famille innombrable comme celle des enfants d'Esculape, le nombre des indignes est vraiment très-minime. On parle souvent des anciens corps disciplinaires : nous sommes loin d'en contester les avantages; mais c'est le mérite particulier des mœurs actuelles de se maintenir à un niveau honorable d'elles-mêmes et sans cet appui artificiel. Il y a des charlatans parmi nous! En vérité? Eh! grondeurs irréfléchis, songez donc qu'il y en a eu de tout temps proportionnellement plus qu'aujourd'hui; songez donc que l'ancienne Égypte en était inondée plus encore que des eaux du Nil, qui a toujours eu du moins l'attention de se retirer pendant une portion de l'année. Avez-vous lu les *Sciences occultes* de Salverte? Vous trouveriez dans ce livre d'édifiantes instructions sur la pureté et la sincérité de la médecine antique. La Grèce, Rome, au temps de leur plus brillante civilisation, n'ont-elles pas eu des charlatans aux traits si bien caractérisés, si fortement accentués, que l'histoire les désigne encore sous la couche de siècles qui les recouvre? Demandez à Aristophane, à Cicéron, à Galien lui-même qui s'y connaissait, dit-on, quelque peu. Ils vous nommeront Eudamus, par exemple, ou Clodius, qui vendait des remèdes ou des poisons à la volonté des pratiques. Et plus tard, dans notre propre pays, non-seulement les charlatans ont foisonné, mais leur succès a été beaucoup plus général et plus relevé que ne l'est celui de leurs successeurs actuels. Le charlatanisme le plus grossier s'insinuait alors avec une facilité merveilleuse sous les lambris dorés; il s'asseyait au chevet des princes et princesses, des rois et des reines. Le maréchal de Luxembourg achetait des drogues à deux louis la goutte, et madame la Dauphine essaya tous les charlatans de son temps jusqu'à ce qu'elle en mourût. Guy-Patin et Dionis vous en apprendraient bien d'autres!

Ces réflexions, si elles s'égarent hors du cercle habituel de nos lecteurs, feront sourire quelqu'un; mais il n'y aura pas grand mal à cela, le métier de ce quelqu'un étant de rire et de faire rire son prochain. Selon M. Louis Huart, l'un des rédacteurs les plus profonds du CHARIVARI, le médecin n'est guère qu'un de ces êtres sociaux qui ont un nom dans la langue politique de M. Proudhon, et qui vivent uniquement de la pusillanime crédulité du public. C'est ce qu'il a entrepris de démontrer en seize pages in-quarto dans une livraison de la bibliothèque-Aubert. Et, comme si la drôlatique plume de l'auteur ne pouvait suffire à une telle peinture, on y a joint le crayon de Trémolet : 70 vignettes, pas davantage. L'une de ces vignettes nous a légèrement étonné, vu l'intention de l'œuvre. Elle se compose de deux figures, dont l'une à tête d'âne. A qui croyez-vous que s'applique cette tête symbolique? Au médecin, allez-vous dire. — Pas du tout au malade! Nous ignorons si M. Louis Huart et son compagnon Trémolet ont jamais invoqué l'assistance de la Faculté; en ce cas, la vignette serait un acte de modestie contre lequel nous serions des premiers à nous récrier. Les ânes

» qui, dans les antres plaies, doit décider souvent à changer d'appareils; » car nn craint peu d'accidents..... » Et les plaies par instruments piquants qui pénètrent profondément, a dit M. Nélaton, celles qui intéressent les organes, les viscères, les vaisseanx, les nerfs, etc., celles qn'il fant débrider.... — Mais l'auteur n'avait pas songé à ce poiut de vue.

Dans nn antre endroit de sa thèse, M. Gosselin dit : « Ceux qui adoptent » la pratique générale auraient tort de s'appnyer snr cet argument : *qu'ils » guérissent un plus grand nombre de plaies, et qu'ils les guérissent » plus rapidement*. Discuter snr ce terrain, ce serait prolonger éternel- » lement les difficultés sans pouvoir s'entendre. Les *seuls* arguments irré- » futables, ajonte M. Gosselin, dans cette qnestion, sont ceux qui font in- » tervenir la séméiotique et l'hygiène. » A propos de quoi, M. Nélaton a demandé très-gravement à son interlocuteur, quels étaient, dans l'espèce, les arguments tirés de la séméiotique et de l'hygiène, qui pronveraient mieux en faveur de l'efficacité de tel on tel mode de pansement, que le grand nombre et la rapidité des guérisons? L'anditoire a ri en attendant la réponse de M. Gosselin, prévnyant sans donte que l'honorable argumenté ne trouverait pas facilement, dans la séméiotique et l'hygiène de quoi motiver ses préférences, et satisfaire aux exigences de son argumentateur.

Enfin, M. Gosselin, se livrant à une analyse comparative des appareils *amovibles*, *inamovibles* et *amovo-inamovibles*, les a caractérisés d'une façon qne M. Nélaton n'a trouvée ni rationnelle ni pratique. Il est de fait que l'honorable argnmenté n'a pas été heureux dans ses définitions. Nous ne chercherons pas à reproduire cette partie de l'argumentation, dont le fond n'est peut-être pas bien important, mais dont la forme a été très-piquante. Lorsque l'heure a interrompu les deux interlocuteurs, M. Nélaton était en train de rectifier plusieurs propositions peu sûres de son adversaire. Il en est une relative à l'appareil *amovo-inamovible* de M. Sentin, qu'il aurait signalée sans doute s'il en avait eu le temps, car il connaît l'ingénieux appareil du chirurgien belge, et il a été à même d'en apprécier les bienfaits. A propos de cet appareil, M. Gosselin écrit : « J'ai fait pressentir plus » haut que M. Sentin, en coupant son bandage amidonné, plaçait en défi- » nitive un pansement hyponarthécique. » M. Gosselin ne connaît pas l'appareil de M. Seutin, il ne l'a jamais vu, et il s'en fait la plus fausse idée. M. Seutin ne coupe pas son appareil pour le laisser ouvert, mais pour lui donner à la fois les avantages de l'appareil inamovible quand il est appliqué, et de l'appareil amovible quand on veut momentanément l'enlever en totalité ou en partie.

Cette première séance a été, comme on le voit, instructive pour tous, et surtout bonne pour MM. Bouisson et Nélaton. Si ce dernier n'a pu s'attacher qu'à des objections accessoires, dont, il faut le reconnaître, il a su tirer le meilleur parti, c'est que sans doute le premier, venu avant lui, s'était emparé des principales.

JULES GUÉRIN.

(*La suite au prochain numéro.*)

PHILOSOPHIE MÉDICALE.

DE LA LOI BIOGÉNIQUE APPLIQUÉE A LA PATHOLOGIE GÉNÉRALE; par J.-B.-G. BARBIER.

(Voir les nnméros des 30 mars et 30 novembre 1850.)

DE LA MALADIE.

La santé est la situation naturelle, la condition légitime de tons les êtres organisés. Elle nous présente dans sa pureté le mode d'existence qui a été assigné à chaque espece an moment de la création. L'antorité de la loi biogénique est entière, absolue snr ces êtres : leur organisation suit fidèlement l'impulsion sage, bienveillante, protectrice de cette loi. Les individus éprouvent nn sentiment intime de bien-être, de calme, de félicité. Les mouvements des organes sont aisés, faciles, libres. Leurs actes s'exécutent sans obstacle. Toutes les fonctions tendent vers nn but commnn, la conservation de la composition élémentaire, de la forme, du volnme, de toutes les qualités qui distingnent chacune des parties de leur corps. C'est la vie physiologique avec ses avantages, avec ses faveurs.

La maladie montre l'être organisé dans une condition différente. La loi biogénique a perdu snr lui la plénitude de sa puissance. Sur nn, sur plusieurs organes, même sur toute son économie, cette loi est violentée, troublée, faussée. Les actes qni doivent maintenir l'intégrité des parties fluides et solides dn corps sont viciés. Leur exercice fait éprouver à la constitution normale de ces parties des modifications de diverses sortes. Les mouvements des organes deviennent pénibles, difficiles, donloureux. Cette situation accidentelle, variable, donne à l'existence un caractère de désordre. C'est la vie pathologique avec ses misères, avec ses angoisses, avec ses dangers.

Pour concevoir tous les genres de changements que la viciation de la loi biogénique peut opérer dans un corps organisé, il faut reconnaître que c'est cette loi qui le fait naître, qne c'est l'antorité de cette loi qui dirige son développement, que c'est encore elle qui, dans le cours de sa vie, protége toutes ses parties, défend leurs qualités, leurs attributs, contre les causes qui tendent à les altérer.

Dans un être vivant, on trouve les fluides et les solides qni le constituent, convertis en un nombre déterminé de pièces ou d'organes, dont la substance, la forme, les qualités sont établies par la loi biogénique. Chaque organe a une composition chimique fixée. Son volume, sa figure, sa texture, sa densité restent toujonrs les mêmes : il offre une coloration, une température, un mode de sensibilité, un degré de tension, une aptitude à agir, qui ne doivent pas varier.

La conservation de l'organisation d'un être vivant est confiée à un certain nombre de fonctions; celles-ci, sous la direction de la force vitale, qui est une émanation de la loi biogénique, travaillent sans cesse à entretenir l'ordre normal dans le corps où elles s'exécutent : ce sont la digestion, la circulation, la respiration, l'absorption, la nutrition, les sécrétions, l'innervation.

La stabilité de la composition intime de tous nos organes, la permanence des attributs propres à chacnn d'eux, sont donc dans la dépendance absolue d'nne série d'actes qui renouvellent sans cesse leur substance, qui les

---

que nous avons pu connaître en notre vie avaient moins d'esprit que ces deux messieurs : c'est un fait que notre conscience nous oblige à déclarer. Mais aussi nous en avons connu beaucoup qui en savaient autant qu'eux sur la valeur de la science médicale et sur les mœurs des médecins : cette prétendue étude médicale est en retard d'un siècle. Le charlatanisme n'est pas mort, ni dans la médecine ni ailleurs; non certes, mais il s'est transformé et perfectionné. On voit que nous ne déguisons rien. Les procédés décrits par M. Huart sont ce qu'il y a de plus usé et de plus mauvais goût. Avoir toujour l'air sûr de son fait, se faire mander au milieu d'un repas par un domestique en livrée, placer de faux malades dans son antichambre, insérer des réclames dans les journaux, délivrer des consultations *gratis* avec des ordonnances à prendre dans la pharmacie voisine, fi donc! C'est le *musa musæ* du charlatanisme. Le charlatanisme! la grande majorité des médecins le repoussent et le méprisent; mais ceux qui s'en mêlent y mettent un peu plus d'adresse. Appelez-moi voleur, disait certain personnage, mais pas imbécile. Nous réclamons formellement ici, dans ce sens, en faveur des confrères perdus dans les mauvaises voies, et nous avertissons charitablement M. Huart qu'il y avait là le sujet d'une analyse autrement fine et vraie que celle où il s'est fourvoyé. A bon entendeur salut. Que s'il lui répugnait de vider son sac à malices deux fois sur le même sujet, nous prendrions la liberté de lui en indiquer un autre qui serait mieux de sa compétence : la PHYSIOLOGIE DES GENS DE LETTRES, particulièrement des rédacteurs de petits journaux, inventeurs de bourdes, amateurs de l'école drôlatique et burlesque. Qu'il écrive un chapitre là-dessus, et, s'il veut nous en donner lecture, nous lui promettons de lui prêter notre maison, à l'exemple du Maculonus de Juvénal :

. . . . si dulcedine famæ
Succensus recites, Maculonus commodat ædes.

Aussi bien les positions, les rôles respectifs de l'homme de lettres et des médecin ont changé depuis le temps de Juvénal. Ce qui était vrai alors du premier l'est maintenant du second, et si les moyens excentriques de succès sont quelquefois pardonnables, ce doit être surtout pour le médecin. Écoutez ceci : « Les poètes n'ont plus que César qui les soutienne et les anime; lui seul, dans ce siècle ingrat, a rassuré les muses éperdues, lorsque déjà nos poètes célèbres voulaient se mettre aux gages d'un baigneur, à ceux d'un boulanger de Rome, et que le reste ne trouvait rien d'abject ni de honteux au métier de crieur...... L'âme d'un poète a besoin de tout son ressort : la crainte de manquer d'un habit amortirait son feu..... Horace était chaud de falerne quand il s'écriait : *Evoè!* et Virgile, sans esclave et mal logé, n'eût pas entortillé de serpents les crins de sa furie, etc. » Aujourd'hui, on en conviendra, il n'y a pas beaucoup de poètes célèbres parmi les garçons de bains; Reboul fait *sa boulange* lui-même et n'est aux gages de personne, et s'il est des écrivains un peu experts qui mettent leur habit au mont-de-piété, c'est bien par leur faute; car, à défaut de César pour les empêcher de mourir de faim, il ne manque pas d'entrepreneurs d'almanachs, de petits journaux et de caricatures! Les médecins n'ont pas tant de ressources.

On l'a vu, nous ne traitons pas la pharmacie et la médecine en immaculées. En soutenant qu'elles sont aussi sages au moins que le reste des professions,

reproduisent toujours avec les mêmes qualités. Si ces actes suivent leur direction naturelle, si leur cours est régulier, la conservation de toutes les pièces de l'organisation est assurée; l'état de santé qui est attaché à leur intégrité se perpétue. Mais si l'exercice de ces actes vient à se vicier, si l'action nutritive, l'action absorbante, si la circulation capillaire ne suivent plus dans les tissus organisés la règle tracée par la loi biogénique, les organes subissent bientôt des modifications qui peuvent intéresser leur constitution, leur forme, leur volume, leur consistance, leur température, leur couleur.

Ces instruments de la vie ne peuvent acquérir de nouvelles qualités, prendre un état différent de celui qui leur est naturel, sans que leurs mouvements suivent une autre mesure, sans qu'un trouble plus ou moins sérieux s'établisse dans l'économie animale. Les changements que les organes éprouvent peuvent être assez profonds pour les rendre inhabiles à remplir leur destination, pour suspendre même l'exercice d'opérations organiques sans lesquelles la vie ne peut continuer.

Il y a toujours dans un être vivant une corrélation étroite entre l'état présent ou les qualités d'un organe et les mouvements ou la fonction que ce dernier exécute. L'action d'une partie vivante est-elle facile, régulière, vous pouvez assurer que cette partie est dans les conditions de l'ordre normal, qu'elle n'a éprouvé aucune altération. La fonction d'un organe devient-elle difficile ou viciée, vous pouvez annoncer que cet organe a subi un changement d'état, qu'il a pris des qualités nouvelles, différentes de celles qu'il doit avoir.

Mais il faut ici se rappeler que fréquemment le trouble d'un acte organique est provoqué par une impulsion qui lui vient des centres médullaires ou des plexus des nerfs ganglionnaires. Il y a alors sur le vaste appareil de l'innervation un point dont la substance a éprouvé une modification, où vient de se passer un mouvement moléculaire, qui a donné un caractère anormal, perturbateur à la puissance que ce point exerce sur les parties du corps avec lesquelles il est en rapport. L'organe qui s'agite sous cette incitation nerveuse n'offre aucune mutation dans sa température, dans sa couleur, dans ses autres qualités : ses mouvements seuls sont changés.

La maladie consiste dans un désordre organique, dans une altération des qualités que la loi biogénique a imprimées sur chaque pièce de l'organisation. Ce désordre est toujours la suite d'un écart, d'une déviation des opérations qui ont pour fin la conservation du corps. Que la lésion soit sur l'organe même où se manifestent les symptômes, ou que cette lésion affecte l'appareil de l'innervation et suscite au loin des accidents, il y a toujours dans l'économie animale une mutation organique qui fournit la raison des phénomènes morbides que l'on observe.

A son origine, la maladie est, comme on l'a dit, un acte purement vital. Elle ne consiste encore qu'en un trouble secret de la loi biogénique ou de la force vitale qui en procède. Les organes sur lesquels ce changement s'opère auront bientôt leurs actes d'entretien viciés. C'est seulement alors que la maladie se révèle, que le médecin peut la saisir.

L'atteinte portée à la loi biogénique peut se borner à une pièce de l'organisation. Les effets de la déviation de cette loi ne se manifesteront que sur un organe. Ce dernier acquiert d'autres qualités; il n'a plus la même coloration; sa température a changé; sa densité n'est plus la même, etc. L'exercice de sa fonction est vicié.

Tous les jours le médecin rencontre des malades qui souffrent seulement de l'estomac ou des intestins, qui n'offrent que le cœur, ou les poumons, ou un centre nerveux dans une condition morbide. Les autres parties de l'organisation sont saines, leurs fonctions continuent d'être régulières. Si on réfléchit que, dans une organisation, chaque pièce jouit d'une sorte d'individualité, qu'elle a sa constitution chimique fixée, ses attributs assignés, ses actes d'entretien réglés, on concevra que la dérogation de la loi biogénique puisse n'intéresser qu'un organe.

Deux ou trois organes, et même plus, peuvent subir en même temps les effets d'une déviation de la loi biogénique. Ces organes seuls ont pris des qualités accidentelles, et il n'y a de troublé dans l'économie animale que l'exercice de leurs fonctions. Les lésions qu'offrent ces organes peuvent être du même caractère; alors elles donnent lieu à des maladies que l'on pourrait nommer *homomères*. On bien ces lésions sont d'une nature dissemblable; les maladies qui en procèdent seraient *hétéromères*.

Il est des maladies, comme les fièvres, les cachexies, dans lesquelles l'autorité de la loi biogénique est méconnue, faussée sur l'économie tout entière. On voit alors les actes qui doivent maintenir l'intégrité des fluides et des solides du corps, la nutrition, l'absorption, la circulation, etc., travailler par leur perversion à dénaturer toutes les parties de l'organisation. Le sang perd sa composition naturelle, les tissus organiques reçoivent des qualités accidentelles. La vie est devenue un état de perturbation dans lequel la puissance de la loi biogénique finit par être tellement affaiblie, que, comme dans les fièvres que l'on nommait putrides, l'empire de la loi des affinités moléculaires se fait déjà apercevoir sur le corps malade, qu'un commencement de décomposition précède le moment de la mort.

Le trouble de la loi biogénique ne présente pas toujours la même tendance : les effets de la déviation de cette loi prennent sur les organes diverses formes. Ici c'est l'action nutritive qui a surtout opéré les modifications que l'on remarque dans les qualités ordinaires des tissus organiques. Là on voit que ces modifications procèdent plutôt de l'altération de l'action absorbante; ailleurs les lésions pathologiques sont évidemment le produit d'une circulation capillaire déréglée, etc. Le plus souvent ces fonctions concourent ensemble à réaliser les désordres morbifiques que nous découvre l'étude attentive de l'homme malade, et que confirment, mais pour quelques lésions seulement, les recherches cadavériques.

Toujours ce sont les mêmes actes qui devaient maintenir les fluides et les solides du corps dans leur condition physiologique, que nous voyons, par suite des dérogations, des aberrations de la loi biogénique, faire naître ces changements, ces altérations qui provoquent les divers modes d'existence dont s'occupe la pathologie.

On aura remarqué que nous ne reconnaissons pas sur les organes d'un être vivant des qualités physiques et des propriétés vitales. Tous ces attributs ont la même origine : ils procèdent tous de la loi biogénique. Les propriétés que l'on nomme vitales s'éteignent au moment de la mort; si les qualités physiques subsistent encore, elles ne tardent pas à être détruites par la puissance de la loi des affinités moléculaires qui s'empare alors de la matière organisée.

Jetons un coup d'œil rapide sur la part que chacune des fonctions de la vie peut prendre à la formation des lésions pathogénéses.

DIGESTION. — C'est par ses produits que cette fonction détermine le développement de lésions pathologiques.

Des aliments succulents, des digestions parfaites, tendent à amener une

---

nons ne contestons pas leurs écarts. Il nous semble même, à en juger par de certains signes, que depuis quelque temps la pharmacie se *dérange*, — ce qui ne devrait arriver qu'à ses clients. Il en est qui envoient à domicile un tarif à prix réduit; l'une de celles-là s'intitule : *pharmacie comme il faut*, comme on dirait *pharmacie Potard*. Les officines Raspail se multiplient, aussi bien que les homœopathiques. Il y a des pharmacies populaires avec le niveau égalitaire pour enseigne. Bref, le poison de la concurrence industrielle fait des ravages dans cette region. Mais le mal y est-il plus grand que dans les autres branches de commerce? Non, bien certainement; nous affirmons même qu'il est sensiblement moindre. Une bonne occasion de s'en assurer va se présenter. L'assemblée nationale vient de rendre une loi contre les fraudes (mauvaise qualité, falsifications, pesage ou mesurage inexacts) commises dans la vente des substances alimentaires ou médicamenteuses. Eh bien! il n'est pas douteux que la loi ne devienne une arme à peu près inutile en ce qui concerne la vente des médicaments, tandis qu'elle trouvera des applications continuelles dans la vente des denrées. Il n'est presque pas de substance destinée à l'alimentation de l'homme qui ne soit journellement et presque constamment falsifiée. L'ouvrage récemment publié par M. Chevalier est, sous ce rapport, très-instructif.

Cette loi, puisque l'occasion se présente d'en parler, donne satisfaction à un grave intérêt de moralité et de santé publiques. Sous ce dernier rapport, qui nous touche plus spécialement, nous ne saurions trop l'approuver; elle est un pas considérable dans une série de mesures appelées depuis longtemps, et dont les pouvoirs publics, qui ont d'ordinaire un grand culte pour Horace à l'endroit du *festina lentè*, semblent néanmoins assez préoccupés en ce moment. L'article 423 du Code pénal, qui vient d'être, par la présente loi, étendu et fortifié, était un peu vague dans sa rédaction : il punissait la tromperie sur la quantité et la *nature* de toute marchandise vendue, et le n° 14 (maintenant abrogé) de l'article 475 atteignait l'*exposition en vente* des *comestibles* gâtés, corrompus ou nuisibles. La loi, en réunissant les deux délits dans son contexte, les précise mieux; elle frappe nominativement la falsification des substances alimentaires ou médicamenteuses, la *vente* ou la *mise en vente* de substances que le délinquant *saura* être falsifiées ou corrompues. Le délit ne sera pas atténué par la connaissance que l'acheteur ou le consommateur aurait de la falsification. En outre, la pénalité attachée à la fraude est aggravée sur plusieurs points. La peine appliquée à la falsification sera celle qui atteignait jusqu'ici la tromperie sur la nature de la marchandise : emprisonnement de trois mois au moins, d'un an au plus; amende qui ne peut être au-dessous de 50 fr. Rien donc n'est changé sous ce rapport; mais la même peine frappera la vente ou la mise en vente de substances corrompues, délit puni jusqu'ici d'une amende de 6 à 10 fr. Seulement, en outre, si les substances falsifiées contiennent des mixtions nuisibles à la santé, l'amende sera de 50 à 500 fr., à moins que le quart des restitutions et dommages-intérêts n'excède cette dernière somme; l'emprisonnement sera de trois mois à deux ans. On saisira facilement le motif d'une telle aggravation de pénalité contre la vente d'aliments corrompus; il importait de frapper vigoureusement un genre de délit qui n'eût pas manqué de se produire sur une grande échelle à l'époque où la liberté sera rendue au commerce de la boucherie. Nous ne disons rien de ce qui concerne la vente à faux poids; les pharmaciens n'y songent guère. Nous nous contenterons, sur ce point, de signaler à nos législateurs une

assimilation exagérée dans le sang et dans les tissus organiques. Une nourriture insuffisante ne peut opérer qu'une restauration incomplète des fluides et des solides du corps. Ces deux conditions peuvent conduire à des modifications organiques qui auront un caractère morbide.

L'usage d'aliments de mauvaise qualité, qui contiennent des principes que l'acte digestif ne détruit pas, ou bien des digestions habituellement mal faites, qui ne fournissent que des matériaux nutritifs mal préparés, amènent toujours une détérioration de l'organisation qui devient souvent un état pathologique.

Circulation. — Il est peu de lésions pathologiques dont l'existence soit étrangère à la circulation du sang. Il en est, nous citerons les congestions sanguines, que le trouble de cette fonction semble produire seul.

Si les mouvements du cœur ont trop de force, si l'impulsion artérielle dépasse la mesure ordinaire, on voit se former des phlogoses, des congestions sanguines. D'autres modes de lésion semblent liés à un affaiblissement, à un ralentissement de la circulation du sang.

C'est principalement sur les vaisseaux capillaires que nous appellerons l'attention du pathologiste. Il n'y a point de modifications, d'altérations des tissus organiques auxquelles la circulation capillaire ne prenne part. Aux extrémités des vaisseaux dans lesquels le sang se meut, le fluide et les canaux qui le contiennent sont confondus avec la matière organisée. C'est là surtout que la vie du sang ne peut être contestée.

Respiration. — La respiration ne peut agir sur les lésions pathogéneses que par les degrés divers d'oxygénation qu'elle donne au sang dans l'acte de l'hématose. Que la conversion du sang veineux en sang artériel devienne plus active, plus complète, que le sang des artères prenne un caractère plus stimulant, qu'il conserve même dans les veines quelque chose de ce caractère, comme on le voit après l'usage des liqueurs alcooliques à doses élevées, après une course, dans les grandes chaleurs, dans certains troubles fébriles, etc. Cet état de l'organisation provoque souvent le développement des incitations, des phlogoses, etc.

D'autres modes de lésions menacent les personnes qui vivent dans des lieux où l'air n'est pas pur, où l'oxygénation du sang veineux se fait d'une manière imparfaite. Chez ces personnes, le sang artériel excite peu les tissus organiques qu'il pénètre. Ces tissus montrent une mollesse, une pâleur qui semble un premier degré de lésions pathologiques.

Absorption. — La fonction absorbante travaille à maintenir les fluides et les solides du corps dans une sorte d'équilibre.

L'absorption prend-elle un cours déréglé, le fluide sanguin comme les tissus organiques subissent des modifications notables dans leur constitution intime. Une activité exagérée de l'absorption prive les organes d'une partie de leur substance. Un ralentissement de cette fonction les met dans un état d'intumescence. Dans l'un comme dans l'autre cas, il y a lésion de ces organes, et trouble des fonctions qu'ils doivent remplir.

Une accumulation de sérosité, de gaz, dans une cavité du corps, peut tenir à l'inertie de l'absorption.

Sécrétions et exhalations. — Que ces fonctions fournissent des produits trop abondants, l'organisation se trouve privée de fluides qui lui étaient nécessaires. Que ces fonctions perdent le degré d'activité qui leur est propre, des matières qui devaient être expulsées restent dans le corps. Des lésions pathologiques peuvent naître de cette perturbation des actes sécrétoires et exhalants.

Un organe sécréteur ou exhalant dont la fonction est pervertie peut pousser hors du corps des principes qui avaient une destination. Leur absence donnera à d'autres principes une prédominance relative. Il en résultera des modifications organiques qui favoriseront le développement de diverses lésions pathologiques.

Nutrition. — Dans l'ordre physiologique, un mouvement de rénovation s'opère sans cesse dans les parties fluides et solides du corps. Des molécules se détachent de ces parties, elles sont expulsées par les voies excrétoires; d'autres molécules les remplacent, et le composé organique conserve toujours son intégrité.

Mais la régularité de ces substitutions suppose que la loi biogénique est entière sur les organes. Si l'autorité de cette loi est violentée ou faussée, l'exercice de la nutrition ne donne plus que des produits altérés. Le sang perd sa constitution normale, les tissus organiques subissent diverses sortes de modifications.

La nutrition occupe une grande place dans l'étude de la physiologie : elle réclame la même importance dans les recherches de la pathologie. Peut-on méconnaître l'intervention de l'action nutritive dans le travail organique que présentent les phlogoses, les abcès, les ulcérations, les pustules, les végétations, les stéatomes, les sarcomes, les tumeurs anévrismales, etc.

Les deux modes de lésions que l'on nomme malaxie ou ramollissement, scleriasie ou endurcissement des tissus organiques, ne peuvent se rapporter qu'à une viciation de l'opération nutritive dans ces tissus.

L'hypertrophie et l'oligotrophie des organes sont évidemment les produits d'une nutrition exagérée ou ralentie.

A la suite des fièvres, des maladies de longue durée, combien ne trouvons-nous pas de dégénérations organiques, qui sont les suites de la dépravation de la fonction nutritive.

Innervation. — L'appareil nerveux exerce, sur les organisations qui le possèdent, une puissance fort remarquable. Cette puissance sort de la moelle allongée, de la moelle épinière, des plexus des nerfs ganglionnaires, et se répand sur tous les points du corps au moyen des cordons nerveux. Cette puissance, née de l'organisation même, excite l'action de tous les organes; elle devient un auxiliaire nécessaire de la force vitale, elle prend part à toutes les opérations organiques.

L'innervation a donc une action bienfaisante quand elle arrive sur des organes sains où la loi biogénique jouit de son autorité. Mais il n'en est plus de même si l'innervation se porte sur des tissus organisés qui sont actuellement le siége d'un travail morbide, sur des organes que la loi biogénique, violentée ou faussée, ne défend plus contre des mouvements intimes, contre des modifications qu'opèrent en eux une circulation capillaire déréglée, une nutrition dépravée, une absorption viciée, etc. Alors l'innervation semble favoriser ces actes qui dénaturent la substance des organes.

Il est très-ordinaire de voir l'innervation offrir de notables variations, parce que le point de l'appareil nerveux d'où elle émane n'est plus dans sa condition normale, qu'il vient d'éprouver un changement d'état. Nous rencontrons tous les jours des crampes d'estomac, des entéralgies, des palpitations de cœur, des accès d'étouffements, etc., sans que l'estomac, les intestins, le cœur ou les poumons aient subi aucune modification matérielle. Ces affections, que l'on nomme vitales, durent longtemps, elles reviennent fréquemment, et ces organes conservent toujours leurs qualités naturelles. La raison de cette immunité, c'est que l'autorité de la loi biogénique reste entière sur eux, c'est que la force vitale les protége contre toute altération. L'innervation, devenue perturbatrice, provoquait des mouvements violents,

---

difficulté d'exécution dont nous gagerions bien qu'ils ne se sont pas préoccupés. Ces représentants sont si étourdis ! Comment s'assurera-t-on de l'exactitude du pesage dans les pharmacies homœopathiques, et si le degré de dilution est tel qu'il a été prescrit, et s'il n'y a pas eu trop de tours de bras employés à l'agitation du liquide? Car personne n'ignore que ce sont là des circonstances capables d'exercer la plus grande influence sur le résultat thérapeutique. Un tour de bras de trop peut faire d'une substance innocente un vrai poison, qui tuera votre malade à la minute. Tout cela, en bonne conscience, tombe sous le coup de la loi. Il est merveilleux que les médecins qui siégent à l'assemblée n'en aient pas fait l'objet d'un amendement spécial.

La Chronique n'a pas été aujourd'hui fidèle à son titre. Au lieu d'aller de çà et de là à travers toutes sortes de causeries, elle s'est attachée à un filandreux plaidoyer en faveur des médecins et pharmaciens. Elle leur devait bien cela pour le soin qu'elle prend d'ordinaire à enregistrer leurs méfaits. Elle aura gagné à cette complaisance l'ennui du lecteur, l'espace ne lui permettant plus d'encadrer ici quelques menues anecdotes qui eussent pu le ragaillardir un peu. Ce sera pour une autre fois.

A. Dechambre.

— M. le docteur A. Legrand vient d'être nommé, dans la séance du 17 mars dernier, membre correspondant de la Société de médecine de Lyon.

— Cours public de clinique sur les maladies mentales. — M. Baillarger, médecin de l'hospice de la Salpêtrière, commencera ce cours le dimanche 13 avril, à neuf heures du matin, et le continuera tous les dimanches, à la même heure.

— M. Édouard Robin ouvrira, le 7 avril, par la physique expérimentale, la chimie, l'histoire naturelle et les mathématiques, une nouvelle série de cours préparatoires au baccalauréat ès sciences, au premier examen de fin d'année et au troisième examen définitif. Ils auront lieu tous les jours, le dimanche et le jeudi exceptés. Le cours de chimie sera commencé à deux heures et demie, celui de physique à une heure et demie et celui d'histoire naturelle à trois heures et demie.

Lorsque le cours de chimie générale sera terminé, M. Édouard Robin exposera, pour les personnes inscrites à cet effet, des nouvelles applications de la chimie à la toxicologie et à la thérapeutique. Il se propose de montrer que la toxicologie se prévoit quand on sait la chimie, et que la thérapeutique médicale n'est également, en général, qu'une branche des connaissances chimiques où tout se raisonne et se déduit.

forcés de ces organes, mais les actes de la loi biogénique, restés réguliers, maintenaient l'intégrité de leur substance.

Disons ici que les douleurs dans le centre épigastrique sont ordinairement produites par une disposition morbide des plexus nerveux de cette région. Ces douleurs augmentent par moments, elles se lient à une autre douleur dans le dos. Elles attaquent les personnes qui sont tourmentées par des passions tristes, par des chagrins profonds. Ce qui me semble prouver que les tissus de l'estomac sont sains, c'est que l'ingestion des aliments, le travail de la digestion ne font pas toujours varier ces douleurs.

DES CAUSES DES MALADIES.

Nous ne voulons dire que quelques mots de ces causes, que l'on a distinguées en causes prédisposantes, en causes déterminantes et en causes spécifiques.

Les causes prédisposantes n'agissent pas directement contre la loi biogénique. Elles ne tendent pas à la faire dévier de son cours naturel. Seulement elles font prendre au corps, par une influence lente et progressive, une prédisposition particulière à des maladies déterminées; elles rendent plus facile, plus fréquent le développement de certains modes de lésions pathogénèses.

Un air sec et froid, l'hiver et le printemps, le séjour d'un pays élevé, une nourriture riche en principes alibiles, etc., donneront au sang et aux tissus organiques, une composition matérielle, des qualités qui favoriseront la formation de phlogoses, de congestions sanguines, d'hypertrophies, etc.

Un air humide, l'habitation d'un pays bas, l'usage journalier d'aliments peu nourrissants, une vie sédentaire, un travail corporel trop fatigant, le séjour habituel d'endroits où la lumière n'arrive qu'en faible quantité, etc., conduisent à une constitution qui fait naître fréquemment d'autres modes de lésions. Le sang s'appauvrit, les tissus organiques se détériorent. Les premiers degrés du ramollissement des organes, de leur oligotrophie, etc., apparaissent. Si des phlogoses se développent, elles ont une marche lente, elles s'associent à d'autres lésions, elles se montrent plus opiniâtres.

L'action des causes qui nous occupent donne au corps une prédisposition à certains modes de lésions, mais celles-ci n'existent pas encore. Elles ne sont qu'éventuelles.

Les causes déterminantes des maladies ont une autre manière d'agir. Ces causes comprennent toutes les circonstances qui ont la faculté de faire une impression sur nous, de troubler l'état actuel du corps, de provoquer une mutation soudaine dans l'exercice des fonctions de la vie. Nous citerons le passage subit du chaud au froid, ou un refroidissement, un excès de chaleur, un écart de régime, l'abus des liqueurs alcooliques, un exercice violent, etc.; nous ajouterons les effets si remarquables d'une passion de l'âme, la colère, la peur, les chagrins, etc.

Toutes ces causes ébranlent l'organisation; elles font violence à la loi biogénique, et troublent l'ordre que l'autorité de cette loi tend à maintenir dans l'économie animale. A la suite de ces perturbations, on voit fréquemment le calme renaître: il ne s'est formé aucune lésion dans le corps. Mais trop souvent un travail morbide s'établit sur une surface, sur un organe, et une maladie se déclare.

Les causes spécifiques des maladies sont les principes contagieux de la variole, de la rougeole, de la scarlatine, de la syphilis, de l'hydrophobie, les émanations animales, les miasmes, etc., que l'absorption introduit dans la masse sanguine. Toutes ces causes se présentent à l'esprit comme des germes morbifiques qui, après un certain temps d'incubation, se mettent en action, font naître dans l'économie animale des lésions particulières, produisent des maladies qui ont leur marche fixée, des accidents qui les distinguent, une essence propre.

Les substances vénéneuses caustiques, narcotiques, narcotico-âcres, etc., sont aussi des causes spécifiques qui suscitent des lésions constantes, qui donnent lieu à des maladies semblables.

Il est des poisons, comme l'acide prussique, qui paraissent porter sur la force vitale leur influence léthifère, anéantir sa puissance, produire la mort, sans avoir causé aucune altération des organes.

(*La suite au numéro prochain.*)

THÉRAPEUTIQUE.

MÉMOIRE SUR LA GOUTTE ET SON TRAITEMENT PAR LES EAUX DE VICHY; par M. le docteur MAX. DURAND-FARDEL, inspecteur des sources d'Hauterive, à Vichy, membre correspondant de l'Académie de médecine.

I.

S'il est des maladies *sine materiâ*, c'est-à-dire dans lesquelles il est impossible de saisir quelques changements susceptibles d'être soumis à notre analyse, il est certain que la plupart laissent après elles des résultats ou des produits matériels, développés pendant leur cours.

Qu'il s'agisse, par exemple, de sécrétions albumineuses ou fibrineuses opérées à la surface des membranes séreuses ou muqueuses enflammées, ou de principes chimiquement beaucoup plus simples, tels que les reins en sécrètent avec l'urine dans la gravelle, ou bien au contraire de ces produits complexes et plus difficiles à définir qui constituent le cancer, le tubercule, nous constatons, à la suite ou dans le cours de ces maladies, que des changements se sont opérés dans la constitution chimique de certains organes ou de certaines parties de l'économie; et ces changements, tantôt il nous est possible d'en reconnaître la nature, tantôt il nous est permis seulement d'en constater l'existence.

Il ne peut sans doute qu'être fort intéressant de suivre la filiation des phénomènes au moyen desquels les modifications vitales et organiques qui constituent une maladie, sont venues aboutir à tel ou tel résultat. Mais ce serait une erreur que de voir, dans la nature chimique de ce dernier, l'image des conditions sous l'influence desquelles la maladie a pu naître et se développer. De même que les acides et les sels que nous rencontrons dans les fruits à l'état de maturité, s'y sont formés de toutes pièces, par suite de l'évolution physiologique de leur développement, de même les produits chimiques que laissent après elles certaines maladies se sont formés par suite de l'évolution morbide de leurs périodes successives, et il y a souvent bien loin de ces *résultats pathologiques* aux phénomènes qui ont originairement conduit à leur formation.

Ces réflexions sont surtout applicables à la *goutte*, maladie à propos de laquelle on a fait, dans certaines théories, abstraction complète des conditions vitales et organiques qui se trouvent mises en jeu dans toute évolution morbide, pour en considérer uniquement les résultats et les produits matériels, de manière à en arriver à définir une des maladies les plus complexes et encore les plus indéfinissables que nous connaissions, par une simple formule chimique.

Nous essayerons, dans ce travail, de replacer sous un meilleur jour l'histoire de la goutte, fort défigurée par la médecine chimique, et de mettre le lecteur au courant de travaux modernes encore peu connus en France, mais très-importants pour cette étude.

La première partie de ce mémoire sera donc principalement critique. Dans la seconde, exclusivement pratique, nous appliquerons les notions que nous aurons exposées aux indications que réclame le traitement de la goutte, et spécialement le traitement par les eaux minérales, en particulier celles de Vichy.

Nous avons spécialement en vue, dans cette étude, la goutte franche, régulière, articulaire, cette maladie qui, développée sous une influence diathésique, souvent héréditaire, se manifeste par des accès d'une forme déterminée, d'abord aux petites articulations (*dolens admodum ægritudo circa ligamenta ossium pedis, et circa juncturas horum, vere et autumno maxime revertens* (1)), puis souvent à toutes les jointures, accès d'abord éloignés et de courte durée, souvent ensuite très-longs et très-rapprochés, laissant ordinairement pour traces un engorgement de plus en plus difficile à résoudre, ou même indéfiniment persistant, et quelquefois des dépôts tophacés, durs et crayeux. Nous laisserons de côté, pour ne pas compliquer les questions que nous allons soulever, ces cas de goutte ou très-légère, ou bien au contraire chronique, permanente, avec déformations variées, dont le diagnostic est souvent fort difficile à établir avec certitude, et qui ont certainement introduit dans l'histoire de la goutte des faits qui ne lui appartiennent pas d'une manière légitime.

II.

Il y a longtemps que certaines conditions chimiques reconnues ou présumées dans les humeurs des goutteux, et la nature des concrétions que

(1) Boerhaave, APHORISME 1254.

présentent les articulations d'un certain nombre d'entre eux, ont fixé l'attention des médecins et des chimistes.

Berthollet, inexactement cité par Guilbert et par M. Petit, avait observé : « que les urines de ceux qui sont sujets à la goutte et aux rhumatismes contiennent habituellement beaucoup moins d'acide phosphorique que celles des personnes qui jouissent d'une bonne santé ; mais que pendant l'accès de goutte leur urine contient beaucoup plus d'acide phosphorique qu'à l'ordinaire, quoiqu'elles n'en contiennent pas plus que l'urine d'une personne robuste (1). » Nous verrons que l'on a fait plus tard des remarques analogues au sujet de l'acide urique. Antoine Petit avait trouvé que la sueur des goutteux pouvait être alcaline (2), et Hoffmann avait raconté l'histoire d'un homme portant au doigt un anneau composé de mercure, de soufre et de tutie, lequel se colorait passagèrement en noir pendant la durée de ses accès de goutte.

C'est, à ce qu'il paraît, un chimiste anglais, Tennant, qui a le premier démontré, dans les concrétions arthritiques des goutteux, la présence de l'urate de soude (3). La présence de ce sel fut ensuite reconnue par Wollaston et Pearson, en Angleterre, et par Fourcroy et Vauquelin, en France. Vauquelin trouva qu'outre l'urate de soude, qui en formait la plus grande partie, elles renfermaient encore de l'urate et du phosphate de chaux (4). M. O. Henri, plus récemment, a trouvé dans une matière blanchâtre, gluante, recueillie à la surface de la peau, des traces d'urate de soude, beaucoup d'albumine, des acides lactique et phosphorique, du chlorure de sodium et du phosphate de chaux (5).

Ces différentes observations ont fourni matière à des théories de la goutte, dans lesquelles l'importance exclusive qu'on a attribuée à quelques phénomènes chimiques plus ou moins bien constatés, nous paraît avoir singulièrement défiguré cette maladie : nous voulons parler des théories de M. Petit et de M. Turck, dont il nous faut dire ici quelques mots.

M. Petit, s'appuyant sur les observations que nous avons rapportées tout à l'heure, et insistant sur l'acidité des sueurs et des urines (avec M. Patissier), sur les sécrétions acides de l'estomac, que l'on remarque dans la goutte, sur la part que prend au développement de cette maladie la diminution de la perspiration cutanée, voie physiologique d'élimination de l'acide urique (6), sur les causes ordinaires de la goutte, ainsi l'excès d'une alimentation azotée, sur la coïncidence fréquente de la goutte et de la gravelle urique, et sur la communauté des causes de ces deux maladies, conclut de tout cela : « Que la *cause* de la goutte consiste en ce que le sang contient un excès d'acide urique ou des éléments qui servent à le former (7). » La nature des concrétions, « ce résultat des accès de goutte, prouve qu'il s'est produit dans la partie malade une action chimique, qu'il s'y est fait une combinaison de l'acide urique apporté là par la circulation, avec la soude que le sang contient naturellement, et qu'il rencontre ainsi particulièrement et en assez grande proportion dans la synovie qui lubrifie ces articulations et les gaines tendineuses (8). »

Il y a quelque chose de vrai dans les faits avancés par M. Petit. Le docteur Weatherhead avait déjà soupçonné, en 1834 (SYNOPSIS OF NOSOLOGY), la présence de l'urée, sous quelque forme que ce fût, dans le sang des goutteux (9). Le docteur Copland écrivait, quelques années après, qu'il y avait des raisons de supposer que l'urée ou l'acide urique pouvait exister dans le sang de ces malades, d'où il se déposait dans différentes parties du corps, et particulièrement dans les petites articulations (10). Mais, comme le faisait remarquer M. Rayer, ce n'était là qu'une opinion ingénieuse et non point un fait démontré (11).

Cependant, nous verrons plus loin que la présence de l'acide urique dans le sang des goutteux paraît avoir été constatée expérimentalement en 1848 par un médecin anglais. Si donc M. Petit s'était borné à émettre une telle supposition, il se serait trouvé dans le vrai. Mais au lieu de s'en tenir là, il a cru que cet acide urique, qui pour lui caractérise la goutte, était toute la maladie, et que la neutralisation de cet acide par les alcalis en constituait toute la thérapeutique. Il résulte en effet, des mémoires publiés par M. Petit en 1835 et 1838, et reproduits à peu près textuellement en 1850, que, pour ce médecin, toute la pathologie et toute la thérapeutique de la goutte sont renfermées dans ces deux termes. M. Petit a tout simplement pris pour la goutte un des phénomènes qui s'y rencontrent. Cependant Cullen avait déjà averti ceux qui attribuaient la goutte à l'existence d'une matière morbifique, que cette matière était l'*effet* et non la *cause* de la maladie (1).

M. Turck, de son côté, considère les choses tout autrement que M. Petit. Tandis que ce dernier ne voit que des acides dans la goutte, M. Turck n'y aperçoit surtout des alcalis. « La goutte, dit-il, dépend uniquement du défaut d'équilibre entre les sécrétions acides et les alcalines, défaut tel que les alcalines l'emportent sur les autres et tendent à faire sortir de la masse des humeurs plus de matières alcalines qu'il ne faudrait, et à y conserver des acides en trop grande proportion (2). » Cependant MM. Turck et Petit sont d'accord sur un point, c'est sur la présence inopportune d'acides dans le sang. Mais cet accord est fort limité, car l'acide urique, dont la présence *cause* la goutte, suivant M. Petit, M. Turck ne voit pas qu'il ait rien à faire dans la goutte, « car, si le sang renfermait la moindre proportion d'azote en excès, dit-il, ce ne serait plus du sang (3). » D'un autre côté, tandis que c'est de l'excès de l'acidité des sécrétions que M. Petit avait déduit la présence d'acides dans le sang, c'est précisément de l'amoindrissement des sécrétions acides et de la prédominance des sécrétions alcalines, que M. Turck conclut à l'excès d'acidité des humeurs des goutteux.

Mais arrivons à des observations plus importantes.

Le docteur Garrod, reconnaissant que les goutteux présentaient des caractères que l'on pouvait attribuer à l'existence d'une *diathèse urique*, voulut s'assurer si l'acide urique, dont la présence dans le sang n'avait jamais été prouvée, était réellement *materies morbi*, ou s'il en était seulement l'accompagnement occasionnel. Ce médecin institua donc des expériences desquelles il paraît résulter (*which appear to show that*) (4) :

1° Que le sang dans la goutte contient de l'acide urique sous la forme d'urate de soude, lequel sel peut en être obtenu sous des formes cristallines ;

2° Que l'acide urique est diminué dans l'urine, immédiatement avant le paroxysme goutteux ;

3° Que chez les malades soumis à la goutte chronique avec dépôts tophacés, l'acide urique est toujours présent dans le sang et manquant dans l'urine, soit d'une manière absolue, soit relativement aux autres matières organiques, et que les dépôts crayeux paraissent dépendre d'une action au dedans ou autour des articulations, supplétive (*vicarious*) de la fonction des reins, laquelle consiste à excréter de l'acide urique ;

4° Que le sang dans la goutte renferme quelquefois un peu d'urée, et point d'albumine.

Les expériences de M. Garrod sont trop importantes, et pour l'histoire de la goutte et pour la physiologie, pour que nous n'en reproduisions pas les principaux détails, d'autant plus que ce travail paraît être demeuré tout à fait inconnu en France.

Voici comment s'y est pris le docteur Garrod pour démontrer la présence de l'acide urique dans le sang. Je traduis littéralement l'exposition du procédé qu'il a suivi.

Le premier sujet de ses expériences, faites pour la plupart à l'hôpital du collége de l'Université, fut un homme sujet, depuis plusieurs années, à des attaques répétées de goutte, et portant quelques dépôts crayeux aux doigts et dans quelques autres parties. Plusieurs articulations de la main droite étaient alors enflammées, et quelques jours après, de nouveaux dépôts tophacés commencèrent à s'y opérer.

Ce malade fut saigné. Le caillot petit, ferme, présentait à sa surface une couenne mince, comme lorsqu'il existe une légère inflammation. Le sérum était *très-alcalin* ; sa pesanteur spécifique était de 1028.

1000 grains de ce sérum furent pris et évaporés jusqu'à siccité au bain-marie. Le résidu, pesé et traité par l'alcool rectifié, fut soumis à l'ébullition pendant dix ou quinze minutes, traité encore de la même manière, et la solution alcoolique mise de côté pour être examinée. Après avoir encore lavé avec l'alcool, le sérum desséché fut épuisé au moyen d'eau distillée bouillante, l'opération étant répétée cinq ou six fois et les solutions aqueuses mêlées.

Quand une petite quantité de ce fluide eut été évaporée avec l'addition

(1) Berthollet, JOURNAL DE MÉDECINE, etc., 1786, t. LXVII, p. 469.
(2) Guilbert, DE LA GOUTTE ET DES MALADIES GOUTTEUSES, 1820, p. 96.
(3) JOURNAL DE PHYSIQUE, t. XIV, p. 399.
(4) Guilbert, *loc. cit.*, p. 97.
(5) Ch. Petit, DU MODE D'ACTION DES EAUX MINÉRALES DE VICHY, 1850, p. 329.
(6) Nous ne savons sur quoi M. Petit peut appuyer cette proposition, que la peau serait une voie physiologique d'élimination de l'acide urique. Il est généralement admis que c'est par les reins et par la peau que l'azote s'échappe de l'économie ; mais sous quelle forme par cette dernière voie ? Voilà ce qu'on n'a pu encore bien déterminer. Il est vrai qu'on a prétendu que c'était sous forme d'ammoniaque ; mais les expériences faites à ce sujet ne prouvent rien. Quant à l'acide urique, nous n'avons vu nulle part qu'il fût un produit normal de la perspiration cutanée.
(7) Petit, *loc. cit.*, p. 326.
(8) Petit, *loc. cit.*, p. 329.
(9) THE LONDON MEDICAL GAZETTE, t. XX, p. 311, 1837.
(10) Copland, DICT. OF PRACTICAL MEDECINE, art. BLOOD, t. I, p. 188, 1847.
(11) Rayer, TRAITÉ DES MALADIES DES REINS, t. I, p. 235, 1839.

(1) Cullen, ÉLÉM. DE MÉD. PRAT., trad. de Bosquillon, t. I, p. 328, 1787.
(2) Turck, TRAITÉ DE LA GOUTTE ET DES MALADIES GOUTTEUSES, p. 139, 1837.
(3) Turck, *loc. cit.*, p. 139.
(4) Dr Garrod, OBSERVATIONS ON CERTAIN PATHOLOGICAL CONDITIONS OF THE BLOOD AND URINE IN GOUT, RHEUMATISM AND BRIGHT'S DISEASE ; *In* MEDICO-CHIRURGICAL TRANSACTIONS, 1848, t. XXXI, p. 83.

d'acide nitrique, et ensuite exposée à la vapeur d'ammoniaque, la présence de l'acide urique se manifesta d'une manière évidente par une belle teinte de *murexide* ou purpurate d'ammoniaque.

La solution aqueuse fut alors évaporée jusqu'à ce qu'elle s'épaissit un peu, et quand elle fut refroidie, acidulée avec de l'acide hydrochlorique pur. Au bout de quelques heures, il se déposa des cristaux d'acide urique, qui furent lavés avec de l'alcool et pesés ; 1000 grains de sérum donnèrent 0,050 gr. d'*acide urique*.

On prit 1000 grains de sérum sur une autre quantité de sang tiré peu de temps après la première, et on les traita de la même manière, si ce n'est qu'on n'y ajouta pas d'acide hydrochlorique. On laissa reposer pendant quelques heures la solution aqueuse, et on trouva une quantité *innombrable* de cristaux déposés sur les parois du vase et à la surface du liquide. On reconnut que ces cristaux étaient de l'*urate de soude*, car ils pouvaient fournir de l'acide urique cristallisé, et laisser une cendre alcaline, soluble dans l'eau, et qui n'était pas de la potasse.

1000 grains de sérum donnèrent : *urate de soude*, 0,050 grain.

On trouva, dans d'autres analyses :

Sérum, 1000 grains ;	acide urique,	0,025	gr.
Id.,	id.,	0,045	
Id.,	id.,	0,030	

Les urines examinées pendant les attaques de goutte, bien que présentant une *réaction acide considérable*, n'offrirent pas de traces d'acide urique.

Même dans l'intervalle des attaques, chez le malade dont nous avons parlé plus haut, l'urine ne contenait pas d'acide urique, comme si, dit le docteur Garrod, les reins avaient presque entièrement perdu le pouvoir de sécréter l'acide urique, mais non les parties solides de l'urine. En effet, cette urine présentait, sur 1000 parties :

Urée	12,5
Autres composés organiques	13,5
Sels fixes	5,5
	31,5

Les dépôts goutteux paraissent avoir été étudiés avec soin par M. Garrod. Fluides dans le principe, ils lui ont présenté dans toutes les parties du corps une grande quantité de cristaux d'urate de soude, unis en masse. L'apparence, au microscope, d'une goutte de ce fluide répandu sous la peau du malade dont il a été déjà question, et d'une goutte de solution aqueuse de son sérum fut presque identique. « Il paraît donc que, lorsque les reins ont perdu la faculté d'excréter l'acide urique, les parties qui environnent les articulations peuvent les suppléer dans cette fonction. »

Mais ce n'est pas tout. M. Garrod voulut voir si l'acide urique ne se rencontrait pas aussi dans l'état de santé. Il analysa le sang de plusieurs individus saignés pour de légères indispositions, et qu'on pouvait à peine dire malades, et il trouva :

Dans deux cas,	acide urique,	0,010 gr.	(sur sérum 1,000 gr.)
Dans un cas,	id.,	0,007 gr.	
Id.,	id.,	des traces.	

Il paraît donc, d'après cela, que, dans l'état de santé on a peu près, l'acide urique peut être découvert dans le sang; peut-être sa quantité peut elle varier suivant le temps écoulé depuis le dernier repas. Il paraît aussi que, lorsque la fonction d'excrétion de l'urine s'accomplit bien, on n'en rencontre pas, bien que, comme dans le cas des oiseaux, la proportion d'acide urique formée dans l'économie soit très-grande. » M. Garrod n'a pas rencontré plus d'acide urique dans le sang, dans le rhumatisme aigu, que dans l'état de santé, et point d'urée.

Les résultats qui dominent dans ces intéressantes recherches sont : la constatation de la présence de l'acide urique dans le sang des individus en bonne santé, comme dans celui des goutteux, et la disparition de l'acide urique de l'urine, chez ces derniers. Nous signalerons en passant que le sang contenant de l'acide urique présentait une réaction alcaline prononcée, et que l'urine privée d'acide urique offrait une acidité très-marquée.

La présence de cet acide dans le sang des goutteux n'aurait donc point par elle-même de caractère de spécificité ; ce ne serait qu'une affaire de quantité. Le docteur Garrod s'est bien gardé du reste, quand il l'a eu constatée, d'en conclure que c'était là toute la maladie. En effet, une question se présente ici : quelle est l'origine de cet acide urique? La déviation de fonction, c'est-à-dire l'insuffisance de la sécrétion urique par les reins, n'est certainement qu'un des éléments du problème : dans tous les cas, les expériences que nous connaissons sur ce point spécial ne sont pas encore assez nombreuses pour être généralisées.

Qu'est-ce que la formation d'acide urique dans l'économie? C'est un phénomène de nutrition.

Quelle est l'origine de l'azote qui sert à faire cet acide urique? C'est l'alimentation.

C'est donc dans l'analyse des phénomènes propres à la digestion et à la nutrition, que nous pourrons trouver le mécanisme de la production de l'acide urique rencontré dans le sang des goutteux, et quelquefois en si grande quantité dans d'autres parties du corps.

(La fin au prochain numéro.)

REVUE DES JOURNAUX DE MÉDECINE.

JOURNAUX BELGES.

(Suite et fin.)

V. ANNALES DE LA SOCIÉTÉ DE MÉDECINE D'ANVERS.

Les numéros de janvier, février, mars, avril, mai et juin 1850 contiennent les travaux originaux suivants : 1° *De l'utilité de l'enseignement de l'hygiène*; par M. Rul-Ogez. 2° *Névrose palmaire et plantaire intermittente, devenue continue et suivie de mort*; par M. Van Camp. 3° *Observation de rupture du ligament rotulien*; par M. Giebens. (Guérison par le bandage amidonné, qui permit au blessé de marcher pendant la durée du traitement.) 4° *Quelques réflexions sur le traitement du choléra*; par M. Van Meerbeeck. 5° *Observation de stomatite gangreneuse, avec nécrose de toute la branche horizontale gauche du maxillaire inférieur*; par M. Dudart. 6° *Sur la conduite à tenir dans les présentations de la face*; par M. Hubert. 7° *Quelques mots sur la question de la contagion du choléra*; par M. Bessems.

NÉVROSE PALMAIRE ET PLANTAIRE INTERMITTENTE DEVENUE CONTINUE ET SUIVIE DE MORT ; par le docteur F.-L. VAN CAMP.

Pas plus que l'auteur, nous ne connaissons, dans la science, d'observation analogue à celle qu'il rapporte. Aussi croyons nous devoir la reproduire brièvement.

OBS. — Un jeune homme de 13 ans, d'une constitution très-délicate, à corps grêle et à cheveux blonds, fut admis le 25 octobre 1831 à l'hôpital civil d'Anvers. Des renseignements fournis par ses parents constatent qu'il n'a jamais souffert de maladies antérieures, qu'il n'a jamais présenté d'éruption à la peau, que la dentition s'est effectuée régulièrement et sans troubles nerveux ; mais que pendant les événements politiques de 1830, il avait été fortement effrayé en fuyant la ville menacée de bombardement ; que, depuis cette époque, il avait beaucoup maigri ; qu'il avait souvent le sommeil troublé par des rêves sinistres ; que le moindre bruit l'inquiétait ; qu'il était devenu triste et morose.

A la première visite, le jeune homme se plaignait de fortes douleurs à la face palmaire des mains et aux plantes des pieds, sans gonflement ni changement de couleur à la peau. La pression n'augmentait pas la douleur. Pouls naturel, respiration libre, langue nette, pupille légèrement dilatée, selles naturelles. (Décoction de quinquina, diète ténue, tisane pectorale.)

Le 27, les douleurs sont augmentées ; fièvre, soif intense, pupille plus dilatée. Un quart de grain d'opium et demi-grain d'extrait de belladone, divisé en huit paquets, à prendre d'heure en heure. Sous l'influence de ce traitement continué le lendemain, la fièvre tombe, la pupille revient à l'état normal; mais il existe de légers fourmillements dans les mains et dans les pieds. On prescrit, le 29, 12 grains de sulfate de quinine divisés en quatre poudres. La nuit suivante est très-agitée. Céphalalgie, fièvre, augmentation de la douleur des extrémités. On administre un quart de grain de morphine et 3 grains d'extrait de valériane, et l'on applique la pommade de Gondret sur le sommet de la tête.

Depuis cette époque jusqu'au 8 novembre, jour où le malade voulut retourner chez ses parents, il y eut de pareilles alternatives de mieux et de pis, de fièvre et d'apyrexie. Les pieds et les mains sont par intervalles le siége d'une forte chaleur ; le pouls devient irrégulier ; il a des envies de vomir, des bourdonnements d'oreille, un peu de surdité, tous symptômes provoqués peut-être par le traitement, dont la morphine et le sulfate de quinine continuèrent à faire partie. Deux moxas furent appliqués le 5 novembre, au niveau de la septième vertèbre cervicale, et le 6, on administra 3 grains d'émétique pour faire disparaître un état saburral des premières voies.

Le malade étant sorti de l'hôpital le 8 novembre ; il fut obligé d'y rentrer le 11. Il avait eu deux accès de fièvre. On lui avait appliqué à deux reprises des sangsues aux mains et aux pieds. Le 12 au matin on constate les symptômes suivants : Douleurs plus intenses aux plantes des pieds que dans les paumes des mains ; céphalalgie, pupille très-dilatée, pouls intermittent, soif intense.—Demi-grain de morphine et de belladone, en douze paquets à prendre d'heure en heure. — A trois heures de l'après-midi, accès de fièvre avec douleurs fortes dans les extrémités ; face animée, respiration lente et pénible. Le malade demande de l'eau froide pour y baigner ses mains. — Un grain de musc et trois grains de camphre. Immersion des mains dans une solution de sel ammoniac. Deux nouveaux moxas vers la région lombaire.

Les symptômes s'améliorent le 13 ; mais, le 14, nouvel accès, plus léger que les précédents. On revient au sulfate de quinine (8 grains) uni au musc. L'accès revient le 16 avec des douleurs atroces dans les extrémités ; pouls petit et concentré, pupille dilatée, face animée, yeux hagards, soif intense. Le sulfate de quinine est continué ; on administre l'assa-fœtida en lavement. L'état fébrile ne disparaît pas ; insomnie, surdité, yeux fixes, pupilles très-contractées ; la dose du sel quinique est élevée à 10 grains ; on y associe la belladone et le musc ; on prescrit en outre un lavement antispasmodique ; mais bientôt les symptômes s'aggravent. Le 18, la surdité est complète, les yeux étincelants ; le facies exprime un trouble général des facultés intellectuelles. Le malade ne répond plus aux questions ; il fixe son regard sur ses mains dont la chaleur est beaucoup augmentée ; pouls irrégulier et très-accéléré ; on cesse le sulfate de quinine, et l'on revient aux calmants. La journée du 19 est plus mauvaise encore que la précédente : délire frénétique ; sueur froide ; roideur cataleptique des membres thoraciques ; accès convulsifs dans le cours de la journée. Le 20, même état. Le 21, contre toute attente, amélioration dans tous les symptômes ; puis, le soir, convulsions, délire, retour de la roideur cataleptique. Le 22, nouvelle aggravation : déglutition difficile ; enfin, le 23, à la visite du matin, on constate la perte totale des facultés intellectuelles ; déglutition impossible, face froide, pouls imperceptible, respiration lente, état convulsif. La mort a lieu dans l'après-midi.

A *l'autopsie*, faite trente-six heures après le décès, le canal rachidien fut ouvert dans toute sa longueur. La moelle épinière était à l'état normal. Le liquide cérébro-spinal n'était ni augmenté ni diminué ; aucune altération des membranes encéphaliques. Le cerveau divisé couche par couche ne présente rien d'anormal ni dans la couche corticale, ni dans la substance médullaire. La seule lésion organique qu'on put constater dans les centres nerveux, fut un endurcissement de la protubérance cérébrale. Une dissection minutieuse des nerfs des extrémités ne laissa voir aucune altération appréciable. Le grand nerf trisplanchnique, examiné avec attention, a paru complétement sain.

Il est impossible, dans l'état actuel de la science, de dire quel est le travail pathologique qui préside à la formation de l'endurcissement des centres nerveux. Ce qu'il y a de certain, sous ce rapport, c'est que très-souvent cette lésion ne s'accompagne d'aucune hypérémie ni dans la partie affectée, ni dans le reste de la substance nerveuse, ni même dans les membranes environnantes, et l'on vient de voir que c'était le cas du malade observé par M. Van Camp.

Au point de vue symptomatologique, on ne connaît aucuns caractères qui soient propres spécialement à l'induration nerveuse, aucun groupe de phénomènes qui la traduise extérieurement d'une façon un peu claire. On l'a rencontrée dans l'aliénation mentale, dans l'épilepsie ; elle est quelquefois la conséquence de l'intoxication saturnine. Mais ce qui paraît certain, du moins quant à présent, c'est que, à part peut-être le cas tout particulier d'empoisonnement par les préparations de plomb (M. Van Camp ne dit pas que son malade y ait été exposé), l'endurcissement des centres nerveux s'accompagne ordinairement de symptômes aigus plus ou moins analogues à ceux de la méningite, de l'encéphalite ou de la fièvre ataxique. Ce fait a été surtout mis en lumière par M. le docteur Gaudet, dans sa thèse inaugurale (1825) ; par M. Bouillaud, dans un mémoire inséré dans les ARCHIVES GÉNÉRALES DE MÉDECINE, t. VIII, p. 477. Dans le cas observé par Billard et rappelé par M. Van Camp, ce cas d'un nouveau-né dont la moelle était si dure qu'elle pouvait supporter sans se rompre un objet de près d'une livre, il y avait eu des convulsions, comme dans celui du jeune homme dont on vient de lire l'histoire. Il faut ajouter, du reste, que ces deux cas ne se ressemblaient pas beaucoup, le petit malade de Billard ayant offert à l'autopsie les caractères les moins douteux de la méningite. « Des pseudo-membranes épaisses tapissaient les méninges, » dit M. Andral qui rapporte ce fait dans son ANATOMIE PATHOLOGIQUE.

Nous rappelons que, dans l'observation de M. Van Camp, le rapport physiologique qui existe entre le siége des symptômes nerveux (douleurs, engourdissement) et le siége de l'altération observée, écarte la supposition d'une simple coïncidence entre les deux ordres de phénomènes. Les troubles nerveux occupaient les quatre membres, et l'endurcissement avait envahi la protubérance cérébrale. Il paraît évident que c'est là que s'est opéré le travail pathologique dont les douleurs, les engourdissements, les chaleurs des pieds et des mains ont été la conséquence, et sous ce rapport, le titre placé par l'auteur en tête de son observation n'est peut-être pas très-correct.

SUR LA CONDUITE A TENIR DANS LES PRÉSENTATIONS DE LA FACE ; par M. HUBERT.

Il suffira de lire les conclusions de ce travail pour comprendre l'opinion de M. Hubert sur la manière dont le praticien doit se comporter dans le cas spécial qui en fait le sujet.

Le bassin étant bien conformé, dit-il, si l'on rencontre une présentation de la face et que le menton réponde à l'un des points de la moitié antérieure du bassin, il convient de laisser marcher l'accouchement.

Si le menton est tourné en arrière et si la face jouit encore de quelque mobilité, on est, ce semble, en droit de chercher par des manœuvres prudentes à lui substituer le sommet.

S'il y a léger resserrement du bassin, ces manœuvres sont indiquées lors même que le menton est en avant ou en travers, et à plus forte raison lorsqu'il est dirigé en arrière.

Lorsque, la face étant engagée dans l'excavation pelvienne, l'application du forceps devient nécessaire, si le menton est tourné en travers ou en avant, on tâche de saisir la tête sur ses régions latérales, en dirigeant la nouvelle courbure de l'instrument dans le même sens que le menton, pour ramener ensuite l'une et l'autre sous la symphyse pubienne.

Si le menton est resté en arrière, les cuillers doivent encore se placer sur les régions latérales du crâne, mais leur nouvelle courbure sera dirigée dans le même sens que le front ou le bregma, puis, lors des tractions, on la reportera par degrés insensibles, en travers d'abord, puis un peu obliquement en arrière pour pouvoir dégager le menton sous la branche ischio-pubienne et non directement sous la symphyse du pubis.

QUELQUES MOTS SUR LA QUESTION DE LA CONTAGION DU CHOLÉRA ; par M. BESSEMS.

Les *quelques mots* de M. Bessems remplissent plus de quarantes pages. Nous nous sommes si souvent arrêté à cette question de la contagion du choléra que nous l'avons examinée à peu près sous toutes ses faces, et nous ne pouvons recommencer ce travail à l'occasion du mémoire de M. Bessems ; nous relèverons seulement, dans ce mémoire, un aperçu dont nous n'avons pas encore eu l'occasion de nous occuper, et destiné à montrer que la *simple élimination du miasme cholérique par un malade et son absorption par un homme sain* ne suffit pas pour prouver la contagion. Et voici comment raisonne l'auteur.

M. Roche, dans une série d'articles publiés par L'UNION MÉDICALE, avait soutenu cette opinion qu'un miasme quelconque n'est jamais assimilable ; qu'absorbé par un individu, il ne tarde pas à être éliminé *en nature* par les émonctoires, et va, s'il est absorbé par un autre individu, produire chez celui-ci la même maladie qu'il avait fait naître chez le premier. M. Roche concluait à la contagionabilité de toutes les maladies miasmatiques, et du choléra en particulier. M. Bessems oppose avec raison et à propos à M. Roche la fièvre intermittente, qui est, même aux yeux de ce dernier, de nature miasmatique, et qu'on n'a jamais vue se communiquer d'individu à individu, même dans des conditions d'encombrement et de mauvaise aération. Il en tire cette conséquence que tous les miasmes ne sont pas rejetés, ou du moins qu'ils ne sont pas tous rejetés en nature ; puis il fait remarquer que ce mode de transmission n'est pas la contagion véritable ; que celle-ci suppose une reproduction successive des germes morbides dans le corps des malades. Sur tous ces points, nous sommes d'accord avec M. Bessems. Nous n'affirmons pas que certains miasmes très-actifs ne peuvent pas traverser pour ainsi dire le corps d'un individu en l'empoisonnant pour en aller frapper un autre qui les respirera à son tour ; nous croyons seulement qu'il n'en est pas toujours ainsi, et l'exemple de la fièvre intermittente nous paraît très-heureux et très-décisif. Nous sommes aussi d'avis que ce mode de transmission n'est pas la contagion, comme on l'entend en langage scientifique ; que la contagion n'existe qu'autant que celui qui est l'agent de la transmission élabore, *fabrique* lui-même le miasme qui doit porter à d'autres la maladie dont il a été atteint, comme on le voit pour la variole. Mais cela admis, nous n'en sommes que plus opiniâtre à défendre, contre M. Bessems, le caractère contagieux des cas de choléra qui ont été apportés comme ayant été transmis d'individu à individu. Si le miasme qui a transporté le mal d'un premier malade à un second n'avait pas seulement traversé le corps du premier, il avait donc été élaboré par lui, il constituait donc une véritable contagion. A présent, que M. Bessems conteste l'exactitude de ces faits ; qu'il en rapporte d'autres où le défaut de contagion a été manifeste, c'est le procédé ordinaire. Nous nous sommes expliqué plus d'une fois à ce sujet ; nous sommes seulement bien aise d'ajouter que la commission nommée par la *Société de médecine d'Anvers* pour examiner le travail de M. Bessems oppose à des faits négatifs des faits positifs, redresse plusieurs de ses interprétations, et finit par conclure à la contagionabilité positive du choléra.

VI. ANNALES DE LA SOCIÉTÉ DE MÉDECINE PRATIQUE DE LA PROVINCE D'ANVERS,

ÉTABLIE A WILLEBROECK.

Les numéros de janvier, février, mars, avril, mai et juin 1850 contiennent les travaux originaux suivants : 1° *Essai sur l'influence de la grossesse et de l'état puerpéral sur l'organisme de la femme* ; par M. Van Halen. 2° *Manuel d'hygiène à l'usage des habitants des campagnes* ; par M. Wéron, 3° *Du croup* ; par M. Helinditcolson. 4° *Choléra-mor-*

bus, contagion, discussion au sein de la société. 4° *Projet d'organisation d'un service médico-rural*, rapport par M. Van Berchem.

DE LA CONTAGION DU CHOLÉRA ; par MM. DE CONNINCK, VAN BERCHEM et VERELST.

Nous disions tout à l'heure, en rendant compte des ANNALES DE LA SOCIÉTÉ DE MÉDECINE, que M. Bessems ayant soutenu la non-contagionabilité du choléra devant la Société, avait en contre lui la commission chargée de rapporter son travail. Voici maintenant trois communications faites à la *Société de médecine pratique*, l'une par M. de Conninck, la seconde par M. Van Berchem, et la troisième par M. Verelst, qui soutiennent à l'envi la contagion. La position des anticontagionistes absolus devient chaque jour plus difficile. L'avantage du nombre leur échappe décidément ; les trois quarts (plus peut-être) de ceux qui s'occupent avec soin de cette grande question deviennent des contagionistes déterminés, et on compte parmi eux beaucoup de transfuges de l'opinion opposée. Le nombre ne fait rien à l'affaire, soit ; mais un tel revirement ne recommande pas médiocrement la qualité des raisons qui l'ont décidé.

Pour ne pas rentrer dans les généralités, et pour satisfaire les anticontagionistes qui demandent sans cesse des faits, nous allons en emprunter deux ou trois aux communications de MM. de Conninck, Van Berchem et Verelst.

OBS. I. — Vers le milieu du mois de juin, le nommé Joseph Selleslags (de Contich), âgé de 27 ans, ouvrier peintre, travaillait dans la commune de Boom où le choléra exerçait ses ravages. Cet homme était souvent en rapport avec des cholériques. Il tomba malade et eut recours aux soins de M. le docteur Verelst. Il guérit. Aussitôt que son état le permit, et à une époque où la maladie était loin d'être terminée, il se fit transporter en brouette chez sa famille, à Contich. *Peu de jours après son arrivée*, le 25 juin, son frère, âgé de 13 ans, présente les symptômes du choléra le plus grave et succombe le même jour. Après lui, toutes les autres personnes de sa famille (trois frères, le père et la mère) sont successivement atteintes, les unes du vrai choléra asiatique, les autres de cholérine intense. Toutes ont guéri.

OBS. II. — Les époux Dom étaient séparés depuis quelque temps. La femme, âgée de 80 ans, demeurait à Anvers ; elle y prend le choléra et meurt le 15 août. Sa fille, âgée de 35 ans, qui demeurait près du père à Contich, avait été la soigner pendant quelques jours ; elle retourne à Contich après la mort de sa mère, y devient malade du choléra et meurt le 19 août. Le père, âgé de 70 ans, qui était resté à Contich et qui, pendant la maladie de sa fille, avait pris, dans le but de se prémunir contre le mal, une grande quantité de genièvre, auquel il était d'ailleurs habitué, devient malade le 23 août et meurt le même jour.

OBS. III. — Un domestique de ferme, demeurant à Contich, se rendit fréquemment à Rumpst, commune située à une lieue de la première, pour y voir ses parents et sa fiancée. Presque tous les membres de ces deux familles meurent du choléra, et lui-même, après une visite dans sa commune natale, devient malade à Contich le 26 avril et y succombe le même jour.

On ne manquera pas de dire que l'influence épidémique régnait à Contich, qu'il n'est pas étonnant que des habitants de cette commune y aient pris la maladie et que leur communication avec des individus infectés n'y était pour rien. Mais il faut dire d'abord que les foyers cholériques que nous venons d'indiquer, sont, avec deux autres que nous ne relatons pas pour abréger, les seuls qu'on ait observés dans la commune. En d'autres termes, cinq points isolés de la commune ont été frappés et, dans ces cinq endroits, le mal a éclaté après communication suspecte. En second lieu, le premier cas a été importé dans toute la force du mot ; au moment où le premier malade est arrivé de Boom à Contich, il n'y avait pas de cholérique dans cette commune. Enfin, n'est-ce pas un fait bien remarquable, celui de ces deux familles qui ont entre elles des rapports journaliers à une lieue de distance et qui sont toutes deux ravagées par la maladie ?

VII. ARCHIVES BELGES DE MÉDECINE MILITAIRE.

Les numéros de janvier, février, mars, avril, mai et juin 1850 contiennent les travaux originaux suivants : 1° *Un mot sur quelques épidémies de ces derniers temps, et en particulier sur la suette* ; par M. Gouzée. 2° *Tumeur fibreuse prise pour un cancer ; opération, guérison* ; par M. Limauge. 3° *Taille périnéale pratiquée pour l'extraction d'un fragment de bois introduit dans la vessie par le canal de l'urètre* ; par M. Midavaine. 4° *De l'alimentation du cheval de troupe* ; par M. Fourdrigney. 5° *De l'indication de la méthode de M. le professeur Serres dans le traitement de la fièvre typhoïde* ; par M. Cambrelin. 6° *Anatomie pathologique des granulations palpébrales* ; par M. Hairion. 7° *Rapport sur le second semestre de 1849 à l'hôpital d'Anvers* ; par M. Gouzée. 8° *Recherches sur l'emploi du carbazotate de potasse comme fébrifuge* ; par le même. 9° *Staphylôme scléro-choroïdien ; extirpation partielle de l'œil ; études microscopiques sur le staphylôme en général* ; par M. Hairion. 10° *De l'emploi de l'extrait de chanvre indien dans le traitement des maladies des yeux* ; par M. Bernard.

ÉTUDES MICROSCOPIQUES SUR LE STAPHYLÔME ; par M. HAIRION.

Les résultats auxquels M. Hairion est arrivé ne sont positivement ni ceux de M. Sichel, ni ceux de M. Lebert et de Szokalski. En effet, il a reconnu que la constitution anatomique du staphylôme est variable aux différentes phases de son développement, et d'après sa saillie et l'inflammation dont il est le siége. Le staphylôme n'est pas dans tous les cas une fausse membrane ni une tumeur épithéliale : il est tantôt l'un, tantôt l'autre, et indépendamment de ces deux états, il en présente assez fréquemment un troisième. C'est ce que M. Hairion désigne sous les noms de staphylôme *fibroïde*, staphylôme *épithélial* et staphylôme *sarcomateux* ou *fibro-plastique*.

STAPHYLÔME FIBROÏDE. — Lorsque l'iris est seulement mis en contact avec la cornée, à l'époque où le travail inflammatoire et destructif a cessé pour faire place à un travail de réparation, on trouve : un épithélium pavimenteux plus ou moins épais, recouvrant une couche de fibres fines et serrées ; cette première couche présente les caractères du tissu de réparation, et n'est en réalité qu'une véritable cicatrice ; au-dessous, une deuxième couche formée de fibres de l'iris et de la cornée et de matière d'exsudation à différents degrés d'organisation ; enfin une couche postérieure constituée par l'uvée.

STAPHYLÔME ÉPITHÉLIAL. — Il est formé de couches stratifiées d'épithélium formant la moitié, les deux tiers, les quatre cinquièmes même de toute l'épaisseur de la tumeur ; d'une couche moyenne où l'on rencontre des fibres ordinairement altérées de la cornée et de l'iris, et des fibres cellulaires de nouvelle formation ; enfin d'une couche postérieure constituée par l'uvée.

A cette période la tumeur n'a pas seulement les caractères des tumeurs épidermiques simples, elle en a encore la cause et l'innocuité. — Ce qui la fait passer de l'état fibroïde à l'état de formation épithéliale, c'est la compression et le frottement incessant des paupières sur la saillie fibreuse. — Cette deuxième variété de staphylôme, de même que les hypertrophies épidermiques simples, se développe par sa face interne, en sorte que les couches superficielles, qui sont les plus anciennes, ne présentent que des cellules déformées dans lesquelles on ne retrouve que rarement des noyaux, tandis, au contraire, que dans les couches les plus internes les cellules épithéliales se présentent avec tous les caractères qui les distinguent à l'état normal.

STAPHYLÔME SARCOMATEUX OU FIBRO-PLASTIQUE. — Lorsqu'une inflammation vive s'empare du staphylôme fibroïde ou épithélial, la tumeur se ramollit, se boursoufle, se pénètre d'une vascularisation abondante, et passe à la transformation charnue ou fibro-plastique. Le plus ordinairement toute l'étendue du staphylôme participe à cette inflammation ; l'œil présente alors une masse rouge, charnue, qui a souvent été prise pour une dégénérescence carcinomateuse. D'autres fois un point seul du staphylôme s'enflamme ; alors il se ramollit, se vascularise ; il s'y développe parfois une petite tumeur rouge, charnue, semblable à celles qu'on voit se former sur la conjonctive, et qui présente comme celles-ci les caractères des tumeurs fibro-plastiques.

VIII. — ANNALES DE LA SOCIÉTÉ MÉDICALE D'ÉMULATION DE LA FLANDRE.

Les cinq premières livraisons de l'année 1850 contiennent les travaux originaux suivants : 1° *Note sur l'emploi du collodion* ; par M. Mazier. 2° *Du typhus et de son traitement* ; par M. Verbeeck. 3° *Paralysie de la vessie, guérie par les injections de strychnine dans la vessie* ; par M. Lecluyse. (La paralysie, datant de trois mois, avait résisté à beaucoup de remèdes, et notamment à la strychnine donnée antérieurement à la dose quotidienne d'un grain. Elle fut guérie, au bout de cinq jours, par quatre injections d'une solution de 6 grains de strychnine dans une livre d'eau.) 4° *Quelques aperçus sur les fièvres pernicieuses* ; par M. Liégey. 5° *Fongus du rectum simulant des hémorrhoïdes fluentes chez les enfants* ; par M. Lecluyse. 6° *Sur un moyen capable d'enrayer l'angine tonsillaire* ; par M. Van Ryn. 7° *Observations sur l'emploi externe de l'élixir acide de Halter* ; par M. René Vanoye. 8° *Traitement des hémorrhoïdes par l'huile de lin* ; par M. Van Ryn. 9° *De la colique de cuivre et de son traitement* ; par M. Robiquet. 10° *Observation d'une tumeur cystique du cou* ; par M. Lesueur. 11° *Note sur l'emploi chirurgical de la solution alcoolique de la gomme laque* ; par M. Mellez. 12° *Du délire fébrile et de l'hypocondrie pyrétique* ; par M. Liégey. 13° *Cas remarquable de conformation vicieuse chez un fœtus* ; par M. Pastours. 14° *Observation de l'emploi des lavements d'eau de plomb dans l'étranglement herniaire* ; par M. Ossieur. (Après un lavement de

3 décigrammes d'acétate de plomb dans 180 grammes d'eau, le taxis, qui jusque-là avait échoué, réussit à faire rentrer la hernie.)

DE L'EMPLOI DU COLLODION POUR RÉUNIR LES PLAIES; par M. MAZIER.

On se sert, en général, du collodion pour la réunion des plaies, en en enduisant des bandelettes que l'on applique ensuite, comme les bandelettes agglutinatives ordinaires, en travers de la solution de continuité. Le mode que M. Mazier signale aujourd'hui n'a rien d'absolument nouveau, car il rappelle tout à fait, par sa construction, la *suture sèche* décrite et employée par les contemporains de l'Académie de chirurgie. Cependant il est vrai de dire que, par l'agent énergique qu'il fait intervenir, le bandage de M. Mazier remplira incontestablement mieux que son suranné prédécesseur l'importante indication de l'union des plaies opérée sans suture.

La pièce fondamentale de cet appareil consiste en deux petits morceaux de linge, ourlés sur le bord par lequel ils doivent faire face l'un à l'autre. On fixe ces bandelettes, nommées par M. Mazier *colligateurs*, parallèlement le long de chaque bord de la plaie, et à une distance de ce bord qui varie de 3 à 10 millimètres, selon que la traction à opérer pour rapprocher les lèvres de la solution de continuité aura besoin d'être plus ou moins forte. Le moyen employé pour faire adhérer ces colligateurs à la peau est, bien entendu, le collodion.

Une fois l'adhésion produite, on passe, avec une aiguille, un fil plus ou moins gros, du bord ourlé d'un colligateur à l'autre. Puis, en serrant ce fil de la même façon qu'on serre le lacet d'un corset, on agit sur les colligateurs qu'on rapproche; et comme on ne peut les rapprocher sans amener au contact les bords de la plaie, il en résulte que celle-ci se trouve réunie sans qu'on ait eu besoin de faire endurer de violence aux tissus ni de causer de douleur.

Le rapprochement étant terminé, il se trouve naturellement maintenu, sans qu'on soit exposé à voir, comme après la suture ordinaire, la peau mortifiée céder avant que le recollement soit produit et que la cicatrice soit consolidée.

Laisser librement s'écouler les liquides; voir et pouvoir nettoyer la plaie à chaque pansement sans rien déranger; pouvoir enduire les plumasseaux de charpie avec telle substance que l'on veut; suivre et pouvoir diriger les progrès de la guérison aussi facilement que si rien ne recouvrait cette plaie; relâcher ou resserrer à volonté et presque instantanément le fil qui maintient le rapprochement; rouvrir sans douleur la plaie si une hémorrhagie se déclare, tels sont, d'après l'auteur, — dont nous reproduisons volontiers le langage empreint de raison, — les nombreux avantages de cette méthode de pansement. — Ajoutons seulement, pour notre compte, que pour avoir son plein effet elle nécessite d'excellent collodion.

TRAITEMENT DES HÉMORRHOÏDES PAR L'HUILE DE LIN; par M. VAN RYN.

Rien de plus simple, de plus à la portée de toutes les classes de malades que ce traitement, dont l'auteur dit avoir obtenu pendant plus de vingt-cinq ans la guérison d'un grand nombre d'hémorrhoïdes. Il excepte, bien entendu, de l'application de son moyen, les hémorrhoïdes intimement liées à la constitution du sujet.

On administrera donc l'huile de lin récente à la dose de 2 onces, matin et soir, que les hémorrhoïdes soient fluentes ou non. Sous l'influence de ce seul remède, l'amendement des symptômes est ordinairement si rapide que le traitement dure tout au plus une semaine. Les selles, par suite de l'administration de l'huile de lin, sont souvent un peu augmentées; mais on n'observe jamais ni vomissements ni autres accidents. C'est à peine si les malades doivent modifier leur régime, à moins qu'une complication quelconque ne fasse surgir des indications spéciales sous ce rapport. La seule recommandation que M. Van-Ryn leur fait, c'est d'éviter l'usage de boissons alcooliques et une alimentation trop stimulante. Du reste, aucune complication ne contre-indique la médication même.

IX. PRESSE MÉDICALE.

Les numéros d'avril, mai et juin 1850 contiennent les travaux originaux suivants: 1° *Observation de plaie grave à la tête par instrument tranchant; fêlure du crâne, complication grave, mort*; par M. Limauge. 2° *Quelques considérations pratiques sur l'ophthalmie catarrhale*; par M. Thiry. 3° *Observation de pleuro-pneumonie du côté gauche*; par M. Lebeau. 4° *Considérations générales et observations de chancres ganglionnaires et sous-cutanés (bubons d'absorption)*; par M. Schœnfeld. (Idées et pratique conformes à celles de M. Ricord.) 5° *Compte rendu de la clinique chirurgicale de M. Seutin pendant le premier semestre de 1848-1849*; par M. Hannoteau. 6° *Hernie crurale étranglée, réduction par le taxis méthodique prolongé*; par MM. Hanean et Guillery. 7° *De l'emploi du citrate de caféine dans la migraine*; par M. Hannon. 8° *Leçon et observations sur les engorgements utérins*; par M. Thiry, recueillies par M. Schœnfeld. 10° *Note sur le traitement du pannus vasculaire*; par le même.

LEÇON SUR LES ENGORGEMENTS UTÉRINS; par M. THIRY.

L'auteur insiste principalement sur la différence de nature des engorgements et sur l'étiologie de chaque espèce. Il admet trois variétés principales d'engorgements: le congestif, l'inflammatoire et l'hypertrophique.

PREMIÈRE VARIÉTÉ. — L'engorgement congestif ou simple peut précéder ou suivre un état inflammatoire. Ce qui le constitue, c'est une accumulation plus ou moins considérable de sang dans les vaisseaux et les tissus de l'organe utérin, sans travail inflammatoire bien déterminé. On en distingue trois espèces. Ainsi:

Il est *actif* quand il résulte d'une stimulation directe de la matrice ou de son col, telles que des violences extérieures, des excès de coït, le séjour de pessaires. La congestion périodique qui précède la menstruation y concourt également, ainsi que les déviations de cette fonction.

L'engorgement *passif* s'observe à la suite des couches, d'une métrite mal terminée, de troubles de la circulation abdominale, qui entretiennent une congestion du point le plus déclive de la matrice. La réaction locale et générale est bien moindre que dans la congestion active. La teinte du col est souvent bleuâtre au lieu d'être d'un rouge vif comme dans la congestion active. Le plus souvent on y aperçoit des vascularisations, des plaques inflammatoires, des varicosités, qu'on a beaucoup de peine à faire disparaître. La sécrétion utérine est trouble, plus épaisse et plus abondante que de coutume.

L'engorgement *mécanique* se rapproche de la congestion passive. La gêne de la circulation est ici provoquée par des tumeurs ou par des déplacements de la matrice, ou par des affections des organes voisins. Cependant, d'après M. Thiry, c'est bien plus souvent l'engorgement qui occasionne le déplacement de l'utérus.

DEUXIÈME VARIÉTÉ. — L'engorgement inflammatoire est un degré plus élevé de la congestion active. En raison de l'énergie des causes productrices de la réaction sur l'organisme et du travail pathologique, cet engorgement ne se borne pas toujours au col de la matrice. Dans ce cas, la sensibilité et la contractilité de cet organe sont fortement exaltées. L'engorgement inflammatoire peut être le résultat immédiat des mêmes causes qui ont produit le simple engorgement congestif.

TROISIÈME VARIÉTÉ. — L'engorgement hypertrophique est la suite d'une irritation prolongée, qui est fréquemment une phlegmasie chronique simple. Cet engorgement est constitué par une véritable irritation nutritive de tout l'organe ou d'une de ses parties, ou enfin d'un de ses éléments. Elle peut être constituée aussi bien par un développement excessif des éléments anatomiques de la matrice que par des exsudations plastiques ou hétéromorphes. Il est dur ou mou. L'augmentation dans la consistance n'entraîne pas nécessairement celle du volume. Ses causes sont souvent internes. Certaines modifications locales de l'utérus donnent naissance à l'engorgement hypertrophique; les granulations, certaines productions vasculaires ou charnues, etc., sont de ce nombre. Les affections générales de l'économie, les diathèses tuberculeuse, cancéreuse, syphilitique, même ce qu'on appelle les vices rhumatismal, scrofuleux, peuvent se réfléchir et se localiser dans la matrice, pour peu que cet organe soit déjà influencé par d'autres agents. On le voit, l'engorgement hypertrophique forme souvent la transition entre les affections simples et les dégénérescences de l'utérus.

A. DECHAMBRE et P. DIDAY.

TRAVAUX ACADÉMIQUES.

ACADÉMIE DES SCIENCES.

SÉANCE DU 31 MARS. — PRÉSIDENCE DE M. RAYER.

MODIFICATIONS IMPRIMÉES A LA TEMPÉRATURE ANIMALE PAR L'INTRODUCTION DANS L'ÉCONOMIE, DE DIFFÉRENTS AGENTS THÉRAPEUTIQUES (MÉDICAMENTS EXCITANTS).

MM. les docteurs AUG. DUMÉRIL, DEMARQUAY et LECOINTE adressent la première partie d'un mémoire ayant pour titre: RECHERCHES EXPÉRIMENTALES SUR LES MODIFICATIONS IMPRIMÉES A LA TEMPÉRATURE ANIMALE PAR L'INTRODUCTION, DANS L'ÉCONOMIE, DE DIFFÉRENTS AGENTS THÉRAPEUTIQUES.

Les auteurs se proposent, dans ce travail, de déterminer l'influence que la plupart des médicaments actifs exercent sur la température animale, quand ils sont donnés à certaines doses successivement croissantes.

Cette première partie a pour objet les excitants. Les substances expérimentées sont les cantharides, la cannelle, le sulfate de quinine, le seigle ergoté, l'acétate d'ammoniaque, le phosphore et la strychnine.

D'une manière générale, toutes ces substances ont donné une élévation de température qui a varié depuis quelques dixièmes de degré jusqu'à plusieurs degrés.

Voici quelques détails pour chacune de ces substances.

Les *cantharides* ont été données à la dose de 0,08, 0,20 et 0,40 centigr. A la dose de 8 centigr., le thermomètre est monté de 2°,1 dans une période de six heures. Dans trois autres expériences dans lesquelles on a donné deux fois 20 centigr. et une fois 40 centigr., on obtient encore une augmentation de la température, qui approche de 2 degrés avec 20 centig., mais qui ne dépasse plus 1 degré avec 40 centigr.

La *cannelle* a été donnée trois fois en décoction, deux fois à la dose de 30 grammes et une fois à la dose de 45 grammes. A la dose de 30 grammes sur 2 animaux, la cannelle a donné une augmentation de température de 1°,7, tandis qu'à 45 grammes la température s'est élevée de 2°,7.

L'augmentation de la température a donc été en rapport avec la dose du médicament, et l'action de ce dernier persistait à la douzième heure de l'expérience.

Le *seigle ergoté* a été donné une seule fois à la dose de 4 grammes; et dans une période de cinq heures, on a constaté une augmentation de 8/10 de degré.

L'*acétate d'ammoniaque* a été introduit cinq fois dans l'estomac et une fois dans les veines, à la dose de 5, 10, 20 et 50 grammes; toujours la température a été augmentée, non-seulement quand il a été mis dans l'estomac, mais encore dans les veines. Toutefois la température a varié.

Ainsi 5 grammes de ce sel mis dans les veines donnent une augmentation de 8/10 de degré; 5 grammes et 10 grammes portés dans l'estomac donnent pour résultat 1 degré et 1 degré 3/10. La dose du médicament est successivement élevée; mais la température qui s'élève ne dépasse cependant pas le chiffre que donnent les premières doses.

Le *sulfate de quinine* donné deux fois par l'estomac à la dose de 1 et 2 gr. a donné pour résultat final une augmentation de la température qui a varié de 1°,5 à 2°,2. Au début de l'expérience, la température a baissé pendant les deux premières heures de quelques dixièmes de degré.

Le *phosphore* a été donné six fois à la dose de 2 et de 5 centigr. Il y a eu une augmentation constante et successive de 1,7 chez le premier animal et de 2,2 chez le second, tandis que chez les quatre derniers où le médicament a été administré à la dose de 0,10, 15 et 20 centigr., on a eu un abaissement constant, mais peu considérable, qui n'a pas dépassé 2/10.

Ainsi le phosphore à petite dose élève la température d'une manière sensible, tandis qu'à une dose plus élevée il déprime légèrement la température.

Le *sulfate de strychnine* a été donné quatre fois, deux fois par l'estomac et deux fois par les veines. On n'a obtenu que peu de résultats. La température a été légèrement élevée.

NOUVEAU MODE D'ADMINISTRATION DE L'HUILE DE FOIE DE MORUE.

M. Lozé, chirurgien de première classe de la marine, rappelle qu'en 1843 il s'assura, par des essais directs, que l'action souvent douteuse de l'huile de foie de morue contre la phthisie pulmonaire ne devait être attribuée qu'à la non-absorption. Il avait imaginé alors de l'émulsionner à l'aide de l'albumine; mais depuis le mémoire de M. Bernard sur l'influence du suc pancréatique sur la digestion des corps gras, M. Loze a eu recours au procédé suivant, dont il a obtenu, dit-il, de bons résultats :

Lorsqu'on mêle 1 partie de mucilage de légumine additionnée de 1/20 ou 1/24 de suc pancréatique à 6 parties d'huile de foie de morue, celle-ci se solidifie, se conserve, peut se dessécher et se délayer ensuite à volonté en une espèce de chyle artificiel. Ainsi traitée, cette huile s'absorbe entièrement et acquiert par là une énergie d'action assez grande pour combattre avec succès la phthisie pulmonaire.

ACADÉMIE DE MÉDECINE.

SÉANCE DU 1er AVRIL. — PRÉSIDENCE DE M. ORFILA.

Le procès-verbal de la dernière séance est lu et adopté.

La correspondance officielle comprend :

1° L'ampliation du decret qui approuve l'élection de M. le docteur Cazeaux dans la section d'accouchements.

2° Une lettre du ministre de l'instruction publique qui informe l'Académie que, par un arrêté en date du 26 mars, il a mis à sa disposition un exemplaire de la médaille que M. Franck, fils du célèbre docteur Franck (de Vienne), a fait graver en l'honneur de son père.

3° Une lettre du ministre du commerce qui transmet une notice de M. le docteur Liegey (de Rambervillers), relative à l'observation d'une tentative de suicide, au moyen du sous-acétate de cuivre, par un aliéné. (Comm., MM. Orfila, Pâtissier, Bodchardat.)

4° Diverses lettres du même ministre transmettant diverses recettes de remèdes. (Commission des remèdes secrets et nouveaux.)

— M. Bérard, doyen de la Faculté de médecine de Paris, informe l'Académie qu'un concours pour une chaire de pathologie interne doit s'ouvrir le 1er mai prochain devant la Faculté de médecine de Paris. Il prie l'Académie de réunir les sections de pathologie médicale, de thérapeutique et d'histoire naturelle médicale, afin qu'elles désignent cinq membres qui, aux termes du règlement du 11 janvier 1842, devront siéger comme juges dans ce concours.

Les sections désignées seront réunies à cet effet.

— M. Flandin, au nom de la commission du monument à ériger à la mémoire de Pariset, informe l'Académie que cette commission a terminé sa mission, et lui fait hommage d'un exemplaire de la médaille qui a été frappée à cette occasion.

— M. Niepce (de Grenoble) adresse un mémoire sur l'action des eaux minérales sulfureuses d'Allevard. (Commission des eaux minérales.)

— M. Grimaud (d'Angers) soumet à l'examen de l'Académie un petit pessaire qu'il nomme pessaire en pincette, et qu'il dit avoir mis en usage avec succès pour élever ou redresser l'utérus.

— M. Depaul écrit qu'il se porte candidat à la place vacante dans la section d'accouchements.

— M. le Président annonce à l'Académie qu'elle est autorisée à accepter le legs de M. Capuron, consistant en une rente annuelle de 1,000 fr. consacrée à la fondation d'un prix dont l'Académie déterminera elle-même le sujet.

— M. O. Henry lit, au nom de la commission des eaux minérales, un rapport sur une demande d'autorisation pour l'exploitation de l'établissement thermal de Sailles-Château-Morand (Loire). — Sur la proposition de la commission, l'autorisation demandée est accordée.

APPAREILS ÉLECTRIQUES DE MM. BRETON, DUCHENNE ET PULVERMACHER.

M. Soubeiran lit, au nom d'une commission composée de MM. Bérard, Bonvier, Gaultier de Claubry, Guéneau de Mussy, Louget, Poiseuille et Soubeiran, un rapport sur divers appareils électriques; savoir : un appareil volta-électrique et un appareil magnéto-électrique de M. Duchenne (de Boulogne); un appareil magnéto-électrique de MM. Breton frères et les chaînes voltaïques de M. Pulvermacker (de Vienne); instruments qui ont été présentés comme propres à remplir les indications jugées nécessaires à l'application médicale de l'électricité. La commission avait à apprécier les mérites et les défauts de chacun d'eux. Après un examen comparatif détaillé de ces appareils, M. le rapporteur résume le jugement de la commission dans les conclusions suivantes :

1° Les chaînes voltaïques de M. Pulvermacker donnent un courant pareil à celui des piles ordinaires. Elles sont applicables quand il s'agit de produire des effets calorifiques, depuis la simple rubéfaction jusqu'à la cautérisation de la peau. Elles sont propres encore à développer des phénomènes chimiques, tels que la coagulation du sang où la modification de quelque sécrétion. Leur courant excite un plus haut degré la sensibilité de la rétine.

Ce courant est moins convenable que les courants d'induction pour produire les phénomènes de contraction des muscles et de sensibilité, à cause des effets chimiques et calorifiques qui l'accompagnent.

Cet appareil, comme tous ceux du même genre, a l'inconvénient de fournir des courants dont la force diminue avec une grande rapidité et à un moment donné. Il est impossible à l'opérateur d'en apprécier le degré d'énergie.

La commission, faute d'expérience, s'abstient de prononcer sur les effets thérapeutiques des chaînes voltaïques qu'on laisserait séjourner sur quelque partie du corps.

2° L'appareil magnéto-électrique des frères Breton ne fournit qu'une seule espèce de courant; c'est un courant d'induction de premier ordre.

Cet appareil réalise deux excellentes améliorations, savoir : l'enroulement direct du fil inducteur sur l'aimant, ce qui augmente l'intensité des effets et simplifie la construction, et la mobilité de l'aimant, qui, en se rapprochant plus ou moins du fer doux, active ou affaiblit le courant.

Les courants obtenus avec l'appareil des frères Breton sont nécessairement intermittents. On peut les avoir toujours dirigés dans le même sens, ou alternativement dirigés en sens contraire. Ces courants sont très-propres à produire les phénomènes de contraction musculaire et de sensibilité; leur action chimique et calorifique est presque nulle; ils n'ont pas non plus la puissance d'excitabilité sur la peau des courants d'induction de deuxième ordre. Leur action sur la rétine est très-faible.

L'appareil des frères Breton aura à subir quelque modification qui permette d'accroître ou de diminuer dans une proportion plus régulière l'intensité des courants; leurs inventeurs auront surtout à se préoccuper de la nécessité d'ajouter à leur appareil une disposition qui puisse éloigner à volonté le retour des intermittences.

3° L'appareil magnéto-électrique du docteur Duchenne (de Boulogne) fournit des courants d'induction de premier ordre et de second ordre; il les donne suivant le besoin, faibles ou énergiques, par une disposition analogue à celle qui a été employée par les frères Breton; la distance entre l'aimant et le fer doux peut affaiblir assez l'appareil pour qu'il puisse être appliqué aux expériences les plus délicates. Dans la pratique médicale, M. Duchenne se borne à l'emploi d'un régulateur formé par un cylindre de cuivre qui règle la force des courants suivant un rapport qui reste constant.

L'appareil magnéto-électrique de M. Duchenne est dépourvu des propriétés qui appartiennent au courant de la pile, mais il possède deux courants d'induction, lesquels ont tous les caractères que nous avons signalés déjà. De plus on peut, à l'aide du courant du second ordre, exciter vivement la sensibilité cutanée, et même agir efficacement sur la rétine.

4° L'appareil volta-électrique de M. Duchenne possède presque tous les avantages de l'appareil précédent. Il est muni également des moyens de mesurer, avec précision, les courants et les intermittences. Il a ceci de particulier, que le courant du second ordre n'exerce sur la rétine qu'une action plus faible encore que celle du courant correspondant de l'appareil magnéto-électrique.

L'emploi d'une pile est un inconvénient; il est compensé par la propriété toute particulière qui en résulte pour cet appareil, savoir : de donner des intermittences très-rapides, seules capables d'agir très-vivement sur la sensibilité et de déterminer des contractions dans les muscles les plus résistants.

5° Les observations intéressantes faites par M. Duchenne, et qui lui ont fait reconnaître certaines propriétés distinctives des divers courants, sont pleines d'intérêt et constituent un progrès important dans l'application de l'électricité au traitement des maladies.

Ces observations, en lui faisant apprécier plus sûrement les conditions que doivent remplir les appareils électriques destinés à l'usage médical, lui ont permis d'obtenir des appareils plus parfaits et de porter sur ceux qui ont été employés jusqu'à ce jour un jugement que l'étude attentive de votre commission a confirmé sur tous les points.

6° La commission propose à l'Académie de faire adresser des remercîments à M. Pulvermacker, à MM. Breton frères et à M. le docteur Duchenne pour leur intéressante communication.

M. Bouvier : Le rapporteur n'a point apprécié à sa véritable valeur l'appareil de M. Pulvermacker. Depuis la communication qu'il a faite à l'Académie, M. Pulvermacker a perfectionné cet appareil, et tout porte à croire qu'il lui donnera encore plus de perfection par la suite. Tel qu'il est maintenant, cet appareil n'a sans doute pas la précision des autres pour ce qui concerne l'application à des expériences délicates de physiologie ; mais pour les besoins de la thérapeutique, il vaut tout autant, et il a sur eux le très-grand avantage d'être portatif, très-facile à manier et d'un prix très-modéré et à la portée de tous les praticiens.

On a objecté, dans la commission, que tous ces avantages pourraient bien être compensés par la rapidité avec laquelle cet appareil s'userait. M. Pulvermacker m'a fait voir des chaînes oxydées qui néanmoins fonctionnaient encore très-bien.

M. Bouchardat : Je regrette, tout en m'associant aux conclusions de la commission, que le rapporteur n'ait pas fait deux parts dans son rapport, qu'il ne l'ait pas scindé de manière à isoler la partie la plus neuve et la plus originale ; je veux parler des expériences de M. Duchenne, qui ont mis en lumière des faits physiologiques et physiques nouveaux d'un très-grand intérêt. Il y a là une véritable découverte, dont l'importance ne me semble pas suffisamment appréciée.

Les conclusions du rapport sont mises aux voix et adoptées.

ARTICULATIONS PROPRES DU BASSIN DE LA FEMME ADULTE.

M. Lenoir, candidat à la place vacante dans la section d'accouchements, lit un mémoire sur les articulations propres du bassin de la femme adulte, suivi d'une théorie nouvelle sur l'écartement des os de cette cavité pendant la grossesse et après l'accouchement.

L'auteur s'est proposé, dans ce travail, de déterminer par quel genre d'articulations ces os sont réunis, si c'est par symphyse et par amphiarthrose, comme le disent la plupart des auteurs, ou si ce n'est pas plutôt par arthrodie ; et comme corollaire de ses recherches sur ce sujet il expose une théorie nouvelle de l'écartement des os du bassin qu'on observe quelquefois porté à un haut degré pendant la grossesse et surtout après l'accouchement.

L'auteur résume son travail en concluant :

1° Que les articulations propres du bassin de la femme adulte qui de nos jours encore sont considérées par la majorité des anatomistes et des accoucheurs comme des amphiarthroses doivent être rangées parmi les arthrodies ;

2° Que cette analogie de structure et de composition nous porte à penser qu'il se fait dans ces articulations des épanchements de synovie comme il s'en fait dans toute cavité tapissée par une membrane synoviale, et que c'est ce liquide qui, en s'y accumulant, produit l'écartement des os du bassin qu'on observe quelquefois pendant la grossesse et après l'accouchement. (Comm., MM. Moreau, Villeneuve et Cazeaux.)

La séance est levée à cinq heures.

BIBLIOGRAPHIE.

TRAITÉ PRATIQUE DES MALADIES NERVEUSES ; par M. SANDRAS. — 2 vol. Paris, chez Germer Baillière, libraire.

C'est toujours une bonne fortune qu'un traité des maladies nerveuses. Certains ouvrages de pathologie ne sont que des paraphrases des ouvrages qui les ont précédés. Le progrès de la science n'ayant rien ajouté à la question, celle-ci s'expose, se discute, se résout de la même manière que par le passé, et sur un fond qui reste immuable, il n'y a de changeant que la broderie, que cette forme particulière de l'exposition et du style qui varie suivant l'éducation littéraire de chacun. Aussi est-on pris d'un profond ennui lorsqu'on entreprend de lire de tels volumes ; on est rassasié avant de s'être nourri. Ils agissent sur l'esprit comme certains mets sur les appétits gastriques : dès qu'on les voit, quelque besoin qu'on ait de manger, on les repousse en déclarant qu'on n'en veut pas. Je le répète, les traités ou même les simples monographies sur les maladies nerveuses ne peuvent produire en aucun cas de tels effets. On peut être assuré d'avance qu'ils montrent des aspects au moins intéressants, s'ils ne sont pas nouveaux ; on doit se confier sans crainte au plaisir de la lecture, car si on trouve des parties où on ne découvre rien de ce qu'on désire, il y en a d'autres qui ne font pas regretter le temps consacré à les parcourir. D'où cela vient-il ? La réponse est facile à faire.

Les maladies nerveuses sont comme une de ces nouvelles terres qui se sont dérobées longtemps aux recherches des navigateurs. Cette pathologie était pour nous, naguères, ce qu'était pour nos aïeux le continent américain ; on semblait même ne pas avoir la conscience de son existence. On se rappelle, en effet, que toutes les fois qu'un médecin reculait devant le traitement d'une maladie ou qu'il doutait des souffrances de son malade, il accusait cette maladie d'être une affection nerveuse. Cela suffisait pour placer le cas morbide dans la classe des illusions et des fantaisies, pour le chasser du monde réel au profit du monde imaginaire. Cette fin de non-recevoir ne devait pas avoir une éternelle durée. Si l'étude anatomique et physiologique du système nerveux n'avait pas progressé, c'en était fait assurément de la pathologie nerveuse. Mais l'anatomie et la physiologie ont fait des progrès constants. Chaque pays de l'Europe a compté des savants qui se sont livrés à des recherches aussi neuves par les résultats qu'ingénieuses par les procédés mis en usage, pour pénétrer dans le mystère si obscur des fonctions de la sensibilité et du mouvement. La suite des travaux faits dans ce but pendant le cours de ces dernières années prouverait que nous sommes arrivés à une époque où cette partie de la science fixe l'intérêt des travailleurs. Si je voulais entreprendre de la faire, je devrais respecter les exigences de cet article qui ne le permettraient pas ; je dirai seulement qu'on a tout employé, tout mis en œuvre pour découvrir comment procède dans ses actes si variés et si complexes cet admirable instrument qui se nomme le système nerveux. On a essayé de tous les moyens d'exploration que la science a placés sous la main de l'observateur. Avec le microscope on a étudié la trame, la construction intime de la substance cérébrale et nerveuse ; avec les réactifs on a soumis la sensibilité à une suite de curieuses épreuves ; avec l'électricité, ce moyen d'action si puissant, on est parvenu à marquer les fonctions des nerfs et à les isoler dans leurs fonctions différentes. Avant ces expériences on confondait, ou du moins on réunissait dans une sorte de fonction commune, le mouvement et la sensibilité ; la séparation a été faite maintenant de manière à leur donner une mutuelle indépendance. De tels résultats devaient préparer le terrain à une pathologie en facilitant les observations de physiologie morbide. On comprend donc qu'on s'occupe aujourd'hui d'une partie de la science que nos devanciers avaient si étrangement négligée.

Il y a peu d'années que M. le docteur Valleix est entré dans la voie nouvelle. Son livre des NÉVRALGIES eut du retentissement, du succès. Il était nouveau par le fond, exact par la forme ; il répondait à un besoin senti par les praticiens, qui commençaient à s'apercevoir de la lacune ouverte dans la pathologie. Mais il y avait autre chose à faire que ce qu'avait fait d'une manière remarquable assurément M. Valleix : il y avait à mettre une doctrine de l'innervation, en tête de la pathologie nerveuse. Il est probable que la pathologie des organes de la respiration serait fort peu avancée si on n'en connaissait pas la physiologie ; il en est de même pour la pathologie du système de la sensibilité. Par le mot *doctrine*, je ne veux pas dire une doctrine philosophique, mais une doctrine physiologique. Malheureusement pour ceux qui n'aiment pas l'intervention de la philosophie dans la médecine, il faut l'accepter lorsqu'il s'agit de la physiologie du cerveau, du mécanisme de l'impression, de l'association des idées, de l'influence des idées sur les fonctions générales, etc. Il fallait donc une doctrine, lorsque M. Cerise a essayé de la faire dans un livre sur les FONCTIONS NERVEUSES, livre très-estimé et peu connu, parce que les considérations de l'ordre vulgaire, s'il m'est permis de m'exprimer ainsi, y sont peu nombreuses, comparativement à celles d'un ordre élevé. Dans ce livre il y a d'important le départ, la séparation complète entre les diverses fonctions du système et l'analyse de leurs relations d'influence qui les rendent mutuellement cause et effet dans les phénomènes normaux ou pathologiques. M. Cerise a fait de la pathologie, en partant du plan qu'il s'était tracé. En attendant qu'il en vienne un autre, ce plan n'est pas très-défectueux et peut rendre des services aux pathologistes du système de l'innervation. Parmi les médecins qui s'occupent de ce genre de recherches, il y en a qui ne l'ont pas adopté ; M. Sandras, l'auteur du TRAITÉ PRATIQUE SUR LES MALADIES NERVEUSES, est de ce nombre.

M. Sandras est un praticien et il n'aime pas les théories. Cependant il n'est pas partisan zélé de l'école de Paris, et ne croit pas seulement à ce qu'on voit et ce qu'on touche, parce qu'il sait qu'il y a des phénomènes en physiologie et des altérations en pathologie, qui sont et qui resteront toujours inappréciables à nos moyens d'investigation. « Que pouvaient être, dit-il, aux yeux des anatomistes, des maladies sans altération matérielle, constante, capable d'en dévoiler la nature, la cause première, ou tout au au moins d'en démontrer aux sens la réalité ? Existait-il pour eux des maladies de cet ordre ? des organiciens pouvaient-ils croire à des altérations des organes là où ces altérations ne se montrent pas à leurs yeux, à leur scalpel, à leur microscope, à leurs réactifs ? N'est-il pas plus naturel qu'ils aient regardé le mot *nerveux* comme un *voile honnête dont la médecine couvrait provisoirement leur ignorance*, comme une de ces déceptions

bienveillantes auxquels le plus honnête homme a forcément recours pour tranquilliser, pour consoler le malade qui lui confie ses douleurs, son avenir, sa vie physique et morale ? » M. Sandras était, comme on le voit, bien préparé au genre d'études qu'il avait entrepris ; il méritait d'y être heureux, d'y récolter d'abondants résultats, puisqu'il n'était pas lié corps et âme à cet anatomisme qui est une forme de scepticisme la plus difficile peut-être à écarter. Mais pourquoi s'être arrêté en si bon chemin ? pourquoi se défier d'une doctrine ou des doctrines en général, et ne se rattacher qu'à la manifestation symptomatologique ? Nous croyons que là, M. Sandras, s'est trompé. Son livre eût été meilleur s'il avait franchement accepté telle doctrine connue ou s'il en avait conçu une nouvelle à son usage. La symptomatologie des affections nerveuses est la plus fugitive, la plus incertaine, la plus trompeuse qui soit. C'est celle qui a le plus besoin d'être éclairée par un *à priori*, par un système d'idées qui fasse rentrer dans la catégorie à laquelle ils appartiennent, les phénomènes ou les symptômes qui s'en écartent le plus en apparence.

Néanmoins, M. Sandras, s'il n'a pas voulu s'astreindre à une doctrine, a adopté une méthode ; un esprit rigoureux ne peut pas s'en passer. « J'ai mieux aimé, dit-il en parlant de M. Cerise, dont la méthode peut s'appeler une doctrine, j'ai mieux aimé une classification moins métaphysique et plus pratique. »

Dans quel but a-t-il fait ce choix, a-t-il donné une préférence à la classification la plus pratique ? Il l'avoue lui-même : « J'ai pensé, dit-il, que je me mettrais à la portée de tous les médecins en distribuant mon sujet de la manière suivante. » Voici donc cette classification qui semble en apparence être meilleure que tout autre pour diriger le praticien dans la bonne voie, pour l'empêcher de se fourvoyer dans l'espèce de dédale fourni par les divisions et les subdivisions, mais qui peut-être ne tient pas à la longue tout ce qu'on serait en droit d'en espérer.

« Parmi les maladies nerveuses, dit l'auteur, les unes peuvent être légitimement appelées *générales*, parce qu'elles attaquent tout le système, et les autres *spéciales*, parce qu'elles paraissent l'apanage exclusif de quelqu'une seulement de ses parties. Cette première donnée, fondée sur l'étude de la pathologie nerveuse, m'a conduit à établir d'abord une première grande division en *deux livres*, les maladies nerveuses générales et les maladies nerveuses spéciales. Dans le premier livre se trouvent toutes sortes d'affections générales, dont les caractères propres m'ont engagé à les partager en autant de chapitres particuliers. Je n'ai pas pensé qu'une autre division fût utile. Le second livre, au contraire, se compose d'affections dont le siége est assez bien déterminé pour le distinguer d'abord en *deux ordres* : celles qui ont pour siége le cerveau, et celles qui se rapportent au reste du système nerveux. Le premier ordre est encore fort simple et se divise naturellement en autant de chapitres qu'il renferme de maladies d'une espèce différente ; le second ordre, au contraire, offre à distinguer les cas dans lesquels toutes les fonctions des nerfs sont intéressées, ceux dans lesquels le *sentir* et ceux enfin où le *mouvoir* sont particulièrement affectés. » Le premier inconvénient de cette méthode, ou du moins celui qui frappe le plus vivement tout d'abord, c'est la manière dont sont comprises les maladies nerveuses générales. L'irradiation, dans les maladies de l'innervation, est un fait tellement ordinaire qu'une souffrance générale ne veut pas dire et ne doit pas indiquer une maladie générale. Dans ce cas, l'état des sympathies s'étend comme un voile sur la notion de la cause ou du lieu d'origine. Supposons que, par un traitement empirique ou sous l'influence de la marche de la maladie, le désordre se simplifie, se réduise à son expression la plus étroite, la maladie générale disparaît et devient une maladie locale. Avec un système qui assignerait un lieu d'origine à chaque classe de maladies, une telle erreur ne pourrait pas se produire.

Pour être compréhensible, ou du moins pour arriver à toutes les intelligences, M. Sandras va, je crois, un peu trop loin. Quand on fait un livre, il ne faut pas descendre lorsqu'on sait comment on peut [s']élever. Pourquoi donc faire de larges concessions aux habitudes reçues ? pourquoi ne pas entreprendre plutôt l'éducation du public médical, en le poussant hors de la sphère étroite de ses idées traditionnelles ou de ses vieilles erreurs ? J'ai fait cette réflexion plus d'une fois en parcourant les pages du TRAITÉ de M. Sandras ; je l'ai faite surtout en lisant son premier chapitre. Il traite de l'*état nerveux*, nom que l'auteur a pris, dit-il, parce qu'il lui a semblé suffisant et convenable pour signaler l'ensemble des symptômes qui caractérisent la maladie et pour en rappeler la nature, en même temps, ajoute-t-il, qu'il ne préjuge rien sur les théories qu'on en pourrait donner.

L'état nerveux n'est pas plus une maladie, cependant, que l'état pléthorique. L'état nerveux est une condition d'être qui rend le sujet susceptible de contracter les maladies de caractère nerveux, comme l'état pléthorique rend ceux qui le portent susceptibles de contracter des maladies inflammatoires. M. Cerise, loin d'admettre l'état nerveux comme une dénomination suffisante pour exprimer une maladie réelle, l'a remplacé par le nom de *névralgie protéiforme* qui donne bien exactement le caractère pathologique de ce genre de désordre. L'état nerveux désigné par M. Sandras est en effet une souffrance et quelquefois une souffrance très-vive ; elle ne se dessine pas avec cette fixité de certaines maladies caractérisées, mais avec une foule de phénomènes étranges, surprenants même pour le médecin, qui se succèdent sans ordre et s'interrompent sans cause. Ce désordre est *protée* de sa nature ; comme cet être mythologique, il change d'aspect à chaque instant et échappe à la conception du médecin ainsi qu'à l'action des remèdes. Mais ce qu'il y a de particulier, c'est que souvent, ou du moins dans beaucoup de cas, cette maladie est un symptôme. Quand elle a tourmenté pendant longtemps le malade, le voile tombe devant les yeux du médecin, et il voit ce qu'il ne soupçonnait pas, c'est-à-dire une affection sérieuse et quelquefois une lésion organique. L'état nerveux est donc une maladie générale qui rentre dans la symptomatologie. Dans tous les cas, il semble que cette expression n'a pas toute l'exactitude désirable.

La classification de M. Sandras porte de temps en temps quelques taches, précisément à cause de l'inconvénient difficile à éviter que je signalais précédemment : ainsi les défaillances se trouvent à côté de l'hystérie ; l'hydrophobie, qui est une affection par intoxication, se trouve aussi comprise dans le groupe des maladies générales comme l'hystérie et les défaillances. Est-ce bien logique ? Il y a plus d'ordre, on le comprend, dans les maladies qui ont un siége déterminé, un centre d'action visible. Là l'auteur a les coudées franches, et sa méthode paraît mieux le servir.

Chaque description de maladie comprenant une monographie où tout est rangé dans l'ordre ordinaire, histoire, symptomatologie, etc., il importe de savoir comment ces chapitres successifs ont été traités. Là est tout le livre, toute la substance où le praticien ira puiser des enseignements, des préceptes, des règles qui le guident au pied du lit où il fera son office d'homme de l'art. Il y a une chose qui frappe tout d'abord, c'est la clarté. Point d'ambages embarrassants, point de circonlocutions démonstratives ; la phrase est brève, la preuve ne se fait pas attendre, le résultat est toujours au bout. Si l'auteur doit émettre un doute, il le présente avec franchise ; s'il doit combattre une erreur, il le fait avec fermeté ; s'il a cru trouver un rapport vrai, une application utile, il l'expose, il en munit les motifs dans son expérience ou dans celle des autres, et il le fait toujours avec une certaine raison. On voit avec plaisir surtout, et c'est en cela que le livre aura aussi son utilité, qu'il ne marchande pas avec les erreurs, avec ces superstitions frottées de science, si nombreuses, si répandues en matière de pathologie nerveuse. Là sa phrase a du nerf, de la force ; on voit que l'auteur travaille avec zèle pour la vérité.

La thérapeutique est l'écueil de la pathologie nerveuse ; les remèdes qui paraissaient agir efficacement dans des conditions déterminées, n'agissent pas dans des conditions qui semblent absolument identiques. Tel médicament est merveilleux dans les mains de tel médecin, il est inerte dans les mains de tel autre. Si donc, la thérapeutique est un écueil en pathologie nerveuse, c'est qu'elle ne peut que très-difficilement être soumise à des règles, être coordonnée suivant des indications précises. Comment donc discuter les propriétés de tel ou tel médicament dans telle circonstance plutôt que dans telle autre ? Comment ne pas se confier à la loyauté consciencieuse de l'expérimentateur, puisqu'il n'existe pas de règles bien déterminées, bien établies, et surtout acceptées par la science, qui affirment ou infirment telle ou telle autre assertion ? Voilà où nous en sommes réduits encore, au doute ou du moins à ce travail expérimental qui collige des matériaux, mais pour lesquels le jour d'une organisation n'est pas venu.

Néanmoins on pourrait s'inscrire contre certaines opinions thérapeutiques de M. Sandras. Dans certaines circonstances, il parle de l'efficacité des vésicatoires, on tout au moins de leur utilité : il est reçu cependant qu'en thérapeutique nerveuse il ne faut pas trop user d'un moyen d'action qui a plus de chances d'exciter le mal que de le calmer. Il n'y a que des complications qui peuvent servir d'excuse à l'emploi de cet agent énergique ; ou comprend que je ne parle pas des asthénies, où tout ce qui excite doit avoir un succès d'efficacité.

Je m'arrête pour finir, en disant que quelques discussions qui puissent naître du livre de M. Sandras, quelques dissidences qu'il rencontre, il n'en est pas moins une œuvre utile qui mérite de tenir un rang parmi celles où se nourrit la pratique du médecin.

Dr Ed. Carrière.

Le rédacteur en chef, JULES GUÉRIN.

REVUE HEBDOMADAIRE.

CONCOURS POUR UNE CHAIRE DE CLINIQUE CHIRURGICALE A LA FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS.

QUATRIÈME ÉPREUVE. — THÈSES ET ARGUMENTATIONS.

(Suite. — Voir les numéros 3, 7, 10, 14.)

Trois concurrents ont été argumentés depuis notre dernier article : M. Robert sur les *vices de conformation des articulations*, M. Richet sur les *luxations traumatiques du rachis*, et M. Jarjavay sur les *fractures des articulations*.

M. Robert a été argumenté par MM. Vuillemier, Michon, Giraldès et Morel-Lavallée.

La thèse de M. Robert a 260 pages. Son étendue prouve au moins l'importance du sujet. L'auteur y traite successivement des vices de conformation par ankylose, par diastase, par absence d'une extrémité articulaire ou de la totalité d'un os, et des vices de conformation avec déviations, subluxations ou luxations. Il s'occupe de leur anatomie pathologique, de leur étiologie, de leur diagnostic, de leur pronostic et de leur traitement. Ce cadre, comme on voit, est très-vaste; voyons comment il a été rempli.

Presque tous les compétiteurs ont reproché à cette thèse de n'être qu'une masse informe de faits présentés, sans discernement et sans critique (M. Giraldès), manquant de doctrine (M. Voillemier), conçu d'après un plan vicieux qui n'est ni spécial ni général (M. Morel-Lavallée). A ces reproches, qui ne manquent pas de fondement, on pourrait en ajouter d'autres. Confondant arbitrairement le vice de conformation avec la difformité, M. Robert n'a traité complétement ni de l'un ni de l'autre. Il a parlé des pieds-bots, des déviations de l'épine, et il n'a rien dit du torticolis. Est-ce que les articulations de la colonne cervicale sont moins des articulations que celles de la hanche et du pied ? Ce que nous lui reprochons pour les faits, nous le lui reprocherons surtout pour les doctrines. Ayant consulté tout le monde, il n'a su faire avec discernement la part de personne, et ce qu'il a pris de chacun, il ne l'a ni suffisamment compris ni suffisamment motivé. Sa thèse laisse donc beaucoup à désirer sous le point de vue de l'ensemble. Voyons pour les détails : mais commençons par quelques rectifications qui nous concernent particulièrement.

Parmi les cas que M. Robert a cités, d'après nous, se trouvent un cas de luxation congénitale de l'humérus, directement en bas, par paralysie des muscles de l'épaule ; un cas de luxation congénitale du fémur par maladie de l'articulation coxo-fémorale ; et un cas de subluxation occipito-atloïdienne en arrière. A l'égard du premier, M. Voillemier lui a demandé quelle preuve il avait que la luxation de l'épaule observée chez un enfant de 10 ans fût congénitale. — « La coexistence d'une luxation semblable du côté opposé, » a répondu M. Robert. A cette circonstance, considérée, non sans raison, comme un indice de la congénitalité de la difformité, M. Robert aurait pu ajouter les suivantes : le sujet dont il s'agit offrait en outre plusieurs autres difformités articulaires, qu'il avait apportées, comme la luxation double de l'épaule, en *naissant*. Elle était donc congénitale. A l'égard de la luxation fémorale par maladie de l'articulation chez le fœtus, qualifiée par M. Robert de *tumeur blanche*, M. Voillemier a fait remarquer que la manière incomplète dont ce fait est rapporté, d'après une pièce sèche, et la qualification qui lui est donnée de tumeur blanche chez un fœtus, ne permettent de lui accorder aucune valeur scientifique. Nous sommes obligé de le reconnaître, la critique de M. Vuillemier est parfaitement fondée. En faisant voir la pièce dont il s'agit à M. Robert, il n'a nullement été question de tumeur blanche chez le fœtus, mais d'une maladie quelconque de l'articulation, qui avait altéré la tête fémorale et le cotyle. Avec un souvenir plus exact, M. Robert aurait pu ajouter que la surface de la tête fémorale, déformée, chagrinée, avait contracté des adhérences avec les parties environnantes, au moyen de brides celluleuses partant de différents points de cette surface. Cette pièce, unique peut-être dans son genre, a été dessinée à l'état frais; nous l'avons montrée à M. Robert pour prouver que notre doctrine générale des difformités articulaires congénitales n'exclut pas la possibilité d'aucun fait différent de ceux qu'elle formule. Mais nous avons ajouté, et il aurait pu le répéter d'après nous, que ces faits, pour être admis, ont besoin d'être matériellement prouvés, ainsi que nous l'avons fait pour la rétraction musculaire. La pièce que M. Robert a dit mal à propos provenir d'une tumeur blanche témoigne donc de la possibilité d'une maladie articulaire chez le fœtus, et ne veut dire autre chose. A l'égard du troisième fait, M. Robert s'est exprimé comme il suit : « M. J. » Guérin nous a montré, dans sa belle collection, un exemple de *subluxa-* » *tion occipito-atloïdienne* en arrière ; deux fois, chez des anencéphales, » il a observé ce déplacement, qui consiste en un glissement des condyles » occipitaux en arrière, sur les cavités glénoïdes de l'atlas. Il existait une » flexion exagérée de la tête sur la face antérieure du cou et de la poi- » trine. » M. Giraldès a eu raison de faire des réserves contre cette assertion. Non-seulement M. Robert n'a pas vu, dans notre collection, le fait qu'il cite, mais nous ne l'avons jamais rencontré et nous le regardons comme impossible. L'observation trop rapide et les souvenirs trop vagues de M. Robert l'ont trompé. Nous avons eu l'honneur de lui faire voir plusieurs exemples de subluxation occipito-atloïdienne en avant, chez des monstres anencéphales *symèles*, produits par une rétraction énorme de tous les muscles occipito-vertébraux, mais rien de semblable à ce qu'il a rapporté. Quelques personnes ont pensé que les doutes de M. Giraldès s'adressaient encore ou plutôt au cas de subluxation occipito-atloïdienne en avant observé par nous chez un très-jeune sujet. M. Robert a fait remarquer, avec raison, qu'à l'âge de 2 ou 3 mois les ligaments sont lâches, et il aurait pu ajouter que la subluxation n'est pas la luxation. Cet état n'était pas d'ailleurs permanent : il était le résultat d'une action convulsive des muscles, qui ne s'exagérait que temporairement.

Avant de quitter les objections de détail, faisons remarquer que M. Robert n'a pas été fondé à admettre un rachitisme congénital, et que M. Giraldès a été moins fondé encore à lui reprocher de n'avoir pas assez insisté sur cette cause de vice de conformation. En réalité, nous ne connaissons dans la science aucun fait propre à établir l'existence du rachitisme congénital, et en théorie, cela nous paraît impossible. Nous soumettons provisoirement cette proposition à nos deux savants confrères, sauf à la démontrer plus tard.

L'argumentation de M. Michon a seule offert un caractère de généralité. L'honorable concurrent a soutenu contre M. Robert deux thèses également importantes, sinon également fondées : la curabilité des luxations congénitales du fémur et la prééminence de la méthode de Venel pour le trai-

Feuilleton.

DES MÉDECINS GASTRONOMES. — FIN DE LEUR RÈGNE. — DE LA GASTRONOMIE DANS SES RAPPORTS SOCIAUX.

Nunc de levioribus factis...

(JUVÉNAL.)

Dans ce siècle, où l'on agite de si hautes questions, jamais suivies de solutions, il en est une qui a son importance, au moins comme trait de peinture de mœurs; la voici dans toute sa gravité : Existe-t-il encore des médecins gastronomes ? Disons-le tout d'abord et avec un vif regret, la réponse est négative, complétement négative. Qu'il y ait des médecins gros mangeurs, des gastrolâtres, et même çà et là quelques gourmets, je ne le nie pas, mais des médecins véritablement gastronomes, des médecins faisant loi dans ce genre, reconnus pour tels, jouissant parfois du double bonheur d'hommes de mérite, d'hommes d'un goût fin et délicat dans l'art de la table, croyez-le bien, rien n'est plus rare aujourd'hui. On voit encore des médecins ou des chirurgiens donner parfois des dîners d'apparat dans quelque occasion solennelle, mais ne cherchez plus de ces *dîners de fondation*, comme il y en avait autrefois, de ces dîners *cum erudito luxu*. Ce qui est encore très-rare, ce qui même ne se voit plus, ce sont des dîners de confrères réunis, des banquets de société savante où les liens de confraternité se resserraient plus fortement qu'on ne croit à l'aide d'un comfort culinaire savant et bien entendu. Aujourd'hui, chacun s'isole, chacun ne pense qu'à procéder individuellement à la haute et solennelle opération du dîner.

Ah ! je le dis avec une amère douleur, la véritable gastronomie, cette science aimable, l'indice du plus haut point de la civilisation, a cessé d'exister parmi nous. On mange et l'on ne sait pas manger, on donne à dîner dans des vues particulières et rarement par amitié, par confiance, dans le seul but de se réunir pour vivre et bien vivre, pour se dire : Mes amis, la vie est courte, la mort hâtive, *vivamus, dum vivimus*. Véritablement on met trop son estomac à la raison. Autrefois il n'en était pas ainsi : les médecins passaient pour être très-savants et en même temps pour être d'excellents convives, ils en ont même conservé la réputation. Je suis fâché de le dire, cette réputation n'est nullement méritée et justifiée ; sous ce rapport comme sous beaucoup d'autres, les mœurs du siècle ont déteint sur eux d'une triste manière.

Sans remonter bien haut, on trouve sous la régence, que le fameux Chirac, ancien et illustre précepteur des enfants de M. Caquet, apothicaire à Montpellier, était un gastronome renommé. Après avoir médité son remarquable livre (TRAITÉ DES FIÈVRES MALIGNES ET DES FIÈVRES PESTILENTIELLES, etc., 1742), il s'occupait beaucoup de cuisine ; il y avait une *sauce* à la Chirac devenue célèbre, et qui, comme on l'a dit depuis de la sauce Robert, était la seule sauce à laquelle il eût

tement des pieds-bots. Adoptant le scepticisme de M. Bonvier à l'égard de la curabilité des luxations congénitales du fémur, M. Robert avait reproduit contre les faits présentés par MM. Humbert, Pravaz et antres toutes les dénégations que M. Bonvier avait opposées naguère aux rapports des commissions de l'Académie des sciences, de médecine et de la Société de médecine de Lyon. M. Michon a combattu ces prétentions avec une grande vigueur. A bont de raisons, M. Robert a répondu qu'il croyait savoir de source certaine qu'aucune des guérisons rapportées par M. Pravaz ne s'était maintenne, et il a ajouté : « Je vous le dis *confidentiellement*. » L'auditoire est parti d'un grand éclat de rire, et M. Michon a déclaré que les renseignements confidentiels de M. Robert n'avaient pas, à ses yeux, la valeur d'une preuve scientifique.

M. Michon n'a pas soutenu sa seconde thèse avec moins de verve et de vivacité; mais il ne l'a pas fait avec le même bonheur, quoique M. Robert n'y ait apporté aucun empêchement sérieux. L'argument de M. Michon mérite quelque développement.

Suivant M. Michon, la méthode de Venel comprend deux ordres de moyens : les manipulations qui redressent, et l'appareil qui fixe le redressement obtenu : ce que M. Robert aurait confondu : de plus, cette méthode, d'une grande efficacité, est peut-être préférable à la méthode moderne, que M. Robert a préconisée. Au point de vue historique, M. Michon avait-il raison? C'est ce que M. Robert n'a pas su établir. Nous allons répondre pour lui. M. Michon attribue indûment à Venel l'invention des manipulations comme moyen de redressement des pieds-bots. Cette pratique, que l'instinct a dû suggérer à toutes les mères, est préconisée par Hippocrate, lequel conseille l'emploi d'une bande pour maintenir le redressement obtenu avec la main. Du reste, le massage et les manipulations ont été conseillés partout, avant comme après Venel. Ce qui fait le caractère de la méthode de ce mécanicien, non médecin, c'est sa machine à levier. L'introduction du levier dans le traitement mécanique du pied bot a été un progrès : c'est la substitution de l'inclinaison à la pression, c'est-à-dire de l'action d'une force plus grande et moins douloureuse, au moyen du bras du levier, à l'action plus faible et plus pénible de la pression directe, telle qu'elle est appliquée dans la machine de Scarpa. Sur ce premier point donc, M. Michon a pu paraître triompher contre un adversaire qui ne s'est pas défendu ; mais il a eu parfaitement tort au fond sur un point de science qu'il ne connaît pas suffisamment. Nous n'en voudrions d'autre preuve que ce qu'il a dit des centaines de guérisons obtenues par la méthode de Venel. Pour le coup, M. Robert n'a pas répondu : il a bondi; et pour ceux qui connaissent la matière, le geste éloquent de M. Robert aurait suffi. Mais devant un jury qui veut des preuves et non des dénégations, quelque énergiques qu'elles soient, devant un auditoire qui a besoin de savoir à quoi s'en tenir sur les guérisons obtenues par la méthode de Venel, dont il ne connaît même pas le nom, une réponse démonstrative n'eût pas été superflue. Cette réponse, M. Robert n'a pas su la faire, et pour la seconde fois il a laissé à son contradicteur l'apparence d'une victoire, au détriment de la science et de la vérité. Quoi de plus facile cependant que de confondre l'étrange assertion de M. Michon? En fait, où sont les centaines de guérisons de pied-bot produites par la machine de Venel? Dans un prospectus de son successeur. Quel ouvrage sérieux a osé soutenir une pareille énormité depuis quinze ans? Quel auteur n'a pas reconnu explicitement, au contraire, l'insuffisance parfaite, sinon l'inefficacité absolue de l'orthopédie mécanique du pied-bot? Quelques améliorations temporaires, obtenues à force de temps et d'efforts, voilà ce qu'atteste l'expérience. Mais la théorie, en suggérant le traitement rationnel de cette difformité, a, du même coup, montré l'inanité des traitements irrationnels. Le redressement en quelques semaines, de pieds-bots qu'on avait combattus vainement pendant des années, sont des expériences toutes faites pour qui sait les apprécier. Et s'il est un progrès avéré, établi, irréfragablement démontré, après les rudes épreuves qu'il a subies, c'est bien l'efficacité et la rationalité de la ténotomie en général, et de celle du pied-bot en particulier. Voilà ce que M. Robert aurait dû répondre, et voilà ce que M. Michon aurait dû savoir; car, quand on se présente avec la prétention, légitime d'ailleurs, d'occuper une chaire de clinique chirurgicale, il n'est pas permis d'ignorer ce qu'on veut avoir mission d'enseigner aux autres.

En somme donc, M. Robert est resté au-dessous de sa tâche; il n'a pas su faire valoir le magnifique sujet qui lui était échu; et il a encore moins bien défendu, contre des attaques sans force et sans fondement, une des plus brillantes conquêtes de l'art moderne.

—M. Richet, auteur de la thèse sur *les luxations traumatiques du rachis*, a eu pour argumentateurs MM. Sanson, Gosselin, Bouisson et Chassaignac. M. Richet est un homme nouveau, peu connu de nos lecteurs; ce n'est pas encore un candidat sérieux, mais il le deviendra. Pour ces raisons, peut-être n'est-il pas sans intérêt de parler un peu de l'homme avant de parler de sa thèse.

Ancien interne et chirurgien des hôpitaux par concours, homme de labeur, caractérisé au physique comme au moral, M. Richet jouit, parmi une certaine classe d'appréciateurs, d'une de ces réputations préalables qui n'ont besoin, pour être sanctionnées, que de l'épreuve du grand jour. M. Richet était donc avant le concours comme ces acteurs d'élite, sur lesquels on fait grand fond avant leur début. Son entrée en scène lui a été favorable. Sa pose est digne, son maintien convenable, et tout son extérieur prévient. Mais dès son premier air, c'est-à-dire dès qu'il a commencé à répondre à l'excellent Sanson, on a su à qui on avait affaire. Pour le fond, M. Richet est grand partisan de cette école qui ne voit que par les yeux, qui ne prouve qu'avec le scalpel, et qui ne conclut qu'avec le fait. Pour la forme, c'est un dialecticien adroit, mais exclusif; pressant, mais emporté; hardi, mais imprévoyant; net, mais cassant; tel, en un mot, qu'il a su, dans la même séance, à la même minute, se faire siffler et applaudir.

Sa thèse pèche d'abord par cette absence de généralité, qu'il ne comprend ni ne recherche. Les luxations du rachis diffèrent des autres luxations : elles en diffèrent par le caractère des articulations de la colonne; par les lésions qu'elles impliquent :—arrachements des cartilages, fractures des annexes; — par les complications graves qu'elles entraînent : — lésions de la moelle; — par les méthodes de réduction et le traitement consécutif qu'elles réclament. Tout cela, bien généralisé dans la spécialité, aurait fait la matière d'un excellent et indispensable chapitre, intitulé : *Des luxations du rachis en général*. Mais, avec son esprit particularisant, M. Richet a débuté par la luxation traumatique de la tête sur la première vertèbre cervicale, et a fini par la luxation du coccyx. Il a cheminé de vertèbre en vertèbre, les yeux fixés sur la matière, et ne paraissant pas se douter qu'il existe pour l'esprit un horizon plus large où l'on saisit des rapports qu'on n'aperçoit pas à la pointe du scalpel ou sur le porte-objet. Cela est si vrai que M. Richet n'a pas même fait de rapprochements ni de différenciations entre les luxations des différentes régions, eu égard au caractère spécial

---

été excusable de manger son père. Alors, il y avait encore un médecin riche et sybarite, nommé Sidobre, consommé dans l'art de la table. On connaissait une *fricassée* à la Sidobre, dont la réputation s'est longtemps soutenue dans la haute cuisine. On prétendait même à la cour, dans les salons, et parmi les vieux conseillers au parlement, que les *canards au père Douillet*, mets si recherché, étaient dus à Sidobre, Problème historique qui n'a point encore été éclairci. Dans le dix-huitième siècle, les médecins gastronomes furent nombreux et remarquables. On comptait parmi les célébrités de cette époque, La Metrie, qui mourut d'indigestion, et Frédéric II fit l'éloge de ce médecin; puis Bouvart, Sylva, le médecin de Voltaire, qui l'immortalisa par ses vers et fut l'inventeur des *rissolettes à la Pompadour*, Tronchin, ce maître en savoir faire, Borden, malgré sa goutte et ce qu'il dit des médecins aimant la bonne chère. Je ne cite que les plus illustres, ceux dont la science médicale et gastronomique a passé jusqu'à nous. On avait beau dire que les médecins tenaient beaucoup plus à faire de bonnes digestions qu'à savoir positivement ce que c'est que la digestion, ils n'en sacrifiaient pas moins et journellement à la déesse *Gasterea*. Pour eux, ainsi que pour certains poëtes, le feu sacré ne différait en rien de celui de la cuisine. C'est alors qu'on vit Maloët, vieux médecin ruiné, dire à un confrère : « Mes moyens ne me permettent plus que deux indigestions par semaine. »

Quand la révolution éclata, le luxe de la bonne chère était porté au plus haut degré. Mais comment faire? d'une part on vantait les coutumes des républiques de l'antiquité, le brouet noir des Lacédémoniens fut en grand honneur..... dans les livres; d'un autre côté, les mœurs répugnaient à une réforme radicale. Certes on pouvait adresser aux révolutionnaires de l'époque ces mots d'un ancien, *aliter loqueris, aliter vivis*, vous parlez d'une façon et vous vivez d'une autre. En effet, les prôneurs de l'égalité, les apôtres de la vie frugale et philosophique hantaient continuellement les tables bien servies, soit chez de riches particuliers, soit chez les restaurateurs les plus famés du temps, comme Beauvilliers, Méot, Robert, Février, etc. Cependant on vit des révolutionnaires qui, voulant de bonne foi le régime lacédémonien, par la grande raison que qui commande à son ventre n'a pas de maître, ajoutèrent un quatrième mot à la devise républicaine : liberté, égalité, fraternité, *sobriété*. Tous ceux de cette catégorie célébraient, comme le summum du régime démocratique, les raves de Cincinnatus, qu'un gourmand célèbre traita depuis d'illustre cornichon. Mais c'était le plus petit nombre; beaucoup de forcenés patriotes, surtout dans les premières années de la révolution, se livraient aux plaisirs de la bonne chère. Danton eut beau soutenir que le champagne *efféminait* le patriotisme, on l'écouta peu, et lui-même se gorgeait de cette perfide liqueur dans les orgies clubistes. Camille Desmoulins affectait de dire qu'une cuisine recherchée n'était qu'un dégradant sybaritisme. A la table de Mirabeau, se reprochant la bonne chère qu'il y faisait, il se donnait des *meâ culpâ* dans la poitrine, le poing armé d'une énorme brioche. Selon lui, les vertus républicaines ne se cultivaient point à la fourchette. mais il était loin de mettre ses maximes en pratique; aussi, à l'exemple des plus fougueux révolutionnaires, parmi lesquels se trouvaient des médecins gastronomes, comme Chambon de Monteaux, qui fut maire de Paris, Camille Desmoulins préférait une table fine et bien servie aux repas des vrais sans-culottes. Nouvelle preuve que chez nous le cœur peut être républicain, l'estomac jamais. Cependant il est vrai de dire qu'à l'époque désastreuse de la terreur, lorsqu'on vit apparaître une

des articulations vertébrales. En revanche, il a beaucoup critiqué J.-L. Petit, Louis, Boyer et autres, pour avoir osé conclure sans autopsie ; il a déclaré ses préférences en faveur des expériences empiriques de Weber, contre les déterminations précises de la mécanique rationnelle. M. Richet est donc un homme caractérisé : c'est l'homme du fait et du cas particulier avec les qualités et les défauts de sa nature.

Nous passons un peu rapidement sur les objections de MM. Sanson, Gosselin et Chassaignac. Disons cependant que le premier a su, par une excellente plaisanterie, caractériser le système anti-inductif de M. Richet. Puisque vous ne pardonnez pas à J.-L. Petit d'avoir diagnostiqué d'après les symptômes sur le vivant, comment ferez-vous quand un client vous appellera pour quelque lésion que vous n'aurez pas encore vue sur le cadavre ? Lui répondrez-vous que vous ne pouvez lui dire ce qu'il a avant d'avoir fait son autopsie ?—Disons encore que M. Gosselin a signalé, même au point de vue de la précision anatomique, d'importantes lacunes, et des déterminations insuffisantes ou erronées ; que M. Chassaignac, après une vigoureuse protestation contre l'exclusivisme matériel de M. Richet, a mis sur le tapis l'ordre si important, et dont l'auteur n'a dit mot, des luxations du rachis dans les cas de maladie préalable ; tuberculisation des vertèbres par exemple ; c'est un grand point de vue omis. Mais ces argumentations, quoique fort bien dirigées par MM. Gosselin et Chassaignac, le cèdent en intérêt à celle de M. Bouisson, à laquelle nous devons particulièrement nous arrêter.

« Monsieur, a dit M. Bouisson, j'ai à vous présenter des objections sur les parties anatomique, physiologique, pathologique et thérapeutique de votre thèse. » L'honorable professeur signale d'abord, dans la première catégorie, cette assertion de M. Richet : « L'atlas et *l'axis* qui sont beaucoup plus larges que les autres vertèbres cervicales. » A cette assertion trop générale, M. Bouisson a opposé un spécimen de colonne cervicale où l'on voyait manifestement l'axis plus étroit que les autres vertèbres cervicales. M. Richet n'a pas été du tout de cet avis. En preuve, il a exhibé à son tour une colonne où il a prétendu voir que l'axis et l'atlas couronnent comme un chapiteau les autres vertèbres du cou. Cette objection, de peu d'importance, a néanmoins servi à établir deux choses : que les dispositions les plus matérielles sont elles-mêmes sujettes à contestation ; que les yeux qui ont la prétention de mieux voir ne laissent voir que ce qu'il plaît à l'esprit de leur montrer.

Seconde objection anatomique :

—« A la page 18, à propos de l'anatomie chirurgicale du rachis, vous signalez l'obliquité des apophyses articulaires des vertèbres du cou. Mais vous n'indiquez pas la hauteur des surfaces articulaires et le rapport qui existe entre elles et la base des apophyses transverses. La connaissance exacte de ce rapport vous eût épargné une erreur relative au sens dans lequel se fait l'inflexion latérale du cou dans les cas de luxation en avant d'une apophyse articulaire. Vous admettez, d'après des observations de M. Michon et de M. Schuch, que l'inflexion se fait du côté de la luxation. Ce résultat est tout simplement impossible ; car lorsque, dans cette luxation, l'apophyse articulaire de la vertèbre luxée vient se placer en avant de l'autre, son rebord inférieur s'appuie sur un plan osseux plus élevé que le niveau où il se trouve à l'état normal. Examinez en effet sur cette pièce le rapport de la face supérieure de l'apophyse transverse avec le rebord inférieur de l'apophyse articulaire, et vous verrez que, lorsque celle-ci vient par le fait de la luxation se placer et s'accrocher en avant de l'autre apophyse articulaire, elle repose sur la gouttière de l'apophyse transverse et par conséquent à un niveau plus élevé que celui qu'elle occupait primitivement, ce qui entraîne forcément une inclinaison du cou, non du côté de la luxation, comme vous le dites, mais du côté opposé, comme l'avait dit Boyer et comme cette pièce le démontre.— Votre argument ne porte aucun caractère démonstratif. Les faits que j'ai invoqués sont des faits cliniques. Les observations que j'ai rapportées sont très-précises. Les avez-vous lues ? La conclusion qu'il faut en déduire est bien autrement probante que celle qu'on peut tirer de pièces sèches. Ce n'est pas avec des os dépouillés de leurs parties molles qu'on peut infirmer des faits cliniques.—Je maintiens mon objection, car il s'agit d'une circonstance matérielle qui implique impossibilité eu égard au signe diagnostique que vous avez admis d'après des observations imparfaites. »

Comme argument physiologique, M. Bouisson a contesté la détermination des mouvements du rachis admise par M. Richet. M. Bouisson lui a présenté deux objections : l'une sur le siége précis des mouvements de flexion, l'autre sur celui des mouvements d'inclinaison latérale. La thèse de M. Richet porte que « c'est entre la troisième et la septième *dorsale*, entre la onzième dorsale et la deuxième lombaire que s'observe le mouvement le plus prononcé de flexion. » M. Bouisson de contester cette doctrine, et son impétueux interlocuteur de le rétorquer avant de l'avoir compris, si bien qu'il ne s'est aperçu qu'au beau milieu de sa contradiction, qu'il défendait une faute d'impression. — « Vous auriez dû vous apercevoir, s'est-il récrié, que septième dorsale était mis pour septième *cervicale*. »—« C'est vous, a vivement répliqué M. Bouisson, qui eussiez dû vous en apercevoir d'abord. » Mais passons. Ce qui va suivre n'est plus un quiproquo typographique.

M. Richet, d'après les expériences de Weber, qui a étudié les mouvements du rachis au moyen d'épingles implantées sur les côtés de chaque vertèbre, admet que l'inclinaison latérale, obscure entre les six ou sept dorsales supérieures, augmente peu à peu jusqu'au sacrum. M. Bouisson s'est inscrit en faux contre cette détermination, qu'il a déclarée contraire aux dispositions anatomiques, mécaniques et physiologiques de la colonne. Il existe, a-t-il dit, entre la onzième et la douzième dorsale, une disposition particulière des apophyses articulaires dont les facettes sont presque transversales. Cette disposition, qui commence à s'apercevoir aux vertèbres dorsales superposées, s'arrête brusquement à la douzième dorsale. A partir de cette vertèbre, les facettes articulaires sont dirigées dans un plan antéro-postérieur, c'est-à-dire diamétralement opposé au mouvement d'inclinaison latérale ; et ce n'est qu'entre la dernière lombaire et le sacrum qu'elles reprennent la disposition transversale, combinée avec l'antéro-postérieur. Ces dispositions, et les rapports des muscles avec les parties, ont permis de mieux voir les résultats de l'expérience ; et on a conclu, avec raison, que le centre des mouvements d'inclinaison latérale du tronc se trouve à l'union de la onzième vertèbre dorsale avec la douzième, et à l'union de la colonne lombaire avec le sacrum. Entre ces points, les vertèbres conservent un mouvement de totalité ; mais en vertu de leurs dispositions articulaires, elles servent de point d'appui résistant aux mouvements particuliers d'inclinaison latérale. — « Que me montrez-vous là, a vivement répliqué M. Richet, une pièce sèche, un bâton ? (M. Bouisson avait apporté une colonne vertébrale sèche.) Ce n'est pas ainsi que les choses se passent sur le vivant. Weber a démontré (avez-vous lu le mémoire de Weber ?), à l'aide d'expériences sur le vivant, que les mouvements de latéralité ont lieu où je les ai indiqués ; je vous renvoie au mémoire de Weber. »—« Et moi je

---

génération *férocisée*, selon l'énergique expression de madame Roland, que Robespierre fut parvenu à l'apogée de son horrible puissance, la vraie gastronomie disparut. Avoir un cuisinier, c'était manquer à la majesté du peuple, et l'on eût certainement risqué sa tête pour satisfaire un estomac sensuel et délicat. Mais pendant le directoire, tout changea de face, le goût de la bonne chère reparut dans beaucoup de maisons ; on vit même des hommes puissants, comme Barras et quelques autres, tellement adonnés aux plaisirs de la table, qu'on eût pu les ranger, avec le poëte, parmi ceux *quibus solo vivendi causa palato est* (sat. XI) : « pour qui vivre est manger, pour qui manger est vivre. » Les médecins se distinguèrent aussi dans cette carrière gastronomique. Ajoutons que des sociétés médicales, fondées à cette époque, donnaient de temps à autre des repas par souscription, des banquets dans lesquels, si l'on en croit un médecin contemporain, le *modo plus justo* de Celse, sous le rapport de l'alimentation, n'était pas rigoureusement observé. Ainsi le docteur Gastaldy, après avoir largement dîné, se fit servir une forte portion de macaroni ; une dame lui en fit la remarque : « Madame, répondit-il, le macaroni est lourd, mais il est comme le doge de Venise, quand il arrive il lui faut faire place, tout le monde se range. »

Toutefois, ce ne fut que sous le règne de Napoléon que la gastronomie véritable fit de rapides progrès. L'empereur, lui, dont le grand régal, comme on sait, était les haricots à l'huile, favorisa, dans des vues politiques, le retour des tables somptueuses et des cuisiniers consommés. La gastronomie savante, raisonnée, la chimie culinaire, étudiée à fond dans ses rapports physiologiques, philosophiques et politiques, le luxe recherché de la table, les cuisiniers à 4, à 6,000 fr. et plus d'appointements, datent de cette époque. Ce fut alors qu'on inventa le fameux *jury dégustateur*, et que Grimod de la Reynière publia son ALMANACH DES GOURMANDS. Beaucoup de médecins se firent remarquer par leur savoir dans le grand art de la gueule, quelques-uns même se signalèrent par des chefs-d'œuvre de cuisine, car le fameux potage à la *camerani* était, dit-on, de l'invention d'un docteur qui, par excès de modestie, désira garder l'anonyme. Or, voici les plus célèbres médecins dans ce genre : Bosquillon, grand amateur de la table et du grec, traduisant Cullen et vivant plantureusement ; Corvisart, premier médecin de Napoléon, était aussi un fin et spirituel gastronome ; certes on pouvait remarquer en lui « l'accord d'un beau talent et *d'un bon estomac*. » En raison de son habileté, on accourait de toutes parts pour le consulter, et à toutes les heures du jour ; mais quand il était à table, lorsqu'il avait dit solennellement à sa gouvernante : *Je n'y suis que pour l'empereur*, ce qui signifiait que Napoléon était le seul malade qui eût droit de l'appeler, rien au monde ne pouvait interrompre son dîner, quelque somme qu'on lui eût offert. Il est vrai que l'âpreté au gain, si commune et si ardente maintenant, était alors une chose rare. Aujourd'hui, où l'on marcherait sur le ventre pour gagner vingt ou quarante francs, à notre époque de curée générale, au temps, comme dit un Anglais, où chaque os est rongé par dix chiens, on ne comprend guère cet abandon presque absolu des intérêts pécuniaires. Après Corvisart, vient le docteur Gastaldy, dont il a déjà été fait mention. Oh ! pour celui-là, sa réputation de gastronome émérite était parfaitement établie, et il fut nommé, à l'unanimité, président perpétuel du *jury dégustateur*. Le choix était si justement fait que Gastaldy mourut au champ d'honneur, car en ouvrant un pâté de foie gras, il tomba frappé d'une apoplexie

vous renvoie à la nature et à la vérité. La détermination que j'ai opposée à la vôtre n'est pas de moi; elle appartient à M. J. Guérin; elle a été contrôlée et acceptée par une commission de l'Académie des sciences (1). — J'aime mieux l'autorité Weber que celle que vous avez citée. — Chacun son goût. »

Nous passons quelques escarmouches, pour terminer par une objection qui a montré la différence du caractère scientifique de l'argumentateur et de l'argumenté.

« B. : A la page 75 de votre thèse, vous dites que la commotion de la moelle s'annonce souvent par des signes qui sont les mêmes que ceux d'une fracture, d'une luxation ou d'un simple diastasis. Il s'agit cependant de lésions d'une nature différente, qui doivent s'exprimer par des caractères symptomatiques distincts. La commotion, la compression et le tiraillement de la moelle, dans lesquelles se résolvent ces différents accidents, peuvent être distinguées ainsi qu'on l'a fait pour la commotion et la compression du cerveau. — R. : Ce qui est possible pour le cerveau ne l'est pas pour la moelle. J'ai cité deux observations qui le prouvent : dans un cas de diastasis et un autre de luxation, la paralysie avait existé également chez les deux blessés. — B. : Ces deux observations ne sont pas probantes : j'y reviendrai. Ce que je tiens à établir pour le moment, c'est que, contrairement à votre opinion, la commotion de la moelle, sa compression et son tiraillement se traduisent par des signes distincts. — R. : Je nie : Quels sont ces signes? — B. : Je vais vous les dire. Dans la commotion de la moelle comme dans celle du cerveau, les phénomènes sont généraux, et leur intensité diminue graduellement à partir de l'accident. S'il y a paralysie, elle est incomplète. Dans la compression, la paralysie existe toujours, et son siége est en rapport avec la partie comprimée de la moelle. Le tiraillement donne lieu à des mouvements convulsifs, à moins que la distension n'aille jusqu'à la rupture. — R. : Je n'accepte pas ces distinctions. Les symptômes de la commotion ne vont pas en diminuant à partir de l'accident, témoin une observation de M. Laugier, qui a vu la mort survenir plusieurs heures après la commotion. — B. : Un fait particulier ne détruit pas la généralité d'une proposition. L'exception qu'il paraît établir tient à quelque circonstance particulière. — R. : Les symptômes de tiraillement de la moelle ne sont pas exactement établis. — B. : Ils le sont par la physiologie expérimentale. »

Cette dernière partie de l'argumentation de M. Bouisson, dite avec une verve entraînante, a fait une vive impression sur l'auditoire. Suivant quelques personnes, M. Richet aurait eu une bonne part dans cette impression ; nous ne nous en serions pas douté. Mais notre impartialité nous fait un devoir de tenir compte de toutes les opinions.

— Le défaut de temps et d'espace nous forcent à renvoyer au prochain numéro l'argumentation de la thèse de M. Jarjavay.

Jules Guérin.

(1) M. Bouisson aurait pu ajouter, et par une commission de l'Académie de médecine, dont M. Cruveilhier était rapporteur.

HYGIÈNE.

COURS D'HYGIÈNE, professé par M. Fleury, agrégé, à la Faculté de médecine de Paris.

PREMIÈRE LEÇON.

DE L'HYGIÈNE. — DÉFINITION. — PLAN.

Messieurs,

Il y a quatre ans, à pareille époque, je montais les degrés de cette même chaire en exprimant l'espoir que la Faculté ne serait pas longtemps privée du professeur dont l'enseignement vous a toujours trouvés si empressés et si attentifs ; mes espérances ne se sont malheureusement pas réalisées, et aujourd'hui il ne me reste plus qu'à rendre un public hommage à la mémoire d'Hippolyte Royer-Collard, tombé, si jeune encore, dans cette arène où la mort prématurée semble avoir élu domicile, et de laquelle ont disparu, avec lui, et en si peu de temps, Auguste Bérard et Frédéric Blandin.

Puisque cette mort si regrettable m'appelle à l'honneur de professer pour la seconde fois l'hygiène dans l'amphithéâtre de l'École de Paris, je mettrai à profit l'expérience acquise, et je m'efforcerai de ne point rester trop au-dessous de la tâche qui m'a été confiée. *Fit fabricando faber :* ce n'est que par un enseignement répété que l'on parvient à exposer convenablement une science, à en saisir l'ensemble, à en pénétrer les détails, à en découvrir les lacunes, les *desiderata*, les imperfections, et ce n'est que par un travail incessant et une volonté soutenue qu'on arrive à surmonter les difficultés que rencontre tout professeur consciencieux.

Quelques-uns d'entre vous, peut-être, savent comment, pendant dix années de ma vie, j'ai compris et accompli les devoirs imposés à l'écrivain qui aspire à édifier une œuvre utile et durable; j'espère vous prouver à tous que j'ai pris également au sérieux les devoirs non moins graves imposés à celui qui est appelé à l'honneur d'enseigner ; et si dans ce cours il m'arrive de fixer particulièrement votre attention sur des points que je crois avoir envisagés d'une manière nouvelle, plus méthodique ou plus complète, ça sera moins pour m'en faire un mérite que pour vous montrer les efforts que j'ai faits pour obtenir, sinon votre entière approbation, du moins votre indulgence et vos sympathies.

Définition. — Qu'est-ce que l'hygiène, messieurs? Il n'est pas facile, dans l'état actuel des choses, de répondre d'une manière satisfaisante à cette question, et vous ne trouverez pas aisément deux auteurs qui soient d'accord sur ce point. Les uns, se plaçant à un point de vue médical, ne voient dans l'hygiène que de l'étiologie, de la pathologie et de la thérapeutique; les autres, se plaçant au point de vue physiologique, n'y aperçoivent que de la physique, de la météorologie, de la géologie ; de telle sorte qu'à force de mettre de l'hygiène partout, on finit par ne la trouver nulle part ; de telle sorte encore que l'enseignement de l'hygiène a été frappé de discrédit, de ridicule, à ce point que, d'après une opinion presque généralement admise aujourd'hui, l'hygiène ne serait que l'art de débiter pompeusement des banalités.

Il importe de faire cesser cet état de choses, et de montrer que l'hygiène

foudroyante (1). Il en fut de même pour le médecin Dufour, qui, dans une réunion médico-gastronomique, à la célèbre maison du *Veau qui tette*, fut également foudroyé; aussi, dit un malin journaliste du temps, comme si la mort eût voulu braver la Faculté en corps, elle frappa ce docteur au milieu de cinquante de ses confrères. On remarque encore parmi les médecins gastronomes de la glorieuse époque de l'empire, Menuret, auteur d'un bon livre sur la ville de Paris, et l'inventeur, dit-on, d'une *escalope* qui fit merveille; Tartra, si célèbre par sa thèse sur l'empoisonnement par l'*acide nitrique* et par sa vaste capacité gastrique. Gardons-nous aussi d'oublier Gall, le cranioscope. Lors de sa réception à la Société du *Caveau moderne*, dit un historien, on lui servit un plat de *fritures*, composé seulement de cervelles de *gibier*, de *poissons* et de *volailles*, et on lui demanda s'il voulait tâter les crânes de ces messieurs et de ces dames? Le savant se dérida et répondit en riant : « qu'il fallait qu'il tâtât les corps auparavant, et qu'à table son système ne s'isolait jamais. » Réponse qui fut trouvée excellente et péremptoire. Mais outre ces grands dîners, il y avait encore les célèbres *déjeuners dînatoires* du professeur Alibert; on sait que, dans ces déjeuners, on commença par y jouer des vaudevilles assez gaillards, puis que, sous la restauration, on y prêcha des sermons très-orthodoxes. Alibert était en effet de l'école d'Aristippe, où s'accommoder à tout, hommes et choses, passe pour la véritable doctrine composant les prolégomènes de la science du bonheur.

Je ne fais que rappeler les médecins gastronomes en réputation ; mais beaucoup de docteurs et des plus méritants se lançaient dans cette voie semée de fleurs et parfois d'indigestions. J'ai été lié avec un des plus remarquables. Le cher et honorable confrère dont il s'agit était bien le gourmet le plus fin, le plus avisé, le plus habile, le plus amateur de bons morceaux qu'il y ait jamais eu dans les fastes des apicins modernes. Il avait recueilli religieusement, selon son expression, une foule de recettes particulières pour des mets d'un goût suprême, ce qu'il appelait son *formulaire gastronomique*. Jamais, par exemple, il ne faisait rôtir un poulet que dans une vessie bien sèche, préalablement enduite du beurre le plus fin, le plus frais, ce qu'on appelle en cuisine *la tête des beurres*. Il ne mangeait les huîtres qu'à mesure qu'on les ouvrait, afin de les avoir vivantes et en conserver *l'esprit*, d'après le langage classique des gourmands. Une moutarde superfine de son invention, nommée la *quintessence des préparations sinapiques*, était son assaisonnement favori. Du reste, homme de mérite, bon praticien, aussi familier avec Hippocrate qu'avec les meilleurs livres de cuisine, il s'en rapportait dans la pratique à l'expérience et il savait en apprécier les résultats. Jamais il n'a voulu écrire, son principe à cet égard étant que les phrases se font, comme se font les gaufres, *avec un moule.* C'était une chose curieuse de l'observer après un long et succulent repas ; ses

(1) Aussi l'auteur de l'Almanach des gourmands dédia-t-il le volume qui parut en 1807, aux mânes de Gastaldy. On y lit entre autres choses : « Qui mieux que vous réunit au plus haut degré toutes les qualités qui constituent le gastronome intrépide? Santé ferme, appétit robuste, connaissances profondes, estomac à toute épreuve, auquel vous joigniez un palais tellement organisé, tellement délicat, tellement susceptible, qu'il pouvait passer pour le plus parfait des alambics. »

est une des branches les plus sérieuses et les plus importantes des études médicales.

*L'hygiène est l'*ART *de conserver la santé*, ont dit et répètent encore beaucoup d'auteurs. Il est difficile de concevoir une définition plus incomplète et plus défectueuse. Et d'abord cette prétendue définition en implique une autre et conduit à se demander préalablement *qu'est-ce que la santé?* Or vous savez tous les discussions dans lesquelles sont tombés, sans parvenir à s'entendre, les écrivains qui ont cherché à déterminer d'une manière nette et précise les caractères de la santé, et vous reconnaîtrez le vice d'une définition qui prend pour base la chose la moins définie du monde. D'ailleurs, a-t-on dit avec raison, la santé n'est point une généralité; elle exprime une manière d'être qui varie suivant les sujets et dans le même sujet, suivant une foule de circonstances qui agissent sur lui, sans que les oscillations fonctionnelles qui en résultent déterminent un état de maladie; il faudrait donc modifier cette définition en disant: *l'art de conserver à chacun sa santé.*

Ce n'est pas tout. Voici un enfant qui est doué d'un tempérament lymphatique très-prononcé; il est actuellement dans l'état de santé, mais par le fait de son tempérament, il est prédisposé à certaines maladies dont on a lieu de redouter le développement ultérieur. L'hygiéniste ne doit-il pas, en vue de cette éventualité, s'efforcer de modifier le tempérament de cet enfant, c'est-à-dire d'améliorer la santé? On a compris la portée de cette objection, et l'on a voulu s'y soustraire en définissant l'hygiène: *la* SCIENCE *qui traite de la santé dans le double but de sa conservation et de son perfectionnement.*

Mais ce n'est pas tout encore. Si en péchant contre certaines règles de l'hygiène, un homme a compromis sa santé, le devoir de l'hygiéniste n'est-il point de le faire rentrer dans la bonne voie et de coopérer au rétablissement de sa santé? Il faudrait donc modifier encore cette définition déjà modifiée, et dire: *L'hygiène est la science qui traite de la santé dans le triple but de sa conservation, de son amélioration, et, sous certaines conditions, de son rétablissement.* Je sais bien que quelques personnes contestent à l'hygiène le droit de s'immiscer dans la curation des maladies, mais nous verrons bientôt que cette doctrine est inadmissible.

Pour plusieurs auteurs, l'hygiène est *l'étude des causes des maladies.* Or, dit M. Gerdy, si vous faites l'histoire des influences qui tendent à troubler les fonctions sans en tirer aucune règle pour conserver la santé, vous ne faites pas de l'hygiène. M. Gerdy a raison en ce sens qu'il ne faut pas confondre l'hygiène avec l'étiologie, mais sa proposition est trop absolue. Nous disons, nous, si vous faites, sans formuler de règles, l'histoire des influences qui se rattachent à certains modificateurs spéciaux appelés *modificateurs hygiéniques*, vous faites bien de l'hygiène, mais de l'hygiène incomplète, sans application, vous posez des prémisses sans en tirer de conclusions; si, au contraire, vous faites, même en formulant des règles, l'histoire des influences qui se rattachent à certains autres modificateurs, aux *modificateurs mécaniques et pathologiques*, vous ne faites pas de l'*hygiène*, mais de l'*étiologie.*

M. Gerdy ajoute: « En confondant l'hygiène avec la science des influences, on s'en fait de fausses idées et l'on arrache à la *physiologie* sa partie la plus positive. » Messieurs, ceci n'est plus exact: la physiologie ne s'occupe point des influences morbifiques; elle n'étudie certains modificateurs, dits *physiologiques*, qu'au point de vue du mécanisme et de l'entretien de la *vie*, et pour que la proposition de M. Gerdy ait un sens, il faut l'appliquer à une branche nouvelle de la physiologie, collatérale de celle qu'on a désignée dans ces derniers temps sous le nom de *physiologie pathologique*; mais alors il est évident que la question se trouve réduite aux proportions d'une dispute de mots.

D'un autre côté, peut-on, ainsi que le voudrait M. Gerdy, réduire l'hygiène à l'énoncé de certains préceptes complétement isolés de l'étude des influences contre lesquelles ils sont destinés à protéger la santé? Les règles ne sont-elles point le corollaire de cette étude? M. Gerdy ne s'est-il point d'ailleurs réfuté lui-même en présentant, sous le nom de *Cours d'hygiène positive*, l'étude de ces mêmes influences?

Pour M. Gerdy, l'hygiène est exclusivement l'ART *d'éviter les causes connues des maladies*, et comme, suivant lui, nous ne possédons en général, pour atteindre ce but, que des moyens négatifs, il en résulte que l'hygiène ne serait autre chose qu'une *prophylaxie passive.*

Ce que nous avons dit précédemment ne nous permet pas d'accepter cette nouvelle définition, car nous avons montré que l'hygiène est souvent une *prophylaxie active*, et que parfois elle prend la place de la *thérapeutique.* A la vérité, M. Gerdy combat avec vivacité cette manière d'envisager l'hygiène. « Il n'est pas plus convenable, dit-il, de parler de moyens hygiéniques en thérapeutique qu'il ne le serait de parler de moyens thérapeutiques en hygiène.... l'expression hygiénique n'est relative qu'à la conservation de la santé et ne peut s'appliquer aux moyens destinés à traiter les maladies. » En vérité, messieurs, nous ne saurions comprendre pourquoi les *agents restant les mêmes*, l'expression *hygiéniques* ne serait pas appliquée aux *moyens* destinés à *rétablir la santé* aussi bien qu'à ces *mêmes moyens* employés dans le but de *conserver la santé!* Ainsi je ferais de l'hygiène en conseillant à un homme actuellement bien portant de ne point manger de l'oseille avec excès, dans la crainte de voir se produire chez lui des graviers d'oxalate de chaux, et je n'en ferais plus si un malade expulsant actuellement des graviers de cette nature sous l'influence de l'usage immodéré de l'oseille, je lui prescrivais de renoncer à cette substance alimentaire! Je vais plus loin: un homme est affecté d'une maladie quelconque, contractée sous l'influence d'un modificateur quelconque, les règles qu'il doit suivre dans le but de se guérir, quant au régime, à l'habitation, au climat, quant aux *modificateurs hygiéniques*, en un mot, n'appartiennent-elles pas manifestement à l'hygiène, et n'est-ce pas la force des choses qui vous conduit à donner à leur ensemble le nom de *traitement hygiénique?*

M. Gerdy nous fait une concession et reconnaît que l'hygiène doit intervenir pour éloigner les influences qui pourraient altérer davantage la santé déjà troublée, ou ajouter à une maladie une maladie nouvelle; mais ne sont-ce point là de vaines subtilités? Encore une fois, pourquoi le *même agent* changerait-il de nature ou de nom suivant qu'il est appliqué dans un but de prophylaxie ou dans un but de curation? Est-il nécessaire, utile, possible de séparer ainsi l'hygiéniste du médecin?

Ainsi donc, et nous insistons sur ce point parce qu'il est d'une importance capitale et parce qu'il a longuement été discuté par un homme de la valeur de M. Gerdy, ainsi donc il demeure établi que tantôt l'hygiéniste doit se borner à conserver, à maintenir les rapports existants entre l'homme et certains modificateurs, pour éloigner les influences morbifiques; que tantôt il doit, au contraire, s'efforcer de modifier ces rapports, afin de les rendre plus favorables à la santé; ici la *prophylaxie passive* doit céder la place à la *prophylaxie active;* et que tantôt, enfin, l'état morbide étant

---

yeux brillants, un peu voilés, sa respiration légèrement précipitée, un doux mouvement de gonflement ondulatoire abdominal, sa pose nonchalante déterminée par une corpulence pansue, annonçaient l'homme plongé dans cette torpeur digestive pleine de béatitude pour le gastronome consommé. Quelquefois néanmoins il semblait se ranimer; c'est alors que frappant du plat de ses mains sur les parois de son vaste abdomen, il s'écriait plein de jubilation: dîner! bien dîner!

« Ah! que j'ai bien rempli cette loi de mon être! »

Où chercher maintenant de pareils prédestinés? Le dernier qu'on serait en droit de citer parmi les médecins est le docteur Roques, l'auteur de la PHYTOGRAPHIE MÉDICALE et du TRAITÉ DES CHAMPIGNONS COMESTIBLES, mort il y a peu d'années. Mais aussi, outre son goût inné pour la bonne chère, Roques eut un maître bien célèbre dans ce genre, l'illustre marquis de Cussy, surnommé longtemps la première fourchette de l'Europe, le même qui, étant chambellan de l'empereur, lui proposait de si belles choses sur l'art, varié pendant les trois cent soixante-cinq jours de l'année, d'accommoder un poulet.

Dans cette esquisse historique de la gastronomie chez les médecins, il est facile de voir combien les années précédentes diffèrent du temps actuel. A vrai dire, que voit-on encore parmi nous? De gros mangeurs, véritables appareils à chyle; mais les fins et délicats mangeurs sont infiniment rares. Oui, il y a des estomacs d'une grande capacité, des estomacs jaugeant plusieurs litres, je doute qu'il y ait beaucoup d'estomacs d'une sensibilité exquise sous le rapport culinaire; on trouve encore des chercheurs de *franche lippée*, mais des convives gourmands *par état*, comme on disait autrefois, profonds dans l'art de la table, raisonnant leur appétit, excellents convives, aimant le bon mot et la bonne chère, convenez qu'ils sont aujourd'hui bien clair-semés. Cependant d'où provient ce changement dans les mœurs des médecins? Comment a-t-on laissé perdre ces heureuses traditions? A mon sens, une des causes premières de cette révolution gastronomique a été le rapide et immense progrès de la doctrine de Broussais, *inde mali labes.* Du moment qu'on a cru que tout excitant de l'estomac pouvait l'enflammer, on s'est maintenu dans les limites d'une glaciale et désespérante sobriété. Il est constant qu'à l'époque de la domination passagère du physiologisme, la vente des vins en France avait baissé de plus de 200,000 hectolitres par année. Qui ne se souvient encore qu'à cette époque on ne voyait que des *gastrites*, tandis que rien n'est plus rare aujourd'hui? O pauvre médecine! ô prestige d'un homme de génie ardent, batailleur, capable de fasciner les esprits même les plus judicieux! Beaucoup de médecins alors devinrent *abstêmes*, et se mirent au régime aqueux. Certainement ce régime a ses avantages; un proverbe espagnol plein de sens dit en parlant de l'eau: *Mucho vale, poco cuesta*, « elle a beaucoup de valeur et ne coûte rien. » Mais poussé à l'extrême, un pareil régime est antiphilosophique, antisocial et même antimédical. Aussi le vieux Noël, docteur en médecine et marchand de vin à Reims, disait-il en 1825, plein d'une comique fureur: En vérité, je ne conçois plus nos confrères de Paris; tous ont des estomacs *doublés d'amadou*, un rien y met le feu.

Mais une triste cause de la décadence de la gastronomie parmi les médecins est le peu de gain qu'il leur est donné de recueillir. A l'exception de quelques

survenu l'hygiéniste doit faire intervenir ces mêmes modificateurs, tant pour empêcher que la maladie ne soit aggravée ou compliquée, que pour en opérer ou en faciliter la guérison. Ici la prophylaxie est remplacée par le *traitement hygiénique*.

M. Lévy a tenu compte de quelques-unes de ces considérations et s'est appuyé sur elles pour appeler l'hygiène: *la clinique de l'homme sain;* nous ne nous arrêterons pas à discuter cette définition, qui n'a probablement pas la prétention d'en être une.

Jusqu'à présent, messieurs, nous ne nous sommes occupés que de l'*homme physique* et de l'*individu isolé;* or tous les philosophes et tous les historiens : Platon, Tacite, Montesquieu, Rousseau, Cabanis, M. Guizot, nous montrent la haute influence que l'hygiène exerce sur le développement et le perfectionnement de l'*homme intellectuel et moral*, sur la destinée des *sociétés* et des *empires*. « L'hygiène, s'écrie Rousseau, est moins une science qu'une vertu. » — « L'hygiène seule, dit M. Londe, peut donner les moyens, soit de fortifier nos sentiments lorsqu'ils sont trop faibles pour servir à l'entretien et au bonheur de notre existence, soit de les modérer lorsque, trop ardents, ils menacent de dégénérer en passions violentes et de causer notre malheur... Elle est le guide des législateurs et la Providence des nations. » — « L'hygiène, dit à son tour M. Rochoux, est une véritable philosophie naturelle qui s'occupe bien plus d'enseigner à faire un bon emploi de la vie que d'en prolonger la durée. »

Eh bien ! messieurs, une bonne définition ne doit-elle pas indiquer ces rapports de l'hygiène avec l'éducation, la civilisation, la morale, la religion, avec la science gouvernementale, avec la *sociologie*, en un mot, pour me servir d'une expression introduite dans le langage scientifique, par M. Auguste Comte? Ne doit-elle pas exprimer que l'hygiène est en même temps *individuelle ou privée*, et *sociale ou publique ; physique, intellectuelle et morale?*

Dans le but de satisfaire à ces conditions d'une bonne définition, M. Londe appelle l'hygiène *la* SCIENCE *qui a pour objet de diriger les organes dans leurs fonctions*. Nous verrons plus loin que cette définition repose sur une base inacceptable.

Vous savez maintenant, messieurs, que l'hygiène a pour subjectif l'homme sain ou malade, isolé ou réuni en société, envisagé dans son organisation physique, intellectuelle et morale; vous savez aussi qu'elle a pour mission de maintenir, de placer ou de rétablir l'homme dans les conditions les plus favorables au développement régulier de cette organisation; il nous reste à vous faire connaître les moyens dont elle dispose, et c'est ici que se présente le point fondamental de la question, car ce n'est qu'en l'établissant d'une manière nette et précise que l'on peut constituer l'individualité de l'hygiène et la distinguer de la physiologie, de l'étiologie et de la thérapeutique, avec lesquelles les unes l'ont trop confondue et desquelles les autres l'ont trop séparée. Comment se fait-il qu'aucun auteur n'ait eu recours à ce procédé si simple et si logique? Comment concevoir qu'aucun n'ait fait intervenir dès à présent la considération des *modificateurs*, que ceux-ci aient été relégués sur le second plan, alors seulement qu'il s'est agi de diviser ce que, dans un langage barbare, on a appelé les *matières de l'hygiène?* Comment se fait-il que personne n'ait entrevu que ce n'est qu'en se fondant sur l'existence et la nature des *modificateurs* qu'on peut arriver à définir l'hygiène?

Quels sont donc les modificateurs qui rentrent dans le domaine de l'hygiène?

Avant de répondre à cette question, je dois vous rappeler, messieurs, que, d'après une conception philosophique de M. de Blainville, tout être vivant peut être étudié dans tous ses phénomènes, sous deux rapports fondamentaux, sous le rapport statique et sous le rapport dynamique, c'est-à-dire comme apte à agir et comme agissant effectivement. Mais l'être vivant ne saurait être entièrement conçu si on ne l'envisage pas dans ses rapports avec le monde extérieur, et cette étude des influences réciproques comprend également la considération du double point de vue statique et dynamique. Il y a donc deux manières d'étudier les êtres vivants: ou bien on les envisage isolément, tout en subordonnant cette étude à la notion des lois générales, ou bien ils sont étudiés dans leurs rapports avec le monde extérieur.

Or l'hygiène embrasse cette double étude, et les modificateurs qu'elle revendique appartiennent soit au monde extérieur (*modificateurs cosmiques*), soit à l'être vivant lui-même (*modificateurs individuels*). Ces modificateurs sont précisément ceux que vous connaissez sous le nom de *modificateurs physiologiques*, et ils prennent le nom de *modificateurs hygiéniques* dans l'étude que nous allons en faire dans un but déterminé, et à un point de vue spécial.

Et en effet, la physiologie et l'hygiène ont pour base les mêmes modificateurs; mais la première les envisage dans leurs rapports avec le mécanisme et l'entretien de la VIE; la seconde dans leurs rapports avec le maintien et l'amélioration de la SANTÉ. L'hygiène et l'étiologie ont un but commun : l'étude des influences morbifiques; mais la première étudie celles qui se rattachent aux *modificateurs hygiéniques*, la seconde celles qui appartiennent aux *modificateurs mécaniques et pathologiques*. Enfin l'hygiène et la thérapeutique se proposent toutes deux le rétablissement de la santé; mais celle-là n'a encore recours qu'aux *agents hygiéniques*, tandis que celle-ci fait intervenir les *agents médicamenteux* et *mécaniques*.

Et maintenant le jour ne se fait-il point dans votre esprit? tout ne devient-il pas clair, précis, rigoureusement déterminé et limité? n'apercevez-vous pas nettement dessinée l'individualité de l'hygiène que vous n'avez jamais entrevue que sous la forme d'une espèce de monstre gémellaire, accolé d'un côté à la physiologie, de l'autre à l'étiologie et à la thérapeutique?

Sans doute, messieurs, quelques-uns de ces esprits que M. Auguste Comte accuse, avec tant de raison, d'être possédés de la manie de morceler l'étude des connaissances humaines ne manqueront pas de dire qu'il faut alors distinguer une étiologie et une thérapeutique hygiéniques de l'hygiène proprement dite; mais je n'accepte pas l'objection, et je réponds que l'hygiène est ce que nous venons de dire ou qu'elle n'est rien; qu'elle est cela, ou bien qu'il faut rayer le cours d'hygiène du programme de la Faculté, et en distribuer les éléments dans les cours de physique et de chimie médicales, de physiologie, de pathologie et de thérapeutiques générales, etc., etc., et j'ajoute qu'en agissant ainsi on laisserait exister une grave lacune dans l'enseignement.

Ceci posé, nous devons rechercher si l'hygiène est une *science* ou un *art*, et la question vaut la peine d'être examinée, puisque vous avez vu l'une et l'autre de ces dénominations être employée par des écrivains d'une égale autorité. Or il est évident, tout d'abord, que l'hygiène ne saurait être placée au rang des sciences fondamentales que M. Auguste Comte a réduites à six : la mathématique, l'astronomie, la physique, la

---

médecins ou chirurgiens avantageusement placés, n'est-ce pas pitié de voir ce que vaut notre profession pour le plus grand nombre? N'est-ce pas un champ que ni les labeurs assidus, ni les veilles, ni le mérite ne peuvent rendre fécond? Cherchez donc des gastronomes parmi ceux qui ont toujours à lutter contre cet accablant et rude fardeau, *res angusta domi*. Enfin il est une autre cause plus puissante peut-être que toutes les autres contre la gastronomie, c'est l'état d'une société perpétuellement en révolution, où les intérêts de tous sont à chaque instant menacés, compromis, une société constamment livrée à un doute maladif qui la dévore, toujours cherchant et infructueusement une panacée réparatrice. La gastronomie est peut-être l'élément social élevé à sa plus haute puissance, parce que, d'une part, on doit la considérer comme la conséquence d'une extrême civilisation; de l'autre, parce qu'elle développe la tendance aux épanchements, à l'abandon, aux causeries qui lient les hommes, qui les disposent aux sentiments généreux (1). Ainsi l'isolement de l'égoïsme, le brutal amour de soi, le soin de thésauriser, d'accumuler, la crainte, la défiance, en un mot, ce qui nous afflige maintenant, sont incompatibles avec les douces recherches de la table. Ne craignons pas de le répéter: la vraie gastronomie est très-éloignée de la gourmandise ou goinfrerie. Le gourmet d'élite et l'homme *Epicuri* *de grege porcus* n'ont pas le moindre rapport, l'un suit les tendances d'un instinct grossier, or qui se plonge dans la vie animale, se rapproche infiniment de l'animal; l'autre est un artiste qui, appliquant certaines lois physiques et organiques à des sensations délicieuses, a pour but suprême de jouir de la vie avec discernement et sans en risquer le capital. Je ne sais qui a dit : Tout homme d'esprit est destiné à être gastronome :

« Il l'est, le fut ou le doit être. »

Eh bien! c'est là une vérité incontestable. La gastronomie est, en effet, l'expression d'une organisation fine, distinguée, et sous ce rapport on n'est pas gastronome à volonté; « *l'esprit souffle où il veut*. » Montesquieu a raison: « Polixène et Apicius portaient à la table bien des sensations, inconnues à nous autres mangeurs vulgaires. » (ESSAI SUR LE GOUT.) Qu'en résulte-t-il? que si la gourmandise est de tous les temps, la gastronomie ne se produit que fort tard, à une époque de développement intellectuel très-avancé. Mais que la société soit agitée dans ses profondeurs, la plupart des bonnes tables disparaissent, et avec elles les mœurs élégantes, les rapports intimes, et ces fines révélations intuitives de l'estomac qui, à l'aide de vins délicieux, d'une tasse de café d'un arome exquis, vont droit à l'encéphale pour le réchauffer, pour le stimuler, l'éclairer d'une vive lumière, quelquefois même d'une seconde vue. Et qu'on le croie bien, tout le monde y perd : ceux qui ont peu ou qui n'ont rien beaucoup plus que les autres, car le superflu du riche tourne au profit du nécessaire du pauvre. Rien donc de plus évident que la gastronomie comme les beaux-arts, comme

(1) Madame de Sévigné, qui connaissait si bien le cœur humain, écrit à sa fille : « Le bon abbé, à mesure qu'il boit quelques verres de bon vin, vous trouve de plus en plus aimable, vous aime davantage et trouve même que je ne vous aime pas assez. »

chimie, la biologie et la sociologie, et qu'elle entre dans le domaine de la biologie et de la sociologie; mais si l'on considère que l'hygiène est essentiellement une affaire d'application, et que ses éléments sont empruntés à la biologie, à la physique, à la chimie, à l'astronomie, on reconnaîtra qu'elle réunit tous les caractères assignés aux arts par M. Comte dans les termes suivants : « Science, d'où prévoyance; prévoyance, d'où action; telle est la formule très-simple qui exprime d'une manière exacte la relation générale de la science et de l'art, en prenant ces deux expressions dans leur acception totale... Chaque art dépend non-seulement d'une certaine science correspondante, mais à la fois de plusieurs : tellement que les arts les plus importants empruntent des secours directs à presque toutes les sciences principales. »

Arrivés à ce point, il me semble, messieurs, qu'il va nous être possible de donner enfin de l'hygiène une définition exacte et complète; et si vous voulez peser attentivement tous les termes de celle que j'ai donnée ici il y a quatre ans et que je vais reproduire, car la réflexion m'y a de plus en plus rattaché, vous reconnaîtrez, je l'espère, que nous avons atteint le but en disant :

L'hygiène, ou l'hygiotechnie, est un art qui se propose, au moyen des modificateurs cosmiques et individuels, de maintenir, de placer ou de rétablir l'homme sain ou malade, isolé ou réuni en société, dans les conditions les plus favorables au développement régulier de son organisation physique, intellectuelle et morale.

Je vous demande pardon, messieurs, d'avoir si longtemps abusé de votre patience pour n'arriver qu'à une définition qui a le défaut d'être longue; pour me justifier permettez-moi de vous citer encore quelques paroles empruntées à la remarquable exposition qui précède le COURS DE PHILOSOPHIE POSITIVE de M. Aug. Comte et qui trouvent ici une application pleine de justesse.

« La nature de ce cours ne saurait être complétement appréciée, de manière à pouvoir s'en former une opinion définitive que lorsque ses diverses parties en auront été successivement développées. Tel est l'inconvénient ordinaire des définitions relatives à des systèmes d'idées très-étendues; mais les généralités présentées comme aperçu d'une doctrine à établir ont déjà une extrême importance en caractérisant dès le début le sujet à considérer. La circonscription générale du champ de nos recherches, tracée avec toute la sévérité possible est pour notre esprit un préliminaire particulièrement indispensable dans une étude aussi vaste et jusqu'ici aussi peu déterminée que celle dont nous allons nous occuper. »

(*La fin au prochain numéro.*)

THÉRAPEUTIQUE.

MÉMOIRE SUR LA GOUTTE ET SON TRAITEMENT PAR LES EAUX DE VICHY; par M. le docteur MAX. DURAND-FARDEL, inspecteur des sources d'Hauterive, à Vichy, membre correspondant de l'Académie de médecine.

(Suite. — Voir le numéro précédent.)

III.

Nous ne saurions mieux faire, dans ce but, que d'exposer ici les résultats les plus importants des recherches sur la chimie de la nutrition, dues aux Allemands et surtout à Liebig, qui a tant fait pour la chimie physiologique, et à M. Dumas.

Sans doute, parmi ces résultats, plusieurs peuvent être encore contestables et contestés, et il faut procéder avec une grande réserve dans les déductions que l'on en tire. Cependant, comme nous ne prétendons nullement offrir ici une théorie de la goutte, mais seulement exposer les matériaux qui peuvent servir à l'étude de cette maladie et présenter les points de vue propres à guider le plus sûrement dans son traitement; comme, en outre, les faits principes, qu'il nous importe surtout de connaître, sont aujourd'hui généralement admis, nous pensons que les détails suivants seront considérés comme d'une haute importance pour l'histoire de la goutte (1).

Les aliments, dont les trois principes constituants *azotés* sont la fibrine, l'albumine et la caséine, pouvant tous pareillement se résoudre en *protéine*, qu'ils proviennent des animaux ou des plantes, sont convertis en sang; celui-ci est destiné à remplir les objets suivants :

1° Absorber, au moyen de sa constitution globulaire, l'oxygène de l'air inspiré dans la respiration, pour porter cet élément important dans tous les capillaires du corps, où il s'unit au carbone résultant de l'usure des organes, et forme, avec production de chaleur, de l'acide carbonique, lequel est ensuite éliminé par les poumons et par la peau;

2° Fournir, au moyen des organes de sécrétion, de nouveaux matériaux à la place de ceux qui ont été consumés;

3° Chasser au dehors l'azote (l'hydrogène se combinant avec une certaine proportion d'oxygène, pour former une partie des vapeurs aqueuses exhalées dans la respiration, et des produits aqueux éliminés par d'autres voies), et outre l'azote, qui s'échappe par les reins et par la peau, certaines matières salines et terreuses dont l'économie n'a plus besoin et qui, par conséquent, ne seront plus résorbées.

Il est excessivement probable que c'est par l'*usage* que nos organes se détruisent, et qu'en se détruisant on en s'usant, ils produisent du carbone

(1) Nous empruntons cet exposé de la théorie de Liebig sur la nutrition, à un ouvrage très-intéressant sur la diététique, A TREATISE ON DIET AND REGIMEN, by W. H. Robertson, t. I, 1847. Voy. encore Liebig, LETTRE SUR LA CHIMIE, et Bérard, COURS DE PHYSIOLOGIE, t. I.

les belles-lettres, comme tout ce qui se lie à l'intelligence, aux sensations délicates, annonce toujours le progrès. Ce n'est pas sans raison que Henrion de Pensey, le grave jurisconsulte, disait : « Je ne croirai à la civilisation que quand je verrai un cuisinier à l'Institut. » Du reste, rien de plus évident que le feu de la sédition est incompatible avec le feu d'une haute et savante cuisine. Les plaisirs d'une table délicate et dans toute sa splendeur demandent des temps calmes, des esprits souriants, les loisirs fleuris d'un monde que rien ne trouble ni n'inquiète. Or qui oserait assurer que nous sommes à une pareille époque? Les médecins surtout victimes de toutes les révolutions, écrasés d'impôts, privés d'une vaste et forte association, en lutte très-inégale contre le charlatanisme, ne recueillant que de minces profits de leur état, sont forcés de s'interdire pour la plupart, la véritable gastronomie. Çà et là, je le répète, on voit encore quelques fidèles sacrifier à l'idole, mais les lévites sont rares et le temple est désert. La digestion n'est plus qu'un acte purement physiologique, une matérielle fonction *chimico-biotifique*. Un pareil état de civilisation rétrograde peut-il durer? Nous l'ignorons. Mais une chose assurée, c'est que si le culte de la gastronomie reparaît dans la société et surtout parmi les médecins, jadis ses fervents apôtres, espérez, réjouissez-vous, c'est l'indice certain, le signe *pathognomonique* du retour de l'ordre, de la paix, de la prospérité dans notre cher pays.

R.-P.

— Par arrêté du ministre de l'instruction publique, en date du 31 mars, M. le docteur Landouzy, présenté par la Faculté de médecine de Paris, a été nommé professeur de clinique médicale à l'École de médecine de Reims, en remplacement de M. de Savigny, démissionnaire.

— M. AUZIAS-TURENNE exposera publiquement les principes de la syphilis expérimentale, le lundi 14 avril, et les jours suivants, à midi, dans l'amphithéâtre n° 2 de l'École pratique.

M. le docteur AUZIAS-TURENNE commencera un cours public de médecine opératoire, le mardi 22 avril, à midi, dans l'amphithéâtre n° 2 de l'École pratique, et le continuera tous les jours, à la même heure.

— Les cours de remplacement faits par les agrégés à l'École de médecine, pendant le semestre d'été, ont commencé cette semaine. Ont été désignés par la Faculté : M. Fleury pour l'hygiène (les mardis, jeudis, samedis, à une heure); M. Sapey pour la clinique chirurgicale (tous les matins, à l'hôpital des Cliniques); M. Voillemier pour la pathologie chirurgicale (les lundis, mercredis et vendredis, à trois heures); M. Henri Roger pour la pathologie médicale (les mardis, jeudis, samedis, à quatre heures). M. Voillemier traitera pendant ce semestre des maladies chirurgicales du tube digestif, et M. Roger, des maladies de l'enfance.

et de l'azote. Il est très-probable que lorsque nous nous servons d'un organe, ainsi du cerveau, par exemple, et des nerfs dans la sensation et la volition, des muscles dans le mouvement, nous effectuons la dissolution et la dépense partielle de certains de leurs atomes composants, et ainsi la production de carbone et d'azote.

L'usure des organes, c'est-à-dire leur dépense en carbone et en azote, en d'autres termes leur *usage*, est donc nécessaire pour faire de la place au carbone et à l'azote introduits par les aliments. D'un autre côté, l'introduction de carbone et d'azote au moyen des aliments est donc nécessaire pour remplacer le carbone et l'azote produits par l'*usage* des organes.

Il faut déduire de cela l'utilité d'une vie très-active, quand on introduit beaucoup d'aliments azotés, comme il arrive pour les animaux carnassiers, et l'utilité d'une nourriture azotée et substantielle, quand on mène une vie très-active.

Maintenant il y a des aliments qui ne comportent pas cette même nécessité de l'usure des organes, c'est-à-dire de l'exercice, en même temps qu'ils n'apportent pas les mêmes éléments de réparation. Ce sont des principes végétaux non azotés, ainsi le sucre, l'amidon, lesquels ne paraissent pas servir à réparer ou renouveler les tissus musculaires ou autres azotés, mais seulement à fournir une source où puisse être puisé le carbone libre et nécessaire à la respiration; c'est ce que Liebig a appelé *aliments respiratoires* (1).

On comprend comment, suivant ce point de vue, un défaut de proportion entre l'usure des organes et certaine alimentation, c'est-à-dire entre le dégagement du carbone et de l'azote et l'introduction de ces mêmes principes, sera l'origine d'une sorte d'encombrement, d'accumulation de ces principes, et nous arrivons ainsi à ce que l'on pourrait peut-être appeler *diathèse azotée*, c'est-à-dire l'existence d'un excès d'azote dans l'économie. Nous allons voir jusqu'à quel point il est permis de suivre la transformation de cet azote en acide urique.

Cette accumulation d'azote ou de principes azotés peut donc provenir ou d'un excès de principes azotés introduits du dehors, ou de l'insuffisance du dégagement de l'azote existant déjà dans nos tissus, ou de ces deux conditions en même temps.

Nous avons vu que c'est sous la forme d'acide carbonique et d'eau que le carbone et l'hydrogène renfermés dans nos tissus s'échappent par les voies qui leur sont ouvertes; c'est sous forme d'acide urique et d'urée que l'azote s'échappe de son côté. Pour toutes ces formations, pour l'issue du carbone, de l'hydrogène et de l'azote, il faut donc toujours de l'oxygène. Ce principe ne joue donc pas un rôle moins direct dans la nutrition que ceux dont nous avons essayé tout à l'heure de suivre les mouvements et dont nous exposons les transformations.

Eh bien! c'est dans le degré de suffisance ou au contraire d'insuffisance de l'oxygène, que nous allons trouver une explication de la formation de l'acide urique et de la diathèse urique. Nous ne nous dissimulons pas que plus nous avançons dans cette voie, plus nous touchons à des faits difficiles à prouver et sujets à controverse. Vogel, à qui nous empruntons ces ingénieux développements, convient lui-même que ce ne sont encore là que des hypothèses. Mais la méthode introduite par Liebig, dit-il, nous montre au moins la route qu'il faut suivre, si nous ne pouvons encore regarder les résultats obtenus comme tout à fait certains (2). D'ailleurs nous trouvons une telle concordance entre ces résultats chimiques et les faits pathologiques et même thérapeutiques que nous rappellerons tout à l'heure, que les premiers doivent certainement prendre une place importante dans l'histoire de la goutte.

« On ne saurait mettre en doute, dit Vogel, que la plus grande partie des combinaisons de protéine (azotées) contenues dans les aliments et dans les éléments constituants du corps ne se convertisse en urée et en acide urique par l'effet de la nutrition, et ne soit évacuée sous cette forme par l'urine, bien que nous ne connaissions pas encore les intermédiaires qui existent indubitablement entre ces deux ordres de substances. Mais la métamorphose ne peut avoir lieu que par une addition d'oxygène. Or, comme on le démontre par le calcul, il faut plus d'oxygène pour transformer théoriquement un atome de protéine en urée, acide carbonique et eau, que pour en former de l'acide carbonique, de l'eau, de l'acide urique (3). » Il s'ensuit que si la quantité d'oxygène que les *résultats* de la nutrition trouvent dans l'économie est insuffisante, il se formera non plus de l'urée, mais de l'acide urique.

La théorie, exactement conforme en cela à l'expérience, montre en outre qu'il est certains régimes (diététiques et hygiéniques), propres à favoriser la *diathèse urique*; par exemple, soit une alimentation très-azotée et très-abondante qui introduirait une proportion d'azote excédant celle de l'oxygène disponible, soit un excès d'aliments au contraire non azotés, d'aliments dits *respiratoires*, la graisse et l'alcool surtout, qui, employant beaucoup d'oxygène à transformer en acide carbonique et en eau l'excès de carbone et d'hydrogène qu'ils ont introduit dans l'économie, n'en laissent pas une quantité suffisante pour transformer l'azote en urée, mais seulement pour le transformer en acide urique. Liebig a constaté, d'un autre côté, que l'exercice augmentait la proportion d'oxygène apportée par le sang au service de la nutrition, et par suite favorisait la conversion normale des principes constituants de la nourriture et de l'économie en urée, acide carbonique et eau. Or il est constant que l'excès d'une nourriture azotée, on l'abus des alcooliques, et que l'absence d'exercice favorisent le développement de la goutte, et qu'un exercice actif agit en sens contraire.

Résumons, avant d'aborder la pathologie proprement dite de la goutte, ce que nous venons de développer.

Si les phénomènes qui se passent au sein de nos tissus et président aux transformations dont la nutrition se constitue, sont des phénomènes essentiellement vitaux et doivent sans doute à jamais échapper à notre analyse, ces phénomènes laissent cependant après eux des résultats que l'observation peut apprécier, et qui se résument en des combinaisons chimiques.

On sait que l'oxygène est l'agent essentiel de la séparation de tous les principes qui ont servi ou qui ne sont plus propres à servir à la nutrition; on sait que c'est principalement sous forme d'urée et d'acide urique que l'azote en particulier, cet élément si considérable de nos tissus, s'échappe de l'économie; le calcul a fait reconnaître qu'il fallait plus d'oxygène pour transformer l'azote en urée qu'en acide urique, et rendu vraisemblable que l'insuffisance de l'oxygène tendrait à produire ce dernier plutôt que de l'urée.

D'un autre côté, l'analyse chimique a permis de reconnaître la présence dans l'économie d'un excès d'acide urique, dans certaines conditions pathologiques, que l'on sait favorisées par toutes les circonstances propres à diminuer la proportion d'oxygène, soit absolue, soit relative à l'azote contenu dans nos tissus.

Il est impossible de ne pas être frappé du rapprochement de ces différentes observations, et d'une concordance que la suite de ce travail fera ressortir encore; cependant, hâtons-nous de dire que nous n'y voyons pas encore la clef de l'histoire de la diathèse urique et de la goutte. Les problèmes pathologiques sont moins simples que cela; mais évidemment nous trouvons-là une source de lumières, non moins importante pour éclairer la pathogénie que la thérapeutique de la goutte.

IV.

Si la goutte est une maladie diathésique, c'est moins encore dans la forme de ses manifestations et dans les phénomènes qui, à défaut de notions plus précises, servent à la caractériser, c'est moins enfin dans ses symptômes locaux et passagers, que dans les conditions générales et permanentes de l'économie, que nous trouverons des notions propres à nous éclairer et sur la nature de la maladie et sur les indications de son traitement.

Quelque idée que l'on se fasse de la nature des attaques de goutte, il est évident qu'elles ne constituent, à proprement parler, qu'une solution passagère de la maladie. Si une attaque de goutte est quelquefois provoquée par un accident, une contusion, un refroidissement, ce n'est qu'en vertu d'une longue préparation qu'un tel résultat s'effectue; et en général elle survient par le seul fait de la diathèse elle même. On ne devient pas tout d'un coup goutteux, non plus que cancéreux ou tuberculeux. On a dit: on est goutteux parce que l'acide urique s'est amassé dans le sang ou ailleurs, et la goutte se manifeste quand cette accumulation est parvenue à un certain degré. Mais il est clair que, l'accès de goutte fût-il la conséquence de la présence anormale de l'acide urique dans les humeurs, cet acide urique n'est lui-même qu'un résultat. Cette connaissance de l'existence de l'acide urique n'a pas par elle-même une grande utilité, surtout pour la thérapeutique, car eût-on le moyen de neutraliser cet acide, comme on le prétend, ce dont il s'agit surtout, c'est de l'empêcher de se former.

Quelles sont donc les conditions générales de l'organisme sous l'influence desquelles se préparent et s'accomplissent les manifestations, soit symptomatiques, soit chimiques de la goutte?

Troubles de la digestion, des fonctions de la peau et de la sécrétion urinaire, telles sont les trois grandes séries de désordres fonctionnels que l'on peut voir présider au développement de la goutte.

De tout temps on a reconnu que la nature de l'alimentation exerçait une grande influence sur la production de la goutte, et constituait au moins une prédisposition considérable à cette maladie; ainsi l'abus d'une alimentation trop azotée, comme la viande, ou au contraire de substances peu ou point azotées, comme la graisse et surtout les alcooliques. Il ne faut pas considé-

(1) Liebig, LETTRES SUR LA CHIMIE, lettre XVII.
(2) Vogel, ANATOMIE PATHOLOGIQUE GÉNÉRALE, trad. de l'allemand par Jourdan, 1847, p. 333.
(3) Vogel, *loc. cit.*, p. 323.

rer ces aliments seulement au point de vue des principes chimiques qu'ils introduisent dans l'économie, il faut les envisager encore sous le rapport des troubles qu'ils doivent entraîner dans les fonctions digestives. En effet, tous les auteurs ont placé ou les maladies de l'estomac ou les dérangements de la digestion au nombre des conditions les plus ordinaires des goutteux.

Si nous faisons abstraction de quelques formules de langage propres à la chimie physiologique de l'époque, nous voyons que, pour Sydenham, la goutte est spécialement le résultat d'un vice de nutrition, conséquence du trouble de la digestion. Que cela résulte de la trop grande quantité d'aliments, ou du défaut d'exercice, ou de trop d'application aux choses sérieuses, ou de la nature des substances ingérées, il en revient toujours *au vice des digestions et à l'accumulation des humeurs nuisibles*. Aussi l'indication principale dans le traitement de la goutte consiste-t-elle à *rétablir les digestions*, et il nomme *digestifs* tous les remèdes qu'il indique, « soit qu'on les tire de la matière médicale, ou du régime, ou de l'exercice, ou de quelqu'une des six choses non naturelles (1). »

On voit que Sydenham ne concentre pas l'idée de la digestion dans le fait seul de l'élaboration des aliments dans l'estomac, et qu'il y comprend tout ce que rattache à l'accomplissement de la digestion la solidarité qui unit si étroitement les fonctions de l'estomac à l'ensemble des fonctions de l'économie. C'est encore là ce qu'entendait Boerhaave, lorsqu'il disait : « Ejus vitii autem origo proxima in indigestione viscerum, non assimilatum, attenuantiumque (2)..... »

Cullen place les affections gastriques dans la définition même de la goutte : « Præunte plerumque ventriculi affectione insolitâ (3).... » Il dit ailleurs que si la goutte est une maladie de tout le système, « l'estomac, qui a une sympathie si universelle avec le reste du système, est de toutes les parties internes celle qui est le plus vivement affectée par la goutte (4). Barthez range parmi les signes de la cachexie goutteuse « l'état habituel de fatigue et de surcharge des organes digestifs, surtout chez les personnes livrées à l'intempérance et aux passions pénibles (5). »

Copland définit la goutte une maladie généralement précédée ou accompagnée de désordres des organes de la digestion ou d'autres organes internes (6); et le docteur Weatherbead, qui a réclamé la priorité à ce sujet, attribue la présence de l'urée dans le sang à un état morbide, héréditaire ou acquis, des organes digestifs (7).

Enfin, il est facile de reconnaître, chez un grand nombre de goutteux, un certain degré de dyspepsie, ce que les médecins anglais nomment *gouting indigestion*, avant même qu'il soit survenu d'attaques de goutte; et ne serait-ce pas à cet état particulier de l'estomac qu'ils devraient de supporter en général si difficilement les acides? On sait de quelle importance il est pour les goutteux d'avoir le ventre libre, et combien, d'un autre côté, la constipation est une condition ordinaire chez eux. En résumé, c'est dans la diététique et dans l'accomplissement des fonctions gastriques que se résume, pour le plus grand nombre des goutteux, au moins, l'état de souffrance ou de santé relative.

Les fonctions de la peau ne s'accomplissent pas en général, chez les goutteux, d'une manière moins vicieuse que les fonctions digestives. Un médecin du siècle dernier, P. Desault, a même cherché à prouver « que la véritable cause de la goutte est le défaut de la transpiration insensible, dont la matière, qui est âcre et saline, étant accumulée dans le corps, se dépose ensuite dans les articulations (8). » Les raisons qu'il fait valoir, basées la plupart sur des observations exactes, sont les suivantes.

La goutte est surtout commune dans un âge avancé ; l'oisiveté est une condition qui en favorise le développement, chez ceux en particulier qui, habitués naguère à une grande activité (Sydenham), présentaient sans doute au contraire une suractivité des fonctions de cet organe.

La goutte se montre beaucoup moins en été que dans les saisons plus froides ; elle s'observe surtout dans les contrées froides et humides, et ne se montre presque jamais dans les pays chauds, dont le séjour suffit pour la guérir. La transpiration s'amoindrit chez les grands buveurs et les grands mangeurs (Sanctorius). Enfin, la transpiration cutanée est une des fonctions sur lesquelles agissent le plus directement les moyens hygiéniques que nous savons les plus propres à combattre la goutte. Alph. Leroy, tout en se défendant de voir dans la suppression de la transpiration une cause proprement dite de la goutte, assure que l'on peut mettre en aphorisme : qu'en se rendant maître de l'insensible transpiration, on se rend presque le maître des accès de la goutte (1).

La sécrétion urinaire est également le siége de dérangements importants dans la goutte. Mais ici, nous rencontrons des phénomènes d'un ordre très-différent : il semble que l'urine des goutteux renferme tantôt un excès, tantôt un défaut d'acide urique.

Les expériences de M. Garrod, lesquelles ont du reste besoin d'être répétées, sembleraient légitimer cette opinion, que la présence de l'acide urique dans le sang résulterait du défaut d'excrétion de cet acide par ses voies naturelles, et que les dépôts qui s'opèrent autour des articulations seraient comme une sécrétion vicieuse et supplétive de celle des reins. Les observations de ce médecin, en montrant que l'acide urique existerait dans le sang des individus en bonne santé et pourrait, dans d'autres maladies que la goutte, y augmenter de proportion suivant que l'acide urique viendrait à diminuer dans l'urine, tendraient à affaiblir l'importance que l'on avait attachée à l'idée de l'existence de l'acide urique dans le sang des goutteux.

Cependant nous ne saurions admettre que la goutte, ou du moins les dépôts goutteux, puissent être considérés d'une manière générale comme les résultats d'une sécrétion abolie ou affaiblie. Il est certain que, chez beaucoup de goutteux, il y a par toutes les voies, y compris la peau, excès de sécrétion de l'acide urique. Il y a véritablement alors ce qu'on a appelé *diathèse urique*. La gravelle urique accompagne souvent la goutte et même des calculs, soit rénaux (2), soit urinaires d'acide urique. Scudamore a même dit que tous les goutteux, sans exception, à une époque quelconque, sont attaqués par la gravelle, ou bien rendent dans leurs urines un sédiment briqueté (3). Cet auteur a certainement exagéré les rapports qui existent entre la gravelle et la goutte. Il y a un grand nombre de goutteux qui n'ont point la gravelle, et beaucoup de graveleux surtout qui n'ont point la goutte.

Quant aux dépôts abondants que produit l'urine à la suite des accès de goutte (urine goutteuse), faut-il y attribuer une grande importance? Ne peuvent-ils pas être rattachés autant aux phénomènes généraux de réaction qui accompagnent ces accès, qu'à la nature même de la maladie? La solution d'un accès de fièvre intermittente ne nous en offre-t-elle pas à peu près autant? L'acide urique augmente au moins du double dans les urines fébriles (4). Et d'ailleurs, s'il est vrai, comme on l'a dit, que l'acide urique et les sels qu'il forme diminuent ou disparaissent pendant la durée des accès de goutte, il n'est pas étonnant qu'ils reparaissent en plus grande quantité lors de la terminaison de ces accès.

V.

Voici donc trois grandes fonctions dont le trouble paraît jouer un rôle important dans la marche et le développement de la goutte, fonctions relatives à la digestion, à la transpiration cutanée et à la sécrétion urinaire. Cette considération n'offre pas moins d'importance que celle des phénomènes chimiques de la goutte, lorsque surtout nous ne voyons ces derniers se montrer qu'à la fin de la maladie, et souvent ne pas se montrer du tout.

Ces troubles fonctionnels, qui dominent tantôt d'un côté, tantôt de l'autre, n'existent pas toujours à un degré pathologique. C'est ainsi que l'amoindrissement de la sécrétion cutanée, qu'un changement de proportion en plus ou en moins dans l'acide urique excrété par les reins, ne constitue pas encore une maladie. Mais la continuité de telles modifications de l'état physiologique, et la nécessité pour l'économie de l'intégrité des fonctions d'excrétion, explique comment la maladie peut naître peu à peu sous l'influence de conditions qui n'ont rien de morbide par elles-mêmes. N'en est-il pas de même de la digestion ? Et croit-on que l'abus journalier, soit des alcooliques, soit d'une alimentation azotée, se trouve sans influence sur la manière dont elle s'opère, bien qu'il n'y ait pas de dyspepsie proprement dite ?

On remarquera encore que toutes les prédispositions les mieux avérées à la goutte, une existence molle et inoccupée, les travaux de cabinet, les exercices intellectuels exagérés, l'abus des plaisirs de l'amour, la vie oisive succédant à l'activité, etc., sans parler des conditions diététiques auxquelles elles s'unissent souvent, sont précisément des conditions hygiéniques qui ne manquent pas de se faire sentir, à un degré quelconque, sur les fonctions de la digestion, de la transpiration cutanée et de la sécrétion urinaire.

(1) Sydenham, Traité de la goutte, édit. de l'Encyclopédie, § 824, 825, 835, 836.
(2) Boerhaave, Aphorisme, 1264.
(3) Cullen, Élém. de méd. prat., trad. de Bosquillon, 1785, t. I, p. 318.
(4) Cullen, *loc. cit.*, p. 335.
(5) Barthez, Traité des maladies goutteuses, 1819, t. II, p. 153.
(6) Copland, Dict. of practical medicine, 1837, t. II, p. 34, art. *Gout*.
(7) The London medical Gazette, 1837, t. XX, p. 311.
(8) P. Desault, Dissertation sur la goutte et la méthode de la guérir radicalement, Paris, 1730, p. 40.

(1) Alphonse Leroy, Manuel du goutteux et du rhumatisant, 1805, p. 37.
(2) Morgagni, De sedibus et causis morborum, epist. LVII.
(3) Scudamore, Traité sur la nature et le traitement de la goutte, traduit de l'anglais, 1833, t. I, p. 136.
(4) A. Becquerel, Séméiotique des urines, 1841, p. 199.

Et n'est-il pas certain, d'un autre côté, que si l'on fait en sorte qu'un goutteux digère bien, transpire et urine d'une manière normale et suffisante, on l'aura, sinon guéri, du moins mis dans des conditions où il aura le moins de goutte possible?

Il n'est pas moins vrai que vices de digestion ou troubles des sécrétions urinaire ou cutanée, sous quelque forme et dans quelque combinaison et sous quelque influence qu'ils existent, aboutissent toujours en définitive à une lésion de nutrition, et que nous revenons, par un cercle où cette étude nous ramène sans cesse, à ces phénomènes dont nous avons étudié tout à l'heure les conditions chimiques. Nous avions donc raison de dire que tous ces faits, d'un ordre différent, s'harmonisaient parfaitement entre eux, et que, des observations pathologiques de Sydenham, de Boerhaave, de Culleu, etc., aux spéculations de Liebig touchant la composition théorique de l'acide urique et de l'urée, il n'y avait qu'un pas.

Mais si, de l'ensemble des faits chimiques et pathologiques que nous avons exposés ou rappelés, il résulte un tout assez satisfaisant à l'esprit, pour que nous y voyons un degré parcouru vers l'inconnu qu'il reste à découvrir, nous ne croyons nullement que la clef de l'histoire de la goutte soit encore trouvée. La goutte ne se présente pas toujours sous un aspect favorable aux théories. Il y a des individus qui absorbent énormément d'azote et paraissent en employer fort peu; d'autres, chez qui les fonctions dont le trouble ou l'amoindrissement prennent une si grande part au développement de la goutte, sont profondément altérées, et qui ne sont pas goutteux. Franklin, malgré la constante et systématique sobriété qu'il avait mise en usage, malgré l'activité dont il avait su revêtir sa belle existence de savant et de politique, Franklin souffrait cruellement de la goutte à la fin de sa carrière (1). Qui n'a rencontré d'autres exemples moins illustres mais plus frappants encore?

Il y a donc, dans la goutte, autre chose que ce que nous avons exposé, et que nous ne connaissons pas. Mais au moins trouverons-nous dans les conditions que nous pouvons apprécier, la consécration des véritables principes sur lesquels doit être basé le traitement de la goutte, et la condamnation des théories hasardées sur lesquelles on a essayé d'instituer sa thérapeutique.

En effet, s'il est vrai que dans la goutte confirmée on trouve, dans le sang ou dans d'autres parties, de l'acide urique en excès dans l'économie ou détourné de ses voies d'excrétion naturelles; si la présence anormale de cet acide urique ne peut tenir qu'à ou accomplissement irrégulier de la nutrition; si cette dernière condition paraît exister sous l'influence du trouble de quelqu'une des trois fonctions dont la solidarité mutuelle est le mieux établie, et dont l'influence sur l'accomplissement de la nutrition est la plus directe, la digestion, la transpiration cutanée et la sécrétion urinaire, si toutes les causes que nous voyons dominer l'étiologie de la goutte sont précisément en rapport avec la manière dont s'accomplissent ces mêmes fonctions, ne trouverons-nous pas là une source précise d'indications: agir sur les organes et les fonctions qui paraissent subir le plus directement l'influence des causes de la maladie? Et nous ne prendrons pas au contraire pour unique objet de notre traitement, cet acide urique, ce dernier résultat de la maladie, auquel il ne paraît guère plus rationnel de s'adresser, qu'au gravier déposé au fond d'un vase.

Tout ceci, encore une fois, ne nous dit pas ce que c'est que la goutte. Mais c'est précisément parce que nous ne sommes pas en état de définir cette maladie, qu'il importe d'analyser avec le plus de précision possible les phénomènes qui lui appartiennent, et de ne pas sortir, dans son traitement, des principes que nous pouvons directement déduire de cette analyse.

(La suite au prochain numéro.)

CORRESPONDANCE MÉDICALE.

SUR L'EMPLOI DE L'ARSENIC DANS LES FIÈVRES DE ROME; par M. FÉLIX JACQUOT.

Monsieur,

M. le docteur Armand me prie de vous communiquer quelques réflexions et rectifications à l'égard de la lettre de M. Bailly, insérée dans la GAZETTE MÉDICALE du 1er mars. Ce sera la dernière fois que je prendrai la parole dans un débat qui pourrait fatiguer le lecteur.

Le hasard sert ici merveilleusement notre cause: nous trouvons des avocats partout. A une première attaque de M. Bailly, répond M. Cordier; à une seconde, riposte M. Armand. M. Cordier et moi, opérant l'un en Afrique, l'autre en Italie, nous arrivons à des conclusions semblables, et presque au même moment. Pour M. Cordier comme pour nous, l'arsenic a une action tout à fait insuffisante sur les fièvres des pays chauds. Ce médecin formule même nettement ce que nous avions émis avec un peu de doute, dans notre mémoire adressé au conseil de santé des armées: que l'arsenic éloigne moins les rechutes, garantit moins des accidents consécutifs que le sulfate de quinine; que les fièvres les plus réfractaires à l'arsenic sont précisément ces fièvres anciennes, invétérées, gagnées dans un *foyer palustre* très-actif, contre lesquelles on a vanté surtout l'excellence de l'arsenic. Sur 16 fièvres de cette catégorie, M. Cordier ne peut en guérir que 2 par l'arsenic, dosé à 2 ou 3 centig. et précédé d'évacuants; tandis que M. Boudin, dans sa GÉOGRAPHIE MÉDICALE, dit avoir souvent obtenu, par une seule prise à un centième de grain, la guérison radicale de fièvres contractées en Algérie. Quelle sera donc la place de l'arsenic dans la thérapeutique, qui ne l'admettait que dans les fièvres réfractaires à la quinine, si ce sont précisément celles-ci qui se montrent également rebelles à l'arsenic?

M. Bailly entame un grand procès contre la quinine. C'est pour lui une substance bien dangereuse, tandis que l'arsenic, à ce qu'il paraît, lui semble innocent comme la guimauve. Tous les célèbres empoisonnements par l'arsenic ne sont certainement que des fables. Malheureusement les pièces du procès ne se trouvent pas en règle. Depuis quinze ans que nous voyons des malades en France, en Afrique, en Algérie, nous n'avons jamais eu à déplorer aucun accident tant soit peu inquiétant, après l'administration de la quinine. M. Bailly en cite pourtant; mais ses citations prouvent peu de chose. Quelques-uns pourraient rentrer dans cet argument général: Sous le règne de Broussais, à peu près douze cents médecins de l'armée, sans en compter beaucoup d'autres, redoutaient le sulfate de quinine, les purgatifs, les vomitifs, comme incendiaires et générateurs de mille désordres; donc..... Ce n'est certes pas la peine de conclure. A cette époque, on ne donnait presque pas de quinine en Afrique; mais comme on y mourait!!!

M. Bailly cite 12 cas d'empoisonnement mortel par la quinine; 6 sont douteux, d'après M. Piorry lui-même, qui les rapporte. Les 6 autres, on manquent totalement des détails les plus indispensables, ou sont attaquables sous le rapport suivant: une énorme dose d'opium ne narcotisera pas un tétanique, un hydrophobe, elle tuera un homme atteint d'un érysipèle, par exemple, eh bien! la quinine, spécifique des fièvres paludéennes, est tolérée à forte dose dans ces affections; mais qui répond qu'elle le soit au même degré dans les autres maladies?

Franchement, nous sommes enchanté pour la réputation de la quinine qu'elle produise parfois quelques accidents, qu'elle ne guérisse pas toujours. Comme les spécifiques les plus héroïques, comme les traitements les plus efficaces, elle enregistre quelques revers. Elle se trouve certes en bonne compagnie. L'arsenic, lui, d'après MM. Boudin, Bernier, etc., dit M. Bailly, compte *zéro* échecs. Il guérit donc *toujours*. Ce mot est dans le cas de lui faire le plus grand tort en le reléguant avec les autres remèdes qui guérissent *toujours*. On accorderait certes bien plus d'efficacité à l'arsenic s'il enregistrait quelques bons petits revers. Mais non; avec une seule prise à un centième de grain, on guérit souvent et radicalement de vieilles fièvres d'Afrique. Nous voici en pleine homœopathie. Il ne manque plus à l'arsenic que de guérir toutes les maladies; il en prend le chemin, car il est très-efficace dans les rhumatismes, etc., et nous avons vu commencer ses succès contre la chaude-pisse.

La question des rechutes ne sera jamais vidée si nos opposants ne veulent pas entrer dans le cœur de la question. Rechute et récidive sont deux. Si le sujet continue à habiter le foyer paludéen, ni l'arsenic, ni la quinine, ni quoi que ce soit, n'empêcheront une nouvelle imprégnation miasmatique.

Nous avons prouvé à M. Bailly que les auteurs qu'il cite comme partisans déclarés de l'arsenic ont de significatives restrictions. M. Bailly nous bataille à ce sujet et rapporte un paragraphe de M. Fuster entièrement favorable à l'arsenic. Cela n'empêche pas que nous n'ayons puisé, dans les observations mêmes du savant professeur, des faits qui sont loin de déposer pour l'entière innocuité de cette substance appelée poison à grand tort. Les mêmes critiques sont applicables à M. Tessier. Enfin M. Bailly nous reproche d'avoir mis dans la bouche de M. Gibert des passages contre l'innocuité de l'arsenic, que ce dernier emprunte à M. Lachèze. Cela importe peu au fond. Du reste, c'est bien M. Gibert qui dit: « Depuis 1819 on a administré journellement l'arsenic à Saint-Louis à doses croissantes d'un seizième à un huitième de grain, et on a été *très-fréquemment* obligé de suspendre, à cause des accidents d'irritation gastro-intestinale, etc. »

M. Boudin pense *aujourd'hui* que l'arsenic est d'une complète innocuité aux doses auxquelles il l'administre, 3, 6, 10 et 12 centigr., et professe qu'il faut donner ces doses pour obtenir tout l'effet désirable. Permettez-moi un regard rétrospectif; ouvrons la GÉOGRAPHIE MÉDICALE de

(1) Mignet, VIE DE FRANKLIN.

M. Bondin; on y lit qu'il a résolu de la manière la plus complète le problème de donner l'arsenic à doses telles qu'il conserve toute son efficacité, en le dépouillant de ses inconvénients toxiques ; — après avoir débuté par un vingt-cinquième de grain, il prescrit actuellement un centième de grain, dose à laquelle il conserve *toute son énergie médicale*, non-seulement dans les fièvres de marais, mais dans une *foule* d'autres maladies ; — qu'il a souvent obtenu, par une seule dose à un centième de grain, la *guérison radicale* de fièvres contractées soit en Algérie soit au Sénégal. M. Bondin ajoute, après avoir rapporté que MM. Trousseau et Pidoux conseillent l'arsenic à un cinquième de grain, comme anthelmintique : Mais n'est-il pas à craindre que le médicament manié à de telles doses, au lieu d'un *vermicide* devienne un *homicide*? Aujourd'hui le savant médecin en chef de l'hôpital militaire du Roule donne jusqu'à *dix* fois la dose *homicide* et deux cent vingt fois la dose à laquelle il a reconnu que l'arsenic conserve *toute son énergie médicale* ! ! !

Ne nous pressons pas trop dans la question de l'arsenic. Laissons faire le temps. Ce terrible fossoyeur a déjà enterré tant de fébrifuges ! Les funérailles ne sont pas finies. L'arsenic a commencé sa fortune avec un centième de grain, il est aujourd'hui à deux cent vingt fois plus ; je lui souhaite, quand la descente commencera, de ne pas tomber à deux cents fois moins.

Agréez, etc.

REVUE DES JOURNAUX DE MÉDECINE.

JOURNAUX BELGES.

(Suite et fin.)

IX. JOURNAL DE MÉDECINE, DE CHIRURGIE ET DE PHARMACOLOGIE, PUBLIÉ PAR LA SOCIÉTÉ DES SCIENCES MÉDICALES ET NATURELLES DE BRUXELLES.

Les numéros de janvier, février, mars, avril et mai 1850 contiennent les travaux originaux suivants : 1° *Des vers ascarides lombricoïdes considérés sous le point de vue médico-pratique* ; par M. Cazin. 2° *Considérations pratiques sur les maladies de l'Afrique*; par M. Bertherand. 3° *Applications de la médication iodée*; par M. Payan. 4° *Note sur l'emploi du chlorure* d'oxyde de *sodium dans le traitement du choléra* ; par M. Demarraix. 5° *Fracture de l'arcade sourcilière gauche, arrachement de l'œil de son orbite, guérison* ; par M. Buys. 6° *Observation de hernie crurale étranglée; application des serre-fines*; par M. Petit. 7° *Modification apportée au dilatateur palpébral*; par M. Vallez. 8° *Mémoire sur la nature, la contagion et le génie épidémique de la fièvre typhoïde* ; par M. Putegnat. 9° *Des accidents auxquels sont sujets les ouvriers qui fabriquent l'amadou, et du développement de certains végétaux dans l'organisme animal* ; par M. Van der Corput. 10° *Du muguet confluent des nouveau-nés* ; par M. Hélin. 11° *Recherches historiques sur la médecine et en particulier sur les fièvres* ; par M. Douvillé.

CONSIDÉRATIONS PRATIQUES SUR LES MALADIES DE L'AFRIQUE ; par le docteur BERTHERAND.

M. Bertherand ne présente, dans cette note, qu'une vue générale sur le génie propre des maladies d'Afrique et sur le traitement qui s'y adapte le mieux. « Pénétrez, dit-il, dans les établissements hospitaliers ; voyez ces physionomies pâles, livides, qu'animent avec peine les forces épuisées. Ce sont autant de victimes de la dyssenterie, de la diarrhée, de la fièvre intermittente, des irritations gastro-intestinales, etc., affections principales qui résument, avec leurs variétés et leurs complications, les types constants du cadre nosologique de l'Algérie. Chez la majorité des malades, vous trouverez une céphalalgie plus ou moins intense, une irritation abdominale et une exacerbation symptomatique souvent poussée jusqu'à l'accès fébrile le plus complet, plus souvent encore déguisée sous les manifestations pathologiques générales. Ne vous attendez pas à rencontrer fréquemment de ces états franchement inflammatoires, de ces expressions morbides franchement phlegmasiques, comme les climats septentrionaux en offrent des exemples. Les accidents débutent brusquement, et s'arrêtent de même ; leur marche et leur développement ont quelque chose de spécial, de saccadé, de capricieux, en un mot. Toutes les hypérémies ne consistent guère qu'en congestions passives plus ou moins fortes. » C'est de ces considérations et de quelques autres analogues que l'auteur déduit le caractère spécial et commun des maladies de l'Algérie, caractère subordonné nécessairement à la prédominance de quelque cause également spéciale. Quelle est cette cause, ou plutôt, dans l'impossibilité où l'on est de la saisir matériellement, de quel ordre de conditions étiologiques connues doit-on la rapprocher ? On devine la réponse. Alors même que les affections régnantes ne suivent pas une marche régulièrement intermittente, alors même qu'elles sont continues, elles paraissent procéder du même ordre de conditions qui produit les fièvres d'accès, soit bénignes, soit pernicieuses. Et la preuve la plus décisive qu'on en puisse donner est qu'elles sont, comme les fièvres périodiques, sensibles à l'action du sulfate de quinine. « Notre conviction aujourd'hui, dit M. Bertherand, est que l'Algérie nous apparaît comme la terre, pour ainsi dire, classique du principe intermittent généralisé, et le sulfate de quinine comme l'arme indispensable pour combattre ses manifestations variées. »

Cette proposition, qui résume complétement la pensée du travail n'est, à vrai dire, qu'une confirmation d'opinions depuis longtemps soutenues et généralement admises par les praticiens de l'Algérie. Mais cette confirmation a une importance particulière, venant d'un médecin distingué à qui un long séjour en Afrique et une haute position chirurgicale ont donné sur la matière une expérience consommée.

ESSAI THÉRAPEUTIQUE SUR L'IODE, OU APPLICATION DE LA MÉDICATION IODÉE OU IODURÉE AU TRAITEMENT DES MALADIES; par le docteur PAYAN (d'Aix).

M. Payan a entrepris depuis longtemps de résumer dans une sorte de monographie toutes les applications un peu importantes de la médication iodée au traitement des maladies. La présente note doit être considérée comme un chapitre additionnel à ce résumé inséré l'année dernière dans le JOURNAL DE MÉDECINE, DE CHIRURGIE ET DE PHARMACOLOGIE. L'auteur avait commis, à l'égard de certaines applications, un oubli qu'il répare aujourd'hui ; l'une d'elles est relative à l'emploi de l'iode comme antidote des poisons narcotiques. On trouvera dans la GAZETTE MÉDICALE de 1848 (p. 349) l'observation de M. Leroy des Barres, rappelée par M. Payan : inutile donc d'y insister ici. Quant aux deux autres applications, bien qu'elles ne soient pas d'hier, comme nous n'avons pas eu encore l'occasion de les signaler, nous en dirons quelques mots.

La première est relative à la galactorrhée, ou sécrétion excessive ou intempestive du lait. Une trop grande abondance de lait chez les nourrices peut produire le marasme et compromettre gravement la santé. D'autres fois la sécrétion lactée se prolonge après l'accouchement chez les femmes qui ne nourrissent pas ou après le sevrage, et finit par amener cette sorte de phthisie que Morton a appelé la phthisie des nourrices. Contre cette affection, on a conseillé les toniques à l'intérieur, spécialement le fer et les amers. Un médecin allemand, le docteur Riesemberg a publié en 1844 un fait d'après lequel on pourrait attribuer une certaine efficacité à l'iode dans le traitement de la galactorrhée. Toutefois, il ne faut pas oublier que ce fait est resté jusqu'ici isolé ; du moins n'en connaissons-nous aucun qui lui soit venu en aide ; on va voir d'ailleurs qu'il n'est pas complétement décisif. Ce qu'on peut dire seulement en faveur de l'induction à laquelle il conduit, c'est que la médication iodée paraît assez bien appropriée à la nature d'une maladie généralement produite ou entretenue par un état de faiblesse et de lymphatisme et se légitime encore par la propriété que quelques médecins attribuent à l'iode de déterminer une action atrophique spéciale du côté des mamelles. Mais, nous le répétons, l'expérience à cet égard est encore insuffisante. Voici l'observation publiée par le docteur Riesemberg et rappelée par M. Payan.

OBS. — Une femme âgée de 36 ans, brune, d'une force médiocre, d'un tempérament lymphatique, accoucha pour la première fois, en 1838, d'un enfant qu'elle commença à nourrir, mais qu'elle fut obligée de sevrer, à cause de la difficulté qu'il avait à prendre le sein. La sécrétion du lait n'en continua pas moins, et ne cessa qu'au bout de dix semaines, *avec la première époque menstruelle*, sans qu'on eût rien fait d'ailleurs pour obtenir ce résultat. Dans le cours de la seconde grossesse (1840), on s'efforça d'allonger le bout du sein ; on n'y réussit qu'incomplétement à gauche, et on échoua tout à fait à droite. De ce côté, l'enfant ne put jamais teter, et de l'autre, il n'y parvint qu'à l'aide d'un bout de sein en ivoire flexible. Il s'établit bientôt, même à droite, un écoulement continuel de lait si abondant que ses vêtements en étaient constamment mouillés. La peau des seins devint rouge et se couvrit d'une éruption de petites vésicules miliaires. Le lait était extrêmement fluide, semblable à une légère eau de savon. Il était évidemment d'une mauvaise qualité. L'enfant fut donné à une nourrice. L'eau blanche fut employée pour faire disparaître les rougeurs et l'éruption. On exerça une légère compression sur les seins, dans l'espoir d'affaisser les conduits galactophores, mais sans succès. De même on employa sans résultat le sulfate de potasse, les diaphorétiques, les vésicatoires aux bras, des applications froides sur la mamelle, les astringents à l'extérieur, à l'intérieur les toniques. L'écoulement continuait ; la femme maigrissait, dépérissait de jour en jour et commençait à avoir de la fièvre. Enfin, *au bout de dix-huit semaines*, le docteur Riesemberg eut recours à l'iode, et douze jours après, *à l'apparition des menstrues*, la galactorrhée cessa. On avait administré en tout 5 grains d'iode pur et 1 gros

5 grains, d'hydriodate de potasse. La femme recouvra en peu de temps sa santé primitive.

Un troisième accouchement eut lieu en novembre 1841. L'enfant ne fut même pas présenté au sein ; on lui donna tout de suite une nourrice. D'abord la sécrétion du lait parut se tarir ; mais au bout de quatorze jours, le lait recommença à couler avec autant de persistance que précédemment, et quelquefois en telle quantité que la femme était obligée (ce dont M. Riesemberg fut lui-même témoin) de le verser hors de ses chaussures, où il s'était accumulé. Au bout de huit jours, la femme commençait à maigrir. Aussitôt on eut recours à l'iode, et l'on obtint bientôt les mêmes succès qu'en 1840. Avec 1 grain d'iode et 15 grains d'hydriodate de potasse pour 7 onces d'eau, on n'obtint rien ; mais avec 2 grains d'iode et 24 grains d'hydriodate de potasse pour la même quantité de liquide, l'écoulement du lait n'eut plus lieu que pendant la nuit. Une troisième mixture, avec 2 grains d'iode et demi-gros d'hydriodate de potasse, n'était pas épuisée que la galactorrhée avait entièrement disparu. Le rétablissement fut si complet que la femme assurait ne s'être jamais si bien portée. Sept semaines après la cessation de la galactorrhée, les règles reparurent.

Nous disions tout à l'heure que la signification de ce fait n'était pas à l'abri de toute incertitude. On voit, en effet, que sur trois galactorrhées successives, il en est une qui a guéri spontanément juste au moment du rétablissement des menstrues, et que des deux guérisons qui ont eu lieu pendant l'administration de l'iode, la première a également coïncidé avec le retour des époques. Il faudrait donc savoir, pour ce qui concerne spécialement cette cure, si l'iode a été pour quelque chose dans cette restauration des fonctions utérines, qui a paru exercer une si décisive influence sur la cessation de l'écoulement du lait. La chose n'est pas impossible, et l'on sait que l'iode, qui a reçu, depuis une vingtaine d'années surtout, tant et de si diverses destinations thérapeutiques, a été préconisé contre la dysménorrhée ; mais enfin cela n'est pas démontré, et, en tout cas, ce n'est pas là le genre d'action attribué par M. Reisemberg à l'iode dans le traitement de la galactorrhée, puisqu'il lui fait les honneurs de la troisième cure, qui a précédé d'assez loin le rétablissement du flux menstruel. Ce dernier fait est donc le seul où aucune autre circonstance que la médication iodée ne se présente pour rendre compte de la guérison ; mais ce n'est qu'un fait.

La seconde application dont nous voulons parler concerne le traitement des fièvres intermittentes. M. le docteur Séguin (d'Albi) a attribué en effet à l'iode une action antipériodique. (Voir le travail qu'il a publié en 1846 dans le BULLETIN DE THÉRAPEUTIQUE, t. XXXI, p. 179.) M. Séguin donnait des soins à un jeune militaire qui venait de passer dix-huit mois à l'hôpital de Strasbourg pour y être traité de fièvres d'accès à type tierce. On avait inutilement employé le quinquina sous toutes les formes, ainsi que ses divers succédanés. Il alla inutilement dans le Midi pour respirer l'air natal ; il en revint le teint terreux, la peau sèche et rude, les jambes œdématiées, la maigreur extrême. La rate était très-engorgée. Dans le but spécial de résoudre cette hypertrophie de la rate, M. Séguin conseilla la teinture d'iode à la dose de 30 gouttes par jour, à prendre en trois fois dans une petite quantité d'eau sucrée. A partir de ce moment, les accès disparurent complétement, tandis que l'engorgement viscéral persista longtemps après en dépit de la médication iodée ; il ne céda qu'à l'emploi des eaux d'Aulahre. Quelques mois après, les paroxysmes se manifestèrent de nouveau à la suite d'excès de table. On administre le sulfate de quinine ; persistance des accidents. On donne la teinture d'iode, ils disparaissent rapidement. Des essais ultérieurs ont confirmé M. Séguin dans la conviction que l'iode est doué de vertus fébrifuges. Néanmoins, et M. Payan a soin de le rappeler, les résultats de ces essais ont été très-divers. Les réussites et les revers se sont succédé en quelque sorte par séries, qui ne laissent pas que d'inquiéter un peu sur la conclusion définitive qui en a été tirée.

DU MUGUET DES NOUVEAU-NÉS ; par le docteur HÉLIN.

L'intention de M. Hélin est d'indiquer une cause *nouvelle* de muguet chez les nouveau-nés. Voici comment, suivant son expression, il *fit connaissance* avec elle. Il venait d'assister une femme en couches. L'enfant venu, le père et la mère manifestèrent l'inquiétude où ils étaient de voir le muguet se développer chez le nouveau-né, attendu qu'ils en avaient déjà perdu deux de cette maladie. M. Hélin ayant appris que la mère ne pouvait ordinairement allaiter que quatre jours après l'accouchement, conseilla l'usage d'aliments plus substantiels que l'eau sucrée. Là-dessus les parents firent observer que jamais ils n'avaient osé donner de panade à des enfants si jeunes. Néanmoins ce régime fut suivi et le nouveau-né n'eut pas de muguet. « Certes, ajoute l'auteur, il est pour moi démontré à l'évidence, que si cet enfant avait été soumis au même régime que ses aînés, il eût infailliblement eu le muguet avec tout le cortége de ses conséquences. »

C'est aller un peu vite en conclusions. La faim non satisfaite peut amener chez les tout jeunes enfants une éruption de muguet ; nous le croyons sans peine. Mais des aliments trop substantiels auraient le même effet. Toute la question est donc dans l'état des forces digestives chez les jeunes sujets. Le même aliment suffisant pour l'un sera insuffisant pour l'autre ; l'eau sucrée seule pendant plusieurs jours donnera le muguet à celui-ci ; des panades en donneront à celui-là. Quant au nouveau-né spécialement observé par M. Hélin, il n'est pas absolument *évident* qu'il ait été préservé par la panade.

A. DECHAMBRE.

TRAVAUX ACADÉMIQUES.

ACADÉMIE DES SCIENCES.

SÉANCE DU 7 AVRIL. — PRÉSIDENCE DE M. RAYER.

FRUIT DU CÉDRON (SIMABA CEDRON).

M. DUMAS présente, au nom de M. Léwy, l'extrait suivant d'une lettre sur le cédron.

Dans les parties les plus chaudes de la Nouvelle-Grenade, dans les Sierras-Calientes, on trouve un arbre qui atteint de grandes dimensions et que dans le pays on nomme cédron (*simaba cedron*). Le fruit de cet arbre est une espèce de graine qui rappelle jusqu'à un certain point par son aspect la fève de Saint-Ignace. Comme cette substance, elle se distingue par une amertume extraordinaire. Les naturels lui attribuent une grande efficacité contre les morsures des serpents et dans le traitement de la rage et des fièvres intermittentes. Ils l'administrent à la dose de 5 centigr. et sous forme de poudre délayée dans l'eau-de-vie. A une dose plus élevée, cette graine agit comme un poison violent.

J'ai voulu m'assurer si les propriétés thérapeutiques si actives du fruit du cédron ne devaient pas être attribuées à une substance bien définie que l'on put isoler et substituer à la graine elle-même pour l'usage médical. J'ai réussi, en effet, à en retirer deux corps qui me paraissent bien définis et qu'il est facile de se procurer en soumettant le fruit pulvérisé à des traitements successifs par l'éther et par l'alcool.

L'éther en extrait une matière grasse, neutre, cristalline, presque insoluble dans l'alcool froid.

Le résidu épuisé par l'éther cède à l'alcool une substance que j'ai obtenue à l'état cristallisé et que je regarde comme le principe actif du cédron. Peu soluble dans l'eau froide, cette matière que je nomme *cédrine* se dissout assez bien dans l'eau bouillante et dans l'alcool et cristallise de ses dissolutions en aiguilles soyeuses. Elle est neutre au papier de tournesol. Sa saveur est d'une amertume comparable à celle de la strychnine et plus persistante encore. Jusqu'à présent je n'ai pas essayé de combiner la cédrine avec les acides, de sorte que j'ignore si elle possède des propriétés alcalines bien définies.

M. Dumas ajoute qu'un voyageur récemment arrivé en France, M. Paillard jeune (de Besançon), a rapporté une quantité assez considérable de cédron, qui pourrait servir à des expériences chimiques ou thérapeutiques.

ACADÉMIE DE MÉDECINE.

SÉANCE DU 8 AVRIL. — PRÉSIDENCE DE M. ORFILA.

Le procès-verbal de la dernière séance est lu et adopté.

Il n'y a point de correspondance officielle.

La correspondance manuscrite comprend les trois communications suivantes :

DE L'EMPLOI DES ENDUITS IMPERMÉABLES CONTRE LES PHLEGMASIES VISCÉRALES.

M. ROBERT LATOUR fait sur ce sujet une communication dont nous extrayons les passages suivants :

Il y a quelques mois, j'ai fait part à l'Académie de la facilité avec laquelle j'ai dompté, par les enduits imperméables, le travail phlegmasique, soit de la goutte, soit du rhumatisme articulaire aigu. Le succès, depuis cette époque, ne s'est point démenti : plusieurs rhumatismes articulaires, plusieurs accès de goutte se sont présentés dans ma pratique. Un laps de temps de trois jours au plus, ordinairement d'un seul jour, a constamment suffi à vaincre le mal, et ce qui rassurera sans doute sur les conséquences d'un triomphe si rapide, c'est la disparition toujours simultanée des symptômes généraux de l'affection. Quelque idée que l'on ait à cet égard, que l'inflammation locale soit considérée comme cause ou résultat, le fait est que jamais, en se retirant, cette inflammation locale n'a laissé derrière elle aucun des phénomènes généraux de la maladie. C'en est assez pour établir la parfaite innocuité d'une telle pratique, et c'est là un titre qui devra placer la médication isolante au premier rang dans la thérapeutique des affections que je viens de désigner.

Voici d'autres applications rationnelles qui procèdent de la théorie physiologique de l'inflammation, et qui démontrent que l'enduit imperméable est un antiphlogistique par excellence.

J'ai attaqué l'ovarite ; j'ai combattu la péritonite avec un bonheur qu'aucun

traitement jusqu'à ce jour ne pourrait balancer. Le fait suivant en fournira un frappant témoignage.

Mademoiselle X..., forte fille de 22 ans, après avoir subi l'impression prolongée du froid, est saisie d'un frisson qui dure, fort intense, pendant une heure, et auquel succède une chaleur brûlante, une anxiété, céphalalgie et douleur abdominale, douleur qui jusqu'au lendemain ne cesse de s'accroître, s'étend, devient enfin générale et tellement aiguë qu'elle interdit le moindre toucher. Le ventre alors est tuméfié, la respiration précipitée, le malaise indéfinissable, la fièvre ardente, et à tous ces phénomènes s'ajoutent les vomissements qui se sont rapprochés de plus en plus. L'explosion d'une péritonite ne pouvait être douteuse pour personne, et l'indication était bien ici, d'après les errements de la science, de procéder à de larges émissions sanguines.

Une telle méthode thérapeutique était assurément légitime, et les avantages en ont été souvent éprouvés pour la mettre au-dessus de tout blâme. Mais fidèle au dogme que j'ai développé touchant le mécanisme de l'inflammation, je songeai à frapper la maladie par la chaleur animale, et sans tirer une goutte de sang, j'enduisis toute l'étendue de l'abdomen d'une couche de collodion.

Ici j'éprouve, en vérité, quelque embarras à énoncer les résultats obtenus : les vomissements furent immédiatement arrêtés; après deux heures à peine, l'anxiété avait fait place au calme; la douleur abdominale était sensiblement allégée; en moins d'un jour la peau avait repris sa fraîcheur et le pouls ses conditions normales de 60 pulsations par minute, après avoir fourni 112. Enfin, cette alarmante phlegmasie, moins de vingt-quatre heures suffirent à la subjuguer définitivement.

Je ne saurais affirmer que toutes les péritonites céderont à ce genre de traitement; et j'ignore à quelle limite doit s'arrêter la vertu de l'enduit imperméable; mais, ce que j'affirme, c'est qu'autant de fois je l'ai mis en usage, dans cette dangereuse affection, autant de fois j'en ai retiré d'heureux effets. Il ne faut pas oublier cependant qu'une telle médication s'adresse, non aux résultats matériels, mais bien à l'élément organique de l'inflammation; et que, si déjà remontant à une date éloignée, la péritonite s'est compliquée d'épanchement et d'autres ulcérations textiles, on ne saurait élever la prétention d'effacer immédiatement tous ces désordres. La seule ambition alors qu'il soit permis de nourrir, c'est, en domptant la maladie, d'en arrêter l'action aux ravages accomplis. Tel fut l'avantage que je recueillis chez une dame âgée de quarante-cinq ans, d'une santé détériorée depuis longtemps, et qui, portant une ovarite chronique du côté droit, avait été frappée d'une péritonite générale dont la gravité se trahissait par une douleur des plus vives, étendue à tout l'abdomen, par une fièvre ardente, une anxiété fatigante, et des vomissements qui, survenus le troisième jour du début, se signalaient, le lendemain, par une grande fréquence, alors que fut réclamée mon intervention dans le traitement.

— M. Liéger, de Rambervillers (Vosges), envoie un mémoire sur les fièvres délirantes considérées sous le point de vue de la tendance au suicide; il a constaté que cette tendance était générale chez les individus atteints de la maladie qui l'occupe.

— M. Panzevis (de Constantinople) adresse un scarificateur de l'urètre de son invention.

— M. H. Larrey lit, au nom de M. Serre (d'Alais), un mémoire sur la rétinoscopie phosphénique ou l'exploration de la rétine par les phosphènes. L'étendue de ce mémoire n'ayant pas permis à M. Larrey d'en terminer la lecture, la suite est remise à la prochaine séance.

— M. Ferrus lit un rapport sur une note de M. Dancy, relative à la question de savoir : s'il ne serait pas plus avantageux, au point de vue de la salubrité, de fonder des colonies agricoles dans l'intérieur des terres qu'au bord de la mer.

M. le rapporteur, considérant que le travail de M. Dancy ne contient aucun document propre à éclairer la question qu'il a posée, propose l'ordre du jour. (Adopté.)

ÉTRANGLEMENT INTERNE PAR UN DIVERTICULE DE L'ILÉON.

M. Bouvier communique un fait d'étranglement interne de l'intestin grêle par un diverticule de l'iléon, terminé par la mort, et présente les pièces pathologiques.

Il s'agit d'une femme de 24 ans, primipare, qui était accouchée depuis quelques jours, lorsqu'elle fut prise de douleurs sourdes dans l'abdomen. M. Bouvier constata la présence d'une tumeur dure, mobile, du volume du poing, dans la fosse iliaque droite. Cette tumeur ne paraissait avoir aucune connexion avec l'utérus.

M. Huguier constata, à l'aide de son hystéromètre, que la tumeur, ainsi que l'avait pensé M. Bouvier, ne siégeait point dans cet organe. La malade, faible d'ailleurs, et qui n'était point allée à la selle depuis plusieurs jours, avait éprouvé un mieux sensible à la suite d'une légère purgation, lorsque le 2 avril, ayant mangé une assez grande quantité de pommes de terre, elle éprouva des coliques et des vomissements.

Le lendemain, les symptômes augmentèrent dans la soirée, et cette femme mourut le 4, après une évacuation alvine excessivement abondante, avec tous les symptômes d'une péritonite aiguë.

A l'autopsie, on constata, entre autres lésions d'origine plus ou moins ancienne, un étranglement d'une portion de l'iléon composée de cinq ou six anses intestinales, par un appendice appartenant à l'intestin lui-même, et qui, décrivant un tour de spirale presque complet autour de l'intestin, venait s'implanter, par une extrémité multipédiculée sur un point de la fosse iliaque où il existait de nombreuses adhérences entre l'intestin, l'épiploon, les annexes de l'utérus et la paroi abdominale.

Il résulte de l'examen des pièces qu'il existait, avant l'invasion de la péritonite, une inflammation chronique dans le tissu cellulaire péri-utérin et dans le ligament large droit, un appendice anormal à l'iléon, et que par suite de l'inflammation chronique, des adhérences s'étaient établies entre les annexes de l'utérus d'une part et une anse d'intestin grêle d'autre part, avec la paroi abdominale au niveau du pli de l'aine, et que l'extrémité caudale multidigitée de l'appendice avait depuis quelque temps contracté des adhérences avec toutes ces parois et le grand épiploon, en formant un anneau dans lequel est venue s'étrangler une portion considérable de l'iléon.

M. Bouvier se demande, en rapprochant cette observation des faits analogues connus dans la science, quelles conclusions on peut en tirer relativement à la conduite du médecin en pareil cas. Il pense qu'en présence des dispositions qu'il vient de faire connaître, l'idée d'ouvrir l'abdomen et d'aller à la recherche de l'obstacle au cours des matières, doit se présenter naturellement à l'esprit.

M. Bégin rapporte, à cette occasion, un cas analogue d'étranglement intestinal, avec déplacement, ayant produit des adhérences, et plus tard une perforation qui rendait une anse d'intestin inutile. Le malade vécut pendant cinq ou six ans; mais des accidents d'étranglement s'étant reproduits, au bout de ce temps il succomba. M. Bégin conclut qu'on ne doit pas désespérer des malades dans tous les cas où on n'opère pas, et qu'on doit garder, au sujet de cette opération, une sage réserve.

TUMEUR FIBREUSE DE L'UTÉRUS CHEZ UNE FEMME ENCEINTE.

M. Danyau présente une tumeur fibreuse développée dans la lèvre postérieure du col de l'utérus, chez une femme enceinte, et dont il a fait l'extraction au moment de l'accouchement, que la présence de cette tumeur rendait impossible. M. Danyau rapporte à peu près en ces termes l'histoire de cette femme.

Dans la nuit de jeudi à vendredi, je fus invité à me rendre auprès d'une femme dont l'accouchement présentait des difficultés sérieuses.

A mon arrivée, j'appris que cette personne, déjà mère de trois enfants, comptait sept mois et demi de grossesse; j'appris aussi que cette femme avait eu un écoulement sanguin par la vulve quarante heures auparavant et que la membrane s'étant rompue, cet écoulement avait continué. Depuis la rupture de la membrane, les mouvements de l'enfant avaient cessé.

Au toucher, je constatai l'existence d'une tumeur volumineuse occupant à peu près toute la capacité du vagin.

Cette tumeur, de forme arrondie, d'une consistance assez faible, paraissait s'être développée à l'insu de la malade, aucun symptôme n'en avait jusqu'alors révélé la présence. La menstruation n'avait pas cessé d'être régulière.

Du reste, le médecin qui avait exploré cette femme au début de la grossesse n'avait point senti de tumeur, ce qui porte à penser qu'elle s'est développée pendant la grossesse.

Que fallait-il faire en présence de cette tumeur, qui rendait impossible l'accouchement par les voies naturelles? Fallait-il abandonner la malade? fallait-il pratiquer l'opération césarienne? Il restait un troisième parti, c'était de chercher, par une opération, à extraire cette tumeur, de manière à obtenir une ouverture suffisante. M. P. Dubois, appelé en consultation, ayant partagé cet avis, l'opération fut arrêtée.

La malade étant convenablement placée, je fis sur la tumeur une large incision, puis introduisant alternativement deux doigts de la main droite et deux doigts de la main gauche, je parvins à dégager assez la tumeur pour en saisir quelques parties, puis enfin pour l'embrasser tout entière. Après l'avoir extirpée, je constatai une présentation du sommet avec procidence d'un pied et d'une main; je dus pratiquer la version, j'amenai sans difficultés les deux extrémités pelviennes au dehors, mais lorsque le siége arriva, je fus obligé de faire quelques incisions; bientôt après, la tête fut engagée, et la délivrance eut lieu. Depuis ce moment, l'état de cette femme a été très-satisfaisant, et tout paraît faire présumer qu'elle guérira.

M. Moreau : J'ai été témoin d'un fait semblable, si ce n'est la différence du siége de la tumeur. Malheureusement la tumeur n'a été reconnue que trop tard et longtemps après l'accouchement et l'opération, qui présenta de très-grandes difficultés, amena une issue funeste.

M. Velpeau : Le développement de tumeurs fibreuses chez des femmes enceintes n'est point un fait nouveau. J'en ai observé moi-même plusieurs cas; mais le fait de M. Danyau présente trois particularités qu'il est important de noter. Et d'abord, la tumeur obstruait le vagin, et sans son extraction, l'accouchement aurait été impossible. En second lieu, contrairement aux idées généralement admises, la tumeur paraît s'être développée dans l'espace de quelques mois, puisque M. Récamier, ayant examiné la malade il y a six mois, ne trouva que quelques granulations sur le col. Enfin, le procédé de morcellement employé par M. Danyau n'est pas nouveau, mais est intéressant par les résultats qu'il a donnés. Nous avons nous-même, en diverses circonstances, été obligé de morceller des tumeurs trop volumineuses pour qu'on pût les extraire en entier, et nous l'avons fait, soit en long, soit en large, soit obliquement. M. Maisonneuve a, je crois, employé un procédé dit par déroulement, qui consiste à faire d'abord une coupe transversale et tirer dessus, puis une seconde coupe et tirer encore; de cette façon, la tumeur est extraite sans danger.

M. Moreau : On a désiré savoir si des cas analogues se sont rencontrés, si des tumeurs semblables ont existé dans le col de l'utérus, et l'on a dit que des tumeurs qui auraient pris naissance dans l'intérieur du vagin devaient apporter un obstacle insurmontable à l'accouchement.

Je rappellerai l'histoire d'une femme chez qui plusieurs chirurgiens, ayant reconnu l'existence d'une énorme tumeur, avaient cru qu'il fallait pratiquer l'opération césarienne. Cette femme fut prise des douleurs de l'enfantement. La tumeur fut chassée complétement au dehors de la vulve, et grâce aux efforts que fit la femme, l'accouchement eut lieu.

Chez une autre femme, on reconnut qu'il existait une tumeur énorme dans

l'intérieur du bassin, et déjà l'on agitait la question de savoir si on devrait recourir à l'opération césarienne ou à toute autre. Après avoir examiné la malade, je pus reconnaître que cette tumeur avait été formée par l'ovaire. L'ovaire était placé au-dessus de l'utérus, je pensai qu'il y aurait peut-être possibilité de le refouler dans le bassin, ce que je fis, et l'accouchement fut rendu facile. Quant au développement de cette tumeur, il paraît qu'elle s'est accrue d'une manière extraordinaire dans un court espace de temps.

Ce qui pourrait me faire croire que la tumeur dont a parlé M. Danyan a pris un développement si considérable dans le cours de sept mois; c'est un fait que j'ai communiqué à la Faculté de médecine en déposant une tumeur du volume d'un œuf qui n'avait pu se développer à une époque antérieure à la fécondation.

M. P. Dubois : Les cas d'obstruction du bassin par des tumeurs de diverses espèces ne sont pas rares, et malheureusement, dans la plupart des cas, les ressources de l'art ont été impuissantes; ce qui fait le mérite de la communication qui vient de nous être faite, c'est qu'il me paraît certain que cet obstacle aurait donné lieu à des opérations très-dangereuses pour la mère et surtout pour l'enfant.

Ce qui fait encore le mérite de l'opération pratiquée par M. Danyan, c'est que, fondée sur les recherches modernes, cette opération peut être considérée comme une conquête. En effet, je ne crois pas que cette opération eût été jamais pratiquée. Je ne crois pas qu'il y ait dans la science un fait de cette nature. Je sais que des faits analogues ont été rapportés par un chirurgien anglais, mais il s'agissait de tumeurs placées dans le bassin en dehors de l'utérus, et dont l'extraction ne présentait pas de grandes difficultés, tandis qu'ici il s'agit d'une tumeur qui a son siége dans l'utérus même.

La séance est levée à cinq heures.

BIBLIOGRAPHIE.

COMPTE RENDU DE LA VACCINATION PUBLIQUE EN ALGÉRIE PENDANT L'EXERCICE 1849, rédigé par M. le docteur AGNÉLY, directeur du service de la vaccination à Alger.

Le service de la vaccination de l'Algérie, créé à la fin de 1848, a déjà donné des résultats qui sont de nature à inspirer les meilleures espérances sur l'avenir de cette grande institution hygiénique, qui se lie par tant de points à l'avenir de la civilisation elle-même. Nous empruntons au premier compte rendu officiel de la statistique vaccinale en Algérie, publié par les soins du comité central algérien, quelques détails qui, en même temps qu'ils feront connaître les progrès naissants de cette institution, nous fourniront l'occasion, chemin faisant, de signaler quelques particularités intéressantes au point de vue des effets comparatifs de la vaccine et de la variole sur des populations de races différentes.

Les états de vaccination adressés au chef de service justifient nominativement de 5,487 vaccinés. Sur ce nombre, Alger seul figure pour le chiffre de 1,058 sujets vaccinés, détaillé comme il suit dans le rapport spécial de M. Agnély :

Chrétiens	811
Israélites . . .	142
Musulmans . . .	103

Les 811 chrétiens sont ainsi répartis entre les diverses nationalités européennes :

Français.	399
Espagnols. . . .	317
Italiens.	45
Allemands. . . .	33

Suivant la prescription du règlement, le vaccinateur d'Alger a inspecté toutes les écoles publiques et privées pour les enfants des deux sexes et des trois cultes; elles étaient en 1849, dans la ville et sa banlieue, au nombre de 67, et divisées ainsi :

37 pour les enfants des Européens.
30 pour les enfants des indigènes.

Les élèves s'y trouvaient au nombre de 4,343, savoir :

Chrétiens. . . .	3,259
Israélites. . . .	556
Musulmans. . .	528

Un trait de la civilisation différentielle entre les Européens et les indigènes, se révèle dans le soin donné à l'éducation du sexe féminin; ainsi, les 37 écoles européennes sont divisées en 18 pour les garçons et 19 pour les filles; tandis que pour les 30 écoles indigènes, deux seulement sont destinées aux filles, et encore sont-elles d'institution française, et dirigées par des institutrices françaises.

Examinée sous le rapport vaccinal et variolique, cette jeune génération a pu être classée, comme il suit :

	Vaccinés.	Variolés.	Ni vaccinés ni variolés.
Chrétiens. .	2,786	272	266
Israélites . .	37	463	46
Musulmans.	32	452	44

En général, les israélites ont paru plus fortement *marqués* que les musulmans par les stigmates de la variole...

Il règne parmi les israélites de la communauté d'Alger, une tradition orale, suivant laquelle, les juifs nés dans la ville d'Alger et initiés aux mystères de la religion, ne sont plus exposés aux atteintes de la petite vérole quand ils ont passé l'âge de 13 ans; cette immunité, qu'ils font remonter à une bénédiction spéciale d'un vénéré rabbin *Ben-Chata*, qui est mort en 1402, n'aurait jamais éprouvé d'échec d'après de nombreux et leurs plus sérieux témoignages.

Cette prétention traditionnelle semble confirmée jusqu'à un certain point, par le relevé des décès qui ont eu lieu dans la population civile d'Alger, par suite de l'épidémie de variole qui s'est si cruellement sévi durant le premier semestre en 1846; voici ce curieux relevé, fait par le docteur Agnély, sur les registres de l'état-civil.

DÉCÈS PAR LA VARIOLE, EN 1846.

	Nombre des décès.	Au-dessous de 13 ans.	Au-dessus de 13 ans
Chrétiens	349	303	46
Musulmans . . .	320	268	42
Israélites.	87	86	1

Le seul israélite inscrit dans la dernière colonne est porté, dans l'acte de décès, comme âgé de 14 ans, et l'absence de tout acte de naissance pour les israélites, nés dans les premières années de l'occupation, n'a pas permis de vérifier cette indication; quoi qu'il en soit, il n'est pas moins remarquable de voir, en un temps d'épidémie, la variole s'arrêter, comme limite d'âge, parmi les juifs, à 14 ans, tandis qu'elle a enlevé tant de chrétiens et de musulmans âgés de 25, 30, 40 et jusqu'à 60 ans.

Le vaccinateur d'Alger s'est aussi livré à quelques recherches parmi les enfants musulmans, sur les procédés d'inoculation de la variole, dont le stigmate se retrouve chez les Maures derrière le lobule de l'oreille, sur le moignon de l'épaule, et presque toujours, chez les Arabes et les Kabyles, dans l'espace interdigital des deux premiers métacarpiens de la main gauche. Pour plus de renseignements sur ce point, il s'est rendu près des Arabes détenus à la Casbah, et 100 d'entre eux, originaires des divers points de l'Algérie, examinés et interrogés à ce point de vue, ont fourni la preuve matérielle de la vulgarisation, parmi eux de cette méthode qui parmi les chrétiens même a précédé la vaccine; en effet, 54 portaient le stigmate cicatriciel de l'inoculation variolique.

41 étaient marqués des suites de la variole spontanée.

5 seulement ne présentaient aucune trace de la variole, soit spontanée, soit inoculée. C'est durant cette investigation que le docteur Angnély a reçu, de deux Arabes du Lagouhat, des renseignements précieux relatifs à l'existence probable sur la chamelle d'un djidri ou maladie éruptive, semblable à celle, qui sur les vaches, en Europe, a été la source première du virus-vaccin. Il y a tout lieu d'espérer que M. Agnély ne perdra point de vue la connaissance de ce fait qui peut devenir d'une si haute importance pour la pratique vaccinale dans le sud de l'Algérie et dans l'intérieur de l'Afrique.

A sa gestion vaccinale, le docteur Agnély a joint quelques données statistiques sur les effets de la variole, dans la commune d'Alger; on y remarque :

1° Le fait intéressant d'une épidémie de variole que de promptes et de nombreuses vaccinations ont paru enrayer.

2° Le nombre considérable d'éruptions varioliques suivies de décès, chez des sujets vaccinés, et cela en dehors de toute épidémie; d'où, cette conclusion toute naturelle qu'il faut pratiquer une deuxième vaccination à l'âge de la puberté.

Le compte rendu des opérations vaccinales dans la province d'Oran, contient un intéressant exposé de l'expédition vaccinale, qu'avec le concours de MM. les généraux Pélissier et de Mac-Mahon, les officiers du bureau arabe d'Oran, ont réalisée parmi les tribus de cette subdivision. Le chirurgien attaché à ce poste, M. Duponchelle, a pu pratiquer ainsi 1,647 vaccinations, dans l'espace de quatre mois, et partout les chefs indigènes se sont empressés de faciliter cette opération. Le directeur de la vaccination fait observer, que c'est là une démonstration pratique de la véracité de l'opinion émise par les médecins militaires et vaccinateurs publics à Boghar, Bougie, Bône, sur la facilité des vaccinations au sein des tribus arabes.

Pour apprécier toute l'étendue des services que la vaccine est appelée à réaliser dans nos possessions d'Afrique, il suffira de rappeler que ce pays, foyer primitif de la petite vérole, n'a cessé jusqu'ici de manifester cette constitution variolique par de fréquentes épidémies dont l'intensité meurtrière ne le cède souvent en rien à celle du choléra : témoin celle de 1847 dans le cercle de Biskara, qui d'après les renseignements fournis par M. le docteur Damée, a enlevé 920 enfants, âgés de 6 mois à 5 ans, et celle qui a sévi dans la ville d'Alger durant le premier semestre de 1846, laquelle, d'après les rapports de MM. les docteurs Bosio et Foley, a fait 763 victimes au sein de la population civile.

Le rédacteur en chef, JULES GUÉRIN.

REVUE HEBDOMADAIRE.

CONCOURS POUR UNE CHAIRE DE CLINIQUE CHIRURGICALE A LA FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS.

QUATRIÈME ÉPREUVE. — THÈSES ET ARGUMENTATIONS.

(Suite. — Voir les numéros 3, 7, 10, 14 et 15.)

Jusqu'ici nous n'avons parlé, dans nos articles sur le concours, que des concurrents et des épreuves. Nous n'avons rien dit encore du jury et de l'auditoire. Pour que nos lecteurs puissent assister pour ainsi dire avec nous à cette lutte, qui comptera parmi les plus remarquables de la Faculté de Paris, nous leur devons quelques mots sur le jury et l'auditoire.

Le jury, comme on sait, est composé de dix professeurs de l'École et de cinq membres de l'Académie de médecine. Par suite de maladies, trois des professeurs, MM. Cloquet, Roux et Gerdy, ont cessé de siéger. Le jury est donc réduit à douze juges, dont sept de l'École et cinq de l'Académie. La GAZETTE MÉDICALE en a fait connaître précédemment les noms. Ce n'est d'ailleurs pas des noms qu'il s'agit en ce moment, mais des tendances scientifiques de ce jury, révélées par les sujets d'épreuves qu'il a choisis. Ceux qui ont été donnés jusqu'ici, pour la composition écrite, les leçons cliniques et les thèses, offrent un caractère très-digne de remarque : on ne saurait y méconnaître une parfaite connaissance de l'état actuel de la science, des progrès récemment accomplis et des questions à éclairer. Sans faire acception ni exception des personnes, on ne peut que féliciter le jury d'avoir aussi bien compris la portée de sa mission. En sortant des ornières battues, en mettant les compétiteurs aux prises avec les grandes difficultés pendantes, il a trouvé le moyen de relever pour un instant l'institution du concours, si avancée dans sa décadence; et il a assuré aux épreuves un double caractère d'intérêt et d'utilité. Aussi le public y vient-il en foule. Celui-ci ne se compose pas seulement des élèves, mais de bon nombre de docteurs qui ont souci de connaître le véritable état de la science sur les questions à l'ordre du jour. L'auditoire est donc en parfaite harmonie avec le jury. En raison du nombre, du choix des éléments, et, nous devons le reconnaître, en raison de l'autorité qu'il exerce, c'est presque un second jury. Ses manifestations sont généralement justes, quoique promptes. Par cela même qu'elles échappent à toute influence de coterie et de parti, elles ne seront pas sans influence sur les déterminations du jury effectif : c'est, dans la circonstance, une des garanties de l'institution.

Les argumentations dont nous avons à rendre compte aujourd'hui sont celles de M. Jarjavay, *sur les fractures des articulations*; argumentateurs : MM. Nélaton, Robert, Voillemier, Michon ; — celle de M. Giraldès, *sur les maladies du sinus maxillaire*; argumentateurs : MM. Morel, Richet, Samson et Gosselin ; celle de M. Bouisson, *sur les vices de conformation de l'anus et du rectum*; argumentateurs : MM. Chassaignac, Jarjavay, Nélaton et Robert.

Le nom de M. Jarjavay est connu de nos lecteurs. Auteur de travaux intéressants sur l'anatomie et la chirurgie, il s'est fait remarquer dans plusieurs concours comme un esprit judicieux, qui ne manque ni d'originalité ni de portée. Très-jeune encore, il n'a peut-être pas atteint cette maturité de connaissances et cette fermeté de principes que peuvent seules donner les années ou la vigueur d'esprit qui y supplée. Sa thèse et la manière distinguée dont il l'a défendue sont du moins en parfaite conformité avec l'idée que nous nous faisons de son talent et de sa personne.

Les fractures des articulations offrent des caractères qui les distinguent des autres fractures, ce qui permet de les considérer d'abord à un point de vue général. M. Jarjavay n'a pas manqué de s'arrêter à ce point de vue. Après une étude en quelque façon abstraite du genre, il a abordé successivement les éléments cliniques dans lesquels il se résout : l'anatomie pathologique, les causes, les symptômes, le diagnostic, le pronostic, les complications et le traitement. Quoiqu'il ait bien saisi la physionomie d'ensemble de son sujet, il n'en a peut-être pas compris le sens le plus élevé ; mais il est homme à le reconnaître à la plus simple indication. Or, ce sens, le voici : « Les fractures pénétrantes des articulations présentent des conditions *anatomiques* particulières, dit M. Jarjavay, qui les distinguent des autres fractures. » Puis vient l'énumération fort exacte de ces conditions que l'auteur range sous deux chefs : les unes résultant de ce que la fracture a son siége sur les extrémités des os ; les autres résultant de ce qu'elle pénètre dans une articulation, et y rencontre les éléments anatomiques spéciaux de l'appareil articulaire. Si M. Jarjavay avait fait pour la physiologie ce qu'il a fait pour l'anatomie, pour la fonction ce qu'il a fait pour l'organe, il se serait élevé à la véritable conception, à la plus haute généralité de son sujet. *Intelligenti pauca.* Nous n'en dirons pas plus à cet esprit distingué ; nous devons ajouter, comme circonstance atténuante, qu'aucun de ses compétiteurs ne l'a mis en demeure de répondre à des reproches de ce genre. Les objections qui lui ont été adressées se rapportent toutes à des points particuliers d'anatomie et de physiologie pathologiques, d'étiologie, de diagnostic et de thérapeutique.

Parmi les premiers, on a remarqué une excellente observation de M. Robert sur l'influence du périoste dans les fractures articulaires. Le rôle de cette membrane devait être étudié dans les cas où elle est conservée et dans ceux où elle ne l'est pas, au point de vue du diagnostic, du pronostic et du traitement. M. Jarjavay a évidemment omis cette importante considération, du moins envisagée par son côté général. Comme remarque de physiologie pathologique, M. Michon a contesté la participation des muscles à la formation du cal, admise par M. Jarjavay, d'après M. Cruveilhier. C'est d'ailleurs mal à propos que M. Jarjavay aurait attribué cette opinion à ce professeur. Suivant M. Michon, et nous partageons pleinement cet avis, les incrustations osseuses qui se remarquent aux extrémités de certains muscles aboutissant à une fracture ne sont pas des produits de ces derniers, mais de simples envahissements de la matière du cal. M. Michon a également contesté l'influence de la synovie comme apportant, par son contact avec les surfaces osseuses, un obstacle à l'organisation du cal. De ce que, par son mélange avec la matière purulente, le suc osseux perd la propriété de se solidifier, M. Jarjavay en induit que le contact de la synovie produit un résultat analogue. A l'appui de cette opinion, qui nous paraît purement spéculative, il a cité le cas d'un homme mort au quarante-deuxième jour d'une fracture de l'articulation tibio-tarsienne, chez lequel la consolidation ne s'était pas opérée, et l'organisation du cal s'était arrêté à la formation du tissu fibreux. Mais chez le sujet de cette observation un phlegmon diffus s'était développé autour de l'articulation, lequel, suivant M. Michon, avait suspendu le travail de l'ossification du cal. Ce résultat

---

Feuilleton.

NÉCROLOGIE. — M. J. TOURDES.

L'Alsace a perdu récemment l'un de ces hommes qui se rendent utiles aux jeunes générations, non-seulement par la direction de leur enseignement, mais encore par l'exemple continu de leur caractère, par une invariable régularité d'habitudes et d'impulsions morales. Ces hommes-là ont une valeur d'ensemble qui s'accroît jusqu'au dernier moment de leur existence ; ils se complètent année par année ; ils ne brillent exclusivement ni par certaines facultés de l'intelligence, ni par certains côtés de leur individualité morale ; mais on trouve en eux une dose suffisante de tous les éléments dont l'heureuse exubérance produit ailleurs les divers genres de supériorité. Leur modestie n'est que l'expression du juste équilibre de leur vie intellectuelle. Point de rayonnement vif, point d'aspirations hardies : s'ils ont charge d'auditeurs et mission d'initiation, leur chaire n'a rien de magnétique ; ils ne connaissent ni les ardeurs de l'ambition ni l'aiguillon des rivalités. Mais ceux qui pénètrent dans la sphère intime de leur vie ou qui s'attachent avec suite à leur commerce intellectuel, constatent, sous une lenteur habituelle de pensées et de paroles, une force qui se contient, une science concentrée, un jugement qui s'est aiguisé par la réserve, une expérience qui a mûri dans l'impartiale contemplation des hommes et des choses. Aux hommes dont nous parlons, et parmi lesquels le professeur Tourdes occupe une place éminente, que manque-t-il pour occuper l'attention de leurs contemporains ? De l'essor, de l'expansion, moins de défiance envers eux-mêmes, peut-être plus d'illusions.

Né à Carlat (Cantal), le 19 août 1770, il reçut, dès les premières années de sa vie, une forte empreinte d'éducation maternelle qui ne s'effaça plus. Les exemples de piété et de charité qu'il eut sous les yeux gravèrent en lui, avec le souvenir d'une sainte mère, des conseils et des pensées qui lui donnèrent une consistance prématurée. Après les succès échelonnés du collége, il fallait opter pour une carrière ; ses tendances sérieuses, son esprit grave et réfléchi lui désignèrent naturellement la médecine. C'est à Montpellier qu'il alla en puiser les principes. — C'était en 1789 ; la France avait encore par devers elle quelques années de tranquillité apparente ; M. Tourdes eut le temps d'achever sa scolarité, sous la faveur sympathique des professeurs, qui avaient remarqué les solides qualités de son esprit ; il fut distingué et recherché par Chaptal, dont il conserva l'amitié. Peu de jours avant l'écroulement de toutes les vieilles institutions de la France, il présentait à l'École une thèse écrite en latin sur les propriétés vitales, et il recevait, suivant les rites antiques de l'endroit, la solennelle investiture du doctorat.

Les premières rumeurs de la révolution naissante se propageaient jusqu'au fond des provinces ; M. Tourdes se hâta d'accourir à Paris pour observer ce grand mouvement et pour saisir l'opportunité de son propre avenir. Doué d'une

nous paraît en effet beaucoup plus probable et plus conforme aux lois de la physiologie pathologique.

Le sang épanché entre les fragments est-il un obstacle à leur réunion? M. Robert le pense; mais M. Jarjavay n'est pas disposé à admettre la fréquence de ces épanchements; c'est plutôt la synovie et la sérosité qui les constituent, et il est rare que leur abondance soit telle, qu'on puisse les considérer comme un obstacle réel à la réunion des fragments. L'exemple des fractures de la rotule cité par M. Robert nous paraît tout à la fois favorable à son opinion et à celle de M. Jarjavay. La matière épanchée entre les fragments est quelquefois telle que leur réunion est entièrement gênée, sinon empêchée. Mais quelle est la nature de l'épanchement? Nous sommes porté à croire avec M. Jarjavay que le sang n'y entre que pour la plus faible partie.

Parmi les objections se rapportant à l'étiologie, nous rappellerons quelques bonnes remarques de M. Robert sur l'action toute spéciale des projectiles de guerre, que M. Jarjavay n'a pas suffisamment caractérisée. Quand les balles atteignent la diaphyse, elles la font éclater en grandes esquilles; quand elles atteignent les extrémités, elles s'y enfoncent et creusent le tissu spongieux, s'y déforment et deviennent difficiles à extraire; de là un mode de lésion particulière et une complication grave. Il ne suffit pas que M. Jarjavay ait parlé incidemment de ces deux faits: il aurait dû proportionner l'étendue de ses développements à l'importance du sujet. M. Voillemier a touché moins juste à l'occasion des fractures par l'action des ligaments. Cette action, ainsi que l'a judicieusement fait observer M. Jarjavay, rentre dans la catégorie des actions traumatiques. Les ligaments ne font rien par eux-mêmes; les arrachements qu'ils déterminent résultent d'une action passive, de la violence extérieure portée au-delà de leur résistance matérielle; ils ne sont que les intermédiaires de cet ordre de causes. —Dans la même catégorie de faits, M. Voillemier a insisté sur la fracture par écrasement et pénétration de l'extrémité inférieure du radius; il revendique comme démontrée par ses recherches personnelles la connaissance exacte de ce fait, que M. Jarjavay attribue en tout ou en partie à un chirurgien militaire, sans autre désignation d'ouvrage et de nom d'auteur. Cette dénégation a fort ému M. Voillemier et l'a fait sortir un instant, au mécontentement de l'auditoire, de sa modération habituelle.

Le point de vue clinique a attiré plus particulièrement l'attention des argumentateurs. MM. Michon et Nélaton s'y sont distingués comme de coutume. Le premier a contesté que l'incurvation en S iliaque de la main, du poignet et de l'avant-bras fût un signe pathognomonique de la fracture de l'extrémité inférieure du radius, qui pénètre jusque dans l'articulation. Il eût fallu rechercher d'autres caractères: l'obliquité de la fracture, par exemple, peut donner lieu à une induction importante, qu'il serait utile de compléter par des explorations directes. M. Michon a encore reproché à M. Jarjavay d'avoir rejeté sans motifs suffisants la resection des membres inférieurs dans le cas de fracture grave des extrémités articulaires. Les succès que sir Astley Cooper et Josse (d'Amiens) ont obtenus, exigeaient au moins une discussion des cas et des conditions d'application. M. Jarjavay s'est mollement défendu sur ces différents points.

Les objections de M. Nélaton ont plus trait à des faits qu'à des principes; il faudrait trop d'espace pour les reproduire et les faire apprécier comme elles le méritent. Le succès que cet habile compétiteur avait obtenu dans sa précédente argumentation l'a peut-être abusé. Il y a des genres de mérite qu'on n'apprécie bien qu'une fois: *Non bis in idem*. M. Nélaton a peut-être eu le tort de ne pas essayer d'autres moyens: ce qui fait qu'avec la même précision d'idées, le même bon sens, la même netteté d'expressions, il a trouvé l'auditoire moins sympathique. Ses remarques sur un cas de mort attribuée à une hémorrhagie provenant des fragments d'une fracture du fémur; sur l'observation de Duverney, relative à une fracture intra-articulaire par instrument piquant; sur des cas de mort que Boyer aurait vu survenir à la suite d'une fracture intra-capsulaire de l'humérus, ont frappé juste; mais elles ne vont pas au delà du fait particulier, et ne témoignent, dans l'espèce, que d'un excellent esprit critique. M. Nélaton gagnerait à sortir de ce cercle: il le peut et il le fera. Ses réflexions générales sur le défaut de concordance entre la partie anatomique et la partie clinique de la thèse de M. Jarjavay, et sur le caractère éminemment pratique du sujet, étaient un heureux acheminement dans une autre voie: pourquoi n'y a-t-il pas persévéré?

Cette argumentation n'a d'ailleurs offert rien de saillant. La défense de M. Jarjavay, tout en conservant le caractère de distinction et de généralité qu'on remarque dans sa thèse, a quelquefois manqué de fermeté et de précision. Quand ce candidat a raison, ce qui lui arrive souvent, il allonge trop ses répliques; il ne sait pas assez mettre en relief l'argument principal, et le défaut de vivacité du trait l'empêche parfois d'arriver au but.

— L'argumentation de la thèse de M. Giraldès s'est ressentie de l'ingratitude du sujet. Les maladies du sinus maxillaire, ainsi que l'a fait justement remarquer ce candidat, prêtent peu aux considérations élevées. C'est un sujet des plus circonscrits, pour lequel il y avait peu de matériaux dans la science. Les faits cliniques qui s'y rapportent ne sont ni variés ni nombreux. C'est une grande injustice, de la part du jury, s'est écrié M. Giraldès, dans un petit accès de mauvaise humeur, d'avoir posé une question si étroite à côté d'autres questions si belles: « On dit qu'on n'a que vingt-» quatre heures pour maudire ses juges, je les ai maudits pendant les » douze jours que j'ai mis à composer ma thèse. » Cette boutade, qui trahit les dispositions où était l'auteur pendant la composition de son travail, et qui laisse pressentir le peu d'entrain qu'il y a mis, a été assez bien accueillie par l'auditoire. Il est de fait que M. Giraldès, dont l'esprit scientifique est apprécié, dont les connaissances étendues en anatomie et en physiologie comparées l'auraient puissamment servi à traiter une question d'un ordre plus élevé, a dû se trouver fort mal à l'aise en présence d'un sujet aussi ingrat et aussi restreint. Mais M. Giraldès est homme à prendre sa revanche, et le jury lui tiendra compte en temps et lieu de l'impossibilité où il l'a mis involontairement cette fois de se produire avec les mérites qui le distinguent.

L'argumentation de la thèse de M. Giraldès s'est tenue constamment, comme le sujet le commandait, dans un cercle d'objections de détails, afférentes à la pratique. Peut-être y avait-il moyen de vivifier et d'agrandir les questions par des considérations étiologiques: rechercher, par exemple, quelles sont les causes qui réalisent plus spécialement les maladies du sinus maxillaire, considérées plutôt par rapport à leur nature que par rapport à leur action et à leur résultat mécaniques. Mais ces considérations ne sont pas sympathiques, comme on sait, à l'époque actuelle; on y viendra: contentons-nous de profiter de toutes les occasions pour montrer où elles seraient de mise et où elles féconderaient les sujets les plus ingrats en apparence.

Nous ne faisons donc que mentionner les remarques de M. Morel-Lavallée, sur un mode de guérison des fistules du sinus maxillaire, qui con-

---

rare sagesse de conduite, il avait compris la portée des changements qui s'annonçaient et la nécessité de se placer dans le courant des idées et des événements, pour n'avoir pas trop à souffrir de leur choc et de leur mêlée. Sa fortune d'amitiés le suivit dans la capitale; Biron, placé à la tête de la médecine militaire, l'accueillit avec l'empressement d'un compatriote, car il était comme lui originaire de l'Auvergne; Coste l'admit dans son intimité fidèle. Grâce à de telles liaisons, il ne fut pas difficile à M. Tourdes de s'abriter au sein de la médecine militaire, qui devint, comme l'armée, un refuge contre la terreur et la proscription. Nommé médecin ordinaire aux armées de Rhin et Moselle, il débuta à l'hôpital de Metz, où son fils a rempli, quarante ans plus tard, les fonctions d'aide-major; il y eut à lutter contre une épidémie meurtrière, et, malgré les labeurs d'une pratique surchargée, au milieu de l'encombrement des malades, il trouva le loisir et la force de s'exercer à l'enseignement par des leçons de physiologie. Il n'avait que 25 ans quand il fut chargé, en 1795, d'une mission de haute confiance qui consistait à visiter les hôpitaux des bords de la Moselle et du Rhin. Envoyé l'année suivante à l'armée d'Italie, il eut le bonheur de passer dix-huit mois à Pavie dans la docte familiarité des hommes éminents qui jetaient alors un si vif éclat sur l'Université de cette ville; il y connut Spallanzani, Volta, Scarpa, Moscati, il se nourrissait de leurs enseignements, il jouissait de leur bienveillance; il eut l'insigne honneur de seconder Spallanzani dans ses dernières expériences, et de lui prodiguer ses soins durant la maladie qui l'emporta.

En 1799, M. Tourdes revint en France, après avoir exploré toute l'Italie; en 1800, il reçut une commission de médecin en chef adjoint à l'armée de réserve, et l'absence du titulaire lui valut de faire en cette qualité la brillante campagne de quarante jours qui se termina par le triomphe de Marengo. Sous Macdonald, il fit ensuite, avec le titre de médecin en chef, la pénible campagne des Grisons, au terme de laquelle il fut chargé d'inspecter les hôpitaux de la Suisse. Un arrêté consulaire l'appela, au mois de juin 1801, à la chaire de pathologie interne et d'hygiène de la Faculté de médecine de Strasbourg. M. Tourdes n'avait alors que 30 ans; il était déjà riche d'expérience et de souvenirs; il avait porté le fardeau de la responsabilité suprême du service médical aux armées; il avait rempli des missions qui exigent une haute sagacité et le délicat ménagement des droits et des intérêts d'un nombreux personnel; il avait vu de près les grandes illustrations de la science, de la guerre et de l'administration, contacts inappréciables qui fécondent et qui rehaussent l'intelligence; il arrivait donc à l'École de Strasbourg et à l'hôpital militaire de cette ville avec le prestige et les avantages réunis de la jeunesse et de la maturité; d'après le caractère et les allures qui lui étaient propres, on devait présumer qu'il saurait y fonder une de ces situations solides, utiles et sûres qui désarment l'envie, qui subsistent intactes à travers les crises et les années.

Le professorat de M. Tourdes a duré quarante-trois ans; il a vu se renouveler le personnel de la Faculté de Strasbourg. Coze père, Lauth, Bérot, Cailliot, Masuyer, Meunier, Flamand, Fodéré, Lobstein, Nestler, Goupil, tous l'ont précédé dans la tombe; et ces pertes multipliées, jointes à d'autres plus cruelles encore, n'ont pas peu contribué à imprimer à son attitude, jusque dans l'intimité de la famille, un certain air de sévère tristesse que tempéraient la douceur naturelle de son âme et une exquise aménité de relations.

siste à transformer une fistule à terminaison externe ou cutanée en une terminaison interne ou muqueuse; la critique faite par M. Richet, de l'extraction des dents comme moyen indispensable pour l'écoulement du pus; les réflexions de M. Gosselin sur les épanchements de sang dans le sinus maxillaire, qui n'existeraient pas aussi fréquemment qu'on le prétend. Et nous ajouterons que M. Giraldès s'est très-bien défendu, quoique avec un peu d'humeur. A l'occasion de la repullulation des tumeurs cancéreuses, il a établi une distinction importante entre le cancer encéphaloïde, qui repullule toujours, et ceux d'un autre caractère, qui peuvent ne pas récidiver. Cette distinction, basée sur l'analyse microscopique surtout, a été, pour M. Giraldès, une occasion heureuse de faire valoir les services diagnostics rendus par le microscope; mais il aurait dû ajouter, manié par ceux qui ont quelque chose au delà des yeux.

— Les argumentations qui précèdent ont été comme la petite pièce avant la grande. L'argumentation de la thèse de M. Bouisson était attendue comme un événement. Le nom de l'argumenté, la position qu'il a prise dans ce concours, les rivalités qu'il excite, les noms de ses argumentateurs, tout, jusqu'au sujet de la thèse, éveillaient à un haut degré l'attention et l'intérêt du public. Aussi la foule encombrait-elle plus encore que de coutume le vaste amphithéâtre et ses couloirs. Parlons d'abord de la thèse.

Les *vices de conformation de l'anus et du rectum* étaient un sujet difficile, ingrat même en apparence; mais c'est un sujet neuf, qui touche aux points les plus élevés de la physiologie générale, de la tératologie, de l'orthomorphie, et qui se rattache par son côté pratique aux tentatives les plus intéressantes de l'art moderne. Quoique hérissée de difficultés, la question des vices de conformation de l'anus et du rectum était donc digne, par son double point de vue scientifique et pratique, d'exercer la sagacité d'un penseur et d'un homme d'action. Disons-le tout de suite: M. Bouisson n'a pas failli à sa tâche. A part quelques défauts sur lesquels nous insisterons d'autant plus librement qu'ils sont largement compensés par d'éminentes qualités, la thèse du savant professeur est une œuvre réfléchie, posée, méthodique, dans laquelle la science philosophique marche toujours de pair avec l'expérience pratique. C'est plus qu'une improvisation, plus qu'une ébauche: c'est le premier ouvrage sérieux sur une question neuve, qui servira de jalon à des recherches plus étendues, mais non plus élevées.

La thèse de M. Bouisson se compose d'une introduction consacrée à l'étude du développement de l'anus et du rectum; d'un exposé historique des faits réalisant la classification expérimentale des espèces; d'un essai sur l'étiologie des vices de conformation de l'anus et du rectum; de chapitres sur le diagnostic, le pronostic et le traitement de ces ordres de lésions: en tout 163 pages. La partie neuve de cette thèse est l'étiologie et le diagnostic: dans la première, l'auteur a éclairé le mécanisme de formation des oblitérations de l'anus et du rectum à l'aide d'applications d'une théorie dont il nous appartient moins qu'à personne de faire ressortir les mérites: de la théorie de la rétraction musculaire. Dans le chapitre sur le diagnostic, dont il n'existait que des éléments vagues et épars dans la science, l'auteur a présenté l'ensemble des moyens propres à éclairer le chirurgien dans cette voie obscure. Discussion des signes physiques et fonctionnels, expériences ingénieuses, rapprochements lumineux, telle est la formule de ce chapitre, qui remplit une lacune importante.

Après avoir rendu pleine justice au mérite incontestable de l'œuvre, montrons-en les défauts. Les uns, et ce ne sont peut-être pas les moins importants, n'ont pas été signalés par les compétiteurs de M. Bouisson; les autres l'ont été par quelques-uns d'entre eux.

Parmi les premiers, nous signalerons d'abord l'omission d'un historique du sujet. Avant de traiter une question aussi importante, il n'eût pas été sans utilité ni intérêt de fixer l'état des connaissances et le point de départ du travail. Sans cette précaution, qui devrait toujours être prise par les hommes qui savent se rendre compte de ce qu'on a fait avant eux, il est souvent impossible de discerner ce qui est nouveau d'avec ce qui ne l'est pas. Dans l'espèce, M. Bouisson aurait rendu un vrai service, et dans l'accomplissement de cette tâche, il aurait pu faire tout à la fois un historique des faits et des idées dans leurs rapports avec les connaissances scientifiques et pratiques afférentes au sujet. Mais n'insistons pas: il n'arrivera à personne, à M. Bouisson moins qu'à tout autre, de contester la justesse de ce point de vue et l'importance de cette omission.

Une faute plus grave est celle-ci: dans un désir de conciliation éclectique qui atteste plus de tolérance dans le caractère que de fermeté dans l'esprit, M. Bouisson s'est fait un mérite d'admettre la plupart des causes proposées pour expliquer la formation des vices de conformation de l'anus et du rectum. C'est une concession au préjugé scientifique peu digne d'un esprit aussi élevé. Que des altérations diverses, que des anomalies *essentiellement* distinctes quand elles existent puissent et doivent reconnaître des causes distinctes, cela est parfaitement logique; mais admettre, parce que c'est la routine d'une philosophie bâtarde, des causes différentes pour des effets identiques, c'est une de ces énormités contre lesquelles nous invoquons toutes les puissances du bon sens et de la logique. Dans l'espèce, par exemple, M. Bouisson a admis des vices de conformation en cloaque par arrêt de développement, représentant, a-t-il dit, d'une manière permanente, la disposition transitoire qui se remarque chez le fœtus à un certain moment de son développement. Il a admis cette opinion sans critique, d'après un aperçu aussi vague que superficiel. Il lui a suffi que le rectum s'abouchât parfois dans la vessie, dans l'urètre, dans le vagin, pour admettre ces analogies, dont l'apparence toute spécieuse ne résiste pas au plus simple examen de la réalité matérielle. Avant donc d'admettre la multiplicité et la variabilité des causes, M. Bouisson aurait dû se livrer à un examen approfondi des faits sous le rapport de leur ressemblance et de leur différence. A l'aide de cette discussion, il serait parvenu à distinguer les cas qui se rapportent légitimement à tel ou tel ordre de causes; et dans les cas complexes, il aurait su faire la part exacte, impartiale, des circonstances particulières qui, à côté des circonstances les plus générales, impliquent quelques conditions étiologiques d'une différence accessoire seulement, mais non contradictoire. — Ce n'est pas le lieu d'approfondir cette grave question. Nous nous bornons à la soulever, comme réserve au profit de l'avenir, contre l'autorité d'un homme dont les mérites tendraient à dissimuler et à protéger une erreur présente.

L'argumentation de la thèse de M. Bouisson a offert le plus vif et le plus légitime intérêt. De la part de l'argumenté, du calme, de la présence d'esprit, de la vivacité sans précipitation, et presque toujours des solutions heureuses aux objections les plus pressantes. De la part des argumentateurs, de la netteté, de la justesse, de la force souvent dans l'attaque, et parfois même de la vigueur. Des deux côtés, de la tenue, de la dignité, quelque chose de grave qui a donné une véritable solennité au débat. Il nous serait impossible de reproduire dans tous ses détails une argumentation qui ne s'est pas égarée un seul instant dans les inutilités du sujet. Nous nous bor-

---

Je ne puis songer à l'enseignement de M. Tourdes sans revoir tout aussitôt cette savante et correcte Faculté de Strasbourg, telle que je l'ai connue il y a plus de vingt ans. Il se faisait en elle comme aujourd'hui un certain mouvement d'idées et d'excellents efforts pour l'instruction; Berot revendiquait encore sur Bichat; Cailliot rappelait les chirurgiens de l'ancienne Académie royale de chirurgie, dont il avait sucé les traditions, et montrait, comme Marjolin à Paris, ce qu'une pratique incessante et variée, ce qu'une expérience sans cesse renouvelée et contrôlée donne d'attrait et parfois de familière éloquence à l'enseignement didactique; Fodéré méditait tout haut, les yeux fermés, devant son auditoire, et l'intéressait par une discussion philosophique mêlée de fine bonhomie; Flamand, à travers les saillies d'une verve cynique, révélait le génie pratique qui revit dans son successeur, et déployait souvent les ressources d'un beau talent d'exposition; Lobstein offrait le contraste de l'investigation la plus patiente, la plus minutieusement positive, avec une irrésistible propension aux exercices de théorie et de synthèse, esprit pénétrant et comme tourmenté par le besoin de poursuivre, au delà des phénomènes tangibles, le mystérieux drame de la vie et de la maladie, racontant ses inductions avec une ferveur confidentielle et une admirable richesse d'érudition. Entre ces dignes collègues, M. Tourdes représentait l'esprit d'analyse, la méthode des nosologistes; il résumait Sauvages et Pinel; chargé du double cours de pathologie générale et spéciale, il faisait de l'un un véritable cours de méthodologie, et de l'autre un ensemble sévèrement coordonné d'analyses, de tableaux succincts, à la manière des descriptions botaniques. On pouvait lui reprocher le goût peut-être exagéré des divisions, un laconisme souvent aride dans l'exposition des faits, une trop grande sobriété de critique et de discussion; mais il avait à cœur de proportionner son enseignement à l'auditoire qui, en province, se compose presque généralement de novices, de parcourir, dans le cycle de deux années, toute la série des faits pathologiques. Son esprit positif et droitier le disposait médiocrement aux controverses doctrinales: historien des divers systèmes qui ont dominé la médecine, il avait l'habitude, au début de ses leçons de pathologie générale, de les résumer brièvement, et le laconisme avec lequel il les opposait les uns aux autres ne manquait ni de justesse ni de piquant. L'œuvre professorale de M. Tourdes est comme sa vie: elle ne peut être sainement appréciée par fragment. Quiconque n'a assisté qu'à une ou à quelques-unes de ses leçons n'en peut avoir emporté une impression exacte. Je n'admets à juger en lui le maître que ceux qui ont suivi, plume en main, la série totale des leçons dont se composait le cours bis-annuel de pathologie. Ceux-là y ont certainement trouvé une utilité réelle, et ils en gardent un souvenir reconnaissant. L'espèce de tableau synoptique dans lequel il faisait entrer toutes les maladies logiquement liées et groupées procurait une prompte initiation; la méthode sévère qu'il s'imposait à travers le dédale des faits et des doctrines, finissait par subjuguer l'esprit des auditeurs, et plus d'une imagination juvénile, plus d'un esprit à procédés irréguliers, on faussé par une vicieuse habitude de travail, a subi l'empire de cette espèce de discipline étroite, mais salutaire, à laquelle M. Tourdes avait soumis la science et sa parole professorale.

C'est à l'hôpital militaire d'instruction que se montrait le praticien; il y a fonctionné pendant plus de trente ans, entouré de l'estime de ses collègues et de ses élèves, aimé des malades, qui appréciaient ses soins réguliers et judi-

nerons aux points capitaux. Pour faire la part de chacun, telle à peu près qu'elle résulte d'une appréciation d'ensemble, nous dirons que MM. Chassaignac et Jarjavay ont attaqué surtout le côté anatomique, M. Nélaton le côté diagnostique, et M. Robert le côté étiologique. Les rôles, comme on le voit, étaient bien partagés. Disons toutefois que ce départ n'a rien de rigoureux, et que les uns et les autres sont souvent sortis avec succès du terrain où nous les circonscrivons : MM. Chassaignac et Jarjavay, par exemple, dont l'argumentation a porté tout à la fois, et presque avec un égal succès, sur les questions anatomique, diagnostique et clinique.

M. Chassaignac a débuté par une critique générale de la thèse de M. Bouisson, sûrement exagérée, car il n'a l'a pas suffisamment justifiée. L'anatomie y est faible, a-t-il dit ; les observations cliniques n'y sont pas assez sévèrement interprétées ; le diagnostic n'est pas établi avec netteté ; et la partie théorique, dépourvue de critique, pèche par les doctrines. M. Bouisson lui a répondu avec esprit qu'il avait sans doute lu sa thèse, non pour la juger, mais pour la critiquer, et qu'il attendait les preuves de ses allégations.

Vous n'avez pas signalé convenablement les rapports du péritoine avec le rectum, a dit M. Chassaignac ; suivant vous, les intestins grêles descendraient, chez le fœtus, jusque dans le petit bassin. Enfin, vous avez décrit les tuniques du rectum comme on les décrivait autrefois : en en admettant trois, et en négligeant de décrire la tunique fibreuse. Votre supposition, lui a répondu M. Bouisson, tient surtout à ce que vous n'avez pas suffisamment considéré le caractère particulier des détails anatomiques que j'avais à présenter. J'ai signalé spécialement, et avec un grand soin, les rapports du péritoine avec le rectum, eu égard aux opérations à pratiquer pour les vices de conformation qui nous occupent ; et quant à la position des petits intestins chez le fœtus, je ne l'ai pas seulement déterminé d'une manière générale, mais par rapport à l'absence assez fréquente du rectum, qui rend la cavité pelvienne plus accessible aux petits intestins. Pour ce qui est de la tunique fibreuse du rectum, son existence, à titre de tunique propre, ne me paraît pas, comme à beaucoup d'autres personnes, suffisamment établie, et si j'ai négligé de m'en occuper, c'est que je voulais donner la préférence à des détails anatomiques plus importants, à ceux par exemple qui concernent le développement de l'anus et du rectum, dont j'applique les dernières données acquises à mon sujet.

Cette première objection, que nous avons reproduite avec détails, est un spécimen, pour la forme et le fond, de la manière dont l'argumentation a été conduite d'un bout à l'autre. D'un côté, objection toujours fondée en fait général ; de l'autre, réponse toujours particularisée et mise en rapport avec ses applications.

L'existence du vice de conformation d'un organe entraîne des changements de rapport de toutes les parties. De là la nécessité d'étudier analytiquement la situation, la direction, la dimension, la texture de tous les éléments anatomiques qui entrent dans la composition d'un appareil, d'une région. C'est sans doute ce qu'a voulu dire M. Jarjavay, lorsqu'il a signalé, dans la thèse de M. Bouisson, l'absence de l'anatomie *pathologique*, c'est-à-dire *anormale* — d'après la rectification de son interlocuteur. — Comment se comportent les muscles, les vaisseaux, les nerfs, et les éléments accessoires du périnée et des organes circonvoisins dans les vices de conformation de l'anus et du rectum ? Voilà ce que M. Jarjavay aurait voulu savoir. Nous ajouterons, pour notre compte : Comment les fonctions qui en dépendent s'exécutent-elles dans ces conditions d'organisation tronquée ou pervertie ? Ces deux ordres de recherches ne sont peut-être pas suffisamment approfondies dans la thèse de M. Bouisson, quoique, ainsi qu'il l'a fait voir, tous les éléments de la solution du problème s'y trouvent implicitement exposés.

A l'occasion de l'anus vulvaire, M. Bouisson pense que cet état peut être assimilé, après la section de l'imperforation, à une fistule anale ordinaire, et traitée comme celle-ci par l'opération. Ce serait, suivant M. Jarjavay, sacrifier le périnée de la femme et réunir la vulve au rectum. Cette objection, fondée en thèse général, cesse de l'être quand on l'applique au cas spécial dont il s'agit. Le nouveau-né n'est pas l'adulte, et l'opération que conseille M. Bouisson dans ce cas peut, par son peu d'étendue et la facilité de sa cicatrisation, offrir tous les avantages d'une guérison analogue à celle des fistules anales.

Reprenant ou plutôt continuant une objection de M. Chassaignac, qui avait reproché à M. Bouisson d'avoir confondu, à propos de l'exploration de l'ampoule rectale, le phénomène de la fluctuation avec celui du ballottement, M. Nélaton a déclaré impossible de determiner, en pressant la région anale, une saccade ondulatoire suivie d'un choc en retour opéré par le liquide. Lorsqu'on apprécie, dit-il, la fluctuation d'une tumeur liquide et qu'on s'y prend de cette manière, on ne détermine pas dans le contenu de la tumeur une impulsion qui puisse être suivie d'un choc en retour. Toujours même genre d'objection et même genre de réponse. L'ampoule rectale ne saurait être comparée avec les tumeurs liquides ordinaires, formées par une cavité parfaitement close et à parois élastiques comme un abcès; dans ce dernier cas, le doigt qui refoule le liquide n'éprouve pas une sensation pareille à celle dont il s'agit. Le liquide méconial est un liquide *sui generis*, il n'est pas contenu dans un sac clos, mais dans le rectum, c'est-à-dire dans un tube libre par sa partie supérieure. L'impulsion imprimée au liquide peut donc effectuer un déplacement de totalité, qui ne tarde pas à être suivi d'un retour à la position première. La viscosité du méconium n'est pas un obstacle à ce déplacement, ainsi que le pense M. Nélaton. M. Bouisson croit, au contraire, que le liquide méconial, de consistance très-variable, est souvent très liquéfié et rendu plus abondant par l'action laxative, celle des boissons, etc.

L'objection capitale de M. Nélaton a porté sur les expériences imaginées par M. Bouisson pour reconnaître la présence ou l'absence du rectum au moyen du cathétérisme, à travers le vagin chez la femme ou l'urètre chez l'homme. De nombreuses épreuves ont démontré à M. Bouisson que l'extrémité de la sonde, promenée par ces voies sur le sacrum et le promontoire, donne des résultats très-satisfaisants. M. Nélaton a répété les expériences de M. Bouisson, et il affirme s'être presque toujours trompé. C'est, a dit son interlocuteur, que nous n'expérimentons pas de la même manière; et il aurait pu ajouter : Moi, j'expérimente avec l'intention et le désir de réussir, vous avec le désir sinon l'intention de ne pas réussir.

M. Nélaton a passé en revue presque tous les moyens de diagnostic proposés par M. Bouisson, les trouvant tous et chacun incapables de répondre à la confiance qu'il leur accorde. Cette confiance n'est pas absolue, mais relative, a répliqué M. Bouisson : c'est de l'ensemble et du concours de tous ces moyens réunis qu'il faut attendre la lumière, et non d'aucun d'eux en particulier. Dans les cas graves et difficiles, on ne saurait s'entourer de trop de renseignements.

M. Robert, continuant l'objection de M. Nélaton au sujet du cathétérisme comme moyen de diagnostic, a cité un cas récent où M. Danyau y a eu re-

---

cieux. Il avait du coup d'œil, c'est-à-dire l'habitude d'analyser rapidement les traits extérieurs de la maladie et de l'individualité; la prudence était le cachet de sa thérapeutique; il savait combiner, dans une juste proportion, les indications qui découlent de l'état matériel des organes et celles qui traduisent les conditions purement dynamiques et étiologiques. Les tendances positives de la médecine militaire corrigeaient en lui les réminiscences du vitalisme abstrait qu'il avait puisé sur les bancs, comme celles-ci l'ont préservé des excès de la médecine localisatrice. A côté de lui, Gaspard Roux fulminait, contre l'école de Broussais, de grotesques anathèmes et frappait d'une proscription absolue toutes les idées, toutes les propositions du grand novateur; dans les paroxysmes de sa verve essentialiste, il s'écriait : Nous brûlerons cette *broussaille*. Pieux disciple de Pinel, pour lui la science s'arrêtait aux limites de la nosographie philosophique; c'est à peine si Laënnec put trouver grâce à ses yeux; longtemps il qualifia de *tapotage* les tentatives d'auscultation et de percussion dont le rendaient témoins ses propres élèves les plus avancés, qui finirent pourtant par l'entraîner aux mêmes efforts d'exploration. Si M. Tourdes n'avait trouvé en lui-même le sage tempérament de sa pratique et de ses doctrines, le spectacle des exagérations qui l'entouraient le lui aurait suggéré. Au lit des malades expirait pour lui l'écho des controverses et des agitations systématiques; il se sentait homme et médecin : *Vir probus, medendi peritus.*

M. Tourdes a beaucoup écrit; ses lettres sur l'administration des médicaments énergiques par la voie dermique datent d'une époque où Chiarenti et Brera, ami de M. Tourdes, avaient les premiers tenté ce mode d'introduction de substances trop irritantes pour la surface digestive. Sa notice littéraire et scientifique sur les travaux de Spallanzani a été remarquée; il a traduit l'ouvrage de cet illustre savant sur la circulation du sang; il a publié aussi des lettres sur l'Italie et des expériences sur la fibrine, faites sous la surveillance et avec une des piles de Volta. La bibliothèque de la Faculté de Strasbourg a reçu le manuscrit de son cours inédit de pathologie interne. Il a consigné dans le tome V (1828) du JOURNAL DE LA SOCIÉTÉ DES SCIENCES, AGRICULTURE ET ARTS DU BAS-RHIN, des observations intéressantes sur le rapport des fièvres d'accès avec les maladies continues; il y détermine à l'aide d'une bonne statistique le rôle pathogénique de l'inondation de 1824 dans l'année 1825 et les années suivantes; il fait ressortir l'abaissement proportionnel du chiffre des affections continues en raison de l'accroissement des fièvres intermittentes; grâce aux détails numériques qu'il donne, on peut en quelque sorte mesurer l'influence de l'endo-épidémie, créé par l'inondation de 1824 et renouvelée dans les années subséquentes. Il y a là un exemple des enseignements utiles que la statistique médicale offre à l'hygiène et à la pathologie, et une source de rapprochements instructifs pour l'étude du règne pathologique à Strasbourg. On n'y voit plus, en effet, les fièvres intermittentes dominer comme en 1825 et 1826, dans la proportion de 75 sur 100 maladies. Les travaux d'endiguement du Rhin et de nombreuses améliorations de localité ont tari en grande partie la surface d'émanations fébrifères qu'y présentait le sol aux rayons du soleil d'été et d'automne. Il serait utile, au point de vue général de la science, d'établir, à l'aide de données aussi positives, le parallèle des maladies qui pèsent aujourd'hui en majeure partie sur la population de Strasbourg, et de celles qui y ont dominé à diverses époques éloignées. Pour le sujet particulier que M. Tourdes a traité,

cours et a été conduit à une conclusion erronée. Le rectum existait, M. Danyau n'a pas reconnu sa présence, et l'enfant est mort faute d'une opération qui l'aurait fait vivre. L'insuccès d'une application ne prouverait rien, a dit M. Bouisson ; d'ailleurs est-il bien prouvé que M. Danyau ait eu recours intentionnellement au cathétérisme diagnostique, ou bien ne s'agissait-il que d'un cathétérisme évacuatif, à l'occasion duquel M. Danyau aurait passagèrement et incidemment cherché le rectum. M. Robert ne paraît pas admettre la distinction posée par son compétiteur; ce n'est pas pour son *amusement*, a-t-il dit, que M. Danyau a cathétérisé son malade; — non sans doute; mais peut-être pour le faire uriner. — M. Robert a encore attaqué les ponctions exploratrices proposées par M. Bouisson, prétendant que dans les cas d'absence ou d'imperforation du rectum, les rapports anatomiques sont tellement bouleversés qu'il est absolument impossible de se guider par eux. L'anatomie, dans ces cas, est complétement inutile, a dit M. Robert; d'où il a conclu que toute ponction exploratrice est inséparable d'accidents. Son interlocuteur n'a pas partagé cet avis, et la qualification d'exploration en dit assez pour rassurer sur la manière dont la ponction doit être exécutée.

Tout cela, comme on voit n'était pas très-fort ni très-important. M. Robert l'avait senti lui-même sans doute, lorsqu'il a annoncé qu'il allait porter l'argumentation dans les voies plus larges de l'étiologie. Et sans beaucoup de circonlocution, il a annoncé qu'il allait ruiner par sa base la théorie de la rétraction musculaire admise par M. Bouisson pour expliquer les vices de conformation de l'anus et du rectum. Après quelques réserves faites au profit de la pluralité des causes, pour rendre compte de tous les cas, M. Bouisson a déclaré prendre sous sa responsabilité, dans l'argumentation comme dans sa thèse, la théorie de la rétraction musculaire. Voici le résumé des objections présentées par M. Robert.

Il faut distinguer, dans la théorie de la rétraction musculaire, le fait du raccourcissement des muscles et la transformation fibreuse. M. Robert admet le premier, il nie la seconde. Il la nie parce que, dans la discussion soulevée naguère au sein de l'Académie de médecine, on a présenté plusieurs cas de rétraction dans lesquels la transformation fibreuse manquait. Beaucoup d'autres personnes et lui-même ont rencontré des faits analogues; il en conclut que la rétraction musculaire pèche au moins par une de ses bases; et s'il en est ainsi, M. Bouisson n'a pas été fondé à diagnostiquer des cas d'oblitération du rectum avec substitution d'un cordon fibreux au cylindre intestinal, comme des effets de la rétraction musculaire. D'ailleurs M. Bouisson a considéré, dans sa thèse, l'ulcération de la muqueuse rectale comme le point de départ obligé de la rétraction : comment chez le fœtus, admettre la possibilité constante d'une telle lésion !

Nous voudrions bien n'avoir rien dissimulé, ni atténué de l'argumentation un peu confuse et diffuse de M. Robert. Nous croyons en conscience qu'il n'a rien dit de plus, qu'il n'a rien dit de moins. La réplique de M. Bouisson ne s'est pas fait attendre.

Le fait de la transformation fibreuse comme caractère de la rétraction musculaire peut être démontré en fait et en théorie. En fait, M. J. Guérin l'a constaté souvent et l'a fait constater par beaucoup de personnes, et je l'ai constaté plusieurs fois moi-même. Il consiste dans une raréfaction de la fibre musculaire, avec persistance et exagération relative de l'élément fibreux du muscle. La théorie de ce fait est on ne peut plus aisée à comprendre. La rétraction commence par déterminer le raccourcissement, la tension et un certain degré d'immobilité du muscle. La diminution, sinon l'absence de la fonction, entraîne la détérioration de l'organe. L'élément fibrineux disparaît peu à peu avec la cessation de la contraction musculaire. L'élément fibreux persiste et prédomine à mesure que l'élément charnu disparaît, et le tassement des couches cellulo-fibreuses du muscle déterminé par la tension, finit par amener une véritable transformation fibreuse. Cela est, et cela est on ne peut plus aisé à comprendre. Il convient de remarquer d'ailleurs que la transformation fibreuse n'est pas un fait absolu, mais relatif au degré de tension du muscle et à l'ancienneté de la rétraction.

Quant à l'application de ces données à la formation de certains vices de conformation de l'anus et du rectum, il n'est pas besoin de recourir, comme l'a supposé gratuitement M. Robert, à l'ulcération préalable de la muqueuse. Ce cas est un cas particulier. Le fait général est tout autre, et il est partout exprimé dans la thèse de M. Bouisson. Le fait de la rétraction musculaire, considéré dans sa généralité, est le résultat d'une altération des centres nerveux ou des nerfs eux-mêmes. C'est ainsi que M. J. Guérin l'a établi ; et c'est ainsi, a dit M. Bouisson en terminant, que nous l'avons compris et admis pour l'ordre de faits qui nous concernent.

Il était six heures moins quelques minutes quand M. Bouisson a cessé de répondre à M. Robert. Celui-ci a essayé de répliquer ; après quoi il restait encore deux minutes à la disposition de M. Bouisson; mais l'honorable compétiteur a déclaré n'avoir plus rien à ajouter à ce qu'il avait dit dans l'intérêt de ses doctrines.

Immédiatement après, le jury s'est levé, et des applaudissements frénétiques sont partis de tous les points de la salle. Une triple ovation a consacré le triomphe de M. Bouisson, et l'a marqué, il faut l'espérer, dans le souvenir de tous ceux qui ont assisté à cette mémorable séance.

JULES GUÉRIN.

THÉRAPEUTIQUE.

MÉMOIRE SUR LA GOUTTE ET SON TRAITEMENT PAR LES EAUX DE VICHY; par M. le docteur MAX. DURAND-FARDEL, inspecteur des sources d'Hauterive, à Vichy, membre correspondant de l'Académie de médecine.

(Suite. — Voir les nos 14 et 15.)

VI.

TRAITEMENT DE LA GOUTTE.

Les indications thérapeutiques qui résultent des considérations présentées dans la première partie de ce travail sont les suivantes :

Assurer l'accomplissement normal des fonctions digestives ;

Entretenir la liberté du ventre ;

Rendre la sécrétion urinaire libre et normale;

Entretenir et même surexciter les fonctions de la peau;

Diminuer l'introduction des principes alimentaires azotés ;

---

un médecin militaire du siècle dernier a rassemblé des données que nous regrettons de ne pas voir mentionnées en son travail; les mémoires de M. Renaudin, imprimés dans le recueil d'observations de médecine des hôpitaux militaires par Richard de Hautesierck (1), offrent une base certaine de comparaisons rétrospectives. On y voit que, pendant l'été de 1763, on comptait jusqu'à 800 fièvres intermittentes sur 1,000 cas de maladie; les années 1764 et 1765 ont donné moins de malades ; mais on a observé le même rapport des fièvres intermittentes aux autres maladies.

En dehors de ses devoirs officiels, M. Tourdes se plaisait à guider les élèves qui sentaient le prix de ses conseils; il n'a refusé à aucun d'eux ce patronage de sagesse et de bienveillance qui supplée à la famille absente et triple l'efficacité de la mission professorale. Ce que valait une telle direction, son propre fils est là pour le démontrer : le professeur Gabriel Tourdes est, lui aussi, l'ouvrage de ce maître; c'est son vénérable père qui a présidé à son initiation médicale, qui lui a tracé la voie où il marche avec un succès si mérité; le beau mémoire SUR LA MÉNINGITE CÉRÉBRO-SPINALE DE STRASBOURG et la monographie médico-légale DE L'ASPHYXIE PAR LE GAZ D'ÉCLAIRAGE ont été rédigés d'après la méthode et probablement sous l'œil de son père; ils s'ajoutent, avec la THÈSE SUR LE NOMA et d'autres travaux non moins recommandables, aux titres scientifiques de cette véritable famille d'Asclépiades. Comme son digne père, M. Gabriel Tourdes, avant d'appartenir à la Faculté de Strasbourg, a pratiqué et professé dans cet hôpital militaire de Strasbourg qui a donné successivement à la Faculté des hommes tels que Tourdes et Coze pères, Bégin, Goupil, Fée, Sédillot, sans compter les agrégés Scoutetten, Malle, Girod, Lacanchie, Strobl.

M. Tourdes avait supporté avec une pieuse résignation les pertes cruelles qui ont rétréci autour de sa vieillesse le cercle de la famille ; après trois années passées dans une cécité à peu près complète, l'habileté du professeur Stœber lui avait rendu l'usage complet de la vue : bonheur inespéré à l'âge de 79 ans, mais dont il n'a pu jouir assez longtemps. Le 2 janvier dernier, quelques symptômes fugaces, mais inquiétants, apparurent; le lendemain, retour de la santé, sécurité trompeuse; il lisait, il s'entretenait avec son fils, il lui donnait des conseils sur une autopsie médico-légale que le jeune professeur allait pratiquer; et peu d'instants après il tomba dans un affaissement sans remède.

M. Tourdes est mort le 6 janvier 1851, à l'âge de 80 ans, laissant un nom deux fois honoré dans la science, dans l'enseignement, dans la médecine civile, dans l'armée et dans la société de sa ville adoptive. Sa tombe est fermée; mais elle acceptera encore cette tardive et reconnaissante salutation d'un élève qui vénérait en lui le maître, le guide bienveillant, le père d'un ami d'élite.

MICHEL LÉVY.

(1) MÉMOIRE SUR LE SOL, LES EAUX ET L'AIR DE LA VILLE DE STRASBOURG, par M. Renaudin, médecin à Strasbourg, inspecteur en survivance des hôpitaux militaires, *l. c.*, t. I, p. 215; Paris, 1772. MÉMOIRE SUR LE SOL, LES HABITANTS ET LES MALADIES DE LA PROVINCE D'ALSACE, par le même, *ibid.*, t. II, p. 43.

Augmenter la proportion d'oxygène contenue dans le sang et nécessaire à la nutrition.

Telles sont les seules indications que l'analyse physiologique, pathologique et chimique de la goutte nous permette d'établir avec quelque raison. Il est impossible de sortir du cercle qu'elles constituent, ainsi que des moyens que nous offrent pour les remplir l'hygiène et la thérapeutique, sans se jeter dans des théories vagues et hasardées ou dans un empirisme impossible à justifier.

On voudra bien remarquer, du reste, que cette formule d'indications n'est autre chose que la traduction exacte des conditions hygiéniques salutaires, dont la pratique est encore le plus sûr moyen ou de prévenir ou de pallier, sinon de guérir la goutte: conditions de diététique, de genre de vie, d'exercice intellectuel et d'usage des fonctions généralrices. Or qu'est-ce que l'application de l'hygiène au traitement des maladies, si ce n'est la nature laissée libre d'agir, dégagée de toute entrave et de tout empêchement, si ce n'est, en d'autres termes, une méthode naturelle de traitement?

Nous n'avons pas l'intention de nous occuper, dans ce travail, des divers moyens de traitement de la goutte, mais seulement de faire l'application au traitement de la goutte par les eaux de Vichy, des notions que nous avons exposées. Nous répéterons encore, cependant, que ce que l'on peut appeler les indications chimiques de la goutte, diminuer l'introduction des principes azotés, favoriser l'introduction de l'oxygène (1), est en harmonie parfaite avec les indications hygiéniques, régler son alimentation, mener une vie active, se modérer sur tout ce qui peut surexciter trop vivement ou épuiser le système nerveux, et avec les indications thérapeutiques, rétablir les digestions (Sydenham), stimuler les sécrétions intestinales et cutanées, ramener à l'état physiologique les fonctions urinaires.

Il semble qu'une maladie dont les indications thérapeutiques et prophylactiques peuvent s'établir avec quelque précision, devrait être facile à guérir, et cependant il est loin d'en être ainsi de la goutte. Mais c'est qu'une maladie diathésique, et surtout héréditaire, suppose toujours des conditions organiques profondément enracinées, dont une partie seulement se révèle à nous, et dont par conséquent il est toujours fort difficile de débarrasser l'économie. C'est aussi que la partie la plus essentielle du traitement de la goutte, celle que prescrit l'hygiène, est précisément la plus difficile à mettre en pratique; elle exige en général non-seulement une violence faite aux goûts, aux passions, aux habitudes, mais encore un renoncement au genre de vie, aux occupations, aux obligations mêmes, qui souvent n'est pas moins impossible à obtenir.

Or ce qui caractérise essentiellement le mode d'action des eaux minérales en général, et celles de Vichy dont nous allons faire une étude particulière, c'est que, se rapprochant plutôt des méthodes hygiéniques ou naturelles de traitement que des méthodes thérapeutiques proprement dites, elles corrigent mieux que toute autre médication ces conditions vicieuses d'existence qui ont avec la goutte des relations si étroites. Tel est du moins le point de vue sous lequel nous paraît devoir être envisagée l'action des eaux de Vichy dans la goutte, et que nous allons développer.

VII.

Il est certain que, sous l'influence d'un traitement par les eaux de Vichy, les goutteux voient souvent leurs accès diminuer d'intensité et de fréquence, et quelquefois s'éloigner assez pour qu'ils puissent croire pendant un certain temps à une véritable guérison. Nous avons recueilli à Vichy un grand nombre d'observations de goutteux traités soit par nous-même soit par nos confrères, et fréquentant cet établissement thermal depuis un plus ou moins grand nombre d'années, et nous nous sommes assuré que le traitement thermal de Vichy, s'il ne les guérissait pas, exerçait le plus souvent une influence salutaire et sur leur santé générale, et sur les manifestations de leur maladie (2). Les observations dues à M. Petit (3) ne sauraient non plus laisser de doute à cet égard. Enfin un assez grand nombre de malades de ce genre fréquentent chaque année cet établissement thermal, pour que beaucoup de praticiens aient reconnu par eux-mêmes l'action que les eaux minérales peuvent exercer sur la marche de la goutte.

Mais il ne suffit pas de savoir qu'une telle médication peut être employée avec avantage; on a vu plus d'une fois encore l'état des goutteux ne subir aucun changement à la suite du traitement thermal, ou empirer, ou changer de nature plutôt au détriment qu'au profit du malade. Certains accidents peuvent entraver le traitement des goutteux à Vichy; enfin la goutte est une maladie dont la nature offre trop d'incertitude et certaines circonstances trop de dangers, pour qu'on puisse admettre qu'un traitement identique et banal puisse, toujours et dans toutes les circonstances, lui être opposé avec la même sécurité et les mêmes chances de succès.

Il est donc une série de questions sur lesquelles les praticiens ont besoin d'être éclairés, sous peine de ne voir, dans l'emploi des eaux de Vichy contre la goutte, qu'une méthode purement empirique: de quelle manière agit l'eau de Vichy sur les goutteux? quels sont les goutteux qu'il faut envoyer à Vichy, et à quelle époque de leur maladie? Le traitement de la goutte par les eaux de Vichy peut-il avoir quelques inconvénients ou présenter quelques dangers? De quelle manière les eaux de Vichy doivent-elles être administrées aux goutteux?

Nous nous sommes attaché, dans la première partie de ce travail, à montrer le rôle que joue l'acide urique dans la goutte. Nous avons montré que l'acide urique n'est pas plus la cause de la goutte qu'un épanchement ou des fausses membranes ne sont la cause de la pleurésie, que le mucus bronchique n'est la cause du catarrhe. Il ne nous paraît pas davantage admissible que l'action salutaire des eaux de Vichy dans la goutte résulte simplement de la neutralisation de cet acide au moyen du bicarbonate de soude qu'elles renferment. Admettre une telle supposition, c'est déprécier singulièrement cette médication et en méconnaître les ressources les plus précieuses. Les eaux de Vichy, dans cette hypothèse, n'agiraient que pendant la courte durée de leur passage dans l'économie; sans action sur les causes pathologiques de la goutte et sur les modifications organiques qui en sont les caractères les plus importants, elles n'auraient qu'une vertu éphémère, et, comme le dit M. Baillie, autant vaudraient des bains d'eau de Seine additionnés d'un sel de soude (1).

Mais s'il est vrai qu'à la suite d'un traitement par les eaux de Vichy et par le seul fait du traitement thermal, les goutteux puissent subir une palliation prolongée de leur maladie, une guérison incomplète, c'est qu'il y a quelque chose de changé dans les conditions morbides ou physiologiques générales de l'économie, que nous avons vues présider au développement de cette maladie.

M. Petit n'en fait-il pas lui-même l'aveu tacite, lorsque après avoir longuement cherché à distinguer le rhumatisme de la goutte, et n'avoir noté que l'absence pour le premier des conditions chimiques qui distinguent la seconde, il confesse que les résultats obtenus des eaux de Vichy dans ces deux maladies sont à peu près identiques: « il a obtenu dans de simples rhumatismes d'excellents effets des eaux de Vichy, même dans les cas qui avaient résisté à d'autres médications (2). » Il y a donc autre chose, dans les eaux de Vichy, qu'une action chimique neutralisante.

Quant à l'idée qu'un excès de soude introduit dans le sang par l'eau de Vichy peut transformer en urate de soude l'acide urique qui s'y rencontrerait, elle peut être exacte; mais qui est-ce qui le prouve? On n'a jamais cité un fait à l'appui. Et l'eût-on démontré, qu'est-ce que cela prouverait au point de vue de la thérapeutique? « Supposons, dit M. Rilliet, que cette combinaison s'opère, il en résultera que le sang et les produits de sécrétion, au lieu de contenir de l'acide urique, contiendraient des urates, et il n'est nullement démontré que le sel soit plus innocent que l'acide (3). » Mais cette théorie, suivant laquelle l'eau de Vichy guérirait la goutte en transformant l'acide urique du sang en urate de soude, serait encore bien plus aventurée si, comme il semble résulter des expériences de M. Garrod, c'était sous forme d'urate de soude que l'acide urique existât dans le sang des goutteux.

Enfin, ce n'est pas seulement dans les eaux alcalines que la goutte se traite avec succès. A Wiesbaden, pour ne citer qu'un exemple, dont les eaux neutres ont les deux tiers de leurs principes minéralisateurs constitués par du chlorure de sodium, et ne contiennent pas de carbonate de soude, M. le docteur Peez, d'après des renseignements rapportés de Wiesbaden par M. Rilliet, a vu les accès de goutte disparaître pendant un, deux, trois et même quatre ans, et les symptômes locaux diminuer notablement. Ce praticien a même observé un exemple de guérison radicale chez un chanoine goutteux au plus haut degré, etc. (4).

VIII.

Quelle action pourrons-nous donc attribuer aux eaux de Vichy sur la goutte?

Une action analogue à celle que ces eaux exercent dans les autres maladies chroniques, action qui n'est autre que celle des eaux minérales en gé-

(1) Liebig, LETTRES SUR LA CHIMIE, 1845, p. 228.

(2) On n'oubliera pas que nous avons pris pour type de cette étude la goutte franche, articulaire, régulière.

(3) Patissier, rapport fait à l'Académie de médecine SUR L'EMPLOI DES EAUX DE VICHY DANS LE TRAITEMENT DE LA GOUTTE, 1840.

(1) UNION MÉDICALE du 1er mars 1851.

(2) Petit, *loc. cit.*, p. 343.

(3) Rilliet, DU TRAITEMENT DE LA GOUTTE PAR LES EAUX DE VICHY, dans les ARCHIVES GÉNÉRALES DE MÉDECINE, 1844, 4e série, t. IV, p. 52.

(4) Rilliet, *loc. cit.*, p. 48.

néral, et à laquelle vient s'ajouter ici la prédominance des sels alcalins, et sans doute quelque chose de spécifique qui échappe à toute analyse.

Nous avons développé nos idées sur ce sujet dans un mémoire lu à l'Académie de médecine, dans la séance du 7 janvier 1851, et inséré dans l'UNION MÉDICALE des 21, 23 et 25 janvier 1851, et dont voici les conclusions générales :

Les eaux minérales agissent toutes sur l'économie d'une manière identique, sauf les modifications qu'impriment à leur mode d'action leur composition chimique et leur température.

Cette action commune est une excitation subie par l'ensemble de l'organisme, et en particulier par les organes sécréteurs, glandulaires et membraneux, excitation qui, tantôt purement physiologique, lorsqu'elle remonte au ton normal des organes affaiblis, tantôt révulsive, lorsqu'elle s'opère sur des organes sains, s'accommode parfaitement aux conditions organiques ou fonctionnelles de la plupart des malades atteints d'affections chroniques ou de cachexies diverses, que l'on observe aux eaux minérales.

C'est cette action commune qui fait que les maladies les plus différentes trouvent, dans la même eau minérale, une médication salutaire, landis que la même maladie peut quelquefois être adressée, avec un égal succès, à des thermes de composition très-différente.

Quant à la spécialité d'action des eaux minérales, elle provient d'abord de leur composition chimique et surtout de la prédominance ou du soufre, ou du fer, ou des alcalins, modificateurs spéciaux, le soufre de la peau et de certaines muqueuses, le fer du sang, les alcalins de l'appareil digestif. Il faut ensuite considérer leur température, leur situation géographique, leur élévation au-dessus du niveau de la mer, leur distance du lieu qu'habite le malade. Ajoutez à cela l'empirisme, c'est-à-dire cette spécialité d'action que l'expérience enseigne sans l'expliquer, et vous aurez les éléments des indications spéciales qui doivent faire préférer telle ou telle eau minérale pour telle maladie ou pour tel malade; car il importe de savoir que c'est aussi souvent d'après les conditions individuelles où se trouve un malade, que d'après le nom de sa maladie qu'on devra le diriger vers une eau minérale plutôt que vers une autre (1).

Obligé de nous renfermer ici dans un certain cercle de généralités, il nous suffira d'invoquer l'expérience de la plupart des praticiens, pour rappeler combien les eaux de Vichy sont propres à rétablir les digestions altérées, affaiblies, même sous des influences fort diverses; combien encore elles ont d'action sur l'appareil urinaire, considéré soit dans sa fonction sécrétoire, soit en lui-même et dans les organes multiples dont il se compose; nous ajouterons seulement que les fonctions cutanées sont également modifiées à un haut degré par les eaux de Vichy, surtout administrées d'une manière particulière.

Nous trouvons donc là, sous une forme unique, la médication multiple dont nous avons tracé plus haut les indications, c'est-à-dire une médication agissant non point sur le résultat de la maladie, l'acide urique, mais sur ses éléments pathologiques, tels du moins que nous pouvons les reconnaître, c'est-à-dire sur les altérations de la digestion, de la perspiration cutanée, de la sécrétion urinaire, de la nutrition enfin (1).

IX.

Abordons maintenant les questions relatives à l'administration des eaux de Vichy. La première que nous rencontrons est une question d'opportunité.

A quelle époque de la goutte faut-il employer les eaux de Vichy (2)?

L'existence des goutteux (dans la goutte régulière, articulaire) se partage en deux périodes distinctes et fort inégales, suivant les individus : les attaques de goutte et les intervalles de goutte qui les séparent. Les conditions qui appartiennent à ces deux états de la goutte sont fort différentes.

Sous quelque point de vue que la goutte ait été envisagée, humoral ou dynamique, il nous semble qu'on a toujours été d'accord sur ce point : que les phénomènes d'un accès de goutte doivent être respectés, tout au plus palliés avec ménagement, et que les dangers de la maladie consistent uniquement en ce que ces manifestations qui, dans l'état normal de la goutte, s'opèrent vers les articulations, n'y achèvent pas leur évolution complète, et viennent à s'opérer vers d'autres parties plus directement essentielles à la vie. C'est ce que MM. Monneret et L. Fleury ont exprimé, en disant que les déterminations morbides de la goutte vers les articulations demandent à être respectées aussi sévèrement que celles qui se font sur la peau, dans la rougeole et la variole (3). La goutte articulaire est celle dont on est malade, dit Musgrave, la goutte anomale est celle dont on meurt.

Or c'est dans ce siége d'élection de la goutte vers les jointures, et dans les dangers qui en résultent lorsqu'elle s'en écarte, que réside précisément le génie de la maladie.

Aussi a-t-on souvent posé cette question : Doit-on guérir la goutte? Et l'a-t-on souvent résolue comme M. Reveillé-Parise, qui répond : que la goutte est un préservatif de toutes les autres maladies, et que tous les moyens soi-disant curatifs de la goutte, finissent par entraîner des résultats nuisibles (4)? Mais nous ferons remarquer que la question ne doit pas être posée dans ces termes.

Si l'on veut parler des manifestations aiguës de la goutte, des accès de goutte, oui sans doute, leur existence est une condition salutaire aux goutteux, elles les préservent d'accidents plus graves, et toute méthode qui tendrait directement à les guérir serait une méthode dangereuse.

Mais s'il est question de la goutte elle-même, nous répondrons : Non, la goutte n'est pas une chose salutaire, c'est une maladie douloureuse, dangereuse quelquefois; non-seulement on peut, mais on doit chercher à la guérir, ou au moins à l'atténuer. Mais c'est qu'on a pris souvent pour la goutte ce qui n'en est qu'une manifestation caractéristique, il est vrai, comme, sous un autre point de vue, on a pris certains résultats de la goutte pour la maladie elle-même.

On comprend pourquoi nous avons attaché tant d'importance à l'étude des conditions organiques ou fonctionnelles, générales ou primitives des goutteux, à l'étude des causes pathologiques de la goutte, et pourquoi nous avons recommandé de les rechercher aussi avant que possible, car c'est sur leur considération seulement que l'on pourra, en toute sécurité, instituer un traitement rationnel de cette maladie.

(1) La GAZETTE MÉDICALE du 11 janvier 1851 renferme, au sujet de ce travail, un article de M. Dechambre, à propos duquel nous avons à remercier notre estimable confrère de l'attention qu'il a bien voulu lui accorder. Cependant il nous permettra de ne pas accepter entièrement le reproche qu'il nous adresse d'avoir « condamné la médecine chimique par une exagération aussi peu acceptable que celle que nous avions reprochée nous-même aux médecins chimistes. » Nous souscrivons trop complétement aux idées que M. Dechambre a développées dans cet article, pour ne pas tenir à réclamer contre ce jugement.

Un travail où nous commencions par déclarer que « les deux méthodes (chimique et d'observation clinique), loin de s'exclure mutuellement, doivent se combiner ensemble pour procéder plus sûrement dans une recherche difficile » (UNION MÉD., p. 30), n'avait certainement pas pour objet de déprécier l'usage soit théorique, soit pratique, que l'on peut faire des applications chimiques aux eaux minérales. Le point de vue spécial, mais non point exclusif, que nous avons entendu développer, c'est l'importance des études cliniques et physiologiques, pour la connaissance et la pratique des eaux minérales.

Mais quant à la médecine chimique, nous n'avons jamais eu l'idée de l'attaquer : les sources de lumières n'abondent pas tellement dans notre science et dans notre art, que nous en puissions rejeter aucune. Ce que nous avons contesté, ce sont des applications au moins douteuses de la chimie, faites précisément sur le terrain où nous avions recueilli les matériaux de notre travail. Nous avons contesté que les eaux de Vichy guérissent les engorgements du foie et de la rate, en dissolvant la fibrine et l'albumine qui en font la base, les maladies chroniques de l'estomac et des intestins, en dissolvant pareillement des engorgements que personne n'y a vus, la goutte en neutralisant un excès d'acide urique contenu dans le sang, les cachexies de toutes sortes, anémie, chlorose, scrofules, etc., en neutralisant des acides également supposés dans le sang.

« On présume trop de la chimie, quand on croit qu'elle peut donner raison des phénomènes dans lesquels elle intervient. » Cette proposition, qu'il ne faudrait pas prendre dans un sens trop absolu, mais qui s'applique parfaitement aux eaux minérales, est empruntée à un travail fort intéressant sur *l'étude des eaux minérales*, dû à la plume de M. Brochin, mais inspiré, si nous ne nous trompons, par l'honorable rédacteur en chef de la GAZETTE MÉDICALE. (V. GAZ. MÉD., 1847, p. 571 et 731.)

Nous avons rencontré avec une vive satisfaction, dans ce travail, que nous ne connaissons que depuis peu, la confirmation de la plupart des opinions que nous avons soutenues devant l'Académie. Quant à cette proposition importante, développée avec talent dans ce mémoire : que la considération des causes morbides ou pathologiques peut fournir une source précieuse d'indications et d'applications thérapeutiques, c'est précisément sur un tel ordre d'idées, que nous ne voudrions cependant pas trop généraliser, que repose la plus grande partie de notre travail sur la goutte.

(1) M. Rilliet attribue la supériorité qui appartient aux eaux de Vichy sur les autres eaux minérales, dans le traitement de la goutte, à l'influence favorable qu'elles exercent sur les fonctions digestives, si souvent troublées chez les goutteux (*mémoire cité*, p. 51).

(2) Quand nous parlons des eaux de Vichy, nous entendons le traitement thermal subi sur les lieux.

(3) COMPENDIUM DE MÉDECINE PRATIQUE, t. IV, art. *Goutte*.

(4) BULLETIN GÉNÉRAL DE THÉRAPEUTIQUE des 15 juin et 15 juillet 1848.

(La fin prochainement.)

CORRESPONDANCE MÉDICALE.

LETTRE SUR QUELQUES POINTS D'ARGUMENTATION DE M. ROBERT EN RÉPONSE A LA CRITIQUE DE M. J. GUÉRIN.

A M. LE DOCTEUR J. GUÉRIN, rédacteur en chef de la GAZETTE MÉDICALE.

Monsieur et honoré confrère,

Le dernier numéro de votre journal renferme un compte rendu des récentes épreuves du concours de clinique chirurgicale, et entre autres une note sur la thèse que j'ai soutenue devant le jury le 7 de ce mois. Comme homme public, mes travaux appartiennent à la critique, et je vous laisse parfaitement libre, comme tout autre, de commenter la manière dont je sais traiter un sujet et le défendre dans une argumentation. Je ne veux donc entamer avec vous, quant aux questions de doctrine, aucune polémique pour soutenir les opinions que j'ai formulées. Votre appréciation générale me paraît bien quelque peu injuste et empreinte de partialité; mais je passe outre à son endroit, aussi bien qu'à l'égard des expressions acerbes et désobligeantes qui la traduisent.

Néanmoins, je ne saurais passer sous silence quelques-uns de vos paragraphes, qui tendraient à faire croire que j'ai altéré gravement les faits, en interprétant d'une manière inexacte des indications puisées dans vos paroles ou dans vos écrits.

Trois observations de ma thèse sont incriminées :

1° M. Voillemier me demandait de lui fournir des preuves de la nature congénitale d'une luxation de l'humérus, observée par vous sur un sujet de 10 ans. J'alléguai, entre autres preuves, que la lésion était double. Je suis heureux de voir que vous approuvez ma réponse; suivant vous, j'aurais dû ajouter les preuves suivantes : « *Le sujet dont il s'agit offrait, en outre, plusieurs » autres difformités articulaires qu'il avait apportées, comme la luxation » double de l'épaule, en naissant; la luxation était donc congénitale.* » Pardonnez-moi, monsieur, de n'avoir pas puisé dans mes inspirations ces précieux détails, qui m'eussent sans doute mieux donné gain de cause contre mon honorable agresseur. Vous m'excuserez, avec ceux qui me liront, lorsque vous saurez que j'ai puisé ce fait aux bonnes sources, c'est-à-dire dans le remarquable article dû à votre plume, et qu'on trouve inséré à la GAZETTE MÉDICALE, année 1841, page 101.

Voici, du reste, l'observation textuelle :

Luxation scapulo-humérale directement en bas : la tête de l'humérus était placée à 2 centimètres au-dessous du rebord inférieur de la cavité glénoïde chez un jeune homme de 10 ans, dont voici le plâtre. Cette luxation s'est effectuée à la suite d'une paralysie complète du deltoïde et de la plupart des autres muscles scapulo-huméraux et d'un allongement de la capsule par le seul poids du membre. L'épaule gauche du même sujet présentait la même difformité, à un degré beaucoup moins prononcé.

Dans cette observation, qui brille au moins par sa concision, je cherche en vain la mention de ces autres difformités apportées en naissant, et qui m'eussent été une arme si utile dans ma défense.

2° Je passe à un autre fait : j'ai commis, suivant vous, la faute de donner le nom de tumeur blanche à une coxalgie survenue chez un fœtus. Grâce à votre obligeance, j'avais vu sur cette pièce *le cotyle altéré, la tête fémorale déformée, chagrinée, ayant contracté des adhérences avec les parties environnantes au moyen de brides celluleuses partant de différents points de cette surface;* les parties molles étaient, il est vrai, desséchées; mais, aidé de vos souvenirs, je fus convaincu que cette pièce, des plus rares du reste, était un exemple incontestable d'arthropathie fœtale. J'osai et j'ose encore la qualifier de tumeur blanche, crime de lèze-nomenclature que la science absoudra sans doute. Cette dénomination n'ôte d'ailleurs pas au fait *toute sa valeur scientifique*, comme vous semblez le croire, et je pense qu'elle convient au moins aussi bien que celle de *maladie articulaire quelconque* que vous paraissez adopter.

3° Mais j'arrive à un point plus grave. Qu'il me soit permis, en mettant deux textes en regard, d'écarter le soupçon de vous avoir prêté une opinion qui vous serait étrangère. Il s'agit de la subluxation occipito-atloïdienne en arrière. On lit dans ma thèse, p. 44 : « M. J. Guérin nous a montré, dans sa belle collection, un exemple de subluxation occipito-atloïdienne en arrière. Deux fois, » chez des anencéphales, il a observé ce déplacement, qui consiste en un glissement des condyles occipitaux en arrière sur les cavités glénoïdes de l'atlas; » il existait une flexion exagérée de la tête sur la face antérieure du cou et de » la poitrine. Vous commentez cet article et ajoutez :

M. Giraldès a eu raison de faire des réserves contre cette assertion, non seulement M. Robert n'a pas vu dans notre collection le fait qu'il cite, mais nous ne l'avons jamais rencontré et nous le regardons comme impossible. L'observation trop rapide et les souvenirs trop vagues de M. Robert l'ont trompé. En lisant ce paragraphe, nous avons tout d'abord pensé que notre mémoire avait pu nous mettre en faute, et qu'au milieu de notre préoccupation nous avions pu commettre quelque erreur à votre préjudice; nous avons été bientôt rassuré, car en portant les yeux sur la première colonne de la page 101 (article déjà cité, GAZ. MÉD., 1841), nous y avons lu le passage suivant, dû à votre plume :

Subluxation occipito-atloïdienne. Deux variétés.

A en arrière, B en avant. Les exemples que j'ai constatés jusqu'ici sont les suivants :

A en arrière, consistant dans une flexion exagérée de la tête sur la face antérieure du cou et de la poitrine, avec un commencement de glissement en arrière des condyles occipitaux sur les facettes articulaires de l'atlas. En voici deux exemples sur des fœtus anencéphales.

Ces pièces, que vous montriez à votre clinique en 1841, ont donc disparu de votre collection, et avec elles le souvenir fugace de ces faits importants. Sans doute vous serez désormais plus indulgent à l'endroit du manque de mémoire. *Verba volant, scripta manent.*

Si vous avez lu notre thèse, monsieur et honoré confrère, n'avez-vous pas parfois songé à l'immensité du labeur, à la difficulté du sujet, à la rapidité du temps? N'avez-vous point vu que nous avons cherché à rendre justice à chacun et à vous en particulier? C'est avec indépendance et probité que nous avons écrit et parlé. Nous sommes peut-être resté au-dessous de notre tâche, mais nous demandons, sinon l'éloge, au moins la justice pour nos efforts.

Veuillez agréer, etc. ROBERT.

RÉPONSE.

La lettre qui précède a déjà été insérée, il y a quatre jours, dans deux journaux de médecine : L'UNION MÉDICALE et la GAZETTE DES HÔPITAUX.

Qu'il me soit permis de faire remarquer d'abord que notre confrère eût sans doute eu meilleure grâce de ne pas prendre pour juges entre nous les lecteurs de deux journaux complétement étrangers à l'article contre lequel il réclame. La critique que j'ai faite de son argumentation a paru dans la GAZETTE MÉDICALE, c'est donc à la GAZETTE MÉDICALE et non à la GAZETTE DES HÔPITAUX et à L'UNION MÉDICALE que M. Robert se fût plus convenablement adressé. En faisant différemment, il m'a donné le droit de croire qu'il a voulu se donner le facile et commode mérite de poser et de résoudre les objections à sa guise, et de rester triomphant au moins pendant les quatre jours qui ont suivi sa lettre et précédé ma réponse.

Dans la première partie de sa lettre, M. Robert se plaint amèrement de la critique que j'ai faite de sa thèse et de son argumentation. Il me reproche des paroles *acerbes* et *désobligeantes*, et une appréciation empreinte d'*injustice* et de *partialité*. La seconde partie de sa lettre est consacrée à combattre les reproches que j'ai adressés aux trois observations qu'il a citées d'après moi dans sa thèse. Je vais le suivre sur l'un et l'autre terrain.

Les hommes qui se piquent de rigueur et de précision scientifiques devraient avoir le même scrupule dans leurs allégations contre les personnes. M. Robert m'impute des expressions *acerbes* et *désobligeantes*; désobligeantes cela est possible, car on désoblige toujours un auteur quand on trouve à redire à ses ouvrages; et à cet égard M. Robert a dû être extrêmement désobligé du jugement que j'ai porté, de concert avec ses compétiteurs, sur la conception et l'exécution de sa thèse. Pour des paroles acerbes, je suis bien sûr de ne m'en être permis aucune, parce qu'elles répugnent autant à mes habitudes qu'à mon caractère. Je renvoie donc à M. Robert son allégation. Je ne relèverai pas davantage son accusation d'injustice et de partialité, qu'il eût bien fait aussi d'appuyer de preuves; car de semblables reproches non motivés témoignent tout simplement de la mauvaise humeur qui les dicte.

Je passe au fond de la réclamation de M. Robert.

Avant de discuter les trois observations qui ont motivé la récrimination de notre confrère, j'ai besoin d'instruire le lecteur d'une circonstance qui domine toute la discussion.

Au moment de traiter le sujet de sa thèse (*des vices de conformation des articulations*), M. Robert m'a fait l'honneur de venir me consulter. Pendant les plusieurs heures qu'a duré notre conférence, j'ai mis loyalement à sa disposition mes pièces, mes planches, mes ouvrages, publiés ou inédits, en un mot tout ce que je croyais capable de l'aider dans l'accomplissement de sa tâche difficile. En retour je priai notre confrère, afin de m'assurer, dans son intérêt comme dans le mien, de l'exactitude de ses citations ou emprunts, de vouloir bien me les communiquer en épreuves, ce qu'il me promit. Cependant je n'eus plus aucune nouvelle de M. Robert ni de sa thèse, sinon par l'exemplaire que m'en a remis son libraire le jour même de l'argumentation. En revanche, je trouvai dans cette dernière un assemblage de choses qui ne venaient certes pas de moi, mais en ce qui me concerne, des citations tronquées, des observations incomplètes, des critiques hasardées; toutes choses que M. Robert aurait pu si facilement s'éviter, en n'acceptant pas, je le veux bien, tous mes conseils, mais en s'assurant auprès de moi de l'exactitude du peu qu'il avait accepté. A défaut de cette précaution, il m'a mis dans la nécessité de rectifier ses erreurs, de compléter ses observations, et de lui laisser l'entière responsabilité des unes et des autres. On va voir jusqu'où M. Robert a été fondé à repousser mes rectifications.

1° Il s'agissait dans le premier fait d'un cas de luxation congénitale de l'humérus directement en bas, à l'égard duquel M. Voillemier avait demandé à M. Robert quelle preuve il avait que la luxation fût congénitale.—

« La coexistence d'une luxation semblable du côté opposé, » a répondu avec raison M. Robert. A cette circonstance déjà probante, j'ai dit que M. Robert aurait *pu* ajouter les suivantes : Le sujet offrait en outre plusieurs autres difformités articulaires qu'il avait apportées, comme la luxation double de l'épaule en *naissant*. Dans sa réclamation, M. Robert allègue qu'il n'a pu puiser dans ses *inspirations* les circonstances complémentaires dont il s'agit ; que l'*observation* relative à ce malade, insérée dans la GAZETTE MÉDICALE (p. 101, 1841), ne mentionne aucune de ces circonstances. Je ferai remarquer en premier lieu que mon article ne dit pas (comme me le prête M. Robert) qu'il aurait *dû*, mais *pu*, donner ces renseignements complémentaires. Comment l'aurait-il pu ? En se renseignant auprès de moi, en me communiquant avant l'impression l'indication du fait qu'il a cité ? Il le devait d'autant plus que l'article auquel il a emprunté ce fait ne le donne pas comme une *observation*, mais comme une simple indication, comme le rappel d'un fait énuméré avec beaucoup d'autres pendant le cours d'une leçon clinique, dont l'article n'est que la reproduction textuelle. J'ai donc eu raison de dire à M. Robert qu'il aurait *pu* et non *dû* compléter les renseignements qui auraient prévenu la critique de M. Voillemier ; et ces renseignements, il n'avait pas à les puiser dans ses inspirations, mais auprès de moi qui m'étais mis à sa disposition, et qui me serais fait un devoir et un plaisir de lui communiquer en entier l'observation du cas que je n'avais fait qu'indiquer dans ma leçon clinique.

2° Le second passage de mon article contre lequel M. Robert réclame est ainsi conçu : « A l'égard de la luxation fémorale par maladie de l'articu- » tion chez le fœtus, qualifiée par M. Robert de *tumeur blanche*, M. Voil- » lemier a fait remarquer que la manière incomplète dont ce fait est rap- » porté, d'après une pièce sèche, et la qualification de tumeur blanche » chez un fœtus, ne permettent de lui accorder aucune valeur scientifique. » Nous sommes obligé de le reconnaître, la critique de M. Voillemier est » parfaitement fondée. » J'ai ajouté ce qui suit : « En faisant voir la pièce dont » il s'agit à M. Robert, il n'a nullement été question de tumeur blanche » chez le fœtus, mais d'une maladie quelconque de l'articulation, qui avait » altéré la tête fémorale et le cotyle. *Avec un souvenir plus exact*, M. Ro- » bert aurait pu *ajouter* que la surface de la tête fémorale, déformée, chagri- » née, avait contracté des adhérences avec les parties environnantes au » moyen de brides celluleuses partant de différents points de cette surface. » — Comme on le voit, dans ce passage, d'accord avec M. Voillemier, j'ai reproché deux choses à M. Robert : d'avoir indûment donné le nom de *tumeur blanche* à une maladie articulaire insuffisamment déterminée chez un fœtus, et d'avoir reproduit très-incomplètement les indications que je lui avais données, d'où M. Voillemier avait conclu qu'il n'y avait aucune raison pour croire que ce cas de tumeur blanche ne fût pas un cas de luxation congénitale ordinaire. Pour se tirer de là, que fait M. Robert ? Il commence par justifier la dénomination de tumeur blanche, et il ne la justifie pas d'après les seules indications reproduites dans sa thèse, mais avec les indications que je lui reproche de n'avoir pas reproduites ; et quant à ce second reproche, d'avoir tronqué la description de la pièce, et d'avoir ainsi justifié les dénégations de M. Voillemier, il l'esquive, en reproduisant cette fois mot à mot l'indication détaillée que, dans ma critique, j'ai substituée à l'indication obscure et tronquée de sa thèse. Il suffit de signaler un tel expédient pour qu'il ne donne le change à personne. Mais nous ne pouvons nous dispenser d'ajouter encore que M. Robert aurait *pu* s'éviter l'ennui d'une telle contradiction et la critique de son compétiteur, en se renseignant plus complètement auprès de nous lors de l'impression de sa thèse.

3° Le troisième point de la réclamation de M. Robert n'est pas le moins curieux. Il avait imprimé dans sa thèse ce qui suit : « M. J. Guérin *nous* » *a montré*, dans sa belle collection, un exemple de subluxation occipito- » atloïdienne en arrière. Deux fois, chez des anencéphales, il a observé ce » déplacement, qui consiste en un glissement des condyles occipitaux en » arrière sur les cavités glénoïdes de l'atlas. » Dans mon article, j'ai dit que les souvenirs de M. Robert l'avaient trompé, que je ne lui avais pas montré la pièce qu'il cite, et que je regardais la subluxation occipito-atloïdienne en arrière comme impossible. Dans sa réplique, M. Robert ne soutient plus qu'il a vu la pièce qu'il cite dans ma collection, mais par compensation, il reproduit un passage de ma leçon clinique insérée, en 1841, dans la GAZETTE MÉDICALE, où se trouvent indiqués les deux cas de subluxation en arrière de l'occipital sur l'atlas. Et là-dessus M. Robert de triompher. Mais son triomphe ne sera que de courte durée. D'abord, le passage qu'il a lu dans un article de 1841 de la GAZETTE MÉDICALE n'est pas la pièce qu'il aurait vue dans ma belle collection en 1851. M. Robert est sans doute de cet avis. Quant à la contradiction qu'il signale entre l'opinion exprimée dans ma critique de 1851 et celle que j'ai émise dans l'article de 1841, elle n'est pas moins facile à expliquer. Je commence par relever une légère suppression commise par M. Robert dans l'énoncé de mon opinion de 1841. J'avais imprimé que la subluxation occipito-atloïdienne en arrière consistait en une flexion exagérée de la tête sur la face antérieure du cou et de la poitrine, avec *un commencement* de glissement, etc. M. Robert me fait dire dans sa thèse : « Deux fois M. Guérin a observé cette subluxation, qui con- » siste en *un glissement* des condyles occipitaux en arrière sur les cavités » glénoïdes de l'atlas. » *Glissement* et *commencement de glissement* ne sont pas absolument la même chose, surtout quand il s'agit d'un déplacement aussi important. Or, en examinant les faits de plus près, je me suis assuré, depuis 1841, que ce commencement de glissement, qui n'est pas un glissement complet, n'est pas assez important pour constituer une subluxation ; qu'il est plus rigoureux de regarder les cas en question comme de simples flexions exagérées en avant de la tête sur le cou, et dès lors j'ai renoncé à croire qu'il y eût et qu'il pût y avoir de véritables subluxations occipito-atloïdiennes en arrière, attendu que les muscles qui, par leur rétraction, produisent ces flexions, sont incapables d'aller jusqu'à la subluxation, comme cela se voit en arrière. Mon opinion d'aujourd'hui est donc une simple rectification de mon opinion de 1841, et les pièces qui m'avaient fait croire, à cette époque, à la possibilité d'une subluxation occipito-atloïdienne en arrière, peuvent bien n'avoir pas disparu de ma collection, sans que pour cela je les aie montrée en 1851 comme specimen d'une lésion que je regarde aujourd'hui comme impossible. J'en reviens donc encore à dire à M. Robert que s'il m'avait communiqué cet article avant de l'imprimer, il se serait évité ce double inconvénient de dire que je lui avais montré ce que je ne lui ai pas montré, et de m'attribuer en 1851 une opinion imprimée en 1841, mais que j'ai rectifiée depuis.

M. Robert me demande, en terminant, si j'ai lu sa thèse ; si je n'ai point parfois songé à l'immensité du labeur, à la difficulté du sujet, à la rapidité du temps. Oui, j'ai lu sa thèse d'un bout à l'autre, et c'est pour cela que j'ai été peu porté à l'indulgence ; et quant à l'immensité du labeur, à la difficulté du sujet et à la rapidité du temps, j'y avais tellement songé, que lorsque mon savant confrère m'a fait l'honneur de venir me consulter, je lui ai immédiatement signalé tous les écueils de ce sujet trop vaste, et les innombrables difficultés devant lesquelles il succomberait nécessairement s'il avait la prétention de les résoudre dans un espace de temps aussi court. M. Robert et ses autres conseillers en ont jugé autrement : qu'il nous pardonne de ne pas l'avoir approuvé dans sa téméraire et malencontreuse entreprise.

Agréez, etc.

JULES GUÉRIN.

CAS D'HYPOSPADIAS COMPLIQUÉ D'UN VICE DE CONFORMATION DE L'URÈTRE ; communiqué par M. P. ROUET, D. M. à Saint-Laurent-d'Aigouze.

Monsieur le rédacteur,

Je lis au compte rendu de la troisième épreuve, deuxième leçon clinique du concours de clinique chirurgicale ouvert en ce moment à Paris, quatrième article, concernant M. Sanson (p. 178) :

« Le deuxième malade est dans des conditions faciles à déterminer : il » présente une solution de continuité urétrale parfaitement cicatrisée. Cette » ouverture accidentelle existe à 1 centimètre en arrière du méat, et pré- » sente une étendue de 3 centimètres. Le malade, qui est un jeune homme » de 17 ans, et d'une bonne santé, quoique d'un tempérament lymphatique, » cache la cause de son infirmité ; il dit avoir eu une gangrène et une réten- » tion d'urine après laquelle une perforation du canal s'est établie. Quoi qu'il » en soit, le contour de cette ouverture s'est cicatrisé et présente un liséré » muqueux. Elle n'est pas exactement placée sur la ligne médiane, mais » elle est exclusivement formée aux dépens de l'urètre, sans empiéter sur » les corps caverneux. Le canal est entièrement libre. On ne saurait con- » fondre ce cas avec un hypospadias naturel.

» La nécessité de guérir le malade est fondée sur l'impossibilité où il se » trouve d'opérer la fécondation ; il faut chercher en outre à rétablir les » conditions normales de l'excrétion urinaire. Comme l'état général du » malade est satisfaisant, qu'il ne paraît pas avoir de susceptibilité morbide » particulière, on peut tenter une opération chirurgicale, bien que la vie » du malade ne soit pas en danger. Quoique je reconnaisse le danger des » opérations de complaisance, dans le cas actuel, je céderais au désir du » malade. »

M. Sanson discute, à cette occasion, les principaux moyens chirurgicaux proposés pour réparer les solutions de continuité de l'urètre, et donne la préférence à l'urétroplastie par la méthode française.

J'ai l'honneur de vous adresser ci-inclus un dessin représentant exactement le cas que décrit M. Sanson, et de plus compliqué d'hypospadias naturel.

Ce pénis appartient à un malade en ce moment atteint de catarrhe vésical ; on le sonde deux fois par jour pour évacuer l'urine jumenteuse conte-

nue dans la vessie, et les sondes pénètrent très-facilement par l'ouverture, etc. Cet homme, encore fort et robuste, *malgré son infirmité*, est *père d'une nombreuse famille*. Il est né, nous dit-il, avec ce vice de conformation.

Comme vous le voyez, monsieur, la nature, notre maître en bien des circonstances, vient ici infirmer le pronostic de M. Sanson et annuler cette prétendue nécessité d'autoplastie urétrale, sous prétexte d'une impossibilité de fécondation. Convaincu que le vrai talent chirurgical consiste non-seulement à opérer quand il faut, non-seulement à ne pas opérer quand il ne faut pas, mais encore à adopter le procédé opératoire le plus simple et le plus avantageux, je vous prie, monsieur, de donner une place à ma modeste observation, si vous la jugez digne de figurer dans votre estimable GAZETTE, heureux si elle arrive à temps pour engager le futur opérateur du malade dont parle M. Sanson, à prendre la marche qu'a suivie la nature, et à enlever par deux coups de ciseaux la partie du canal qui se trouve entre le méat naturel et le méat artificiel.

On évitera par là d'exposer le malade à un rétrécissement de l'extrémité du canal, par suite de la cicatrisation, et d'engendrer précisément l'impossibilité de fécondation qu'on veut guérir.

Ce procédé opératoire est d'ailleurs préférable, parce qu'il est plus simple, plus facile, et suivi d'une plus prompte guérison.

Agréez, etc.

TRAVAUX ACADÉMIQUES.

ACADÉMIE DES SCIENCES.

SÉANCE DU 14 AVRIL. — PRÉSIDENCE DE M. RAYER.

MODIFICATIONS IMPRIMÉES A LA TEMPÉRATURE ANIMALE PAR L'INTRODUCTION DANS L'ÉCONOMIE DE DIFFÉRENTS AGENTS THÉRAPEUTIQUES (VOMITIFS ET PURGATIFS).

MM. AUG. DUMÉRIL, DEMARQUAY et LECOINTE adressent un second mémoire pour faire suite à leurs recherches expérimentales sur ce sujet. Ce second mémoire est relatif aux vomitifs et aux purgatifs.

1° VOMITIFS. — Les substances employées sont le sulfate de cuivre, l'émétique et l'ipécacuanha, et pour en rendre les effets durables on s'est opposé au vomissement par la ligature de l'œsophage, comme on l'a fait au reste dans toutes ces expériences, quand les médicaments ont dû être introduits dans l'estomac.

Sulfate de cuivre. Il a offert ce résultat vraiment curieux qu'il abaisse constamment la température animale, comme l'ont prouvé six expériences. Il a été administré par l'estomac deux fois à la dose de 0g,25, trois fois à la dose de 1 gr. et une fois à celle de 10 gr., et dissous dans 25 ou 50 gr. d'eau chauffée à 35 degrés. L'abaissement de la température est promptement survenu : il a varié de 1°,4 à 3°,6. Au bout d'une heure, dans un cas, avec 0g,25 le thermomètre a baissé de 2 degrés, et dans un autre, 1 gr., dans le même temps, a déprimé la température de 3°,3. Ce résultat n'est pas fugitif, car, dans une expérimentation avec 0g,25, l'animal au bout de douze heures avait encore sa température diminuée de plusieurs degrés, et il n'est mort que le lendemain seulement dans l'après-midi.

L'émétique, dont le rôle en thérapeutique a tant d'importance, et particulièrement au point de vue des théories de l'école italienne, a été expérimenté sept fois ; chez quatre chiens, il a été introduit dans les veines, et chez trois autres dans l'estomac. Ses effets spéciaux et ceux qu'il produit sur la calorification ont toujours été obtenus par ces deux procédés, et ils ont été très-prompts par le premier, comme l'avait déjà démontré M. Flourens dont les recherches expérimentales sur le mécanisme de la rumination ont prouvé combien l'action de ce médicament sur la caillette, lorsqu'il est porté par le sang dans l'économie, est énergique et rapide. A petite dose, c'est-à-dire de 0g,05, 0g,10 injectés avec 50 gr. d'eau à 35 degrés, il a constamment déterminé une élévation qui a varié de quelques dixièmes de degré à 1°,3. Introduit dans l'estomac, à la dose de 0g,30, il amène encore de l'élévation ; mais, comme si son action était alors moins prononcée que dans le précédent mode d'expérimentation, le thermomètre n'est monté que de 0°,6. Si cependant on porte la dose à 0g,50, la scène change, car la température baisse rapidement et, dans un cas, tombe de 2 degrés en deux heures. Cette influence déprimante de l'émétique à haute dose avait déjà été signalée par M. Demarquay dans sa thèse inaugurale.

Avec l'*ipécacuanha*, les modifications de la température n'ont pas été identiques à celles qu'a produites le tartre stibié. Les essais avec de faibles doses n'ont pas été assez nombreux pour que des conclusions bien décisives puissent en être déduites ; 0g,50 de cette substance ont cependant amené un abaissement de 0°,6. Il y a toujours eu, au contraire, une élévation, quand elle a été employée à des doses plus considérables. Ainsi 2 grammes ont déterminé une augmentation très-légère dans une expérience et de 2°,2 dans une autre. Avec 4 grammes le thermomètre est monté une fois de 0°,9, pour revenir à son point de départ deux heures après le début de l'expérimentation, et une autre fois de 1°,3. 6 grammes enfin ont graduellement élevé la température en quatre heures et demie de 1°,6, et dix heures plus tard, après une faible oscillation, cette élévation persistait encore.

A petite dose, cette substance semble donc déprimer un peu la température, tandis que des doses plus considérables l'élèvent d'une façon évidente. Au point de vue de la thérapeutique, cette opposition entre les effets produits sur la calorification soit par le tartre stibié, soit par l'ipécacuanha, est très-digne de remarque.

2° PURGATIFS. — L'huile de croton tiglium, la gomme-gutte et la coloquinte ont été expérimentées. Tant qu'on n'a pas dépassé certaines doses permettant à l'animal de vivre, il est survenu dans les deux ou trois premières heures, après l'ingestion du médicament, un abaissement suivi d'une élévation qui a pu aller à 2 degrés environ. Si, au contraire, ces purgatifs sont administrés à dose toxique, l'abaissement est permanent et graduel.

Huile de croton tiglium. Elle a été donnée trois fois aux doses de deux, six et douze gouttes émulsionnées dans un jaune d'œuf, comme cela a été fait toutes les fois que la substance n'était pas miscible à l'eau ; deux et six gouttes dépriment un peu la température pendant les premières heures ; mais bientôt le thermomètre dépasse le chiffre initial de 1°,3 et de 1°,4 ; mais avec douze gouttes, la chaleur animale va diminuant. Au bout d'une heure, l'abaissement, dans une expérience, était de 1 degré, et deux heures plus tard de 5°,3 ; aussi la mort survint-elle assez promptement.

Gomme-gutte. Les phénomènes qu'elle a produits sont sensiblement les mêmes que les précédents. Trois expériences ont été faites avec 0g,50, 1 et 2 gr.

Dans les deux premières, la température baisse tout d'abord de 0°,3 dans l'une, et de 0°,5 dans l'autre, puis elle s'élève graduellement et finit par dépasser son point de départ de 0°,7 dans le premier cas, et de 1°,7 dans le second. A la dose beaucoup plus considérable de 2 gr., la dépression est, en quarante minutes, de 1°,8 ; mais la réaction ne se fait pas longtemps attendre : le thermomètre remonte peu à peu, et au bout de six heures, il n'est plus qu'à 0°,6 au-dessous du chiffre qu'il indiquait avant toute expérimentation.

Coloquinte. Elle a agi à peu près de la même façon que les autres purgatifs ; seulement les résultats sont peut-être un peu moins tranchés. Elle a été mise en usage trois fois aux doses de 1, 2 et 4 gr. ; avec 1 et 2 gr., il survient après un très-faible abaissement suivi, dans l'expérience où les phénomènes ont été le plus marqués, d'une élévation de 0°,9. L'effet définitif avec 4 gr. a été une diminution de la chaleur de 1 degré.

Voilà donc, disent les auteurs, une série de substances vomitives et purgatives qui exercent sur la calorification une influence digne de fixer l'attention du médecin physiologiste désireux de déterminer d'une façon précise l'action du médicament qu'il administre.

ANALYSES DU SANG POUR L'ÉTUDE DE LA RESPIRATION ET DE LA NUTRITION.

M. CLÉMENT, chef des travaux chimiques à l'École d'Alfort, adresse les résultats de nouvelles analyses du sang entreprises dans le but d'étudier les fonctions de la respiration et de la nutrition.

L'auteur conclut de ces nouvelles recherches :

1° Que le poumon est le siége d'une combustion réelle;

2° Que le principe du sang, qui brûle, est l'albumine, et que, dans cette combustion, elle cède à l'oxygène de l'air une partie de son carbone et de son hydrogène;

3° Que les produits de la combustion sont de l'eau, de l'acide carbonique et de la fibrine, ou albumine modifiée en fibrine ;

4° Que s'il n'en était pas ainsi, le sang veineux, qui, à son passage dans le poumon, a perdu de l'eau et de l'acide carbonique, devrait donner du sang artériel, moins chargé que lui de ces deux principes, ce qui n'a pas lieu ;

5° Que l'eau produite par la combustion passe dans le sang artériel, afin de lui donner la fluidité nécessaire pour qu'il puisse se porter avec facilité et rapidité tout à la fois, dans les différents organes de l'économie;

6° Que l'acide carbonique produit passe aussi dans le sang artériel, qui, d'après M. Magnus, en contient plus que le sang veineux ; en outre, que son usage semble être, soit de former les carbonates utiles aux organes, soit de tenir à l'état de sels acides, c'est-à-dire à l'état de dissolution et de sels assimilables par conséquent, le carbonate et le phosphate de chaux destinés particulièrement à la nourriture des os : ces sels étant, comme on sait, complétement insolubles à l'état neutre, et incapables alors d'être assimilés ;

7° Que ce qui semble justifier cette manière de voir, c'est que l'acide carbonique est le *seul acide libre* que contienne le sang ;

8° Que le petit excès de fibrine que le sang artériel contient provient de l'albumine modifiée en fibrine par la combustion pulmonaire ;

9° Que les globules colorés se chargent dans le poumon de l'oxygène destiné à la combustion interstitielle ou intra-organique;

10° Que cette combustion a pour but : 1° de mettre de la fibrine du sang en liberté, afin de le rendre assimilable ; 2° d'aider, de concourir au mouvement de décomposition des organes en brûlant les éléments organiques devenus inutiles et éliminables à la suite de leur usure ;

11° Que, dans cette combustion, il y a encore, comme dans la première, production d'eau et d'acide carbonique ;

12° Que cette eau et cet acide carbonique passent dans le sang veineux ; que l'eau y remplace celle que les organes de sécrétion et d'exhalation ont enlevée au sang artériel ; que l'acide carbonique y reprend les sels calcaires qui n'ont pas été assimilés, et que c'est cet acide qui sort du poumon quand une nouvelle inspiration pulmonaire a produit une nouvelle quantité de ce composé acide ;

13° Que les éléments azotés et oxygénés des organes, qui à l'état solide ne

peuvent être éliminés après leur usure et que l'oxygène n'a pu et ne peut brûler, entrent en dissolution pendant la combustion interstitielle, en se combinant dans un autre ordre, deviennent solubles, passent dans le sang, et en sont éliminés plus tard par les urines surtout, sous forme d'urée, d'acide urique, hippurique, selon les espèces, etc., tous produits éminemment azotés et oxygénés ;

14° Enfin, qu'un autre but que semblent avoir encore les globules colorés est de tenir, par leur état demi-solide, leur interposition, leur suspension, leur mouvement dans le sang, la fibrine dissoute dans l'albumine, et de s'opposer à la coagulation.

ACADÉMIE DE MÉDECINE.

SÉANCE DU 15 AVRIL. — PRÉSIDENCE DE M. ORFILA.

Le procès-verbal de la dernière séance est lu et adopté.

La correspondance officielle ne comprend qu'une lettre du ministre du commerce transmettant un rapport rédigé par M. Lautour, médecin français établi à Damas, sur les heureux effets qu'il a obtenus de l'agaric dans le traitement des fièvres intermittentes. (Commission nommée pour les succédanés du quinquina.)

CHOLÉRA.

M. Pellarin adresse une note complémentaire et rectificative sur le choléra de Givet, en 1849.

L'auteur se fait, dit-il, un devoir d'adresser à l'Académie de médecine la rectification d'un des faits consignés dans ses précédentes communications sur le choléra de Givet. Elle résulte de nouvelles informations qui ont été prises sur sa demande dans la localité.

D'après ces renseignements, continue M. Pellarin, je suis amené à conclure que, au lieu d'avoir été engendré sur place dans la petite caserne de Givet, le choléra épidémique ne s'est développé, dans les deux compagnies du 63ᵉ de ligne qui occupaient cette caserne, qu'à la suite d'un premier cas *transmis*. En un mot, le premier militaire qui fut atteint, le grenadier Michel Lefebvre, avait eu des rapports avec les premiers cholériques civils, notamment avec la bonne qui fut prise du choléra dans la maison où était traité un cholérique arrivant de Bruxelles, où régnait l'épidémie. L'infection par la fosse d'aisance contribua ensuite, ainsi qu'on l'a observé ailleurs, à la propagation du fléau. (Voir le rapport du comité général d'hygiène d'Angleterre sur le choléra de 1848 et 1849.)

Ainsi an début, et comme point de départ de l'épidémie de choléra dans Givet, on trouve, pour la population militaire, comme je l'avais constaté pour la population civile, un fait de transmission. (Comm. du choléra.)

— M. Affre, médecin inspecteur des bains de Biarritz, fait connaître une méthode de traitement contre la teigne. (Comm. : M. Gibert.)

— M. Marchal (de Calvi) communique un cas de mort subite par cause morale. (Comm. : MM. Larrey et Michel Lévy.)

— M. Filhol communique des recherches sur les eaux sulfureuses de Bagnères-de-Luchon et de Lubassère, suivies de considérations générales sur les eaux sulfureuses des Pyrénées. (Commission de l'Annuaire des eaux de la France.)

— M. Duverger (de Montpellier) adresse un mémoire sur un instrument destiné à l'extraction, sans opération sanglante et sans lésion aucune des voies urinaires, de tous les corps longs et flexibles (quelle que soit d'ailleurs la force nécessaire pour les fléchir) introduits accidentellement dans la vessie par l'urètre. (Comm. : MM. Velpeau et Ségalas.)

— M. Leroy-d'Étiolles adresse une lettre dont voici les passages principaux :

A la fin de la dernière séance, M. Velpeau a présenté au nom de M. Luër, fabricant, un instrument dont il a donné la description suivante :

« C'est une pince à deux branches, construite de telle sorte que lorsque l'on » saisit dans la vessie un corps étranger de forme allongée, comme un fragment » de sonde, ce corps se place de lui-même dans le sens de sa longueur, et peut » être ainsi retiré sans difficulté. »

Permettez-moi de mettre de nouveau sous les yeux de l'assemblée un mémoire lu à l'Académie des sciences en 1840, publié en 1843, et d'attirer son attention sur le passage suivant :

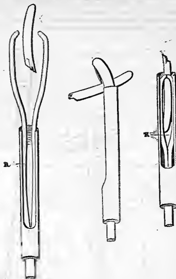
« Avec les instruments connus et usités, il serait impossible d'opérer l'extrac- » tion de tiges métalliques solides qui se présentent par le travers ; mais cela » m'est devenu facile au moyen d'une échancrure pratiquée sur la gaîne : *la » tige à extraire étant saisie par les branches, vient s'arc-bouter contre le » bord de l'extrémité de la gaîne, bascule en obéissant à la traction, et » vient se placer longitudinalement dans l'échancrure*. Les figures 1, 2, 3, » montrent les différents temps de cette manœuvre. » (*Sur l'extraction des corps étrangers de la vessie*, in-8°, p. 9, 10.)

Par cette citation et par l'inspection des figures, l'Académie peut voir que l'instrument présenté par M. Velpeau est construit sur le *principe* des miens et agit de la même manière.

. . . .

Mon mémoire sur l'extraction des corps étrangers de la vessie a été l'objet d'un rapport lu à l'Académie des sciences le 6 septembre 1841, où y lit cette phrase :

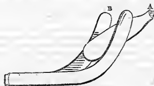
« ......Certes, dans de semblables cas, il serait plus rationnel, plus simple et » d'une exécution plus facile, de pratiquer une incision au périnée, qui s'éten- » drait jusqu'au col de la vessie pour y aller chercher les corps étrangers. »



J'ai répondu à ces conclusions en extrayant différents corps étrangers, tels que fragments de sondes, tiges métalliques, fragments de brise-pierres, morceaux de bois, esquilles d'os, des vessies de quatorze malades, ainsi que je l'ai écrit à l'Académie il y a un mois. Maintenant qu'il n'y a plus moyen de nier la possibilité de faits accomplis, les dispositions paraissent prêtes à changer, et nous allons probablement voir se reproduire ce qui est arrivé pour la lithotritie, que d'abord on déclarait impossible, que tout le monde pratique aujourd'hui, dont on se dispute l'invention, et que chacun s'efforce de perfectionner.

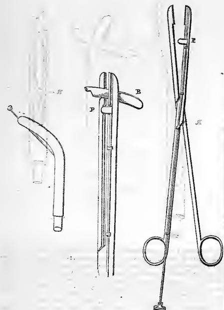
Je demande à l'Académie la permission de lui faire remarquer les variétés des procédés que j'emploie, et leur appropriation à la forme et à la nature des corps étrangers. Il y a un mois j'avais l'honneur de l'entretenir de l'extraction de tiges métalliques flexibles plongées en double, de telle sorte que les pointes tournées en arrière ne s'opposent pas à la sortie. Aujourd'hui, il s'agit de tiges métalliques inflexibles ; ici le principe d'action n'est plus le même : c'est en faisant pivoter ces tiges et les plaçant dans la direction de l'urètre que l'on peut en déterminer la sortie. Ce *pivotement*, je l'ai opéré par trois mécanismes bien distincts : 1° au moyen d'une longue échancrure sur la gaîne de la pince, comme je l'ai dit plus haut ; 2° par un changement dans la forme et le mode de jonction des mors des brise-pierres qui s'accolent, non plus d'avant en arrière, mais latéralement, fig. 4 et 5 ; 3° au moyen de petits rateaux qui, glissant sur le point de





jonction des deux branches, et rencontrant dans leur course la saillie de la tige brisée prise par le travers, la poussent, la forcent de basculer et de se loger longitudinalement entre ces mêmes branches.

Ces rateaux, je les ai combinés avec trois sortes de pinces : 1° avec une pince à pansement, dont les branches sont écartées en gouttières, fig. 6 et 7; celle-ci est



applicable aux femmes; 2° avec des pinces à deux branches élastiques, à gaine *sans échancrure;* 3° avec des brise-pierres à double cuillers.

L'instrument que M. Velpeau vient de présenter au nom de M. Luër est un quatrième mode d'application du principe. Est-ce un perfectionnement? la commission en jugera.

— M. Luer écrit pour demander qu'une commission examine les instruments que M. Velpeau a présentés en son nom. (Id.)

— M. Mercier adresse un modèle de sa sonde évacuatrice à double courant, à laquelle il vient de faire subir un perfectionnement qui en simplifie l'application.

— M. Notta (de Lisieux) adresse un mémoire sur l'oblitération des artères ombilicales et sur l'artérite ombilicale.

— L'ordre du jour appelle la lecture d'un rapport officiel sur la détermination des maladies ou difformités incompatibles avec le service de la garde nationale.

INFIRMITÉS QUI PEUVENT EXEMPTER DU SERVICE DE LA GARDE NATIONALE.

M. Bégin, au nom d'une commission composée de MM. Bérard, Bégin, Langier, M. Lévy et Dubois (d'Amiens), lit un rapport officiel sur les infirmités qui peuvent devenir un cas d'exemption du service de la garde nationale.

Par une lettre en date du 25 mars dernier, M. le ministre de l'intérieur invitait l'Académie de médecine à exprimer son avis sur la nature des infirmités qui lui paraîtraient constituer des causes péremptoires d'exemption du service de la garde nationale.

M. le ministre faisait observer, dans cette lettre, qu'il ne pouvait s'agir en aucun cas que des infirmités réputées incurables, et que c'est de celles qui ont ce caractère que l'Académie devait s'occuper exclusivement. La commission désignée par l'Académie pour satisfaire à la demande du ministre, avait donc à déterminer, et à énumérer dans une nomenclature méthodique d'une application facile, les maladies et infirmités qui, par leur nature et leur incurabilité, doivent faire prononcer l'exemption de service de la garde nationale.

Bien que le service de la garde nationale, dit M. le rapporteur, diffère sous beaucoup de rapports de celui de l'armée, cette différence n'est cependant pas assez considérable pour que les mêmes règles, en ce qui concerne les cas d'exemption et de réforme, ne doivent pas, à de légères modifications près, être appliquées à l'une et à l'autre. Si le soldat doit être jeune, robuste, d'une complexion vigoureuse, pour lutter contre les influences des climats, résister aux privations, braver et surmonter les vicissitudes, les fatigues et les travaux que comporte le métier des armes, en temps de guerre et même en temps de paix, le garde national doit incontestablement, sauf la condition de l'âge, posséder en grande partie les mêmes qualités. Il peut en effet avoir à lutter pour la défense de l'ordre; il peut être mobilisé, appelé à des distances plus ou moins grandes de ses foyers, et soumis pendant un temps plus ou moins long, à toutes les exigences de la vie du soldat. Même dans le service plus sédentaire des cités, le garde national doit supporter les intempéries, et suffire de jour et de nuit aux éventualités et aux fatigues qui dérivent de devoirs souvent pénibles. La loi ne peut vouloir qu'il soit dans le cas de devenir un objet de dégoût ou une cause d'incommodité pour ses concitoyens placés dans les mêmes rangs ou réunis dans les mêmes lieux, ni qu'il ait à souffrir notablement lui-même dans sa santé, par la privation de soins habituels, ou par l'interruption forcée de certains régimes, de précautions hygiéniques rendues nécessaires par diverses maladies ou infirmités.

En ce qui se rapporte à la constatation des faits, l'opération médicale qui a pour objet l'exemption ou la réforme, par suite de maladies ou d'infirmités, sera toujours pour la garde nationale comme pour l'armée, une opération des plus délicates, qui ne devra être confiée qu'à des médecins signalés par leur expérience, et investis de la confiance de leurs concitoyens, aussi bien que de celle de l'autorité. De même que les médecins chargés de donner leur avis devant les conseils de révision, les médecins qui auront à remplir les fonctions d'expert, dans les conseils de recrutement, devront se prémunir contre l'exagération affectée de certains accidents, contre la supposition et parfois même la simulation de certains autres, et il leur sera nécessaire de faire preuve à la fois d'une sagacité et d'une impartialité qui sont les conditions premières et essentielles de la justice.

Pour le plan à adopter pour la rédaction de son travail, la commission, considérant que les conseils et les jurys ne devront jamais prononcer, en ces matières, qu'après avoir entendu l'avis du docteur ou médecin, a cru devoir se borner a une simple nomenclature des lésions physiques et des altérations fonctionnelles qui doivent faire dispenser du service de la garde nationale. La nomenclature devra suffire à l'administration, en lui fournissant les éléments des prescriptions dont elle a besoin pour le règlement qu'elle prépare.

Les médecins experts, ajoute M. le rapporteur, trouveront également dans cette nomenclature des règles assez positives et des limites assez tranchées pour prévenir des écarts et des abus contraires à l'esprit de la loi. En ce qui concerne les moyens de distinguer les maladies ou infirmités, d'apprécier leurs conséquences, de démêler et de déjouer la fraude ou les subterfuges, ces moyens sont du domaine général de la science, et les médecins appelés près des conseils et des jurys ne peuvent être supposés les ignorer.

Cependant, pour imprimer à ces opérations, qui doivent se répéter sur toutes les parties du territoire, un caractère d'uniformité qui prévienne des divergences possibles dans des localités même rapprochées, et par suite d'embarrassantes réclamations, dans cette intention et aussi dans celle de répandre parmi la population des connaissances positives, d'une application générale, la commission propose d'exprimer au ministre le vœu qu'une instruction spéciale, analogue à celle du 14 novembre 1845, publiée par le ministre de la guerre, soit rédigée et adressée partout où il sera nécessaire. Cette instruction servirait de guide à la fois aux médecins chargés près des conseils et des jurys de l'appréciation des infirmités ou maladies qui peuvent rendre impropre au service de la garde nationale, et aux jurys et aux conseils eux-mêmes, appelés à prononcer sur la validité des motifs allégués devant eux.

Dans la nomenclature qu'elle a dressée, la commission a rangé les maladies suivant l'ordre des appareils organiques ou des parties du corps qui peuvent en être le siége.

L'expert parcourra, sur le sujet, les différentes parties du corps, en suivant un ordre méthodique, et lorsqu'il rencontrera dans quelque organe ou dans quelque région un état anormal quelconque, il se reportera à la nomenclature pour savoir si cet état est de ceux qui doivent entraîner l'exemption ou la radiation du cadre.

Voici cette nomenclature.

NOMENCLATURE DES MALADIES ET INFIRMITÉS RECONNUES INCURABLES QUI SONT INCOMPATIBLES AVEC LE SERVICE DE LA GARDE NATIONALE. — I. *Système cutané.* Dartres étendues, invétérées; teigne; lèpre et éléphantiasis; ulcères anciens, rebelles; tumeurs diverses (loupes, kystes) ne permettant pas la coiffure ou le port de l'équipement militaire; cicatrices adhérentes ou brides gênant les mouvements des membres ou du tronc.

II. *Appareil de la vision.* Perte totale ou affaiblissement considérable de la vue, quelle qu'en soit la cause (opacité et staphylôme de la cornée, atrésie ou occlusion de la pupille, cataracte, amaurose ou goutte sereine, atrophie et désorganisation des yeux); perte de l'œil droit ou affaiblissement très prononcé de la faculté visuelle de ce côté; ophthalmies chroniques, constitutionnelles, avec altération des tissus, affectant les deux yeux ou un seul; myopie très-prononcée; héméralopie; nyctalopie; blépharite chronique, ou inflammation ancienne des paupières, avec altération des bords ciliaires, perte des cils et gêne de la vision; renversement des paupières avec larmoiement continuel; fistule lacrymale ancienne et compliquée.

III. *Appareil de l'audition.* Surdité ou affaiblissement considérable de l'ouïe; otite chronique avec suppuration et perforation de la membrane du tympan.

IV. *Appareil de l'olfaction.* Perte totale du nez; ozène ou ulcère des cavités

nasales, on punaisie très-prononcée.

V. *Appareil du goût et de la mastication.* Perte de substance et difformité de l'une ou de l'autre mâchoire gênant notablement leurs fonctions; état scorbutique et ulcérations invétérées des gencives: haleine très-notablement fétide; écoulement involontaire de la salive par perte de substance aux lèvres, ou fistules salivaires; perte de toutes ou de la plus grande partie des dents, rendant impossible l'usage des aliments ordinaires.

VI. *Appareil de la voix et de la parole.* Bégaiement très-prononcé; aphonie permanente; mutité.

VII. *Région du cou.* Goître considérable gênant la respiration; tumeur volumineuse et ulcères étendus de nature scrofuleuse.

VIII. *Appareil de la respiration.* Conformation vicieuse de la poitrine ou du rachis, gênant la respiration ou ne permettant pas l'usage de l'équipement militaire; asthme; hémoptysie habituelle ou périodique; diminution notable de la respiration par une affection organique permanente; phthisie pulmonaire.

IX. *Appareil de la circulation.* Maladies organiques du cœur et des gros vaisseaux; varices volumineuses et multipliées.

X. *Appareil de la digestion.* Hernies irréductibles, ou ne pouvant être contenues que difficilement ou incomplétement; tumeurs et engorgements prononcés des viscères abdominaux; ascite; anus anormal; incontinence des matières fécales; chute habituelle et altération organiques du rectum et de l'anus; hémorrhoïdes volumineuses, compliquées, persistantes.

XI. *Appareil urinaire.* Gravelle abondante, ancienne, invétérée; catarrhe vésical ancien et rebelle; hématurie (pissement de sang); lésions organiques constatées de la prostate et de l'urètre; fistules urinaires; incontinence d'urine.

XII. *Appareil de la génération.* Engorgement chronique, sarcocèle ou cancer du testicule; varicocèle très-volumineux ou varices très-considérables du cordon testiculaire; hydrocèle très-volumineuse.

XIII. *Système nerveux.* Congestions cérébrales répétées, ayant leur cause dans des lésions du crâne, une conformation ou une disposition constitutionnelle spéciale, un état apoplectique antérieur; céphalalgie intense ou migraine habituelle; épilepsie; convulsions générales ou partielles; tremblement habituel de tout le corps ou d'un membre; paralysie d'une ou de plusieurs parties du corps; névralgies anciennes rebelles, ayant entraîné un amaigrissement ou une faiblesse notable dans les parties qui en sont le siége; aliénation mentale ou folie, quel qu'en soit le caractère; imbécillité; idiotie; crétinisme.

XIV. *Système osseux et articulaire.* Rachitisme; altérations organiques des os (ostéosarcome, spina-ventosa, exostose); carie et nécrose étendues ou profondes devant laisser après la guérison des incapacités dans les fonctions; tumeurs blanches; corps étrangers articulaires; goutte ancienne invétérée; ankylose, même incomplète, lorsqu'elle limite considérablement les mouvements ou les rend difficiles.

XV. *Membres.* Perte d'un membre; perte du pouce, de l'index ou de deux doigts de l'une ou de l'autre main; perte irrémédiable du mouvement de ces parties; perte d'une des phalanges de l'indicateur de la main droite; ankylose des articulations phalangiennes de ce doigt; perte du gros orteil ou de plusieurs orteils; difformités congéniales ou accidentelles des membres, capables de rendre la marche ou le maniement des armes difficile; sueur infecte des pieds; amaigrissement, suite de douleurs rhumatismales anciennes; atrophie et rétraction des membres, quelle qu'en soit la cause; claudication permanente, quelle qu'en soit l'origine.

XVI. *Imperfections générales.* Insuffisance de taille (la loi devra fixer la limite); faiblesse de complexion; cachexies ou altérations anciennes et profondes de la constitution par cause scorbutique, syphilitique, tuberculeuse ou scrofuleuse.

M. LARREY présente quelques observations générales sur l'ensemble du rapport. Le rapporteur lui parait avoir fait une assimilation trop étroite sous le rapport des causes de réforme entre la garde nationale et l'armée. Le service n'étant pas le même, on ne saurait admettre les mêmes causes d'incompatibilité.

M. ROUX est frappé, dit-il, du grand nombre de cas indiqués dans la nomenclature, qui ne peuvent être que des motifs d'exemption temporaire.

M. BÉGIN: Ce n'est point une assimilation rigoureuse, mais un rapprochement, qui a été fait par la commission entre le service de l'armée et celui de la garde nationale pour ce qui concerne les motifs d'incompatibilité. Quant aux observations de MM. Larrey et Roux, elles témoignent en faveur de la nécessité d'une instruction qui devra être annexée au tableau, ainsi que l'a proposé la commission.

Quelques membres demandant encore la parole sur la discussion générale, l'Académie, sur la proposition de M. le président, passe à la discussion du tableau, paragraphe par paragraphe.

Voici les quelques modifications qui ont été introduites dans les articles par la discussion,

§ 1er. *Système cutané.* — (Adopté.)

§ 2. *Appareil de la vision.*—Sur la proposition de M. Malgaigne, au lieu de: « perte de l'œil droit, etc., » il sera dit: « perte de l'un des deux yeux, ou affaiblissement très-prononcé de la vision. »

Quelques membres invoquent l'exemption en faveur des myopes et des presbytes. Ces propositions ne sont pas adoptées.

L'article est adopté avec l'amendement de M. Malgaigne.

Les §§ 3, 4, 5, 6, 7, 8 et 9 sont adoptés sans discussion.

§ 10. *Appareil de la digestion.*—MM. Gaultier de Claubry, Ricord et Velpeau demandent que l'on comprenne toutes les hernies, réductibles ou irréductibles, dans les causes d'exemption.

M. Bégin insiste sur l'utilité de maintenir la rédaction de la commission, sous peine d'ouvrir la porte aux abus. L'instruction parera d'ailleurs aux difficultés d'appréciation.

La rédaction de la commission est adoptée.

§ 11. *Appareil urinaire.* — Sur la proposition de M. Moreau, on ajoute au mot: « gravelle, » le mot: « constatée. »

§ 12. *Appareil de la génération.* — M. Moreau croit que le varicocèle ne saurait être un motif suffisant d'exemption. Cet avis est partagé par MM. Roux et Ricord.

M. Bégin insiste pour qu'on maintienne le varicocèle, en ajoutant les mots: « très-volumineux. » (Adopté.)

§ 13. *Système nerveux.* — Sur la demande de quelques membres, les mots: « céphalalgie intense ou migraine habituelle » sont supprimés.

Après une courte discussion au sujet des névralgies, à laquelle prennent part MM. Nacquart, Orfila, Gibert, Duval et Bouvier, sur la proposition de M. Orfila, la rédaction du rapport est remplacée par les mots: « névralgies anciennes et rebelles, » avec suppression des mots qui suivent.

§ 14. *Système osseux et articulaire.* — M. Malgaigne propose d'introduire dans cet article les « rétractions des doigts. » (Adopté.)

§ 15. (Adopté.)

§ 16. On ajoute, sur la demande de M. Robert, « l'obésité excessive. »

L'ensemble du rapport est mis aux voix et adopté.

La séance est levée à cinq heures un quart.

BIBLIOGRAPHIE.

DE L'INSALUBRITÉ ET DE L'INNOCUITÉ DES VIANDES DE BOUCHERIE QUI PEUVENT ÊTRE VENDUES A LA CRIÉE DU MARCHÉ DES PROUVAIRES A PARIS; par M. O. DELAFOND, professeur à l'École de médecine vétérinaire d'Alfort. — Broch. in-8°. Paris, 1851.

Tout problème économique relatif aux subsistances implique nécessairement une question d'hygiène publique, et cette question acquiert une importance toute particulière lorsqu'il s'agit d'un aliment de première nécessité, dans lequel la masse de la population peut, suivant qu'il est sain ou altéré, puiser le renouvellement de ses forces ou le germe de maladies. Aussi ne saurait-on toucher au régime économique d'après lequel se règlent la production et la consommation de cet aliment, sans que la médecine ait à intervenir, soit pour chercher et prévoir les résultats que devront amener les modifications qui y auront été introduites, soit pour s'enquérir des mesures à prendre pour garantir les intérêts de la salubrité publique.

Personne n'ignore la réforme importante qui vient d'être récemment apportée dans la vente de la viande de boucherie. Cette réforme, réclamée depuis longtemps dans l'intérêt des producteurs, à qui elle devait assurer de nouveaux débouchés, des consommateurs qui devaient y trouver le bénéfice du bon marché, a été accueillie par les uns et par les autres comme un bienfait. Cependant il a été émis des doutes, sinon sur la réalité des avantages immédiats qui devaient résulter, pour le plus grand nombre, de l'adoption de ce nouveau système, du moins sur l'influence qu'en pourrait éprouver tôt ou tard la santé publique. On s'est demandé si la liberté illimitée du commerce de la viande de boucherie substituée au monopole exercé jusqu'ici par une corporation, n'aurait pas pour effet, en introduisant dans la consommation une plus grande masse d'animaux, et par conséquent une plus grande proportion de viandes de qualités inférieures, de compromettre la santé publique. Bien que ces scrupules n'aient peut-être pas une origine parfaitement désintéressée, il suffit qu'ils aient été énoncés et qu'ils puissent reposer sur quelque vraisemblance pour qu'il y ait lieu de s'en préoccuper. C'était donc pour les hommes compétents un devoir d'examiner cette question avec toute la maturité et l'indépendance qu'elle exige.

Déjà à plusieurs reprises la question de l'influence que peut exercer sur la santé des hommes l'usage de viandes altérées ou provenant d'animaux malades, a été étudiée et soumise à des discussions approfondies. Des opinions contradictoires ont été émises. Tandis qu'une commission de l'Académie de médecine de Belgique concluait à l'innocuité de l'usage de viandes provenant d'animaux malades, un vétérinaire dont la science déplore la mort prématurée traçait un sombre tableau des résultats désastreux que pouvait entraîner le défaut de surveillance dans le débit des viandes. C'est à l'examen de cette question d'une actualité toute palpitante que M. Delafond a consacré le petit travail dont nous allons présenter une analyse sommaire.

La vente de la viande à la criée peut-elle compromettre la santé publique? tel est le point spécial de la question que M. Delafond a cherché à éclairer par ses observations et son expérience.

Il ne pouvait y avoir aucun doute à l'égard des viandes putréfiées. Aussi l'auteur ne les indique-t-il que pour exposer les caractères auxquels les inspecteurs de la boucherie devront les reconnaître. Le point important à examiner était relatif aux viandes provenant des animaux malades.

Une maladie épizootique et contagieuse exotique des plus graves, la *peste bovine* ou typhus contagieux, qui fait de si grands ravages dans le nord de l'Europe, devait naturellement la première appeler l'attention. On serait à coup sûr loin de présumer *à priori* qu'il peut être sans inconvénient de manger de la viande d'animaux morts d'une affection épidémique contagieuse. L'innocuité de cette alimentation est cependant démontrée par une masse imposante de faits recueillis, depuis plus d'un siècle et demi, en Italie, en Hollande et en France, sous la garantie d'hommes tels que Ramazzini, Camper, Huzard, Mérat, Coze, etc.

Parmi les maladies annuelles ordinaires qui attaquent les animaux de boucherie, et pendant le cours desquelles on les égorge pour en utiliser la chair sans aucun inconvénient, l'auteur range les météorisations, le tournis, la fourbure, le piétin, la paralysie, le rhumatisme articulaire, les maladies des os, les accidents mortels qui suivent le vêlage, les plaies graves, etc.

Quant aux maladies épizootiques, enzootiques ou sporadiques, à l'occasion desquelles existent encore des divergences d'opinion, telles que la fièvre aphtheuse (cocotte), les affections de poitrine (pleurésie, pneumonie, phthisie pulmonaire), la clavelée, la péripneumonie épizootique, voici ce que l'expérience et l'observation ont appris :

La fièvre aphtheuse, qui affecte le gros bétail, le mouton et le porc, et qui s'est montrée à l'état épizootique à diverses époques en France, n'a point cessé depuis dix ans d'attaquer les animaux de boucherie qui alimentent les marchés de Paris, sans qu'on ait jamais observé qu'elle ait produit le moindre effet nuisible. Il en est de même pour la chair des animaux morts d'affections de poitrine. Les élèves d'Alfort et l'auteur lui-même ont souvent fait usage de la viande amaigrie de vaches mortes de la phthisie pulmonaire, sans aucune répugnance et sans en avoir été incommodés.

L'usage alimentaire de la viande provenant du mouton atteint de clavelée bénigne ou maligne s'est également montré sans danger.

La maladie grave du gros bétail, connue sous le nom de péripneumonie épizootique, qui depuis quinze à vingt ans a successivement envahi un grand nombre de départements de la France où elle était autrefois inconnue, n'a point non plus d'inconvénients sous ce rapport. Les agronomes, les vétérinaires les plus recommandables qui, en Suisse, en Italie, en Allemagne, en Hollande, en Angleterre, en Belgique et surtout en France, ont observé et étudié avec soin cette maladie, sont tous d'accord sur l'innocuité de la viande provenant des animaux qui y ont succombé.

La chair du gros bétail ou du mouton cachectique est de médiocre qualité, mais elle n'est point malsaine et n'engendre point de maladies. Il en est de même de celle qui provient des animaux affectés de la maladie connue sous le nom de sang-de-rate.

Mais si ces affections, qui constituent la presque totalité du cadre nosologique des animaux de boucherie, n'impriment à la viande aucune qualité malfaisante qui doive en faire proscrire l'usage, on n'en saurait dire autant des maladies charbonneuses. Et encore est-ce moins par la crainte du danger que pourrait avoir l'usage alimentaire de la viande provenant d'animaux charbonneux, danger dont la réalité est encore sujette à contestation, qu'à cause des conséquences beaucoup plus graves et beaucoup plus réelles qu'entraîne la manipulation de la chair de ces animaux, qu'il importe que cet usage soit interdit d'une manière absolue.

En résumé, la chair provenant d'animaux atteints de toute autre maladie épizootique ou ordinaire que le charbon n'est point nuisible à la santé des personnes qui les préparent ou qui les mangent; celle qui provient d'animaux charbonneux, seule, doit être considérée comme nuisible et sévèrement interdite.

Telles sont les conclusions formulées dans le travail de M. Delafond, dont l'autorité en pareille matière sera aisément acceptée. Il ressortirait donc de ces faits qu'il ne saurait y avoir aucun danger pour la santé publique à voir se propager et s'étendre à toutes les populations de la France le système du commerce libre de la viande, et que le bénéfice qui en résulte pour les classes pauvres et laborieuses restera entier et sans fâcheuse compensation. Ces conséquences seront accueillies avec reconnaissance, mais sous la condition toutefois que l'administration, plus pénétrée que jamais de l'importance des devoirs que lui impose cette latitude même, redoublera de zèle et d'activité dans la surveillance des marchés et dans l'exécution des règlements en vigueur.

H. Brochin.

VARIÉTÉS.

AU RÉDACTEUR.

Monsieur,

Dans une leçon que publie la Gazette Médicale du 12 avril, M. le docteur Fleury rappelle les définitions qui ont été proposées pour l'hygiène; il ajoute : « M. Lévy a tenu compte de quelques-unes de ces considérations, et s'est appuyé » sur elles pour appeler l'hygiène : *la clinique de l'homme sain*; nous ne nous » arrêterons pas à discuter cette définition, qui n'a probablement pas la prétention d'en être une. » Ces mots semblent indiquer que j'ai proposé cette définition d'une manière absolue et générale; or voici le passage de mon livre où elle se rencontre; le lecteur jugera s'il comporte cette interprétation : « Dans » l'impossibilité de produire une formule absolue de la santé, nous aimons mieux » dire de l'hygiène qu'elle détermine, pour l'homme physique et moral, la mesure » et le genre d'activité compatibles avec un état de santé relative; comme » science, l'hygiène a pour termes de ses recherches, d'une part l'organisme, » d'autre part les modificateurs, tant externes qu'internes, tant physiques que » moraux, et pour résultat la vérification du rapport de ces deux termes entre » eux, c'est-à-dire les lois de la réaction organique. — Comme art, elle tend à » régulariser cette réaction. D'où il suit que l'hygiène, stable en ses principes, » varie dans les applications; telle est aussi la médecine pratique qui, en présence d'états morbides de filiation identique, doit approprier la médication à » chaque cas en particulier. Nous sentons tellement la nécessité d'adapter à » chaque individualité les prescriptions de l'hygiène que nous l'appellerions volontiers la clinique de l'homme sain. » (Prolégom., t. I, p. 48.) — Et quant à l'hygiène publique, j'ai dit (p. 50) : « L'hygiène privée s'enferme dans l'organisme, interroge chacune de ses parties placées sous l'atteinte des modificateurs; l'hygiène sociale embrasse une classe d'hommes, une population, une » nation, l'humanité entière. En étudiant toutes les influences matérielles, morales et intellectuelles qui travaillent le corps social, elle se propose de les » diriger, non-seulement dans l'intérêt de la conservation commune, mais encore dans le but d'améliorer notre espèce dans toutes ses conditions d'existence. »

Voilà comment j'ai défini l'hygiène privée et l'hygiène publique. L'honorable M. Fleury, en me citant devant ses auditeurs, m'a procuré une distinction flatteuse; mais la justice eût peut-être exigé qu'il ne le fit pas de manière à leur laisser croire que je n'ai compris que très-imparfaitement la mission de l'hygiène privée et celle de l'hygiène sociale.

Agréez, etc.

Michel Lévy.

—Les sections de pathologie interne et de thérapeutique de l'Académie de médecine ont procédé aujourd'hui à l'élection des membres qui doivent faire partie du jury pour le prochain concours de la Faculté de médecine de Paris. Ont été élus :

MM. Bricheteau, Patissier, Michel Lévy, Roche et Bousquet.

— A l'occasion de son jubilé de cinquante ans, l'Académie impériale médico-chirurgicale de Saint-Pétersbourg a conféré le titre de correspondant à notre collaborateur M. Michel Lévy, membre de l'Académie de médecine de Paris, du conseil de santé des armées et du comité d'hygiène publique.

—Le congrès central d'agriculture séant au Luxembourg a émis les vœux suivants touchant le service médical des campagnes :

Art. 1er. En ce qui concerne l'hygiène et la salubrité publiques :

1° Etablissement d'un conseil d'hygiène et de salubrité dans chaque canton, avec leurs attributions déterminées par les comités d'arrondissement établis par l'art. 12 du décret du 18 octobre 1848, et dont feraient partie, indépendamment d'un ou de plusieurs hommes de l'art, le juge de paix, l'un des membres du clergé de la circonscription et l'un des cultivateurs du canton;

2° Libre initiative pour les conseils en ce qui concerne soit la réunion de leurs membres, soit la délibération des mesures ou projets de règlements à soumettre à l'autorité départementale;

3° Stricte exécution des lois et règlements sur les inhumations, sur l'établissement et la tenue des cimetières, et, en général, sur l'hygiène et la salubrité publiques.

Art. 2. En ce qui concerne le service médical :

1° Que les préfets et conseils généraux soient invités à prendre les mesures qui leur paraîtront les plus efficaces et le mieux appropriées aux besoins de chaque département pour l'amélioration du service médical et pharmaceutique des indigents dans les communes rurales;

2° Que des encouragements et des distinctions honorifiques soient accordés aux médecins et aux autres personnes qui se seront consacrés au soulagement des malades indigents.

Art. 3. Réitération des vœux précédemment émis :

1° Publication, distribution gratuite et admission au nombre des livres d'instruction élémentaire de manuels d'hygiène à l'usage des campagnes, par les soins et avec les encouragements de l'administration;

2° Conditions égales de capacité et d'études pour tous les membres à admettre dans le corps médical;

3° Protection et encouragement aux associations particulières, religieuses ou laïques, ayant pour but le soulagement des malades dans les communes rurales.

Le rédacteur en chef, JULES GUÉRIN.

REVUE HEBDOMADAIRE.

CONCOURS POUR UNE CHAIRE DE CLINIQUE CHIRURGICALE A LA FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS.

QUATRIÈME ÉPREUVE. — THÈSES ET ARGUMENTATIONS.

(Suite. — Voir les numéros 3, 7, 10, 14, 15 et 16.)

Le public continue à assister avec un vif intérêt aux péripéties du concours actuellement ouvert à la Faculté de Paris. Nous supposons que les lecteurs de la GAZETTE MÉDICALE, quoique réduits à n'avoir de cette lutte animée qu'un reflet très-affaibli, n'en suivront pas avec moins d'intérêt toutes les phases jusqu'à la fin.

Les trois thèses dont nous avons à rendre compte aujourd'hui sont : celle de M. Voillemier, *sur les kystes du cou*, argumentée par MM. Michon, Giraldès, Morel-Lavallée et Richet ; celle de M. Sanson, *sur l'hérédité des maladies chirurgicales*, argumentée par MM. Gosselin, Bouisson, Chassaignac et Jarjavay ; celle de M. Nélaton, *sur l'influence de la position dans les maladies chirurgicales*, argumentée par MM. Robert, Voillemier, Giraldès et Michon.

La thèse de M. Voillemier est traitée avec soin. On s'aperçoit, dès les premières lignes, qu'on a affaire à un esprit sévère, méthodique, ne sacrifiant pas l'essentiel à l'accessoire. Sans doute, dit-il en débutant, « les » kystes du cou ont plus d'un point de leur histoire qui rentre dans celle » des kystes considérés en général, mais ils ont encore une physionomie » tonte spéciale, dans leurs causes, leur développement, les troubles fonc» tionnels qu'ils déterminent et le traitement qu'ils exigent. » Cette réflexion suffit à elle seule pour caractériser les tendances à la fois scientifiques et pratiques de l'auteur. Il est à regretter seulement que l'ensemble du travail ne soit pas complétement coordonné d'après cette donnée générale. L'auteur divise, comme MM. Bérard et Denonvilliers, les kystes en deux espèces : 1° les kystes séreux, 2° les kystes dermoïdes. Il établit d'autres subdivisions relatives au siége et au nombre des tumeurs. Mais, à mesure qu'il entre dans les développements de son sujet, il perd de vue l'excellente réflexion par laquelle il avait débuté, et la question si importante de nature disparaît sous les distinctions anatomiques et topographiques. Le traitement n'est qu'un assemblage de méthodes, de pratiques et d'opérations empiriques, dans le dédale desquelles il ne signale aucun fil conducteur. Quant aux méthodes de traitement qu'il préconise, il faut distinguer celles qui conviennent aux kystes séreux de celles que réclament les kystes dermoïdes. Parmi les premières, nous avons regretté de ne point voir mentionner le massage : j'ai eu pour ma part l'occasion de constater deux guérisons par l'emploi de ce moyen. Parmi les traitements des kystes dermoïdes, M. Voillemier a également omis de citer la mortification complète de la tumeur à l'aide du caustique de Vienne. Cette méthode, à laquelle nous devons des succès fort remarquables, convient surtout lorsque la tumeur a des racines profondes au voisinage de la colonne cervicale, et se trouve par conséquent difficile à atteindre dans sa totalité par les instruments tranchants. Nous avons remarqué, dans ces cas, que la mortification complète de la peau a pour effet d'entraîner la fonte suppurative du reste de la tumeur.

La meilleure et l'unique méthode de traitement des kystes séreux est, pour M. Voillemier, l'injection iodée. Nous possédons plusieurs exemples de guérisons de kystes séreux du cou extra-thyroïdiens qui ont été obtenues par des ponctions sous-cutanées suivies de scarifications de l'intérieur de la poche. Cette méthode n'est pas moins sûre et elle est sans contredit plus innocente que celle des injections. Il ne nous a pas encore été donné de l'expérimenter dans des cas de kystes thyroïdiens.

Nous ne nous arrêterons que très-brièvement sur l'argumentation de cette thèse, qui n'a rien offert de remarquable. Au reproche qui lui a été adressé par M. Michon de n'avoir pas pris pour base de ses distinctions la considération du siége, M. Voillemier a justifié la préférence qu'il a donnée à la considération de la nature des kystes, par les données thérapeutiques résultant de cette dernière. Mais l'auteur ne nous a pas paru tenir grand compte, dans sa thèse, de cet excellent principe. M. Michon a encore présenté quelques autres remarques sur le diagnostic comparatif des tumeurs du cou.

M. Giraldès a signalé plusieurs omissions. M. Morel-Lavallée a insisté sur le défaut d'érudition et principalement sur l'absence d'indication des sources. M. Richet s'est étendu sur plusieurs points d'anatomie pathologiques et a fait quelques remarques thérapeutiques d'une importance secondaire.

M. Voillemier a généralement répondu avec aplomb et présence d'esprit. L'étroitesse et la stérilité du sujet sont sans doute la principale cause de la monotonie de cette argumentation et du peu d'intérêt qu'elle a excité dans l'auditoire.

— Autant le sujet de la thèse de M. Voillemier est spécial et circonscrit à un point de pratique, autant celui de la thèse de M. Sanson est vaste et touche aux points les plus élevés de la science et de l'art. La question de l'hérédité est une de celles qui prêtent le mieux aux spéculations philosophiques sans cesser d'être accessible aux observations précises et aux déductions pratiques. Le candidat auquel elle est échue est un de ces hommes que le génie des généralisations a effleuré de son aile. Il en a le sentiment du moins et l'instinct. Mais, comme dans ces épreuves incomplètes où les traits des belles choses ne sont aperçus qu'à travers des teintes effacées ou confuses, l'esprit de M. Sanson a besoin d'être deviné pour être compris. Sa thèse est un assemblage de vues profondes et incohérentes ; elle se résout en quelques données générales très-sérieuses, enveloppées d'une logomachie abstraite, qui n'est pas toujours compréhensible pour l'auteur lui-même sans doute. Du reste, M. Sanson aurait ce défaut de commun avec les esprits les plus éminents, dont quelques-uns ne comprennent pas toujours ce qu'ils ont écrit à la distance de quelques années.

Quoi qu'il en soit, M. Sanson a résumé quelques données générales que nous reproduisons avec plaisir.

L'hérédité offre l'échelle décroissante qui suit : caractères d'espèce, de race, de famille, de constitution, de tempérament, d'idiosyncrasie. Ces différents degrés de la transmission héréditaire ont pour instruments les deux grands systèmes de l'économie : le sang et les nerfs. Partant de cette donnée physiologique, M. Sanson pense qu'il n'y a d'états pathologiques transmissibles que ceux qui reposent sur une altération primitive du sang et du système nerveux, simple ou combiné. On ne saurait disconvenir que cette base, sur laquelle l'auteur a fait reposer tout son édifice, ne soit, au

---

Feuilleton.

CHRONIQUE MÉDICALE.

Une séance de l'Académie de médecine. — Infirmités incompatibles avec le service de la garde nationale.

Etiamsi omnes, ego non. Nous ne sommes pas de l'avis de tout le monde. Selon nous, il n'y a pas beaucoup de sujets de discussion plus intéressants que celui dont s'est occupée, le 15 avril de l'an de grâce 1851, à trois heures de relevée, l'Académie nationale de médecine. La docte compagnie avait à déterminer les infirmités susceptibles de recevoir application de l'art. 8 du paragraphe 6 du projet de loi sur la garde civique, actuellement pendant devant l'Assemblée Législative. Le ministre demandait une liste nominative des affections *incurables* incompatibles avec les buffleteries, le képi et le reste. Comptez donc combien de cœurs devaient palpiter dans l'attente de la liste sacramentelle ! combien d'épouses sensibles, d'Andromaques éplorées, souhaitaient de découvrir à tout risque (ô dévoûment !) quelque menue infirmité sur la personne des Hectors citoyens ; combien d'Hectors même, bons et excellents maris, désiraient éviter dorénavant à la main conjugale le lugubre soin d'attacher leurs armes ! Car, il faut bien l'avouer, les mœurs du bourgeois français ne sont pas précisément féroces, et la bourgeoise, un peu différente de la Romaine antique, se soucie peu qu'on lui rapporte son mari blessé, ni par derrière ni par-devant. Pour parler du Parisien en particulier, il est bien toujours tel que le dépeignait Sébastien Mercier un peu avant la première révolution : s'échauffant d'abord avec une espèce de frénésie, puis tombant dans l'insouciance, à moins de se réfugier dans le persiflage. Dans ce temps-là, les émeutes étaient rares ; la maréchaussée y mettait ordre. Le peuple vivait dans la crainte du guet et du commissaire ; les libéraux narguaient sa patience et sa docilité. Un jour, sa colère a monté pour tout de bon, et elle a débordé en un instant sur le pays qu'elle a couvert de ruines, de sang et de crimes. Quelques années plus tard, le peuple était bâté comme une bête de somme, attelé à un char de victoire, il est vrai, mais horriblement mutilé par les courroies. On le dételle, il demande des fusils. On lui en donne, et avec le fusil, un grand sabre, un bel uniforme ; le voilà bien heureux et bien fier ! puis, le premier moment passé, c'est à qui ne s'embarrassera plus de ce harnais incommode et de cet engin à baïonnette qu'il ne fait pas trop sûr de manier. Les choses en sont encore là ; cependant, qu'on supprime le soldat citoyen, et vous entendrez de beaux cris !

Nous n'oserions jamais adresser à des hommes honorables comme messieurs les académiciens l'outrageux reproche d'être de mauvais gardes nationaux. Encore moins oserions-nous les accuser d'avoir voulu ruiner subrepticement l'institution. Si donc la nomenclature d'infirmités votée dans l'avant-dernière

moins spéculativement, très-spécieuse. Elle n'a été ébranlée par aucun des compétiteurs de M. Sanson. Nous ne voudrions pas dire que l'honorable candidat en ait tiré tout le parti possible; toujours est-il qu'elle n'a pas été contestée sérieusement ni même prise en défaut de généralisation arbitraire. Les objections faites à la thèse de M. Sanson ont plutôt porté sur les applications pratiques de ses principes que sur les principes eux-mêmes.

Ainsi M. Gosselin, qui a parlé le premier, a admis implicitement la justesse des vues de M. Sanson, en lui reprochant de les avoir développées au détriment des applications cliniques. Cette objection, très-fondée en elle-même, a été l'occasion pour M. Sanson de mieux faire ressortir l'importance du point de vue général où il s'est placé. Mais nous pensons, avec M. Gosselin, qu'il y avait des déductions pratiques à tirer, sur lesquelles l'auteur a passé beaucoup trop légèrement, sinon à pieds joints. Ainsi la grande question de la tendance ou de la réalisation, des aptitudes ou des conformations morbides, si importante pour la thérapeutique, n'a même pas été abordée.

Comme pour se reposer de son beau succès, M. Bouisson n'a pas paru vouloir se donner la peine d'entrer sérieusement en discussion avec M. Sanson. Il s'est borné à des remarques, lumineuses sans doute, mais contestables et contestées, non sans quelque apparence de raison, par son interlocuteur, sur la définition et les caractères de la maladie dite chirurgicale. Il a voulu définir l'arbitraire. Tout ce que dit M. Bouisson comme tout ce qu'il écrit est empreint d'un cachet de raison et de netteté. Mais nous aurions voulu qu'il saisît l'occasion d'être supérieur dans le maniement d'une question philosophique, comme il l'a été dans celui de toutes les questions physiologiques et cliniques qu'il a abordées. La faute en est sans doute à M. Sanson qui, une fois planté au milieu d'un argument, n'en sort pas plus qu'il n'en laisse sortir les autres.

Après avoir perdu la meilleure partie de son temps en rectifications, que son contradicteur peu docile ne s'est pas toujours montré disposé à admettre, M. Bouisson a cherché à l'attirer sur deux points plus précis : la question de la prééminence de la théorie de l'évolution, sur l'épigénèse et la formation des anévrismes et des varices, considérés comme produits d'une altération du sang; mais M. Sanson a esquivé l'une et n'a pas eu le temps de subir les conséquences de l'autre.

Les deux autres argumenteurs de la thèse de M. Sanson, MM. Chassaignac et Jarjavay, ne se sont guère donné plus de peine que M. Bouisson. Aucun n'est entré au cœur du sujet. Une seule objection de M. Jarjavay mérite d'attirer un instant l'attention. M. Sanson admet, d'après Meckel et autres, que des chevaux auxquels on a coupé la queue ont engendré des produits dont la queue était plus courte. Ce fait, annoncé dès longtemps par plusieurs physiologistes, entre autres par Blumembach, est regardé par M. Jarjavay comme apocryphe. Il lui oppose le fait de la mutilation du prépuce par la circoncision, qui ne donne lieu à aucune transmission héréditaire, depuis des siècles qu'elle se pratique sur tout un peuple. Ce dernier fait n'a pas été observé en effet, mais son absence n'explique pas absolument l'impossibilité du premier. Nous avons, au contraire, constaté nous-même celui-ci par voie d'observation. Mais à la transmission héréditaire de cet ordre de mutilations se rattachent des considérations spéciales que ce n'est pas le lieu d'émettre. Contentons-nous d'affirmer leur existence et de la maintenir avec l'autorité de Blumembach, de Meckel et de M. Sanson.

M. Jarjavay a terminé en exprimant des doutes sur la transmission héréditaire de certaines difformités complexes. Cet ordre de faits, dit M. Sanson, rattaché par M. Jules Guérin à des affections nerveuses pendant la vie intra-utérine, a pour intermédiaire la rétraction musculaire. M. Sanson aurait pu ajouter que le caractère de ces transmissions, qu'une longue suite d'observations nous a permis de mettre hors de doute, est d'offrir une conformation complète de tous les éléments de la difformité, au même titre et parfois avec la même persistance que celle des traits du visage. Cette remarque, d'un grand intérêt physiologique, est fertile en applications pratiques : dans un pied-bot ou un strabisme héréditaire, par exemple, il ne s'agit plus seulement d'un muscle rétracté, mais d'un ensemble d'éléments anatomiques conformés dans leur généralité, d'après le type dont ils procèdent.

— La position importante que M. Nélaton a prise dans ce concours nous fait un devoir de donner à sa thèse et à son argumentation une attention particulière.

La thèse de M. Nélaton, comprenant 123 pages, est une collection de faits et de remarques d'un haut intérêt. Après une courte introduction historique, l'auteur cherche à déterminer d'abord le point de vue le plus général auquel on puisse rapporter toutes les manières de considérer l'action de la position dans les maladies chirurgicales. « Si l'influence de la position, dit-il, se distingue par la quantité et la diversité de ses résultats, d'un » autre côté, le mode suivant lequel ces résultats sont obtenus est uniforme... Sur quelque partie du corps et dans quelques circonstances » qu'elle agisse, la position n'exerce, suivant nous, son influence que de » deux façons : 1° *en favorisant ou neutralisant l'action de la pesanteur;* 2° *en favorisant ou neutralisant certaines résistances organiques.* » M. Nélaton fait successivement l'application de cette formule aux différents genres d'affections chirurgicales, qu'il serait trop long d'énumérer ici. C'est, comme on le voit, la question considérée dans sa généralité et dans ses applications. Ce double point de vue est excellent; mais comprend-il bien toute l'étendue du sujet? en est-ce une systématisation complète? tous les faits y sont-ils compris? C'est ce qu'aucun des compétiteurs n'a examiné. Question capitale cependant, et dont la solution n'importe pas moins à la bonne distribution des connaissances acquises qu'à la venue plus facile des connaissances à acquérir. Or, à charge de le démontrer, nous sommes obligé de le dire, M. Nélaton n'a aperçu qu'un des côtés de la signification la plus générale de son sujet : le côté mécanique, négligeant le plus important : le côté chirurgical. Comment agit la position dans les maladies chirurgicales? En favorisant ou neutralisant l'action de la pesanteur, en favorisant ou neutralisant certaines résistances organiques? Cela est vrai jusqu'à un certain point; mais ceci, je le répète, est une explication, une théorie, si l'on veut, de l'action mécanique de la position, c'est cette action ramenée à son dernier terme. Mais cette théorie est en quelque façon aussi applicable aux arts mécaniques qu'à la chirurgie. Ce qu'il fallait, suivant nous, c'était rechercher de préférence le mode d'action le plus général de la position par rapport aux maladies, c'est-à-dire son action au point de vue chirurgical. Or ce mode d'action est celui-ci. La position, dans quelque condition morbide que ce soit, est une cause à éviter ou une ressource à employer. Dans cette division générale, qui renferme les applications étiologiques, diagnostiques et thérapeutiques, se trouvent naturellement comprises l'indication de toutes les variétés de position, physiologiques et pathologiques, et l'explication de leur mode d'action mécanique et pathologique. Que la thèse de M. Nélaton renferme en fait quelques-unes de ces applications, nous ne le contestons pas; mais que ces applications ne s'y

---

séance est de nature à agrandir passablement la porte de sortie du service et à rétrécir la porte d'entrée, c'est manifestement que l'Académie, où abondent époux et pères de famille, a compris la nécessité de faire quelques sacrifices à la paix et à la joie des ménages. Voilà très-certainement la principale cause de son indulgence. La liste serait factieuse si elle n'était sentimentale. En outre, on peut penser qu'un grand nombre de membres étaient en état d'apprécier personnellement les inconvénients de certaines affections, légères en apparence, que le vulgaire aurait trop aisément jugées compatibles avec le service de la garde nationale. S'il en est ainsi, il serait on ne peut plus malséant de s'en plaindre, l'expérience personnelle étant naturellement la plus sûre et la plus éclairée. Voyez, en effet, ce qui est advenu. Qui eût songé à une immunité pour l'embonpoint exagéré, sans l'argument démonstratif d'un chirurgien bien nourri? Nous devons même dire, à cette occasion, combien nous avons été surpris de ne voir personne se lever en faveur de l'excessive maigreur, et notre excellent ami Bouchardat, par exemple, nous paraît avoir gravement manqué à ses devoirs. La myopie, patronée par la commission, aurait peut-être succombé, si l'Académie n'avait renfermé assez de myopes pour être assurée d'y voir parfaitement clair. Un myope, un seul, que nous ne craignons pas de proclamer un grand citoyen, a déclaré qu'on pouvait servir sa patrie et lire avec le n° 4; mais un autre myope, qui s'est trouvé un jour, à ce qu'il paraît, plus près d'une barricade qu'il n'en avait eu d'abord l'intention, a rembarré un peu rudement ce Curtius en lunettes, à la grande satisfaction de toutes les vues basses. Il n'est pas bien sûr non plus que la migraine eût gagné sa cause, si l'honorable président n'avait attendri l'assistance par la description des accès qui lui rendaient jadis insupportable la coiffure à pompon. Et la perte des dents? Avez-vous remarqué comme elle a enlevé le vote des édentés, tandis que M. Ricord, qui parlait contre l'article, découvrait une denture à encadrer dans un tableau de Fattet. Ainsi on a fait pour beaucoup d'autres questions, chacun apportant, au profit de tous, les enseignements de son expérience. Nous ne blâmerons en ceci que l'honorable M. Roux, qui a un peu abusé du succès avec lequel il a traité son propre strabisme, et qui a voulu imposer le service de la garde nationale à ceux qui n'ont pas les yeux aussi droits que les siens. Le strabisme a même ici un inconvénient particulier; il expose à voir double, à voir, par exemple, deux insurgés au lieu d'un. Or, il ne manquerait plus que cela pour rassurer tout à fait certains compagnons.

La CHRONIQUE, qui est célibataire, n'entend rien aux perplexités de famille; et, comme elle a, de plus, suivant l'expression de Lafontaine, *le corps net comme un petit denier*, elle n'a pas une idée suffisante de tous les empêchements apportés à la faction et à la patrouille par les infirmités. Aussi, quand elle siége au conseil de recensement, avec la gravité qui lui est naturelle, s'applique-t-elle souvent à faire comprendre aux citoyens, voire même à des confrères peu instruits, que l'*exercice* ne peut qu'être favorable à la santé, suivant le précepte des hygiénistes. C'est dans ces dispositions d'esprit, peu compatibles avec un bon jugement, qu'elle va se permettre quelques observations au sujet de la nomenclature adoptée par l'Académie.

Comme à MM. Roux et Larrey, M. le rapporteur nous paraît, malgré certaines restrictions, avoir établi un rapprochement trop étroit entre la garde nationale et l'armée : « Bien que le service de la garde nationale, dit M. Begin, diffère sous

trouvent qu'à l'état occasionnel ; qu'elles n'y soient qu'incomplétement indiquées ; qu'elles y soient confondues pêle-mêle avec autre chose et dépourvues de leur véritable signification, c'est ce dont M. Nélaton conviendra d'autant mieux qu'il avait senti lui-même l'importance d'une systématisation préalable, mais à laquelle, par sa conception exclusivement mécanique, il n'a pas été conduit. Qu'on ne suppose pas qu'il ne s'agisse ici que d'une distinction nominale ou purement abstraite : c'est, au contraire, l'âme du sujet, dont le corps n'est, dans la thèse de M. Nélaton, qu'à l'état de mutilation sans vie. Pour le prouver, il suffit de citer un seul fait dont l'omission généralisée témoigne de l'absence du point de vue capital auquel elle se rapporte, le vrai point de vue physiologique.

On sait que beaucoup de maladies commandent des attitudes, lesquelles, longtemps prolongées, finissent par devenir permanentes. Peu importe qu'elles aient lieu pour favoriser ou neutraliser l'action de la pesanteur, qu'elles favorisent ou neutralisent certaines résistances organiques : c'est là, comme nous l'avons dit, le point de vue mécanique. Mais ces attitudes deviennent fixes ; comment le deviennent-elles ? en vertu de quels phénomènes et de quelles lois physiologiques ? en vertu de quels changements dans les muscles, dans les vaisseaux, les nerfs, les tissus, dans l'ensemble comme dans chacune des parties. Avant la détermination mécanique du fait, la détermination physiologique. Et voyez, cela est d'autant plus important, que la fixité de l'attitude, c'est-à-dire de la position, devient elle-même une cause à combattre, un état à résoudre, et que, sans la connaissance préalable du mécanisme physiologique de sa formation, vous n'avez pour l'attaquer que les données de l'empirisme.

Ce point de vue renferme la classe entière des difformités par action musculaire passive, par conséquent leur notion anatomique, pathologique et thérapeutique.

Nous ne nous arrêterons pas aux omissions ou aux erreurs de détail que nous avons cru reconnaître dans la thèse de M. Nélaton ; nous aurons l'occasion d'en signaler quelques-unes à propos des objections présentées dans le cours de l'argumentation.

Suivant une coutume, que nous n'approuvons pas, M. Robert a commencé par adresser à la thèse de M. Nélaton une série de reproches généraux, sans preuves à l'appui ; celui, par exemple, de ne pas répondre au désir du lecteur, de n'offrir qu'une critique faible et une appréciation vague. — Tout cela peut être, mais il faudrait le prouver, a répliqué M. Nélaton. Et l'auditoire d'applaudir. — La critique générale d'une œuvre est la démonstration de son défaut le plus général. Se borner à l'accuser de faiblesse ou d'insuffisance, c'est s'exposer à encourir soi-même le reproche qu'on fait aux autres. On a vu plus haut que le caractère général de la thèse de M. Nélaton prêtait à quelque chose de plus qu'à des allégations. Cependant M. Robert a adressé à M. Nélaton quelques critiques mieux fondées, comme, par exemple, de n'avoir pas suffisamment discuté l'influence de la position dans la réduction des hernies, et l'influence de la pesanteur sur le déplacement des fragments d'une fracture. Pour le premier cas, s'il est vrai que M. Nélaton n'a pas assez nettement différencié les deux genres d'effets *passifs* ou *actifs* de la position dans la réduction des hernies, on ne saurait admettre, avec son interlocuteur, que cette influence soit nulle ou de peu de chose. Le conseil de Guy de Chauliac, fécondé et régularisé par Ribes et M. Amussat, a rendu trop de services, prévenu trop d'opérations dangereuses, pour que la pratique n'en conserve pas le souvenir. Pour ce qui est de l'action de la pesanteur sur le déplacement des fragments, très-bien exposée, et appuyée d'exemples par M. Robert, il est de fait que M. Nélaton l'a à peine indiquée. Il en est de même du parti qu'on peut tirer de l'action de la pesanteur pour le traitement de certaines fractures : comme celle de l'extrémité inférieure du radius, judicieusement rappelée par M. Robert. Dans cette fracture on peut, en donnant à la main une position qui lui permette d'agir par son poids, ramener à des rapports convenables le fragment inférieur déplacé. — Il y a une place pour tout cela dans ma thèse, a dit M. Nélaton. — Mais la place est en blanc, a répliqué M. Robert. — L'honorable argumentateur a encore fait plusieurs autres objections, dont la justesse n'a peut-être pas toujours répondu à la vivacité. C'est bien d'être net et pressant ; mais ce genre de mérite ne doit être que l'accessoire d'un bon argument. Tel ne nous a pas paru être ce qu'a dit, entre autres choses douteuses, M. Robert sur les causes de déformation du squelette dans le rachitisme et l'ostéomalacie. « Vous n'ignorez » pas, a-t-il dit, que des fœtus naissent rachitiques, et que les sujets at- » teints d'ostéomalacie restent couchés ; que fait dans ces cas la pesanteur ? » M. Nélaton n'a rien répondu au sujet des fœtus rachitiques. C'est déjà la seconde fois dans ce concours que l'existence du rachitisme chez le fœtus est alléguée, et relevée par nous comme une hypothèse dénuée de fondement. Elle n'en continue pas moins à se produire avec l'autorité d'un fait démontré. Nous ne pouvons que réitérer notre dénégation et notre défi de produire un seul fait concluant en faveur de l'existence du rachitisme congénital. Qu'il est donc difficile de se faire comprendre ! Au sujet de l'action de la pesanteur sur la production des difformités par ostéomalacie, M. Nélaton a eu raison d'invoquer les deux causes réunies de l'action de la contraction musculaire et de la pesanteur ; mais il aurait bien fait d'indiquer dans sa thèse les caractères propres à leur action simple ou combinée. Nous profitons de l'occasion pour relever une critique adressée par M. Nélaton, à la loi que nous donnions naguère de l'ordre de succession de bas en haut dans la déformation rachitique. M. Nélaton paraît confondre l'absolu de la cause avec la généralité de la loi. La théorie qui se fonde sur une cause exclusive est ruinée par la contradiction d'un seul fait : il n'en est pas de même de l'exception opposée à la loi. Celle-ci ne formule qu'une généralité plus ou moins grande de résultats étiologiques, lesquels peuvent être modifiés, suspendus, annihilés par l'intercurrence de causes accidentelles, sans que pour cela la justesse et la rigueur de la loi en souffrent. Nous connaissons très-bien les faits qui échappent à la loi très-générale de succession de bas en haut des difformités rachitiques, et nous croyons les connaître mieux que personne, parce que nous connaissons les causes qui neutralisent intercurremment et très-exceptionnellement l'action de bas en haut de la cause la plus générale. Nous soumettons cette réponse à MM. Trousseau et Lasègue, auxquels M. Nélaton a sans doute emprunté son objection.

Nous passons rapidement sur les objections de MM. Voillemier et Giraldès qui ont plutôt traité M. Nélaton en ami qu'en concurrent ; il n'en a pas été de même de M. Michon. On connaît la netteté, la verve et souvent la vigueur que ce candidat montre dans ses argumentations. Toutes ces qualités, il les a réunies une dernière fois pour attaquer M. Nélaton, en attendant qu'il monte lui-même sur la brèche pour défendre sa thèse. MM. Nélaton et Michon sont, comme on sait, deux candidats sérieux : cette circonstance double l'intérêt qui s'attache à leur lutte. — « Vous avez examiné, » a dit M. Michon, l'action de la pesanteur sur les phénomènes de l'ané- » vrisme artérioso-veineux, et vous avez admis que le changement de posi-

---

beaucoup de rapports de celui de l'armée active, cette différence ***n'est pourtant pas assez considérable*** pour que les mêmes règles, en ce qui concerne les cas d'exemption et de réforme, ne doivent pas, ***à de légères modifications près***, être appliquées à l'une et à l'autre. » Si cela est exact, si la règle doit être la même à peu près pour le recensement que pour le recrutement, il faut réformer le quart au moins des gardes nationaux, uniquement pour maladies, et sans préjudice des autres causes d'exemption. Le bois dont on fait ces messieurs n'est pas toujours de première force, ni de la plus belle venue : « Le peuple est mou, pâle, petit, rabougri ; ***on voit bien au premier coup d'œil que ce ne sont pas là des républicains***, » disait l'auteur du TABLEAU DE PARIS que nous citions tout à l'heure. Cela s'écrivait en 1781. Le peuple d'aujourd'hui est-il plus robuste et plus rougeaud ? Non, certes ! Comme il se fabrique maintenant de petits républicains, la population va sans doute devenir superbe ; mais enfin, nous n'en sommes pas encore là. Imaginez combien de citoyens vont se trouver dans un des cas prévus par le nouveau règlement d'administration, à supposer qu'il soit adopté par l'administration supérieure ! La nomenclature comprend toutes les maladies réputées incurables, et qui peuvent gêner notablement l'une quelconque des pratiques du service militaire : le maniement des armes, l'usage de la coiffure d'uniforme, le port de l'équipement, etc. Or, comme toutes les maladies qui, dans l'état actuel des choses, motivent souvent des exemptions temporaires, peuvent devenir incurables ; comme, d'ailleurs, à les supposer curables, le droit n'est à personne de forcer les citoyens à se faire guérir, ainsi que l'a rappelé justement M. Lévy, il s'ensuit rigoureusement qu'il n'est pas une des affections pour lesquelles on n'accorde aujourd'hui que des congés qui ne puisse et ne doive devenir fréquemment un motif de radiation. Eh bien ! l'habitude du service de santé de la garde nationale mène à cette conviction, que le principe même de la nomenclature est faux, et que les déductions qui en ont été tirées manquent d'équité.

Le principe de la nomenclature, nous l'avons dit, c'est l'incurabilité des maladies. Nous ne reprochons pas à l'Académie de l'avoir adopté ; il avait été posé par le ministre lui-même, qui recommandait expressément de ne pas porter l'examen au delà. Mais nous n'en sommes que plus à l'aise pour contester la justice de ce principe. Sur quoi doit-il reposer ? Évidemment sur la nature du service exigible. Dans ces termes généraux, tout le monde est d'accord. Mais la nature du service est quelque chose de complexe qui ne s'exprime pas seulement par le devoir de porter les armes pour la défense de la société et du sol, — jusque-là, l'assimilation de la garde nationale et de l'armée est complète, — mais qui se résout dans les dispositions de la loi organique et dans celles des règlements d'administration, les unes et les autres fort différentes dans la milice civile et dans la milice active. Nous ne nions pas plus que M. le rapporteur que le garde national ne puisse être mobilisé, appelé hors de ses foyers, et soumis pendant un temps plus ou moins long à toutes les exigences de la vie de soldat ; que, même dans les murs de la cité, il ne soit exposé aux intempéries des saisons et à des fatigues : c'est là le côté pour ainsi dire théorique du service ; mais, dans la réalité des choses, de quoi s'agit-il ? Une faction de deux heures et une promenade, toutes les six semaines ; une guerre civile tous les deux, trois, six, huit, dix ans ; pas de guerre étrangère depuis quarante ans : voilà le lot de la garde nationale. Donc, premier ca-

» tion du membre, en changeant l'action de la pesanteur, peut transformer » le bruit *continu* que l'oreille entend dans ces anévrismes en bruit *intermittent*. Je crois que c'est une erreur; et j'appuie mon opinion sur une » épreuve récente. J'ai eu un malade atteint de l'affection dont vous parlez; » j'ai modifié la position du membre, et je n'ai pas constaté le changement » que vous dites avoir observé : le bruit est resté continu. — Le hasard, a » répliqué M. Nélaton, a fait entrer dans mon service un second malade at» teint de la même lésion que celui qui m'avait fourni l'occasion de faire » ma première observation, et chez le second comme chez le premier le » changement de position du bras a entraîné le changement du bruit. Ce » fait a été constaté par M. Malgaigne. Le fait que vous citez peut tout au » plus servir à prouver que le résultat que j'ai indiqué n'est pas constant, » mais il n'infirme pas mon observation. » — M. Michon prétend qu'il n'y a jamais qu'affaiblissement et non intermittence complète du bruit.

Cette première objection de M. Michon et la réponse de M. Nélaton sont un spécimen de l'esprit critique, judicieux et positif, des deux interlocuteurs. Ils se maintiennent dans le cercle des faits matériels; ils s'y complaisent, et semblent dédaigner tout ce qui dépasse l'horizon sensible. On pourrait presque dire d'avance les objections qu'ils se feront et celles qu'ils ne se feront pas. Nous ne voulons pas atténuer leur mérite, mais le caractériser. Ainsi M. Michon a encore reproché à son compétiteur d'avoir omis de signaler le caractère exceptionnel de l'introduction des corps étrangers dans la vessie par l'urètre. « Ils n'y obéissent pas, a-t-il dit, aux lois de la » pesanteur : ils sont plus légers que le liquide urinaire. Il me semble qu'il » faut, dans l'exploration de la vessie, les rechercher, non dans le bas-fond, » mais vers le haut. » — Cependant il arrive aussi à M. Michon de faire des objections vagues. Suivant cet honorable candidat, M. Nélaton n'aurait pas étudié l'influence de la position sur le diagnostic des fractures; il en aurait méconnu l'importance dans les maladies articulaires, et n'aurait pas recherché le parti qu'on peut en tirer par rapport au traitement. Tout cela peut être fondé, mais n'est pas assez déterminé. Un argument portant sur un fait général peut être aussi positif, aussi précis qu'un argument portant sur un fait particulier. C'est ce que semblent parfois méconnaître quelques candidats. Pour ce qui est des maladies articulaires, par exemple, l'objection de M. Michon aurait, malgré sa généralité, pris un caractère de précision et d'objectivité s'il avait ajouté que, dans les arthralgies, par exemple, la position d'un membre, sa direction, sa fixité, sont presque toujours un signe certain de l'existence et du siége de la contracture : ce à quoi M. Nélaton n'a pas songé, ni M. Michon non plus sans doute.

Quoi qu'il en soit, ces deux candidats, d'un mérite incontestable et d'un même ordre de mérite, se sont maintenus, dans cette argumentation, à la hauteur de leur réputation. M. Michon a très-bien attaqué; M. Nélaton s'est bien défendu, et s'est défendu avec bon sens, avec raison, et souvent même avec esprit : ce qui lui a valu, à la fin de l'argumentation, un témoignage non équivoque des satisfactions et des sympathies de l'auditoire.

J. GUÉRIN.

PHILOSOPHIE MÉDICALE.

DE LA LOI BIOGÉNIQUE APPLIQUÉE A LA PATHOLOGIE GÉNÉRALE; par J.-B.-G. BARBIER.

(Voir les numéros des 30 mars, 30 novembre 1850 et 5 avril 1851.)

DE LA LÉSIONISTIQUE.

La lésionistique est cette partie de la pathologie qui s'occupe des modifications, des altérations que les fluides et les solides du corps vivant éprouvent dans l'état de maladie.

Le médecin qui étudie une maladie rassemble tout ce que l'exercice de chaque fonction peut offrir d'irrégulier, d'insolite, d'accidentel, d'étranger à l'ordre normal. Il interroge successivement tous les appareils organiques du corps. Mais tous les signes qui viennent éveiller son attention ne sont que l'expression, comme la saillie des changements d'état qu'ont éprouvés les organes auxquels ces signes se rapportent. Leur ensemble n'est, si j'ose ainsi parler, que la couche extérieure, que la partie apparente de la maladie. Il y a un fond plus essentiel à rechercher, ce sont les modifications que subissent alors le sang et les organes, et dont les symptômes ne sont que les effets.

Les recherches pathologiques conduisent toujours à s'occuper des fonctions de la vie. Certaines fonctions, comme la nutrition, l'absorption, la circulation capillaire, par la dépravation de leur exercice, causent des altérations organiques, des lésions pathogénèses. D'autres fonctions, comme la circulation générale, la respiration, les sécrétions, etc., par les anomalies que présente leur cours, révèlent l'existence de ces lésions et servent à dévoiler leur nature.

Dans l'étude d'une maladie, tout vient toujours aboutir aux lésions organiques qui la produisent. Les symptômes conduisent à la partie du corps où ces lésions ont leur siége. Le diagnostic est l'art de constater leur nature, leur nombre. Le pronostic ne peut s'établir que sur une appréciation exacte de leur étendue, de leur marche. La thérapeutique elle-même devient incertaine, hasardeuse, si elle ne tend à les effacer.

Les lésions pathogénèses sont assez variées par leur nature. Nous sommes loin de connaître tous les genres de modifications que les aberrations des actes nutritifs, absorbants, de la circulation capillaire, peuvent opérer dans les fluides et dans les solides du corps. Combien de changements intimes dont nous ignorons le caractère se passent dans les centres nerveux et dans les plexus ganglionnaires! Ce sont eux cependant qui font naître les accidents spasmodiques que nous observons si souvent. Le secours du microscope, l'analyse chimique nous viendront en aide dans le difficile travail de la détermination des lésions.

Il est remarquable que les lésions pathogénèses, bien qu'elles procèdent d'une perversion dans l'exercice des actes conservateurs de l'organisation, sont cependant assujetties à une marche déterminée, se développent avec une sorte de régularité. C'est que, sur un corps malade, la loi biogénique est seulement violentée ou faussée, mais elle n'est pas annulée; la vie qui dépend d'elle existe toujours. Les lésions pathogénèses sont bien des produits en dehors de l'ordre normal, mais la loi biogénique n'a pas perdu toute puissance sur eux. Un fleuve qui est sorti de son lit, dont le cours

---

ractère du service : l'intermittence. Deuxième caractère, non moins significatif dans l'espèce : non-seulement le garde national, hors le temps de service, recouvre toute sa liberté : non-seulement, indisposé au poste, il peut, sur l'autorisation du chef, se retirer immédiatement, ou, devenu malade après réception de l'ordre de service, rester tranquillement chez lui, sur l'autorisation du chirurgien; mais encore il obtient aisément de ses chefs de ne point passer de nuits au corps de garde; il obtient des conseils de recensement le temps au moins nécessaire au traitement de sa maladie, plus favorisé en cela que le soldat, qui est traité sous l'œil de l'autorité et reprend ses armes le lendemain de sa guérison. Bien plus, il plaît au garde national de sortir de sa circonscription, de voyager pendant plusieurs mois ou plusieurs années; d'aller demander la santé et les plaisirs aux eaux ou aux bains de mer; personne n'a le droit d'y trouver à redire; l'autorité du sergent-major ne s'étend pas à ses pénates errants. Or, en présence d'un service ainsi réglé, nous disons que l'incurabilité, considérée en soi, ne suffit pas nécessairement à constituer un motif légitime de radiation; qu'il y faudrait au moins joindre la *continuité* du mal. Voici, par exemple, une névralgie, des congestions cérébrales; elles seront, si vous le voulez, *anciennes et rebelles*; mais elles reviendront une fois ou deux par an, comme au printemps et à l'automne. Votre Code à la main, c'est un cas irrécusable de réforme. Cependant, le sujet aura été d'une santé merveilleuse pendant la presque totalité de l'année; il y a gros à parier qu'il n'aurait pas eu sa névralgie ou sa congestion les jours de service; et peut-être une faction ou une patrouille en plein air, la chaleur du corps de garde en hiver, le frais de la rue en été, le repos pendant une partie du jour, auraient-ils été préférables aux conditions journalières de son habitation et de son travail. Par contre, vous n'exemptez pas le hernieux, la tumeur fût-elle double; vous ne l'exemptez pas si les hernies sont réductibles et peuvent être contenues; et pourtant l'infirmité est permanente; elle existera sûrement au jour et à l'heure de service; le bandage pourra se casser ou se déranger dans un effort, dans une marche rapide, l'intestin s'échapper brusquement, s'étrangler. Franchement, nous aurions compris les choses autrement; nous aurions dit à l'intéressante victime de la migraine : si la cruelle vous prend juste au moment de votre service, ou de l'insurrection, ou de l'entrée des alliés, faites-la constater, et au lieu de prendre les armes, vous vous appliquerez de l'eau sédative. Nous aurions dit au porteur de deux hernies : Mon brave, c'est trop d'une; restez en paix, le ressort solide, la pelote mollette et les sous-cuisses solidement fixées; entrez dans le *cadre de réserve*; au premier coup de feu, on vous appellera.

Notez qu'en s'attachant trop strictement à l'incurabilité, comme règle de sa nomenclature, en prenant trop à la lettre l'instruction ministérielle, la Commission ne s'est pas conformée à l'esprit et au texte du projet de loi. Aux termes de l'article 8 du paragraphe 6, ne doivent point faire partie de la garde nationale les citoyens que des infirmités mettent *pour toujours* hors d'état de faire *aucun service*. Nous demandons si c'est le cas d'une névralgie revenant à des intervalles plus ou moins éloignés, qui, même ancienne et rebelle, ne peut être réputée absolument incurable et, bien mieux, peut se guérir spontanément.

Ceci nous rappelle d'autres exemples également infidèles, bien que sous d'autres rapports, à l'esprit de la loi projetée. La Commission n'a pas seulement montré une tendresse un peu exagérée pour les maladies réputées incurables; elle

désordonné cause des inondations, des ravages, obéit toujours à la loi de la pesanteur.

Il est important de considérer dans une lésion son étendue et surtout son degré d'activité. La même lésion peut offrir une marche lente, être faible ; ou au contraire montrer une grande vivacité, envahir les tissus organiques avec une rapidité alarmante.

Il convient aussi de juger la valeur physiologique de l'organe qu'occupe une lésion. Un travail morbide qui est insignifiant sur la peau, sur une membrane muqueuse, devient une chose très-grave quand il a son siége sur un centre nerveux, sur le cœur, sur les poumons, etc.

Essayons de suivre le développement d'une fièvre aiguë, et de noter tout ce qui se passe alors dans l'organisation.

D'abord, une cause déterminante a troublé la situation normale du corps, a fait violence à la loi biogénique.

Pendant quelques jours, un malaise général, de la lassitude, de la faiblesse, un sentiment de tristesse, etc., annoncent que divers organes ont perdu leur condition naturelle, que des lésions se préparent.

Puis a lieu l'invasion de la maladie. Des frissons, des tremblements, des secousses musculaires, une courbature, des douleurs névralgiques, de l'accablement, etc., témoignent clairement que les centres médullaires ont pris un nouvel état, qu'ils sont le siége d'une lésion. Des palpitations de cœur, des oppressions, des spasmes, des douleurs épigastriques, une expression de stupeur sur la figure, etc., annoncent que les plexus des nerfs ganglionaires sont dans une condition morbide qui rend leur influence perturbatrice.

A cette époque de la maladie, les symptômes que fournit l'appareil de la circulation sont les produits d'une innervation modifiée, altérée. Le cœur semble resserré sur lui-même, ses contractions s'entendent moins. Les artères paraissent plus petites, leurs pulsations sont plus profondes, moins perceptibles : le réseau capillaire de la peau est peu développé ; il y a pâleur, refroidissement.

Bientôt les organes de la circulation se présentent dans une situation différente, et les symptômes qu'ils fournissent sont les effets du nouvel état organique qu'ils ont pris. Le cœur presse ses contractions ; celles-ci sont plus larges, plus fortes. Les pulsations artérielles se distinguent par leur grandeur, leur tension, leur étendue. L'épanouissement des vaisseaux capillaire est remarquable. La chaleur du corps est très-élevée ; le malade se plaint d'être brûlé ; toutes les surfaces deviennent plus rouges. On dit alors qu'il y a une réaction ; mais celle-ci n'est que le produit des qualités, de la nouvelle disposition qu'acquiert alors l'appareil circulatoire.

On s'occupe beaucoup de la fréquence des contractions du cœur : on compte avec scrupule le nombre des pulsations artérielles. Mais il y a bien d'autres signes à tirer de l'examen du pouls. Nous attachons une grande importance à distinguer les signes qui procèdent d'un désordre de l'innervation sur les instruments qui servent à la circulation du sang, de ceux que fait naître un changement d'état de ces instruments.

Pendant ce temps de trouble, de nouvelles lésions viennent s'ajouter à celles qui existent. Tout ce qui constitue l'organisation est menacé. Il se forme des rougeurs, des gonflements phlegmasiques sur la membrane muqueuse de l'estomac, des éruptions pustuleuses dans l'intérieur des intestins. Le foie, la rate, les poumons, les reins, le péritoine, la plèvre, la peau, etc., deviennent le siége d'irritations, de phlogoses, de congestions sanguines, etc. Souvent le travail morbide qui s'est fixé sur un organe prend un développement qui lui donne une prédominance sur les autres lésions. Ce point du corps attire justement l'attention du médecin, mais ce dernier ne doit pas négliger, méconnaître toutes les lésions concomitantes.

Un accès de fièvre intermittente présente une succession de faits pathologiques qui sont analogues à ceux que nous venons d'exposer pour les fièvres continues. D'abord, à un moment ordinairement précis, la loi biogénique ou la force vitale qui en émane se trouble : une lésion se forme sur l'appareil de l'innervation, alors se montrent les frissons, le tremblement ; puis une irritation se développe sur l'appareil circulatoire : c'est la période de chaleur, de réaction, etc. L'efficacité du quinquina pour prévenir les accès ne peut se concevoir que par une action sur la force vitale. La puissance de ce médicament s'oppose au trouble de la loi biogénique, empêche le mouvement initial de l'accès.

Une classification nosologique ne peut être établie que sur la nature, le siége, le nombre des lésions pathogénèses. Essayez, dans une salle d'hôpital, de donner un nom à chacune des maladies qui s'y trouvent réunies. Puis comparez les malades que vous avez placés sous un même titre : vous trouverez que les lésions qui ont la même nature, se présentent chez chacun d'eux avec un degré d'intensité différent ; mais surtout vous observerez sur chaque malade des lésions qui n'existent pas sur les autres. Les praticiens qui cherchent l'identité des espèces pathologiques avouent ne rencontrer que des individualités morbides.

Nous devrions commencer l'examen des lésions pathogénèses par nous occuper des modifications que l'état de maladie fait éprouver à la lymphe et au sang. Il est constant que le fluide sanguin ne conserve pas alors sa constitution normale, que la proportion de fibrine est tantôt augmentée, tantôt diminuée, que ce principe peut même être altéré dans sa nature intime, que les globules deviennent plus ou moins abondants, etc. Mais il faudrait arriver à constater exactement les mutations qui marchent ensemble, qui constituent un état stable, qui forment un mode de composition du sang bien déterminé.

Nous sommes plus favorisés pour les lésions des tissus organiques. Nous en connaissons un certain nombre dont les caractères sont constants, faciles à saisir.

Les irritations. — L'irritation offre pour caractères une chaleur plus élevée, une coloration plus vive, une sensibilité plus grande des parties qu'elle occupe. Cette lésion ne cause pas le gonflement des organes où elle s'établit. Elle accélère leur action naturelle, si elle est faible ; elle la pervertit, si elle a une intensité exagérée. L'irritation intéresse principalement les filaments nerveux et les vaisseaux capillaires des tissus organiques ; elle ne paraît altérer dans ces tissus ni l'action nutritive ni l'action absorbante ; elle peut exister sur une partie sans lui faire éprouver aucune modification appréciable dans sa composition matérielle.

Ce mode de lésion ne s'aperçoit pas sur les cadavres. La mort a effacé les qualités accidentelles qui le caractérisaient ; la rougeur, la température, la suractivité. Seulement si l'organe que l'irritation avait envahi est chargé d'une fonction sécrétoire ou exhalante, on trouve un produit plus abondant ; souvent un œdème ou un emphysème cellulaire environne la partie qui a été le siége d'une irritation.

L'irritation doit être admise en pathologie comme une entité ; elle a sa nature propre : ce n'est pas un premier degré, une nuance de la phlogose, ce n'est pas une subinflammation ; on l'a quelquefois désignée par le titre de surexcitation qui lui convient mieux.

---

nous paraît avoir prodigué ce caractère avec trop de libéralité. Nous ne tenons pas à coucher à côté d'un dartreux, et nous n'avons pas les punais en bonne odeur ; mais une dartre dite *invétérée*, un ulcère *ancien et rebelle*, un ozène *prononcé* (termes de la nomenclature), rendent-ils *pour toujours* impropre au service de la garde nationale? Assurément, si ces infirmités se rencontraient chez des individus d'un âge déjà avancé, il serait naturel et convenable de hâter pour eux le terme de la retraite, et de les rayer des contrôles. Mais à trente, à trente-cinq ans, vous prononcerez l'incapacité définitive, préjugeant ainsi les éventualités d'un avenir de plus de vingt ans qui sépare encore le malade de la retraite légale! Il y a des infirmités plus incurables, et qui ne sont pas sur la liste. On a parlé plaisamment des cors aux pieds. La Chronique, qui ne plaisante jamais, reprend l'article additionnel pour son compte, pourvu qu'on lui permette d'y joindre les oignons et les œils-de-perdrix. N'est-il pas vrai que ces productions d'un nom si champêtre sont parfois des causes de douleurs très-aiguës, et gênent considérablement la marche. Voyez-vous une compagnie de soldats citoyens, la chaussure fendue à l'empeigne, et cherchant les pavés les moins anguleux pour y poser un pied hésitant. Et pour ce qui est de l'incurabilité, en voilà un exemple authentique! L'incurabilité des cors et oignons est même devenue un moyen de faire fortune ; il ne s'agit pas de s'adresser à M. Gervais, qui se fait un devoir, comme on sait, de remettre cent mille francs à toutes les personnes qu'il ne guérit pas.

Il faut être juste. La commission a pressenti les difficultés d'application, et elle s'en est tirée en les confiant *in globo* au savoir et à la sagesse des jurys médicaux. Une instruction doit être rédigée dans ce but et adressée partout où il sera nécessaire. Ç'a été le grand argument de M. Bégin. Mais voyons. Le médecin expert s'en rapportera-t-il à la lettre de la nomenclature? Tiendra-t-il pour cause suffisante de réforme, par exemple, toute *blépharite chronique avec perte des cils et gêne de la vision*, toute *teigne*, toute *névralgie rebelle*, etc.? Alors il tombera dans les exagérations ou les inconséquences signalées plus haut. Interprétera-t-il le texte? se demandera-t-il si cette blépharite, toute chronique qu'elle est, si cette teigne, si cette névralgie réputée rebelle, ne sont pas susceptibles de guérison? Et s'il est pour l'affirmative, refusera-t-il la radiation? De même, s'il rencontre une infirmité non inscrite sur la liste, et pouvant rendre impropre au service, prendra-t-il néanmoins sur lui de réformer? Dans ces deux cas, l'expert fera précisément ce qu'il fait aujourd'hui, ce qu'il a toujours fait ; et dès lors, nous ne voyons plus trop la nécessité d'une nomenclature. Du moment où l'impossibilité de remplir les exigences du service devient la règle absolue, une règle supérieure aux instructions et au code de recensement, le code et les instructions n'ont plus une grande utilité. C'est la pathologie tout entière qui est en cause ; et la meilleure nomenclature est celle des traités classiques.

M. Bégin a dit quelques mots, dans le cours de son rapport, des maladies simulées. C'est sur ce chapitre intéressant, qu'il y aurait lieu de donner aux médecins experts d'utiles indications. On ne l'oubliera pas sans doute dans l'instruction additionnelle que demande l'Académie. Notre petite expérience en cette matière nous donnerait aisément le moyen d'allonger encore passablement le présent article. Mais ce serait aggraver un défaut dont le lecteur n'a déjà que trop à se plaindre.

A. Dechambre.

L'irritation peut s'établir sur toutes les surfaces du corps, comme elle peut pénétrer la substance des organes; elle offre des dissemblances remarquables sous le rapport de son intensité.

L'irritation jouit d'une sorte de mobilité; on la voit souvent passer d'un point du corps sur un autre.

Une irritation existe-t-elle sur la membrane muqueuse de l'estomac et des intestins, il y a un sentiment de chaleur le long du canal digestif; les lèvres et la langue sont rouges et sèches; il y a de la soif, désir de boissons froides, de l'inappétence, des déjections liquides ou de la constipation si l'absorption est très-active dans les gros intestins, etc.

On ne s'est point occupé en pathologie de l'irritation de l'appareil circulatoire; cependant cette lésion se montre souvent sur ses diverses parties. C'est à elle que nous rapporterons les phénomènes qui caractérisent la fièvre. Sur le cœur, l'irritation accélère ses contractions et les rend plus fortes; sur les artères, elle donne aux pulsations plus de vivacité, plus de roideur, plus de tension. Mais c'est sur les vaisseaux capillaires que l'irritation demande à être étudiée. Quand la peau devient brûlante, qu'elle est plus rouge, peut-on méconnaître le travail morbide qui occupe alors les tissus des vaisseaux capillaires cutanés? Je ne puis toucher le poignet d'un malade, percevoir au bout des doigts la chaleur ardente, âcre, opiniâtre, que tous les praticiens connaissent, sans avoir la pensée que le réseau capillaire de la peau est devenu plus rouge, qu'il a acquis des qualités morbides, qu'il existe enfin sur les tissus de ces vaisseaux une lésion qui donne lieu à ce dégagement anormal de calorique.

Survient-il, dans une maladie aiguë, des perceptions fausses ou des hallucinations, des rêvasseries, du délire, de l'insomnie, de la loquacité, etc., les yeux sont-ils ardents, la figure animée, etc., vous devez penser que la pulpe médullaire des hémisphères cérébraux est actuellement le siége d'un travail d'irritation, que cette pulpe est plus rouge, que sa température est plus élevée.

Une agitation, des secousses, des roideurs des membres, des soubresauts de tendons, des mouvements convulsifs, un serrement dans la région du diaphragme. etc., ne peuvent s'expliquer que par une irritation fixée sur la pulpe médullaire de la moelle épinière.

Des douleurs dans la région épigastrique, des oppressions qui tiennent au resserrement des vésicules bronchiques, des palpitations de cœur, des spasmes, de l'anxiété, un état de mélancolie, etc., annoncent que les plexus des nerfs ganglionnaires ne sont plus dans leur condition normale, que leur influence est devenue perturbatrice; mais est-ce bien le mode de lésion que nous nommons irritation qui occupe alors? Les nerfs ganglionnaires ne sont-ils pas soumis à d'autres genres de modifications morbides qui leur seraient propres et que nous ne connaissons pas?

Rappelons ici que l'on a longtemps méconnu en pathologie l'importance de la moelle épinière dans une organisation, que dans l'étude des maladies on ne faisait pas mention de cet organe. Les anciens traités de médecine pratique ne donnent pas les maladies qui se rapportent aux lésions de ce centre médullaire. Il en est de même aujourd'hui du système des nerfs ganglionnaires. Ces nerfs attendent que l'on apprécie leur valeur, que l'on étudie les lésions dont ils sont susceptibles, que l'on constate les accidents qui naissent des modifications morbides qu'éprouvent ces agents d'une innervation qui a quelque chose de spécial.

Dans les névralgies y a-t-il autre chose qu'une irritation des cordons nerveux? La mobilité de ces affections, leurs intermittences, le retour si prompt des tissus à leur état primitif conduisent à cette opinion. Alors les douleurs, les tiraillements musculaires, etc., seraient les effets d'une innervation que l'irritation des cordons nerveux pervertirait.

Le mode de lésion que nous nommons irritation joue un grand rôle dans les maladies fébriles. C'est à lui qu'il faut rapporter un grand nombre des phénomènes morbides qui se succèdent dans ces maladies. L'appareil de l'innervation et l'appareil circulatoire appellent surtout l'attention du praticien. C'est l'exaspération de l'irritation sur ces appareils qui suscite les redoublements, les paroxysmes que l'on observe journellement dans le cours de ces maladies. En examinant avec attention ce qui arrive à la peau, on peut prendre une idée de ce qui se passe alors à l'intérieur du corps. Les rougeurs, les concentrations de chaleur, les picotements, les sentiments douloureux, etc., qui apparaissent d'une manière soudaine sur la surface cutanée et sur les parties des membranes muqueuses que l'on peut apercevoir à l'extérieur, sont la représentation fidèle de ce qui a lieu sur les surfaces intérieures, sur les parties qui se dérobent à nos sens.

Enfin, toutes les fois qu'un organe presse ses mouvements, accélère son action, et que cette excitation ne provient pas d'une innervation déréglée, il y a probabilité qu'une irritation existe sur les tissus de cet organe.

Les phlogoses. — La phlogose est un mode de lésion qui a beaucoup occupé les pathologistes. Les maladies les mieux connues sont les inflammations.

La phlogose a pour caractères un gonflement en rapport avec la texture de l'organe, une rougeur profonde, une douleur prononcée, une augmentation de température. La phlogose produit une imbibition sanguine des tissus qu'elle occupe; elle se présente à l'observateur comme un travail qui tend à dénaturer la matière organisée, elle fournit un liquide spécial que l'on nomme pus. Souvent la phlogose décide l'adhérence des surfaces qui se touchent, elle donne naissance à de fausses membranes, etc.

Dans la phlogose, il y a aberration de l'action nutritive, de l'action absorbante, de la circulation capillaire, dans les parties qu'elle occupe.

La phlogose peut offrir divers degrés de vivacité, d'activité; elle est souvent une lésion isolée; alors la loi biogénique viciée sur un point du corps seulement conserve son autorité sur le reste; mais la phlogose d'un organe détermine ordinairement la formation d'autres lésions; elle provoque le développement d'une irritation sur l'appareil circulatoire; alors apparaissent tous les symptômes de la fièvre. Cette irritation peut gagner le cerveau, la moelle épinière, alors il y a des perceptions fausses, délire, agitation, des mouvements musculaires désordonnés, etc.

Le sang éprouve les effets du travail phlegmasique. Aussitôt que l'appareil circulatoire est pris d'une irritation et qu'il existe de la fièvre, la constitution intime de ce fluide se modifie; la fibrine y est plus abondante; sa nature est changée; l'albumine diminue, etc. C'est surtout alors que l'on voit s'étendre les phlogoses qui existent, qu'il s'en forme de nouvelles, que l'on observe enfin ce que l'on nomme diathèse inflammatoire.

Les congestions sanguines. — La congestion sanguine consiste en une surabondance de sang dans les vaisseaux capillaires d'un tissu, d'un organe. La partie du corps où se forme une congestion prend plus de volume et de poids. Sa température augmente peu; ce changement d'état ne cause pas de douleur. Dans la congestion sanguine, le sang joue un rôle passif; sa composition intime ne s'altère pas.

Une congestion sanguine peut occuper un organe assez longtemps et ne laisser sur lui aucune trace de son existence. Au moment de la mort, le sang accumulé dans les vaisseaux capillaires rentre dans les gros canaux, et la lésion disparaît. Seulement si c'est une surface exhalante ou un organe sécréteur qui la reçoit, il y aura des produits exhalés ou sécrétés plus abondants.

La congestion sanguine se forme souvent sur les organes pulmonaires; elle produit l'épaississement, l'engorgement de leurs tissus; si la congestion sanguine envahit les deux poumons, elle rend l'acte respiratoire impossible. La congestion peut n'exister que sur une partie des poumons; ces congestions partielles se remarquent dans les bronchites, dans les pneumonites, dans la phthisie.

Une congestion sanguine s'observe fréquemment sur l'encéphale; elle peut y être légère ou forte, passagère ou permanente. La congestion cause une intumescence des hémisphères cérébraux; cette intumescence occasionne bientôt une compression de ces hémisphères contre la voûte du crâne. Cet état de la pulpe médullaire rend d'abord les perceptions moins nettes, obscurcit les facultés de l'intelligence. Si la compression devient plus forte, il en résulte la suspension des fonctions intellectuelles. La congestion sanguine de l'encéphale peut déterminer une hémorrhagie cérébrale, une apoplexie.

Dans le cours des maladies fébriles, bien des symptômes doivent être rapportés à un certain degré de congestion sanguine qui se forme dans l'encéphale, l'assoupissement, l'accablement, un état comateux, etc. Souvent un malade est agité, tourmenté par des hallucinations, il a un délire violent, etc.; tout à coup il devient calme, il y a de la somnolence, etc., parce qu'une congestion sanguine est venue gonfler le cerveau, et qu'elle a suspendu les effets de l'irritation sur ses molécules. Ces alternatives d'agitation et de tranquillité s'expliquent par la présence et par l'absence de ces congestions encéphaliques. Un malade qui reprend au moment de la mort la connaissance qu'il avait perdue, portait une congestion sanguine du cerveau qui vient de se dissiper.

Les fièvres qui prennent la forme adynamique offrent une congestion permanente dans les hémisphères cérébraux. Cette congestion se propage à la moelle allongée et à la moelle épinière. L'innervation affaiblie par suite de cette lésion explique l'exercice imparfait de toutes les fonctions conservatrices de l'organisation. Tous les tissus ont perdu leur force de résistance vitale; une agression extérieure, même une simple pression, suffisent pour déterminer une ulcération. Les sphincters sont relâchés, il survient des hémorrhagies passives, des ecchymoses, etc.

Les malaxies ou ramollissements. — Le mode de lésion que nous signalons ici est mal déterminé en pathologie; il semble ne consister que dans la perte de la cohésion qui unissait les molécules organiques entre elles; mais c'est surtout le travail morbide qui amène la détérioration de la substance des organes qu'il faudrait étudier. Il y a en perversion des actes de la nutrition et de l'absorption dans les tissus qui ont subi ce genre d'altération.

L'estomac, les intestins éprouvent souvent cette lésion. Si elle est faible,

peu prononcée, elle donne lieu à de l'inappétence, à des pesanteurs après les repas, à des digestions pénibles; après un certain temps, on voit souvent les accidents disparaître, parce que les organes ont restauré leur constitution détériorée. Si le ramollissement des organes digestifs est poussé très-loin, les digestions sont imparfaites. Les matériaux de la réparation nutritive manquent, la constitution du sang s'altère, les tissus organiques s'amoindrissent; il y a maigreur, pâleur, faiblesse.

On voit aussi le cœur subir un ramollissement de son tissu. La rupture des parois de cet organe sur les vieillards dépend souvent de cette cause.

Un ramollissement à divers degrés peut se former dans la pulpe médullaire du cerveau. Si ce ramollissement est léger, il y a seulement moins d'aptitude aux travaux de l'esprit, une incapacité relative. Cet état peut n'avoir qu'une durée limitée, et cesser parce que la pulpe médullaire a repris sa consistance normale. Si le ramollissement est plus avancé, plus profond, la perte de l'intelligence peut aller jusqu'à la démence.

Le ramollissement du cerveau attaque souvent les personnes qui, habituées à des occupations qui demandaient une grande application de l'esprit, cessent brusquement tout travail intellectuel. Un certain degré de ramollissement de cet organe se fait aussi remarquer dans les convalescences des fièvres typhoïdes où il y a un trouble des facultés de l'intelligence qui dure tant que la pulpe cérébrale n'a pas repris ses qualités naturelles.

Sur la moelle épinière, le ramollissement amène une difficulté de faire mouvoir les membres. Cette incapacité peut aller jusqu'à la paralysie. J'ai vu assez fréquemment des ouvriers qui ne pouvaient plus continuer de travailler et dont l'impuissance me paraissait tenir à un certain degré de malaxie de la moelle épinière. J'ai eu quelquefois l'occasion de vérifier l'existence de cette lésion dans ce cas.

La malaxie s'observe sur divers organes du corps après un grand nombre de maladies; on ne s'arrête pas assez à ce mode de lésion dans les recherches d'anatomie pathologique.

Les sclériasies ou endurcissements. — Nous voulons indiquer ici cette modification des organes, dans laquelle les tissus sont plus durs, plus serrés, avec une diminution notable de volume.

Cette induration des tissus organiques est le produit d'un travail morbide; la nutrition, l'absorption, la circulation capillaire prennent alors un mode spécial d'exercice qui dénature la substance organisée. Ce sont les progrès de cette lésion qu'il faudrait suivre; c'est en constatant ce qu'elle est à ses divers degrés que l'on pourra découvrir les conditions qui amènent sa formation.

Une disposition plus ferme, une plus grande densité du matériel des organes, gêne leurs mouvements, trouble leur action.

Les hypertrophies. — Cette lésion procède d'un exercice trop actif de l'action nutritive et peut-être d'un ralentissement de l'absorption interstitielle. Les organes prennent un accroissement exagéré, mais sans changement dans leur texture, dans leur composition intime. Il n'y a qu'une augmentation de leur poids, de leur volume, de leur force matérielle.

Si l'hypertrophie est modérée, elle donne seulement à la fonction de l'organe un exercice plus prompt. Ainsi que l'estomac ait ses parois plus épaisses, que cet organe offre plus d'ampleur, l'appétit sera plus exigeant, les digestions plus faciles. Il en résultera un état de pléthore, une complexion robuste.

Mais si l'hypertrophie est très-prononcée, les fonctions de l'organe portent souvent le trouble dans l'organisation. Ceci se remarque pour le cœur. Les parois du ventricule gauche, plus épaisses, poussent le sang avec trop de force au cerveau. De fréquentes congestions sanguines se formeront dans l'encéphale; il y aura des vertiges, des bourdonnements d'oreille, des éblouissements, des pesanteurs de tête, etc.; il y aura trouble de la circulation capillaire, œdème cellulaire, etc. L'hypertrophie du ventricule droit du cœur donne lieu à la toux, à des oppressions, à l'hémoptysie, etc.

L'hypertrophie se montre sur le cerveau, sur le foie, sur la vessie, etc.

Les oligotrophies. — Ce mode de lésion présente les organes dans une condition opposée à celle que nous venons de voir. La réparation nutritive est devenue insuffisante dans les tissus des organes; ces derniers ont perdu de leur volume et de leur poids, sans que leur substance ait éprouvé d'altération.

On distingue des degrés dans ce mode de lésion, comme dans le précédent. Une faible oligotrophie d'un organe rend seulement l'exercice de la fonction plus lent, pénible; mais une oligotrophie très-prononcée le rend impossible.

L'oligotrophie peut exister sur tous les organes du corps; elle se fait surtout remarquer sur ceux qui tiennent un rang élevé dans l'organisation. L'oligotrophie des organes digestifs s'observe souvent. Les tuniques de l'estomac et des intestins sont amincies; le canal alimentaire n'a plus la même longueur. Les digestions se font mal; l'assimilation languit dans le sang et dans les tissus organiques. Il y a une détérioration évidente de l'organisation.

L'oligotrophie des hémisphères cérébraux se traduit par un décroissement de la capacité intellectuelle. A-t-on jamais pensé à l'oligotrophie de la moelle allongée, qui doit avoir pour effet un affaiblissement de la puissance d'innervation sur les principaux viscères du corps? L'oligotrophie de la moelle épinière énerve les forces musculaires; on ne peut plus soutenir une marche prolongée; des travaux journaliers qui étaient faciles deviennent fatigants.

Les divers modes de lésions que nous venons d'exposer constituent le plus grand nombre de nos maladies; elles en sont comme les parties élémentaires. Les lésions qui ont une marche vive, rapide, comme les irritations, les phlogoses, causent les maladies que l'on nomme aiguës. Les lésions qui se développent d'une manière lente, qui durent longtemps, donnent les maladies chroniques.

Quelques-unes de ces lésions fournissent des produits qui restent dans l'organisation même après qu'elles ont disparu; ces produits deviennent la cause d'accidents, de maladies auxquelles on a donné une place dans les cadres nosologiques. Ainsi une irritation, une phlogose qui s'est fixée sur membrane séreuse, décidera une exhalation de sang, de sérosité ou de gaz, qui s'amassera dans la cavité de cette membrane. L'irritation ou la phlogose pourra s'éteindre, et le fluide dont elle a provoqué l'exhalation restera; il en résultera une disposition morbide du corps.

C'est ainsi que se forment les hémathroses, de ἀθρόος, ramassé, rassemblé, les hydrathroses, les pneumathroses.

Comme nous voulons ici indiquer seulement les sujets d'études pathologiques, et non les développer, nous nous contenterons de citer les autres modes de lésions pathogénèses, les plaies, les contusions, les ulcérations, les gangrènes, les altérations de forme, etc.

Le cancer. — Le cancer n'est pas le produit d'une viciation de l'exercice des fonctions conservatrices de l'organisation, comme les lésions que nous venons de voir. Pour nous, le cancer est un corps parasitique qui naît sur un organe, qui s'y implante et qui absorbe, par des espèces de racines, la substance de ce dernier dont il forme la sienne.

Quel que soit le tissu organique sur lequel le cancer se développe, il offre toujours une composition intime, une texture, des qualités qui lui sont propres. Sa forme seule est variable. Souvent on voit une partie de son corps se ramollir, se détruire; le reste continue de vivre.

Il est remarquable que les progrès du cancer dans la substance de l'organe qu'il fait servir à son développement, ne modifient nullement la nature de cette substance. La partie de l'organe qui touche au corps parasitique n'a subi aucune variation dans son aspect, dans sa densité, dans sa couleur, etc.

La faculté de se multiplier est un caractère essentiel aux êtres vivants: le cancer paraît jouir de cette faculté. Il est ordinaire de trouver des cancers naissants dans le corps des individus qui meurent des suites de ces maladies, qui offrent une diathèse cancéreuse.

Le cancer a des moments où il semble prendre plus d'activité, où il cause des douleurs intolérables, et d'autres temps où il devient calme. Comparez le malheureux que torture un cancer d'estomac avec un malade atteint d'une autre maladie, de la goutte ou d'une pneumonite par exemple, vous trouvez entre eux une grande différence: l'expression de la figure du premier, son attitude, ses plaintes, quand le cancer le fait souffrir, révèlent un ennemi intérieur qui le dévore.

Les divers traitements proposés contre le cancer justifient l'opinion que nous émettons ici. Si l'on conseille d'enlever le cancer, on recommande de l'emporter entièrement, de ne laisser aucune de ses racines dans les tissus auxquels il s'est attaché. Si l'on se sert du feu, des caustiques, n'est-ce pas avec l'intention de détruire ce corps, d'anéantir sa vitalité? C'est la même pensée qui a conduit à employer à l'intérieur l'iode, le deutochlorure de mercure, les préparations arsenicales, etc.

Le tubercule. — Le tubercule ne peut être assimilé aux lésions que fait naître la dépravation de la nutrition, de l'absorption, des sécrétions, etc. Les tubercules me paraissent être des corps parasitiques d'une nature spéciale, qui prennent l'existence sur des tissus organisés, qui s'y développent, qui s'y multiplient. On les trouve à tous les degrés dans les poumons des personnes qui meurent de la phthisie.

On donne le nom de tubercules, en anatomie pathologique, à des produits qui doivent en être distingués, qui n'ont pas la même nature.

DE L'ANATOMIE PATHOLOGIQUE.

On attache avec raison, en pathologie, une grande valeur aux recherches cadavériques. Il est connu que les médecins dont le diagnostic est le plus sûr sont ceux qui se sont livrés avec ardeur à ces recherches.

Cependant ce n'est pas la maladie que l'on peut trouver sur le cadavre. Ce dernier ne présente pas toutes les lésions que la vie pathologique avait fait naître. S'il en est, comme les phlogoses, les malaxies, les sclériasies, les hypertrophies, les ulgotrophies, etc., qui laissent sur les tissus organiques des témoignages certains de leur existence ; d'autres, comme les irritations, les congestions sanguines, disparaissent entièrement au moment de la mort. Pour celles-ci, les autopsies ne fournissent qu'un enseignement négatif. Ces lésions existaient, des symptômes irrécusables les attestaient. L'absence de toute altération organique devient la preuve que les lésions qui provoquaient ces symptômes étaient bien celles que nous venons de citer. Pour accorder ensemble l'observation clinique et l'observation anatomique, il faut tenir compte de ces lésions qui s'effacent avec la vie.

Après une fièvre typhoïde, cherchez sur le cadavre la raison des nombreux phénomènes qui se rapportaient à l'encéphale ; vous verrez l'arachnoïde, la pie-mère, plus rouges, un peu épaissies ; vous reconnaîtrez qu'il y avait un certain degré de méningite. Vous vous expliquerez bien par cette lésion la chaleur de la tête, la céphalalgie dont se plaignait le malade; mais à quoi attribuerez-vous le désordre des perceptions, des facultés intellectelles, les hallucinations, les révasseries, le délire, etc.? Il faut ici l'intervention des hémisphères cérébraux, et la pulpe médullaire de ces hémisphères n'offre aucune modification appréciable. Cette pulpe pouvait-elle être entourée de membranes que la phlogose rendait brûlantes, sans entrer dans un état d'irritation ? mais celle-ci ne se voit plus après la mort.

Que de symptômes partent de la moelle allongée, quand cette partie de l'encéphale est prise de la condition morbide que l'on nomme irritation, comme palpitations de cœur, oppressions, serrements de la région du diaphragme, vomissements, etc. ! Cependant le médecin qui l'examine ne trouve rien de changé dans ses qualités anatomiques.

Sur la moelle épinière, l'arachnoïde est plus rouge, le liquide céphalospinal plus abondant; mais l'irritation qui occupait la pulpe médullaire a disparu. C'est cette lésion cependant qui causait le tremblement de la langue et des membres, l'agitation, les soubresauts des tendons, les mouvements convulsifs, etc.

Les plexus des nerfs ganglionnaires éprouvent dans les fièvres typhoïdes un changement d'état dont le cadavre ne peut nous prouver l'existence ni nous montrer le caractère; c'est cependant la perturbation de la puissance de ces nerfs sur l'organisation qui suscite les spasmes, les anxiétés, les douleurs épigastriques, etc., qui provoque les vibrations, les inégalités, les variations qu'offre l'examen des pulsations artérielles, etc.

Avec le souvenir des symptômes qui, dans le cours d'une fièvre typhoïde, sortaient de l'appareil circulatoire, cherchez après la mort la cause organique de tous ces symptômes; vous trouverez souvent la surface externe du cœur d'une couleur blanchâtre ; la membrane qui le recouvre est plus épaisse, on y voit quelques taches, on reconnaît une exocardite. Cette lésion nous explique la vitesse, la force des contractions du cœur; mais souvent aussi cet organe paraît sain. Les artères dont le volume se montrait si variable, qui, sous la pression des doigts, offraient tant de caractères différents au praticien, ne présentent aucune altération à l'anatomiste. Les vaisseaux capillaires étaient dans une condition morbide; la température plus élevée de tout le corps, la coloration plus vive des surfaces, en sont les preuves; mais la lésion qui les occupait ne se retrouve plus sur les cadavres.

Les recherches anatomiques conduisent à des résultats plus satisfaisants quand elles arrivent aux organes digestifs; leur intérieur est couvert de rougeurs; la membrane muqueuse des intestins offre des pustules, des ulcérations, etc. Mais ces graves lésions n'expliquent pas toute la maladie. Si elles donnent la raison des déjections liquides et fétides, de la sensibilité, du gonflement de l'abdomen, etc., elles ne peuvent être la cause déterminante des accidents qui se rapportaient aux autres appareils organiques du corps, elles ne peuvent faire oublier les lésions qui existaient sur ces appareils.

L'anatomie pathologique n'est indispensable, n'est vraiment instructive, que pour connaître le travail phlegmasique à tous ses degrés, pour juger le ramollissement ou l'endurcissement des tissus organisés, quand c'est une hypertrophie, une ulgotrophie que l'on veut constater, quand on cherche à apprécier les ravages causés par un cancer ou par les tubercules.

Le médecin, qui procède à l'opération si imposante de l'autopsie, doit toujours se rappeler :

1° Que le corps qu'il a sous les yeux vivait sous l'autorité de la loi biogénique, que tous les actes qui s'exécutaient dans ce corps étaient dirigés par cette loi, et que maintenant il est passé sous l'empire absolu d'une autre loi, la loi des affinités moléculaires, qui déjà tend à le décomposer ;

2° Que pendant la vie cette organisation recevait l'influence incessante de l'innervation, puissance née des centres médullaires et des plexus des nerfs ganglionnaires, dont la fonction est de seconder la force vitale, de favoriser ses opérations ;

3° Qu'un certain nombre des lésions pathogénèses qui provoquaient des symptômes, des accidents nombreux, qui prenaient une grande part à la condition morbide du corps, ne sont plus perceptibles lorsqu'on les cherche sur un cadavre ;

4° Que les altérations organiques que l'on étudie après la mort n'ont plus toutes les qualités qu'elles avaient pendant la maladie. Aux modifications matérielles que le médecin constate s'ajoutaient une tension, une coloration, une température, d'autres signes encore, qui rendent difficile une appréciation juste de l'état où ils étaient tant que la vie a continué.

HYGIÈNE.

COURS D'HYGIÈNE, professé par M. FLEURY, agrégé, à la Faculté de médecine de Paris.

PREMIÈRE LEÇON.

DE L'HYGIÈNE. — DÉFINITION. — PLAN.

(Suite. — Voir le numéro 15.)

PLAN. — Examinons maintenant, messieurs, quel est le mode d'exposition, quel est le *plan* auquel doit s'arrêter un professeur d'hygiène pour rendre son enseignement aussi satisfaisant que possible. On peut ramener à trois méthodes principales tous les *plans* qui ont été proposés par les auteurs.

A. Dans la première méthode imaginée par M. Moreau (de la Sarthe) et adoptée par MM. Rostan, Londe, Piorry, on prend pour base l'anatomie. On forme autant de classes qu'il y a d'appareils, et l'on y distribue les différents modificateurs suivant qu'ils exercent leur action sur tel ou tel appareil. Nous verrons tout à l'heure que c'est sur les modificateurs eux-mêmes que doit reposer une bonne exposition de l'hygiène ; mais en acceptant la donnée fondamentale de ce plan, il est facile de voir qu'il présente de nombreux inconvénients.

Le plan de M. Moreau est impraticable, selon M. Gerdy : 1° parce que la plupart des influences ne se bornent pas à agir sur une seule fonction, mais agissent sur plusieurs, et qu'alors l'arbitraire seul a le choix de la fonction à laquelle on rattache l'histoire de l'influence ; ainsi certains ingesta agissent non-seulement sur l'estomac et les intestins, mais encore sur les appareils circulatoire ou nerveux ; 2° parce qu'il est beaucoup d'influences qui agissent toujours de la même manière sur l'économie pourvu que le point par où elles l'attaquent soit sensible à leur action ; ainsi certains poisons ont la même action qu'ils soient introduits par l'estomac, le rectum, une plaie, etc.; 3° parce qu'il est des influences que l'on ne sait où placer, ainsi la chaleur, l'humidité, etc.; 4° parce qu'il réunit à chaque instant les influences les plus disparates par leur nature et forment les rapprochements les plus bizarres.

Un médecin qui s'astreint rigoureusement à l'ordre physiologique, dit M. Monneret, s'expose sans cesse ou à passer sous silence les modificateurs qui n'ont pu rentrer dans son cadre, ou bien à revenir sur des sujets qu'il a déjà traités. S'il agit autrement, il viole les règles qu'il a posées, et c'est, du reste, ce qu'il est contraint de faire à chaque instant sous peine d'être incomplet.

« Ce serait employer une marche vicieuse, dit à son tour M. Segond, que d'étudier par fonctions d'organes tous les rapports que l'être peut affecter. Si chacun des milieux ne se trouvait en relation biologique qu'avec un appareil déterminé, cette marche n'aurait pas d'inconvénient; mais l'animal tend à se mettre en rapport par l'ensemble de l'organisme; aussi arriverait-il qu'après avoir étudié successivement toutes les relations extérieures d'un appareil, on resterait dans le vague relativement à la notion théorique exacte d'un rapport déterminé entre l'être vivant et tel ou tel milieu. »

B. Dans une seconde méthode proposée par M. Gerdy, on prend à la fois pour base l'anatomie, la physiologie, l'hygiologie et les modificateurs. Ainsi, dans une première partie, M. Gerdy étudie les appareils organiques, les solides, les liquides, les tissus. Dans une seconde partie appelée hygiologie, il reprend l'étude de chaque appareil en particulier au point de vue de ses fonctions, de ses anomalies, de ses variétés, etc. Enfin, dans une troisième partie, il aborde l'étude des influences, mais seulement au point de vue pathogénique. Or la première partie est de l'anatomie générale et de l'histologie; la seconde est de l'anatomie descriptive et de la physiologie; la troisième est de l'étiologie, et cela est tellement vrai que cette étude des influences indiquée d'abord par l'auteur comme appartenant à un *cours d'hygiène positive*, fait partie aujourd'hui, sous le titre d'étiologie,

du volume publié récemment par M. Gerdy et consacré à la pathologie générale.

C. La troisième méthode remonte à Galien ; elle a été développée par Hallé, et elle est adoptée par la plupart des hygiénistes contemporains. Elle prend pour base les modificateurs auxquels Hallé a donné le nom de *matières de l'hygiène*, et elle étudie successivement l'influence exercée sur l'organisme par les *circumfusa*, les *applicata*, les *ingesta*, les *percepta*, les *gesta* et les *excreta*. Cette étude est précédée de considérations sur le *sujet de l'hygiène*, afin de connaître les différences individuelles qui font varier le résultat des modificateurs hygiéniques. Enfin, sous le nom de *règles de l'hygiène*, se trouvent formulés les préceptes à l'aide desquels le *sujet* peut se préserver de l'influence morbifique des *matières*. Pardonnez-moi, messieurs, ce langage ; il ne m'appartient pas.

Royer-Collard avait adopté ce plan en lui faisant subir quelques modifications indiquées dans le tableau suivant :

SUJET DE L'HYGIÈNE.	Caractères et signes de la santé.	
	Formes de la santé	Ages. Sexes. Tempéraments. Constitutions. Idiosyncrasies. Hérédité. Habitude. Races. Professions.
	Degrés de la santé.	Imminence morbide. Convalescence. Infirmités.
MATIÈRE DE L'HYGIÈNE.	Fonctions de nutrition.	Circumfusa. Applicata. Ingesta.
	Fonctions de relation	Gesta. Percepta.
	Fonctions de reproduction.	Genitalia.

Ce plan est fort séduisant au premier aspect, mais est-il possible de séparer les fonctions de l'étude du sujet et de les reléguer parmi les matières où l'on voit les percepta placés à côté des condiments et l'accouchement à côté des cosmétiques? N'est-il pas logique de rapprocher les modificateurs fonctionnels des modificateurs organiques, et d'en faire une classe distincte : celle des *modificateurs individuels*? Est-il raisonnable de réunir dans un même groupe, de rapprocher les unes des autres des professions qui font intervenir les modificateurs les plus différents, tandis que ce sont justement ces modificateurs qu'il importe d'étudier avec méthode? N'est-il pas ridicule de placer l'hygiène du chanteur à côté de celle du cérusier et celle du tailleur à côté de celle de l'homme de lettres? La première ne se place-t-elle pas naturellement dans le chapitre consacré à l'étude de la respiration et de la voix ; la seconde dans celui consacré à l'étude de l'air atmosphérique et de ses viciations? Pourquoi rapprocher les circumfusa des applicata? Quel rapport existe-t-il entre la radiation solaire et les substances épilatoires? N'est-il point possible d'introduire dans l'étude des modificateurs extérieurs une division plus conforme à celle qui est établie dans les sciences naturelles?

Il me semble, messieurs, qu'en tenant compte des considérations qui précèdent, il est possible de tracer un *plan d'hygiène* exempt des inconvénients et des défauts que nous avons reprochés aux divers plans qui ont été proposés jusqu'à présent par les auteurs.

L'hygiotechnie étant essentiellement l'étude des rapports qui peuvent exister entre l'homme et certains modificateurs, il est bien évident que ce sont ceux-ci qui doivent servir de base à un plan d'hygiène, et nous savons que les *modificateurs hygiéniques* sont *cosmiques* ou *individuels*, les premiers se subdivisent en *astronomiques*, en *physiques* et en *chimiques*, les seconds en *statiques* et en *dynamiques*. Or si à chacune de ces divisions nous rattachons, en tenant compte de l'agent prédominant, certains modificateurs complexes qui agissent simultanément de plusieurs manières sur l'organisme, nous aurons un plan d'hygiène méthodique et parfaitement en rapport avec la division introduite dans l'étude de la plupart des sciences naturelles. Quelques mots d'explication son toutefois nécessaires. Il est des modificateurs qui exercent plusieurs influences de nature différente. Ainsi l'air atmosphérique agit physiquement par sa pression, sa température et chimiquement par sa composition; la radiation solaire agit par ses rayons calorifiques et d'éclairement et par ses rayons chimiques. Faut-il scinder l'étude de ces modificateurs et placer la pression de l'air parmi les modificateurs physiques, sa composition parmi les modificateurs chimiques? Nous ne l'avons point pensé, et nous avons préféré nous conformer exactement à l'ordre établi dans les sciences physiques et chimiques; cela apporte de l'uniformité dans l'exposition des sciences naturelles et n'est pas sans avantages même au point de vue restreint de l'hygiène. Ainsi la considération des climats, des localités, de l'endémie, etc., est évidemment du domaine de l'hygiène physique, et cependant il faut y faire intervenir la composition de l'air; il est donc préférable de ne point diviser l'étude de ce modificateur. D'un autre côté, il faut bien comprendre ce que nous entendons par *modificateurs individuels*; il faut se rappeler qu'il ne s'agit pas ici des diverses *conditions* statiques et dynamiques dans leurs rapports avec l'état de vie, car cette étude appartient en propre à la physiologie; mais des influences morbifiques ou curatives que ces *conditions* peuvent exercer sur l'homme, point de vue bien différent sous lequel les *conditions* se transforment en *modificateurs*. Ainsi, pour mieux me faire comprendre par un exemple, la dentition est un phénomène d'évolution organique qui, considéré en lui-même, est du ressort de la physiologie; mais la dentition peut devenir une cause de maladie, et sous ce rapport elle appartient à l'hygiène ; il en est de même pour l'âge, le tempérament, l'hérédité, etc.

Étant établi qu'un plan d'hygiène doit prendre pour base les modificateurs et ceux-ci étant connus, il ne nous reste plus qu'à examiner dans quel ordre ils doivent être étudiés ; or il est évident, ainsi que l'a établi M. A. Comte, que l'étude des milieux dans lesquels vivent les êtres organisés doit précéder celle de ces êtres eux-mêmes, c'est-à-dire qu'il faut procéder de l'extérieur à l'être vivant. Mais pour arriver à l'appréciation des rapports, il faut préalablement avoir examiné les deux termes, l'être vivant et le modificateur. L'étude des influences réciproques doit donc arriver après l'étude complète de l'homme et des agents cosmiques.

Il résulte de ceci que s'il existait aujourd'hui une bonne systématisation des sciences biologiques et sociologiques, se traduisant par un programme suivi dans l'enseignement de cette Faculté, nous devrions, pour rester exclusivement dans le domaine de l'hygiotechnie, ne traiter ici que des *rapports hygiéniques* entre l'homme et les modificateurs, sans nous occuper de ces deux termes considérés soit en eux-mêmes, soit quant aux *rapports physiologiques* qui peuvent exister entre eux; mais il n'en est pas ainsi, et si les cours de physiologie, de physique et de chimie vous ont fait connaître les *modificateurs cosmiques* considérés en eux-mêmes et dans leurs rapports physiologiques avec l'être vivant, il n'en est pas de même pour les *modificateurs individuels*. La pathologie et l'anatomie pathologique vous ont décrit l'homme malade, tant à l'état statique qu'à l'état dynamique, dans ses rapports avec les influences mécaniques et pathologiques; mais la *physiologie sociale* est encore à créer, et, par une singulière anomalie, la physiologie individuelle ne vous a pas entretenus de l'homme vivant dans ses *rapports physiologiques* avec les *conditions individuelles statiques et dynamiques*; de telle sorte que, bien qu'il soit évident que l'étude des âges, des sexes, des tempéraments, de l'hérédité, etc., faite en dehors des influences morbifiques ou curatives, et seulement considérée comme se rattachant aux diverses *conditions de l'état de vie*, appartienne à la physiologie, cette étude n'a cependant jamais été embrassée par elle et a toujours été abandonnée à l'hygiène.

« Ce qui contribue à augmenter le vague des ouvrages d'hygiène, dit encore M. Segond, qui a sainement compris et résumé la philosophie biologique, si admirablement développée par M. A. Comte, c'est qu'à côté des moyens pratiques, la science même de l'hygiène se trouve remplacée par une section de la physiologie proprement dite. La plupart des auteurs, cherchant à constituer un domaine scientifique particulier à l'étude des modificateurs, commencent par un préliminaire sur l'organisme, et considèrent ensuite l'homme suivant la prédominance de tel ou tel appareil, suivant l'âge, le sexe, les habitudes, les dispositions héréditaires; or c'est l'anatomie qui doit fournir la notion de l'organisme, et quant à l'étude des ages, des sexes, des tempéraments, etc., elle fait partie intégrante de la physiologie. L'étude des modificateurs doit supposer que l'être vivant est préalablement connu aussi complétement que les modificateurs eux-mêmes. »

Nous reconnaissons la justesse de ces paroles; mais nous sommes obligé d'accepter l'état actuel des choses et d'en subir les conséquences. Il faudra, par conséquent, que nous fassions précéder l'étude hygiénique de certains modificateurs d'une partie préliminaire, dans laquelle nous les envisagerons soit en eux-mêmes, soit dans leurs rapports physiologiques avec l'être vivant.

Nous étudierons en premier lieu les modificateurs cosmiques, ensuite les modificateurs individuels; nous ne séparerons pas les règles des influences, et nous réunirons l'hygiène publique à l'hygiène privée. Nous éviterons ainsi un grand nombre de répétitions, et s'il est vrai que certaines questions d'hygiène publique exigent des développements considérables, qui intéressent plutôt l'administrateur que le médecin, et qui nous entraîneraient beaucoup trop loin s'il fallait leur accorder toute l'étendue dont ils sont susceptibles, il est certain néanmoins que nous pourrons les traiter de façon à vous en donner une notion suffisante.

Voici notre plan.

PLAN D'HYGIÈNE FONDÉ SUR L'ÉTUDE ET LA DIVISION DES MODIFICATEURS HYGIÉNIQUES, ENVISAGÉS DANS LEURS RAPPORTS AVEC L'HOMME SAIN OU MALADE, ISOLÉ OU RÉUNI EN SOCIÉTÉ.

A. DES MODIFICATEURS COSMIQUES.

a. *Des modificateurs astronomiques.*

b. *Des modificateurs physiques.*

1° Pesanteur. — 2° Air atmosphérique : pression, température, électricité, humidité, mn, composition. — 3° Radiation solaire : rayons calorifiques, d'éclairement et chimiques. — 4° Vents. — 5° Eaux. — 6° Sol. — 7° Localités, climats, endémie, épidémie, géographie médicale, habitations, etc. — 8° Agents physiques divers, tels que vêtements, cosmétiques, etc.

c. *Des modificateurs chimiques.*

1° Aliments. — 2° Boissons. — 3° Agents chimiques divers, tels que tabac, etc.

B. DES MODIFICATEURS INDIVIDUELS.

a. *Des modificateurs statiques.*

1° Ages. — 2° — Tempéraments. — 3° Idiosyncrasies. — 4° Constitutions. — 5° Obésité.—6° Maigreur. — 7° Sexes. — 8° Hérédité.—9° Races humaines. — 10° De la santé, de ses variétés, de ses formes. — 11° Prédisposition.—12° Diathèse.—13° Imminence morbide.— 14° Convalescence.

b. *Des modificateurs dynamiques.*

1° Digestion : préhension des aliments, goût, digestion, défécation, absorption, faim, inanition, soif, disette, etc. — 2° Respiration : voix, hoquet, rire, éternuement, bâillement, certaines professions, etc. — 3° Circulation : cœur, gros troncs, capillaires, sang, hémorrhaphylie. — 4° Sécrétions : sueur, urine, exhalations muqueuses, leucorrhée, etc. — 5° Génération : continence, castration, excès vénériens, masturbation, prostitution, mariage, célibat, ovulation, grossesse, accouchement, lactation. — 6° Innervation. *a.* Sensibilité : douleur physique, chatouillement, sensation voluptueuse, toucher. *b.* Motilité : musculation, repos, attitude, mouvements, efforts, exercice, gymnastique, professions diverses. *c.* Intelligence : sommeil, veille, travail intellectuel, attention, imagination, jugement, émotions, passions, éducation, civilisation, gouvernement, religion, morale. — 7° Habitude.

Je vous prie, messieurs, de vouloir bien étudier ce plan avec attention; car il sera le fil conducteur qui vous permettra de sortir enfin de ce dédale obscur dans lequel se sont égarés jusqu'à présent tous ceux qui se sont occupés de l'hygiotechnie, et si les idées nouvelles que je viens d'émettre dans ce discours d'ouverture, et que je développerai dans le courant de mon enseignement, pouvaient être acceptées par vous et prendre rang dans la science, vous me permettriez d'en concevoir quelque orgueil; car je pourrais alors croire que mon passage dans cette chaire ne resterait pas sans quelque utilité pour vous et pour ceux qui vous succéderont.

Je terminerai chaque leçon par une indication bibliographique qui vous fera connaître les sources où vous pourriez étudier plus complétement les questions qui en auront fait le sujet.

THÉRAPEUTIQUE CHIRURGICALE.

DE LA CURE RADICALE DES HERNIES INGUINALES ET D'UN NOUVEAU MOYEN DE L'OBTENIR; par M. le docteur AUG.-D. VALETTE, chirurgien de l'Hôtel-Dieu de Lyon, chirurgien en chef (désigné) de l'hôpital de la Charité, ex-chirurgien aide-major, lauréat de l'hôpital du Val-de-Grâce. (Mémoire lu à l'Académie des sciences dans sa séance du 10 février 1851.)

Il n'y a pas lieu d'opérer, tant que l'on n'aura pas trouvé un moyen sans péril pour la vie.
(SÉDILLOT, MÉD. OPÉRAT.)

La multiplicité des travaux entrepris dans le but d'obtenir la cure radicale des hernies témoigne à la fois et des difficultés que présente la solution du problème, et de l'importance qu'il y aurait à la trouver. L'étude de l'art nous montre d'abord la chirurgie ignorante et grossière, employant contre ces affections des moyens barbares, des mutilations cruelles, des opérations toujours dangereuses, auxquelles on ne renonça que bien difficilement, et alors seulement que des chirurgiens illustres comme Dionis, Bordonave et l'Académie royale de chirurgie, les eurent énergiquement condamnés. Pendant quelques années le problème fut à peu près abandonné, et on ne songeait plus à opposer aux hernies autre chose qu'un traitement palliatif; mais les chirurgiens de notre époque ont repris la question : forts de connaissances anatomiques précises, plus éclairés sur les causes des dangers qui accompagnaient les opérations pratiquées autrefois, ils ont proposé plusieurs méthodes de traitement pour la plupart fort ingénieuses et fort habilement conçues. Mais le problème a-t-il été résolu? Le but poursuivi a-t-il été atteint? On peut hardiment répondre par la négative. Si quelques doutes restent sur ce point dans l'esprit de quelque lecteur optimiste, ils se dissiperont devant l'unanimité des autorités imposantes, dont le témoignage sera invoqué quelques pages plus loin. Quelque décourageant que soit le passé, j'ai à mon tour abordé la question, et je crois l'avoir résolue pour ce qui concerne les hernies inguinales, de toutes, à beaucoup près, les plus communes. Je livre à l'appréciation du public médical le résultat de mes recherches.

Quand on a la prétention d'avoir fait un pas en avant, d'avoir réalisé un progrès, c'est un devoir de bien préciser le point de départ, de bien examiner ce qui a été fait; aussi l'exposition des méthodes et procédés opératoires proposés jusqu'à nous doit-elle trouver place ici. Indépendamment de l'intérêt qui se rattache aux recherches historiques, je trouverai, dans cette revue rétrospective, des jalons qui m'indiqueront la route à suivre, et me signaleront les écueils à éviter. Je crois devoir auparavant rappeler en peu de mots la disposition anatomique des parties, ou tout au moins quelques détails anatomiques, parce que la connaissance exacte de la configuration du canal inguinal et des modifications qu'il présente dans le cas de hernie, est nécessaire pour bien comprendre l'action des moyens thérapeutiques employés jusqu'ici, et surtout le mécanisme de la guérison par la méthode que je veux faire connaître.

Je n'ai pas à m'occuper du canal inguinal à l'état normal, je ne pourrais du reste que répéter ce qui est écrit dans tous les traités d'anatomie, lorsqu'une hernie existe, cette configuration change et présente, suivant les sujets, des différences importantes à signaler. De deux choses l'une, ou la hernie est récente et peu volumineuse, ou elle est ancienne et forme une tumeur plus ou moins considérable. Dans le premier cas, la hernie est complète ou incomplète, mais le canal existe toujours, et le scalpel retrouve l'orifice externe, l'orifice interne, séparés l'un de l'autre par le canal qui ne présente qu'un diamètre plus grand que dans l'état normal. Si lorsque les choses sont encore dans cet état, on réduit la hernie, et si après avoir introduit le doigt dans l'anneau, en refoulant un bouchon cutané, on le met à découvert à l'aide d'une incision, le bistouri intéressera successivement :

La peau,
Le tissu cellulaire sous-cutané,
Le fascia superficialis,
L'aponévrose du grand oblique,
Et enfin la peau refoulée par le doigt.

Les choses changent lorsque la hernie est ancienne et volumineuse; en effet, l'anneau interne est peu à peu entraîné en dedans et en bas, et il arrive un moment où il vient se placer derrière l'anneau externe : ces deux orifices se confondent, ne forment plus qu'une ouverture à travers laquelle passent les intestins, le canal inguinal a disparu. Si on répète la même expérience que tout à l'heure, c'est-à-dire si, après avoir réduit la hernie, on introduit le doigt dans l'ouverture, en refoulant les téguments, on pénètre directement dans la cavité abdominale. Qu'on fasse par la pensée une incision qui mette à découvert le doigt ainsi introduit, le bistouri divisera alors successivement :

La peau,
Le tissu cellulaire sous-cutané,
Le fascia superficialis,
L'aponévrose du grand oblique;

Comme dans le cas précédent; mais il intéressera encore quelques fibres du petit oblique :

L'aponévrose du transverse.
La peau refoulée par le doigt.

En résumé, si le canal existe, un corps arrondi, introduit dans son intérieur, passera derrière l'aponévrose du grand oblique seulement; mais il sera en rapport en arrière avec la paroi postérieure du canal. Si celui-ci n'existe plus, ce qui est le cas le plus fréquent, il passera derrière tante l'épaisseur de la paroi abdominale, et sera en rapport, en arrière, avec les organes contenus dans le ventre. Il est de la dernière importance de ne pas

perdre de vue ces particularités anatomiques, pour l'intelligence de ce qui va suivre.

J'ai peu de chose à dire des rapports du canal inguinal avec les parties environnantes; je rappellerai seulement ceux qu'il a avec l'artère épigastrique. Ce vaisseau se trouve placé, on le sait, derrière la paroi abdominale; elle rampe dans l'épaisseur du tissu cellulaire sous-péritonéal. Sa situation ne change pas tant que le canal est conservé; mais lorsque les hernies augmentent de volume, elle est à peu près poussée en dedans par l'intestin, et vient se placer au côté interne des orifices confondus en un seul. Le doigt, que l'on introduit alors, la laisserait dans cette position, et le bistouri, qui mettrait à nu le doigt, ainsi que je l'ai supposé plus haut, ne pourrait pas l'intéresser. Il y a une exception toutefois, exception bien rare : c'est lorsque la hernie est directe, que l'intestin passe à travers l'orifice interne sans passer par le canal; mais, dans ce cas, le doigt en percevrait les battements et avertirait le chirurgien de cette anomalie.

DE LA COMPRESSION ET DES DIFFÉRENTS TOPIQUES EMPLOYÉS POUR LA CURE RADICALE DES HERNIES INGUINALES.

Depuis l'observation si complète d'A. Paré (t. 1, p. 407), il est admis par tout le monde que les hernies peuvent exceptionnellement guérir sous l'influence d'une compression exactement et méthodiquement faite; mais si la possibilité n'est contestée par personne, personne aussi ne songe à nier la rareté de ces guérisons. Il est impossible de voir dans le brayer autre chose qu'un moyen palliatif; et ceci ne s'applique pas seulement au brayer primitif de Blegny. Les perfectionnements si nombreux apportés à sa construction n'ont eu d'autre résultat que de le rendre plus commode et plus efficace à empêcher les intestins de sortir. Je ferai, en passant, une remarque qui a bien son importance : les bandages, quels qu'ils soient, sont loin de représenter les avantages qu'on leur accorde généralement; il en est très-peu qui soient irréprochables, même comme appareils contentifs. Quand les hernies sont peu volumineuses, que le canal existe encore, ils agissent assez bien; mais lorsque les hernies sont anciennes, qu'elles ont un certain volume, elles ne sont ordinairement qu'imparfaitement maintenues.

« On peut affirmer, sans crainte d'être contredit, que sur vingt hernies, » soit inguinales, soit crurales, soit ombilicales, il n'y en a pas cinq qui » soient maintenues réduites par les bandages dont on se sert le plus géné» ralement. »

M. Thierry, à la thèse duquel j'emprunte cette citation, est cependant un des chirurgiens qui ont fait à la compression la plus large part.

Que dire des topiques nombreux qui ont été successivement proposés? L'expérience a fait promptement justice de toutes ces prétentions. Combinés à la compression et au repos prolongé, ils ont quelquefois amené des guérisons que les deux premiers moyens peuvent à eux seuls produire, surtout lorsqu'on les emploie chez des enfants, à une époque où les anneaux ont encore de la tendance à revenir sur eux-mêmes, que le bassin, qui n'a pas acquis son ampleur, change, en se développant, la direction du canal et le rend plus oblique. Si quelques adultes ont joui du même avantage, c'est que leur hernie était petite, récente, et avait toujours été contenue très-exactement par un bandage porté nuit et jour. Ces faits exceptionnels ne font, on peut le dire, que confirmer la règle.

OPÉRATIONS PROPOSÉES DANS LE BUT DE GUÉRIR LA HERNIE INGUINALE.

Je n'ai pas à décrire minutieusement les diverses opérations imaginées dans le but de guérir les hernies. La plupart d'entre elles sont aujourd'hui complétement oubliées, et si l'on rappelle la méthode de la cautérisation, telle que la pratiquaient les Arabes; celle de l'incision, telle que la pratiquait J.-L. Petit; la suture royale, le point doré, la méthode plus barbare de la castration, c'est pour montrer par quelle voie funeste la chirurgie herniaire a dû passer avant d'arriver à être ce qu'elle est aujourd'hui. Tristes pages que celles-là! et sur lesquelles il est au moins inutile de s'arrêter. Je ne veux que rappeler les principaux détails de celles qui ont été imaginées dans ces derniers temps, et qui peuvent jouir encore auprès de quelques praticiens d'une certaine faveur, et cela, dans le but de justifier l'appréciation que je dois nécessairement en faire, et de faire ressortir les différences qui existent entre elles et le procédé que je propose.

M. Belmas a eu l'honneur de reprendre le premier une question qui semblait devoir être abandonnée pour toujours. Son procédé, ou plutôt ses procédés opératoires, sont des plus ingénieux; mais quelle est leur efficacité? Je dirai tout à l'heure ce qu'il faut en penser.

Le procédé de M. Bonnet est trop connu pour que j'aie besoin de le décrire. Son mémoire sur L'INTRODUCTION ET LE SÉJOUR DES ÉPINGLES DANS LE SAC HERNIAIRE, COMME MOYEN D'OBTENIR LA CURE RADICALE DES HERNIES, publié en 1837, fit grande sensation, et n'a pas peu contribué à fonder une réputation que des travaux d'une bien plus grande importance ont depuis élevée si haut; mais les espérances que ce procédé avait fait concevoir ne se sont pas réalisées, et aujourd'hui il est à peu près complétement abandonné.

M. Velpeau a pensé que l'on pourrait tirer un parti avantageux des injections d'iode dans le sac herniaire; il a lui-même mis en pratique cette idée. Je dirai tout à l'heure le jugement que le savant professeur a lui-même porté sur son opération.

Il y a longtemps que les chirurgiens ont eu la pensée de faire des scarifications dans l'intérieur du sac; ils voulaient par là déterminer une inflammation adhésive qui en produisît l'oblitération. Verdue les avait déjà conseillées dans l'opération de la hernie étranglée, dans le but de rendre la cicatrice plus solide; mais Freytay et surtout Heister les ont pratiquées dans le cas de hernie non étranglée et dans l'intention très-explicitement formulée d'en obtenir la cure radicale. Ce qui s'observe à la suite de l'opération de la hernie étranglée, et les récidives qui surviennent nonobstant des incisions multipliées et profondes et nonobstant l'inflammation toujours suppurative qui en est la suite, est de nature à démontrer que ce procédé ne saurait être efficace; je ne parle pas du danger qu'il entraîne et qui suffirait à lui seul à le faire rejeter.

C'est pour éviter le danger qu'entraînent les plaies à découvert que M. Jules Guérin a fait dans ces dernières années l'application des incisions par la méthode sous-cutanée. Il introduit son ténotome non pas dans l'intérieur du sac, mais dans l'intérieur du canal, et les incisions qu'il pratique ont pour effet d'amener l'exsudation de lymphe plastique, l'organisation d'un tissu nouveau qui l'oblitère et empêche la hernie de se reproduire. Ce procédé, qui a donné à son auteur de fort beaux résultats, n'est du reste applicable qu'aux hernies d'un petit volume et qui ont toujours été parfaitement maintenues. Le plus grand nombre de ces affections se trouve par conséquent placé en dehors de sa sphère d'action. D'un autre côté, mon procédé n'est pas applicable, ainsi qu'on le verra, aux hernies très-petites, mais bien au contraire à celles qui offrent un certain volume, et dans lesquelles l'invagination des téguments est possible. Il en résulte que ces deux opérations, celle de M. Guérin et la mienne, ont leurs indications bien tranchées et sont destinées à remédier chacune à un état pathologique différent. Le procédé de M. Guérin est, du reste, innocent. Ce que je dirai dans l'appréciation générale des méthodes et procédés opératoires que je ferai ne lui sera donc pas applicable.

(La suite au prochain numéro.)

CORRESPONDANCE MÉDICALE.

OBSERVATION D'EXCROISSANCES SYPHILITIQUES AU POURTOUR DE LA GLOTTE AYANT DÉTERMINÉ UNE ASPHYXIE MORTELLE ; par le docteur BOURGUET, chirurgien de l'hôpital d'Aix.

OBS. — La nommée M..., âgée de 28 ans, d'un tempérament lymphatique, d'une assez mauvaise constitution, fut admise à l'hôpital d'Aix, le 10 juillet 1841, présentant des symptômes syphilitiques tertiaires (exostoses au front et sur le devant des tibias, ulcère très-étendu, à fond grisâtre, à bords relevés et à pourtour cuivreux sur le dos du pied droit).

La nature de la maladie n'étant pas douteuse, la malade avouant d'ailleurs avoir eu des chancres plusieurs années auparavant, elle fut soumise à un traitement par les pilules de Dupuytren et la tisane de salsepareille qui furent continuées pendant quatre mois, sans amener d'amélioration. Au bout de ce temps, elle fut mise à l'usage des préparations d'or qui, continuées pendant trois mois, se montrèrent tout aussi inefficaces. Enfin l'iodure de potassium, qui venait alors d'être introduit dans la pratique par M. Ricord, lui fut administré d'après la manière de ce médecin, c'est-à-dire dans la tisane de saponaire. Sous l'influence de ce moyen, toute trace de maladie disparut dans l'espace de vingt-cinq à trente jours, et pour ainsi dire à vue d'œil.

La malade quitta l'hôpital parfaitement guérie, et reprit ses travaux habituels dans une filature de coton.

Au mois de janvier 1843, elle rentra à l'hôpital offrant tous les signes rationnels de la phthisie (toux, expectoration très-abondante et purulente, amaigrissement, fièvre hectique, sueurs pendant la nuit, etc.), et éprouvant en outre une très-grande difficulté pour respirer, à tel point, nous dit-elle, qu'elle se croyait souvent sur le point d'étouffer. La gêne de la respiration était habituelle, cependant il y avait de temps à autre des exacerbations et de très-légères rémissions dans la dyspnée; plusieurs fois même, il lui était arrivé de voir sa respiration devenir complétement libre, pour quelques instants, à la suite d'une violente quinte de toux; mais à peine avait-elle fait deux ou trois inspirations que la dyspnée recommençait et se continuait ensuite comme précédemment. La voix était très-altérée et très-affaiblie, la respiration un peu haleuse, sans cependant être sifflante.

Le traitement qui fut mis en usage consista en révulsifs appliqués sur la

poitrine et à l'extérieur du larynx. En outre, l'iodure de potassium fut prescrit de nouveau, combiné à des boissons émollientes et pectorales, enfin un looch diacodé fut donné tous les soirs.

Sous l'influence de cette médication, il survint pendant quelque temps une véritable amélioration. Malheureusement cette amélioration ne fut pas de longue durée, la difficulté de respirer reparut dans les derniers jours de février, et la malade succomba, le 4 mars, dans un accès de dyspnée, avant qu'il m'eût été possible d'arriver à son secours.

A l'autopsie, faite trente-six heures après la mort, nous rencontrâmes des traces manifestes d'anciennes ulcérations cicatrisées dans l'intérieur des ventricules du larynx, et trois excroissances aplaties, pédiculées, de consistance très-ferme, en tout semblables à celles qui surviennent au pourtour de l'anus ou entre le gland et le prépuce, occupant et obturant presque entièrement l'ouverture de la glotte : elles prenaient leur insertion un peu au-dessus des cordes vocales supérieures, se continuaient avec la muqueuse de cette région, et présentaient, la plus considérable 8 à 9 millimètres de longueur, les autres 6 à 7; elles descendaient dans l'ouverture de la glotte, de telle façon que les plus petites étaient flottantes dans les ventricules du larynx, et que la plus longue dépassait en bas les cordes vocales inférieures.

Les poumons, examinés avec soin, furent trouvés sains et crépitants.

L'arbre bronchique présentait, dans toute son étendue, des traces manifestes d'inflammation chronique.

Les autres organes n'offrirent rien de particulier.

Ainsi qu'on a pu le remarquer par les détails dans lesquels nous venons d'entrer, la malade qui fait le sujet de l'observation qui précède a offert tous les signes qui annoncent la présence des corps étrangers dans le larynx : altération de la voix, gêne notable de la respiration, toux convulsive et suffocante, accès de dyspnée. Il y a cependant une différence entre les symptômes observés dans cette circonstance et ceux que l'on remarque ordinairement dans les cas de corps étrangers tombés dans les voies aériennes, c'est que la gêne de la respiration ne disparaissait pas ici d'une manière complète, dans certains moments, ou qu'elle ne disparaissait que pour quelques instants très-courts, tandis que dans les cas de corps étrangers on voit des intervalles considérables pendant lesquels la respiration s'exécute d'une manière normale et où on dirait que le malade n'a plus rien. L'explication que nous donnerons de ce fait, c'est que les excroissances syphilitiques prenant, chez notre malade, leur insertion au-dessus des cordes vocales supérieures et descendant dans le larynx, rétrécissaient d'une manière permanente l'ouverture de la glotte, d'où la dyspnée habituelle. Pour que cette dernière disparût et que la malade pût respirer librement, il fallait que, sous l'influence d'un violent accès de toux et d'une forte expiration, les excroissances fussent repoussées en haut, du côté de l'épiglotte et laissassent à la glotte ses dimensions normales, pour quelques instants, c'est-à-dire jusqu'à ce qu'une ou plusieurs nouvelles inspirations les eussent fait descendre en bas.

Le traitement que nous mîmes en usage dans ce cas fut purement médical, n'ayant pas été appelé à temps pour pouvoir pratiquer la bronchotomie. Si un cas analogue se présentait à nous aujourd'hui, nous n'hésiterions pas à pratiquer de bonne heure la laryngotomie. Cette opération nous paraîtrait ici doublement indiquée, comme remédiant à l'asphyxie, c'est-à-dire conjurant le danger le plus pressant, et comme pouvant permettre en même temps de faire l'excision des excroissances, de les cautériser au besoin, en un mot d'agir sur la maladie locale de façon à la faire disparaître et à en prévenir le retour.

Enfin nous remarquerons encore que notre malade avait présenté tous les signes rationnels de la phthisie, quoique l'autopsie ne permit de constater qu'une simple bronchite chronique. Ce résultat de l'autopsie nous semble devoir ne pas être perdu de vue par rapport au traitement médical et chirurgical à mettre en usage. Il a même une signification de plus à nos yeux : il peut porter à penser, de même qu'un autre fait que nous allons rapporter tout à l'heure, que l'assertion des auteurs qui considèrent la phthisie pulmonaire ou laryngée comme une conséquence inévitable de la présence et du séjour un peu prolongé des corps étrangers dans les voies aériennes, que cette assertion, disons-nous, est exagérée, ou tout au moins que les exceptions ne sont pas aussi rares qu'on l'a supposé, et qu'on ne doit pas perdre tout espoir de guérison, malgré l'apparence de la phthisie, toutes les fois que l'auscultation n'aura pas permis de constater l'existence de tubercules ou de cavernes dans les poumons, ou de désordres correspondants dans le larynx. Voici ce fait, que nous avons observé il y a déjà sept à huit ans.

Obs. II. — Une jeune personne de 18 ans, en mangeant du poisson, avala une grosse arête, qui tomba dans le larynx et détermina sur-le-champ les symptômes qui accompagnent la chute des corps étrangers dans les voies aériennes, douleur, toux, dyspnée, etc. Plus tard elle fut prise de crachement de sang, de toux habituelle, d'amaigrissement, de fièvre hectique et d'expectoration purulente. Plusieurs médecins, appelés successivement à lui donner des soins, la considérèrent comme phthisique et sans espoir de guérison.

Un jour, huit mois après l'accident, la malade ayant voulu manger de la salade fortement assaisonnée de vinaigre, fut prise à table d'une quinte de toux qui dura plus de demi heure, et pendant laquelle elle expectora l'arête de poisson. A partir de ce moment, la toux et tous les autres symptômes furent en s'améliorant, et la santé se rétablit complètement.

Cette jeune personne est aujourd'hui mère de famille et parfaitement bien portante.

On nous objectera peut-être qu'il est possible et qu'il est même généralement facile d'établir, au moyen de l'auscultation, le diagnostic différentiel de la bronchite chronique et de la phthisie. Cela est vrai en thèse générale, nous le reconnaissons parfaitement; mais outre qu'il y a certains cas particuliers dans lesquels l'application présente des difficultés insurmontables, et que les pratiques de l'auscultation ne sont pas très-familières à tous les médecins, il ne nous a pas moins paru important de signaler le fait qui précède, savoir que, dans le cas de présence de corps étrangers dans les voies aériennes, la bronchite peut exister seule, qu'elle peut simuler la phthisie, enfin qu'il n'est pas impossible d'obtenir la guérison d'états fort graves et en apparence désespérés, si on parvient d'assez bonne heure à faire disparaître le corps étranger, cause et point de départ de tous les accidents.

REVUE DES JOURNAUX DE MÉDECINE.

JOURNAUX FRANÇAIS.

I. ARCHIVES GÉNÉRALES DE MÉDECINE.

Les numéros d'octobre, novembre et décembre 1850, contiennent les articles originaux suivants : 1° *De quelques signes stéthoscopiques, dans leurs rapports avec la pneumonie des enfants nouveau-nés*; par MM. Trousseau et Lassègue. 2° *Recherches sur une affection particulière des gaînes tendineuses de la main, caractérisée par le développement d'une nodosité sur le trajet des tendons fléchisseurs des doigts et par l'empêchement de leurs mouvements*; par M. Notta. 3° *Études anatomo-pathologiques sur le choléra, et en particulier sur les altérations cholériques du poumon*; par M. A. Walther, professeur à l'Université de Kief. 4° *Recherches sur une maladie non encore décrite du système musculaire (atrophie musculaire progressive)*; par M. Aran. 5° *De la névralgie du plexus brachial (névralgie scapulaire, brachiale, cervico-brachiale des auteurs)*; par M. Nencourt. (Travail instructif, mais sans vues bien nouvelles.) 6° *De la bronchotomie dans le cas d'angine laryngée œdémateuse*; par M. Sestier. (Voir Gaz. Méd., 1850.) 7° *De l'anesthésie provoquée et des agents anesthésiques considérés au point de vue de leur application à la chirurgie*; par M. Aran. (Résumé critique des travaux publiés dans ces derniers temps. Voir aussi Gaz. Méd., 1850, p. 893.) 8° *Recherches électro-physiologiques et pathologiques sur les propriétés et les usages de la corde du tympan.* (Gaz. Méd., 1850, p. 891.) 9° *Mémoire sur la contraction musculaire syphilitique*; par M. Notta. 10° *Recherches sur l'expiration prolongée considérée comme signe de phthisie pulmonaire*; par M. Thompson. (Extrait de London medico-chirurgical transactions, t. XXXIII, 1850.)

De quelques signes stéthoscopiques, dans leurs rapports avec la pneumonie des nouveau-nés; par MM. Trousseau et Lassègue.

Tant d'écrits ont été publiés déjà sur la pneumonie qu'on s'étonne que le sujet ne soit pas épuisé; et, de fait, les remarques présentées par MM. Trousseau et Lassègue ne sont pas toutes nouvelles. On en retrouverait un bon nombre dans les travaux de MM. Barrier, Fauvel, Legendre, Rilliet et Barthez, etc. Néanmoins il en est de moins connues que nous devons nous empresser de relever, et d'un autre côté la grande expérience des auteurs donne une importance particulière à leurs opinions, même en ce qui touche certaines questions déjà étudiées et résolues.

Après avoir appelé l'attention sur les difficultés matérielles que présente l'auscultation des nouveau-nés, après avoir établi que le retentissement du cri ne supplée qu'imparfaitement à celui de la voix; que la respiration de l'enfant malade est très-inégale et ne saurait être gouvernée; que la maladie d'un seul poumon n'entraîne pas ordinairement chez l'enfant l'exagération du bruit respiratoire de l'autre côté, etc., MM. Trousseau et Lassègue cherchent à apprécier la valeur et la signification des signes stéthoscopiques.

Cette étude aurait gagné, ce nous semble, à être (si le mot n'effarouche pas trop) un peu plus systématisée. Formée pour ainsi dire de morceaux détachés, entrecoupée d'explications partielles et trop rares, elle n'est pas sans quelque confusion. Évidemment le caractère exceptionnel des données stéthoscopiques chez l'enfant tient surtout à ces trois con-

ditions : 1° dispositions anatomiques spéciales; 2° dissémination habituelle des foyers pneumoniques, du moins au début; 3° forme catarrhale de la plupart des pneumonies. Ces conditions, jointes à celles que nous rappelions il y a un instant, donnent la clef de la plupart des particularités stéthoscopiques propres à l'enfant. Le mémoire eût bien fait de les exposer préalablement; il eût offert ainsi à l'esprit un guide pour l'éclairer dans les commentaires subséquents et le mettre même en état d'interpréter d'autres faits que le mémoire pourrait avoir oubliés ou négligés.

Quoi qu'il en soit, voici les principales remarques contenues dans le travail de MM. Trousseau et Lassègue.

Il n'existe quelquefois aucun intermédiaire entre le râle sibilant, signe de la bronchite préliminaire, et le râle sous-crépitant, signe de la pneumonie confirmée; cependant ce n'est là qu'une exception. Le plus ordinairement le râle sibilant fait place à un râle muqueux plus ou moins gros et de courte durée avant que le râle sous-crépitant ne soit devenu manifeste. Il peut même arriver que ce râle fasse entièrement défaut et que, aux signes ordinaires de la bronchite, succède immédiatement le bruit de souffle. Les auteurs citent un cas où le souffle aurait remplacé sans intermédiaire le râle muqueux; nous en avons observé d'autres dans lesquels le souffle avait été précédé seulement d'un râle sibilant très-aigu.

Le râle sous-crépitant n'appartient pas seulement au début de la pneumonie : il se prolonge et peut persister jusqu'à la mort. On le trouve lié aux phénomènes stéthoscopiques qui annoncent des lésions plus graves, comme il s'était ajouté aux râles muqueux et sibilants. Alors, ou il reste identique, alternant avec des bruits de souffle, mais sans changer de caractère, ou il passe par des degrés insensibles au râle crépitant proprement dit; quelquefois la pneumonie se termine sans qu'on ait d'autre signe physique que ce râle. Il en est ainsi surtout quand la maladie marche avec une extrême rapidité vers une terminaison funeste. Ce tableau est de la plus grande exactitude, aussi bien que la remarque finale. Il y a, en outre, chez l'enfant, des raisons particulières pour que le râle sous-crépitant se fasse entendre parfois très-longtemps. Comme les auteurs ont soin de le dire plus loin, le poumon est ordinairement envahi par noyaux successifs, dont les uns sont encore à l'état de congestion simple quand d'autres sont déjà hépatisés; telle est la pneumonie mamelonnée ou lobulaire. On doit donc entendre de la crépitation tant qu'il reste des portions de parenchyme enflammées et non encore hépatisées. Et si les portions tout à fait indurées sont trop peu considérables et trop peu nombreuses pour donner lieu au bruit de souffle, la crépitation se fera seule entendre jusqu'à la mort.

Le râle sous-crépitant n'est pas permanent; il est sujet, au contraire, à d'assez nombreuses variations. Tantôt il disparaît pendant quelques minutes, tantôt il se réduit à quelques bulles qu'il faut saisir au passage. L'ampleur variable de la respiration explique assez bien ces alternatives. Lorsqu'en criant l'enfant, après un effort, est obligé de faire succéder à une expiration soutenue une inspiration rapide, le râle éclate sous l'oreille avec une force particulière. C'est un point sur lequel avaient insisté surtout MM. Rilliet et Barthez, qui recommandent avec insistance d'ausculter les enfants immédiatement après la toux. Il peut arriver aussi que le râle sous-crépitant disparaisse quelle que soit l'ampleur des inspirations et ne soit pas remplacé par un autre bruit anormal. Si alors l'état général reste menaçant, la disparition du râle est un signe de mauvais augure.

Le souffle bien caractérisé annonce sûrement la pneumonie. Si la maladie peut entraîner la mort sans que le souffle ait été perçu, c'est, disent les auteurs, que des accidents généraux, de mauvaises conditions de santé ou toute autre circonstance du même ordre sont venus compliquer la lésion locale et hâter la terminaison funeste à une époque où la lésion pulmonaire n'eût pas suffi pour déterminer la mort. Il eût été bon d'ajouter que le souffle, comme le râle sous-crépitant, peut être masqué ou même rendu impossible par la prédominance de l'élément catarrhal, par l'abondance des mucosités bronchiques qui, d'une part, donnent lieu à des bruits variés et intenses, et, de l'autre, brisent la colonne d'air de manière à empêcher la production du souffle. M. Legendre a insisté sur ce point de vue. Le petit nombre, le peu d'étendue et l'éloignement réciproque des noyaux pneumoniques peuvent aussi rendre difficile la production de ce dernier bruit. C'est un fait que les auteurs n'ont pas méconnu. « Pour bien comprendre, disent-ils, que le souffle coïncide avec les hépatisations *étendues*, il faut se rappeler les deux formes principales qu'affectent les pneumonies occupant une grande partie du poumon. Tantôt, les lobules enflammés, réunis et rapprochés, occupent un lobe tout entier et même les portions voisines du lobe contigu, tandis qu'on compte à peine quelques hépatisations lobulaires dispersées dans le reste du poumon; tantôt les lobules affectés sont répartis dans la presque totalité du parenchyme pulmonaire, moins resserrés, mais plus nombreux en somme. Dans le premier cas, le souffle apparaît de meilleure heure, ces sortes de pneumonies étant vives et promptement envahissantes; dans le second, le souffle, en général plus tardif, est peut-être en même temps plus analogue à celui de l'adulte.

Les auteurs ne disent rien de la matité. C'est peut-être un tort. Les données de la percussion et celles de l'auscultation s'éclairent, se commentent mutuellement, et il y a avantage en général à les étudier de compagnie.

RECHERCHES SUR UNE AFFECTION PARTICULIÈRE DES GAÎNES TENDINEUSES DE LA MAIN, CARACTÉRISÉE PAR LE DÉVELOPPEMENT D'UNE NODOSITÉ SUR LE TRAJET DES TENDONS FLÉCHISSEURS DES DOIGTS ET PAR L'EMPÊCHEMENT DE LEURS MOUVEMENTS; par M. NOTTA, interne des hôpitaux.

Pour donner une idée exacte de la caractéristique de cette affection, dont il n'existe pas de description anatomique, nous résumons les principales circonstances d'une des quatre observations rapportées par M. Notta.

OBS. — Une couturière, âgée de 28 ans, accuse dans les mouvements du doigt médius de la main droite une gêne qui l'empêche de travailler. Voici ce que l'examen permet de constater. Lorsque tous les doigts de la main droite sont fléchis et que la malade veut les étendre, ils s'étendent complétement et avec facilité, à l'exception du doigt médius, chez lequel le mouvement d'extension est arrêté presque aussitôt que commencé. La malade contracte alors énergiquement les extenseurs; une sorte de détente brusque a lieu, comme si un obstacle venait d'être franchi, et aussitôt l'extension complète du médius s'opère facilement. Mais le plus souvent cet effort des extenseurs n'est pas suffisant, et le doigt reste dans la flexion. Alors la malade, avec l'extrémité du pouce de la même main, soulève un peu la dernière phalange du médius, la détente se fait et le doigt se relève. Lorsqu'elle veut fléchir les doigts, le mouvement de flexion du médius commence un peu; puis se manifeste une petite résistance, un petit temps d'arrêt qui est toujours surmonté par la contraction des fléchisseurs, d'autant plus que la malade a pris l'habitude de s'aider, dans ce mouvement, de l'annulaire qui, s'accolant à la face dorsale du médius, l'entraîne avec lui. Une fois cette résistance vaincue, le reste du mouvement de flexion s'opère avec la plus grande facilité.

Si l'on applique un doigt à la face palmaire de la main, sur le trajet du tendon fléchisseur du médius, on sent très-distinctement, lorsque le doigt est fléchi, une nodosité à 3 centimètres environ au-dessus du pli digito-palmaire. Cette nodosité, du volume d'un petit pois, paraît arc-boutée contre un obstacle qu'elle franchit. Lorsqu'on étend le doigt, on sent cette nodosité se mettre en mouvement et se rapprocher du pli digito-palmaire, dont elle n'est plus éloignée, après l'extension complète, que de 16 à 17 millim. Lorsqu'on fléchit les doigts, on sent la nodosité revenir à sa première position.

Toutes les articulations des doigts sont parfaitement libres; pas de douleurs sur le trajet des tendons, ni dans les mouvements, ni à la pression; pas de changement de couleur à la peau, pas de tuméfaction. L'affection date de deux mois. Au début seulement, la malade a ressenti quelques douleurs vagues, peu intenses, à la paume de la main et à la face palmaire de l'avant-bras; mais il n'y a eu ni rougeur, ni tuméfaction de ces parties. Elle n'a reçu ni coup, ni piqûre à la paume de la main. Elle ne se livre à aucun travail manuel pénible. Jamais de douleurs dans les jointures. Rien d'anormal à la main gauche.

Il n'est pas très-facile de dire à quel travail pathologique a succédé la nodosité dans le fait que nous venons de rappeler. Dans un autre cas, elle paraît avoir eu pour point de départ un rhumatisme; dans un autre, une lésion traumatique; dans un autre enfin, un gonflement des mains, de nature indéterminée. Mais la question capitale est ailleurs. Quelles sont ces nodosités ? quel est leur siége précis? sont-ce ces petits corps qui gênent, et de quelle manière gênent-ils, les mouvements des doigts? quel traitement réclame cette maladie?

Pour répondre aux deux premières questions, l'auteur entre dans de longs détails anatomiques et physiologiques, au sujet de l'aponévrose palmaire et de la synoviale qui enveloppe les tendons fléchisseurs. Nous rappellerons seulement qu'il n'y a pas continuité entre la gaîne fibreuse des fléchisseurs des doigts et l'arcade fibreuse formée par les fibres transversales de l'aponévrose palmaire; que la bandelette transversale de l'aponévrose, par son extrémité interne, va s'insérer en partie sur le ligament glénoïdien de l'articulation métacarpo-phalangienne du petit doigt, formant ainsi l'arcade fibreuse sous laquelle passent les tendons fléchisseurs, et, par son extrémité externe, se termine sur la partie latérale externe du ligament glénoïdien de l'articulation métacarpo-phalangienne de l'index; que cette bandelette est, en général, très-développée au niveau de l'index, du médius et de l'annulaire; que la synoviale, après avoir tapissé la face interne de la gaîne fibreuse propre des doigts, se réfléchit sur les tendons à un niveau qui varie un peu suivant les sujets, tantôt au niveau du bord inférieur de la bandelette transversale, tantôt au-dessous, très-rarement au-dessus; que presque toujours au petit doigt, et constamment au pouce, la synoviale des doigts communique avec la synoviale commune des fléchisseurs, et conséquemment ne présente pas de repli. Lorsque, sur un cadavre, on tire sur les muscles fléchisseurs de la main, les tendons, en remontant, entraînent avec eux l'extrémité supérieure du cul-de-sac de la synoviale, qui se déplisse se dégage de l'arcade fibreuse au-dessous de laquelle il était situé, et remonte, si la flexion est complète, à plusieurs millimètres au-dessus du bord supérieur de cette arcade. Là, il se trouve dessiné autour du tendon sous la forme d'un petit bourrelet circulaire. Lorsqu'on ramène, au contraire,

le doigt dans l'extension, la synoviale, entraînée par le tendon, se replie sur elle-même; le petit bourrelet augmente de volume et arrive au bord supérieur de l'arcade fibreuse; puis, le mouvement d'extension continuant, il rentre sous l'arcade fibreuse et disparaît. Il faut encore ajouter que, dans le mouvement de flexion, l'angle de bifurcation du fléchisseur superficiel, avec son repli synovial, sort de la gaîne fibreuse du doigt, et vient correspondre au niveau du bord inférieur de l'arcade fibreuse, et même parfois s'engager au-dessous d'elle, et que, dans le mouvement d'extension, le repli triangulaire vient se présenter au niveau de l'orifice supérieur de la gaîne du doigt, lorsque déjà le cul-de-sac supérieur de la synoviale est rentré sous l'arcade fibreuse.

En présence de ces conditions anatomiques et physiologiques très-bien exposées par l'auteur, M. Nélaton a pensé que la nodosité qui se développe quelquefois sur les tendons fléchisseurs des doigts est due à un engorgement du cul-de-sac de la synoviale, engorgement qu'il compare à l'induration qu'on observe si souvent dans les hydarthroses anciennes du genou, au niveau du point où la synoviale se replie pour passer de la surface de l'os à la face interne de la capsule. Le cul-de-sac engorgé mettrait obstacle au mouvement de flexion en heurtant contre le bord inférieur de la bandelette transversale; il gênerait le mouvement d'extension en heurtant contre le bord supérieur de la même bandelette. M. Notta, qui adopte cette explication, ajoute que la nodosité peut occuper encore, non plus le cul-de-sac synovial, mais bien le repli triangulaire qui existe dans l'angle de bifurcation du fléchisseur superficiel, et que, dans ce cas, elle gêne également le mouvement d'extension en s'accrochant contre le bord supérieur de la gaîne propre des doigts. C'est ce qui avait lieu, suivant lui, dans la première observation (celle que nous avons rapportée).

Une circonstance paraissait propre à fortifier cette manière de voir, c'est que, dans les trois ou quatre cas sur lesquels s'appuyait M. Nélaton, la nodosité existait aux doigts médius et annulaire, là précisément où la bandelette transversale est le plus développée. Mais M. Notta, tout en se rangeant, pour la généralité des cas, comme nous l'avons dit, de l'avis de M. Nélaton, rapporte une observation dans laquelle la nodosité occupait le tendon fléchisseur du pouce, dont la synoviale communique avec celle du carpe et ne saurait former de repli. L'auteur incline vers la supposition de fausses membranes développés à la surface du tendon et indurées, lesquelles gênaient les deux mouvements de flexion et d'extension en mettant obstacle au glissement du tendon sous les fibres aponévrotiques transversales qui le brident au niveau de l'articulation métacarpo-phalangienne.

Ces explications sont ingénieuses et ne manquent pas de fondement; néanmoins il y a lieu de s'étonner que l'auteur rejette en quelques mots la supposition de nodosités développés dans l'épaisseur même du tendon, surtout en présence de ce fait que l'engorgement du cul-de-sac de la capsule n'en est pas la cause exclusive. L'épaississement partiel des tendons affectionne les parties où les cordes fibreuses sont exposées à des frottements ou à des pressions particulières: cela est vrai; mais est-ce une raison pour qu'ils ne puissent se développer ailleurs? Et, après tout, la paume de la main au niveau de la racine du médius et de l'annulaire n'est-elle pas soumise à des pressions, sinon considérables, du moins fréquentes, dans beaucoup d'occupations manuelles de la vie commune? Nous n'affirmons rien ici; nous disons seulement que c'est là un de ces doutes que l'examen anatomique peut seul lever.

Quant au traitement, il ne peut guère être que chirurgical; aussi M. Nélaton se proposait-il d'opérer la section sous-cutanée de l'arcade palmaire dans un cas, et de la bride fibreuse transversale du pouce dans le cas dont nous parlions tout à l'heure. Mais les malades ne souscrivirent pas à l'opération.

RECHERCHES SUR UNE MALADIE NON ENCORE DÉCRITE DU SYSTÈME MUSCULAIRE (ATROPHIE MUSCULAIRE PROGRESSIVE); par le docteur ARAN.

Ce travail, comme exposé de faits peu ou point connus jusqu'ici, gardera une place honorable dans la science. On avait observé et décrit l'atrophie musculaire partielle, congénitale ou suite de convulsions, ou encore consécutive à des lésions graves et anciennes de quelque tronc nerveux; mais, sauf de vagues indications d'Abercrombie, on ne possédait rien sur cette singulière altération de nutrition, qu'on ne sait au juste à quoi rattacher, qui semble constituer toute la maladie, et qui, sans lésion nerveuse appréciable du centre ou de la périphérie, sans arrêt de la circulation, arrive progressivement jusqu'à la destruction complète du tissu musculaire. Voici les caractères que lui assigne M. Aran.

L'atrophie peut être localisée à une portion plus ou moins grande du système musculaire, et elle occupe presque toujours alors les membres supérieurs; elle peut être générale, et alors encore les membres supérieurs en ont été ordinairement le point de départ. Sous quelque forme qu'elle se présente, elle offre cette circonstance curieuse que, dans le membre affecté, certains muscles restent parfaitement intacts au milieu d'un grand nombre d'autres détruits et transformés en tissu cellulo-graisseux.

Cette maladie est caractérisée d'abord par de la faiblesse, puis par de l'amaigrissement des membres ou de la partie du membre affecté, des crampes, des soubresauts dans les tendons et des contractions fibrillaires. Le dernier terme de ce travail morbide est, comme nous avons dit, la destruction complète des muscles affectés. Les circonstances qui paraissent donner naissance à l'atrophie progressive sont variables. Tantôt elle survient spontanément, sans cause appréciable; tantôt elle succède à des travaux qui nécessitent l'action forcée et continue de certains muscles. Elle porte habituellement sur des sujets jeunes, robustes et valides, chez lesquels elle constitue toujours, quelque limitée qu'elle soit, une redoutable infirmité. Sa durée est généralement longue, sa marche lente. Il est rare qu'elle reste entièrement circonscrite aux muscles primitivement atteints; le plus souvent elle s'étend au delà dans le même membre, ou se montre dans la partie homologue du membre opposé.

Tant que le tissu musculaire, dans les muscles affectés, n'a pas été entièrement détruit et transformé en tissu cellulaire graisseux, la fibre musculaire conserve son irritabilité et sa sensibilité électrique. Ce caractère, ajoute l'auteur, est précieux en ce qu'il peut servir à distinguer l'atrophie musculaire progressive de quelques affections avec lesquelles elle a de l'affinité, en particulier de la paralysie simple et progressive, sans aliénation, et de la paralysie consécutive aux lésions organiques ou traumatiques des nerfs.

Le traitement est peu compliqué et médiocrement efficace. Lorsque la transformation du tissu musculaire est complète, il ne peut recouvrer son intégrité; avant cette époque, on peut espérer arrêter la marche de la maladie en agissant sur la fibre contractile au moyen des excitants, principalement de la galvanisation localisée.

Quelle est la nature de cette singulière affection? Abercrombie la regardait comme étant de nature primitivement nerveuse; il pensait que l'atrophie était la conséquence d'une altération des fibres nerveuses. M. Aran établit d'abord que les principaux rameaux nerveux restent sains; que très-souvent, d'une réunion de muscles animés par le même rameau, les uns sont atrophiés complétement et les autres complétement sains; que, par exemple, on trouve les muscles de l'éminence thénar atrophiés, alors que ceux de la masse épitrochléenne sont intacts, bien que les uns et les autres soient sous la dépendance du nerf médian. Puis il ajoute: « Si, par affection locale des nerfs, on entend que le système nerveux est atteint dans les extrémités périphériques des nerfs et dans les muscles affectés seulement, nous ne voyons pas grande objection à faire à cette opinion, *bien qu'elle soit peu conforme à ce que nous savons des lésions des extrémités nerveuses*, dans lesquelles il y a surtout des troubles de la sensibilité et très-rapidement un affaiblissement dans la motilité, qui va jusqu'à la véritable paralysie. » Il est certain que, dans l'état actuel de la science, il serait imprudent de se montrer trop affirmatif sur ce point. Néanmoins il est impossible de ne tenir aucun compte des travaux de Muller, Rémak, Valentin et autres sur les nerfs *organiques* qui, suivant ces anatomistes célèbres, présideraient dans toute l'économie aux actes de la nutrition et de la sécrétion. L'hypothèse d'Abercrombie s'accorderait avec cette opinion. En la restreignant de la manière que nous venons de dire, elle ne serait pas en opposition *avec ce qu'on sait des lésions des extrémités nerveuses* qui aboutissent à des troubles de sensibilité et de motilité. Ces lésions-là portent sur des fibres sensitives et motrices, tandis que la lésion de laquelle dériverait l'atrophie musculaire porterait sur les fibres organiques. Ce seraient deux ordres de faits distincts, mais non contraires. D'ailleurs les crampes, les mouvements spasmodiques qui accompagnent le travail d'atrophie, semblent indiquer que les fibres sensitives et motrices ne sont pas absolument intactes.

MÉMOIRE SUR LA RÉTRACTION MUSCULAIRE SYPHILITIQUE; par M. NOTTA, interne des hôpitaux.

La rétraction musculaire syphilitique a été signalée et plus ou moins longuement décrite par un assez grand nombre d'auteurs: Astruc, Hunter, MM. Lagueau, P. Royer, Ricord, Vidal, Bouisson, etc. Mais la description que vient en donner aujourd'hui M. Notta diffère sensiblement de celles qui l'ont précédée, et même des descriptions les plus modernes. On admet généralement que la rétraction confirmée d'un muscle, par cause syphilitique, est précédée d'un état aigu dans lequel la fibre musculaire se gonfle et devient douloureuse. On accorde que cet état peut être lui-même annoncé quelque temps à l'avance par des douleurs sourdes, irrégulièrement intermittentes; mais enfin il est professé aujourd'hui, par la plupart des syphiligraphes, que la douleur aiguë et la tuméfaction du muscle sont des préliminaires obligés de la rétraction. M. Ricord y voit même une inflammation spécifique, avec dépôt de matière plastique entre les fibrilles musculaires; c'est plus tard, suivant lui, que surviennent le

raccourcissement, l'atrophie du muscle, et enfin la dégénérescence fibreuse, cartilagineuse et osseuse. Or M. Notta, appuyé sur six observations nouvelles, établit que la maladie apparaît *graduellement, insensiblement*, presque à l'insu du malade. Lorsque, par exemple, c'est le muscle biceps qui est atteint, ce qui est l'ordinaire, le sujet s'en aperçoit à la difficulté d'étendre l'avant-bras; puis le raccourcissement augmente peu à peu, et finit quelquefois par devenir très-considérable. Alors, ajoute l'auteur, le muscle affecté présente *simplement* une diminution de longueur qui limite le mouvement; s'il se termine par une extrémité tendineuse, les tentatives d'extension font saillir le tendon comme une corde. Aucune altération appréciable, aucune tuméfaction; la forme, le volume, la souplesse même des muscles sont les mêmes que du côté sain. En un mot, l'affection consiste uniquement dans une diminution de la longueur du muscle. La contraction spontanée du muscle n'est pas douloureuse, mais si on cherche à l'allonger par des mouvements imprimés à la partie, on provoque une vive douleur, non pas dans le corps charnu, mais au niveau de l'insertion inférieure.

M. Notta cherche à établir ensuite que beaucoup de faits rapportés comme exemples de rétraction ou de contraction se rapportaient plutôt aux tumeurs syphilitiques, dont les muscles et les tendons sont loin, comme on sait, d'être exempts.

A nos yeux, M. Notta a raison et tort tout ensemble. Il a raison de contester le caractère invariablement aigu des premiers troubles survenus dans la fibre musculaire. Il a raison de nier que la rétraction commence toujours par une inflammation spécifique, avec dépôt de matière plastique dans les interstices musculaires. Il a raison de différencier les rétractions primitives de celles qui peuvent être le résultat de tumeurs développées dans l'épaisseur des muscles. Mais voici en quoi nous croyons qu'il a tort. En premier lieu, il n'a pas toujours interprété justement l'opinion de ses devanciers, et les restrictions ou distinctions qui sont la base de son travail avaient été posées par d'autres auteurs. M. Bouisson, par exemple, qu'il cite en plusieurs endroits, distingue parfaitement les contractures syphilitiques des tumeurs gommeuses; il ne les confond pas du tout avec l'inflammation; il assure qu'elles s'établissent tantôt d'une manière aiguë et rapide, tantôt graduellement et lentement (Gaz. méd., 1846, p. 564). En second lieu, M. Notta, qui ne paraît admettre que la rétraction lente, se montre en cela aussi exclusif que ceux des auteurs à qui il adresse ce reproche, et, de plus, il méconnaît, du moins en apparence, la différence qu'il y a entre la contracture et la rétraction, aussi bien que le rapport qui lie ces deux états morbides. La *contracture*, qui n'est que la contraction involontaire et plus ou moins permanente des muscles, précède toujours la *rétraction*, qui constitue un raccourcissement véritable de la fibre musculaire. La contracture peut être aiguë et très-douloureuse, comme elle peut ne s'accompagner que de douleurs sourdes et augmenter graduellement; mais elle précède toujours et nécessairement la rétraction. La contracture, enfin, c'est le résultat du trouble purement dynamique survenu dans les muscles; la rétraction, c'est le résultat du travail nutritif opéré dans la condition du raccourcissement. Or la loi n'est pas autre pour la syphilis que pour le rhumatisme ou toute autre cause susceptible de provoquer le spasme musculaire.

Nous ne toucherons, dans le travail de M. Notta, que ce point de vue général, qui est le plus important; mais on y trouvera beaucoup de détails intéressants relatifs à la symptomatologie et à la marche de la contracture syphilitique.

A. Dechambre.

TRAVAUX ACADÉMIQUES.

ACADÉMIE DES SCIENCES.

SÉANCE DU 21 AVRIL. — PRÉSIDENCE DE M. RAYER.

PROPRIÉTÉS VÉNÉNEUSES DE L'HUMEUR SÉCRÉTÉE PAR LES PUSTULES CUTANÉES DE LA SALAMANDRE ET DU CRAPAUD.

M. Chevreul communique, au nom de MM. Gratiolet et Cloez, une note sur les propriétés vénéneuses de l'humeur lactescente que sécrètent les pustules cutanées de la salamandre terrestre et du crapaud commun.

Le liquide qu'on retire des pustules cutanées de la salamandre est d'un beau blanc; il a une odeur vireuse très-forte. Au moment où on le tire de la pustule qui l'a sécrété, il coule à la manière d'un lait épais; mais il se coagule promptement; l'action de l'alcool amène sa coagulation instantanée. Il a une réaction acide très-marquée.

Une petite quantité de cette humeur placée sous la peau de l'aile ou de la cuisse d'un petit oiseau ne semble point avoir la causticité qu'on lui attribue, car l'oiseau n'en paraît d'abord nullement incommodé. Mais au bout de deux ou trois minutes un trouble singulier se manifeste. Les plumes se hérissent, l'animal chancelle. Bientôt surviennent les symptômes d'une extrême angoisse; l'oiseau tient alors son bec ouvert et le fait claquer convulsivement; en même temps il se redresse de plus en plus, renverse sa tête en arrière, pousse des cris plaintifs, s'agite, tourne plusieurs fois sur lui-même et ne tarde pas à mourir.

Tous les oiseaux soumis à l'action du liquide laiteux de la salamandre ont eu des convulsions épileptiformes.

MM. Gratiolet et Cloëz ont inoculé à de petits mammifères, tels que des cochons d'Inde et des souris, une parcelle du liquide laiteux sous la peau de la cuisse. Tous les animaux au bout de dix minutes ont manifesté une grande angoisse. La respiration était par moments haletante et pénible, ils s'endormaient à chaque instant, et ce sommeil était interrompu par des convulsions légères pareilles à des secousses électriques. Mais au bout de quelques heures, ces accidents se sont dissipés et les animaux blessés sont revenus à la santé.

Ainsi une quantité de suc laiteux suffisante pour tuer en quelques instants un oiseau tel qu'une tourterelle ne donne à une souris que des convulsions passagères.

Les mammifères soumis aux expériences ont eu des convulsions, mais ces convulsions n'ont point été mortelles.

Les auteurs ont cru devoir joindre à ces expériences préliminaires quelques observations sur le liquide lactescent que contiennent les pustules dorsales et parotidiennes du crapaud commun.

Ce liquide épais, visqueux, d'une teinte jaunâtre et d'une odeur vireuse, a une amertume nauséeuse insupportable; il ne détermine sur la muqueuse orale aucune impression douloureuse; l'âcreté qu'on lui attribue tient, à ce qu'ils pensent, à son mélange avec d'autres liquides qu'ils se proposent d'examiner. Comme le suc de la salamandre, il a une réaction fortement acide.

Ils ont inoculé l'humeur lactescente du crapaud commun à cinq oiseaux. Tous ces oiseaux sont morts en cinq ou six minutes, mais sans convulsions; ils ouvraient le bec et chancelaient comme dans l'ivresse; ils avaient perdu la faculté de coordonner leurs mouvements. Au bout de quelques instants, ils fermaient les yeux et tombaient morts.

En résumé, l'humeur lactescente de la salamandre et celle du crapaud sont pour les oiseaux des poisons également énergiques; mais le venin de la salamandre tue après des convulsions terribles. Le venin du crapaud ne détermine point de convulsions. Les auteurs ont constaté, en outre, que le liquide des pustules du crapaud tue les oiseaux mêmes après avoir été desséché. Deux milligrammes de ce venin desséché ont fait mourir un verdier en quinze minutes. Ce suc agit également après qu'on a saturé son acide à l'aide de la potasse.

MM. Gratiolet et Cloëz se proposent de continuer ces recherches, dont ils communiqueront les résultats à l'Académie.

ACADÉMIE DE MÉDECINE.

SÉANCE DU 22 AVRIL. — PRÉSIDENCE DE M. ORFILA.

Le procès-verbal de la dernière séance est lu et adopté.

La correspondance officielle comprend :

1° Cinq lettres du ministre du commerce transmettant un mémoire relatif au choléra rédigé par le docteur Juan Olive, médecin espagnol, demeurant à Alger, et diverses recettes de remèdes; 2° des états de vaccination pour les départements des Vosges, des Basses-Alpes, de l'Orne et de la Vendée.

— M. le docteur Delioux, professeur à l'École de médecine navale de Rochefort, soumet au jugement de l'Académie une note sur l'emploi du tartrate de soude comme purgatif. Le tartrate de soude unit aux propriétés purgatives l'avantage de former une solution d'un goût non répugnant. Son mode d'action paraît être identiquement le même que celui de tous les sels neutres. Il purge à la dose de 40 grammes. (Comm., MM. Bricheteau et Bouchardat.)

— M. Bellenger (de Senlis) sollicite de nouveau un rapport sur les communications relatives à la rage. (Renvoyé à la commission nommée.)

— M. Moreau-Boutard, chirurgien militaire, adresse un paquet cacheté sur le phimosis congénial. (Le paquet est accepté.)

— M. Dechault (de Montluçon), qui avait adressé un mémoire sur les convulsions pour le concours du prix Civrieux, après le délai fixé, demande que ce mémoire soit examiné par une commission. (Comm., MM. Danyau et Collineau.)

— M. Grimaud (d'Angers) adresse de nouvelles recherches sur l'aspiration de substances gazeuses dans les phthisies laryngées et pulmonaires, au moyen d'un appareil particulier décrit en 1844. (Comm., M. Rostan.)

— M. Dubois (d'Amiens) rend compte à l'Académie du résultat de la séance tenue, le 18 avril dernier, par les sections réunies de pathologie médicale, thérapeutique et histoire naturelle, pour la nomination de cinq membres appelés à faire partie du jury de concours pour la chaire de pathologie interne vacante à la Faculté de médecine de Paris. Les cinq membres élus sont MM. Bricheteau, Michel Levy, Pâtissier, Roche et Bousquet.

COMPOSITION CHIMIQUE DE LA LAITANCE DE CARPE.

M. H. Gaultier de Claubry lit, au nom de MM. Guibourt, Chevallier et Gaultier de Claubry, rapporteur, un rapport sur un mémoire de M. Gobley ayant pour titre : Recherches chimiques sur la laitance de carpe.

Nous avons fait connaître dans le temps les conclusions qui résument le travail de M. Gobley. M. le rapporteur, après avoir rappelé les faits nouveaux de chimie organique que ce travail renferme, faits dont la commission a vérifié l'exactitude en faisant répéter les analyses sous ses yeux, propose

à l'Académie de donner son approbation à ce travail et de le renvoyer au comité de publication. (Adopté.)

EXPLORATION DE LA RÉTINE PAR LES PHOSPHÈNES.

M. Larrey termine la lecture du mémoire de M. Serre (d'Uzès), intitulé : De la rétinoscopie phosphénique, ou exploration de la rétine par les phosphènes. (C'est la quatrième partie du travail de M. Serre sur ce sujet.) L'auteur examine, dans ce travail, le phosphène dans ses rapports avec l'amblyopie.

Voici quelques-unes des propositions principales qui le résument :

Nous entendons par les mots amblyopie, arthénocopie, ophthalmocopie, kopiopie, dit M. Serre, toute altération de la vue actuelle ou imminente liée à un état anesthésique de la rétine.

Isolés ou réunis, les signes objectifs et subjectifs invoqués jusqu'aujourd'hui laissent presque toujours le praticien dans l'incertitude.

L'observation des phosphènes est au contraire un moyen sûr et facile de signaler l'amblyopie, de préciser son siége et ses divers degrés, offrent en outre, dans quelques cas, le précieux avantage d'en faire prévoir l'invasion prochaine, alors que la vue se conserve encore intacte, et éveillant ainsi de bonne heure, dans l'âme du médecin, des craintes fondées qu'un traitement préventif et énergique peut parfois empêcher de se réaliser.

La facilité de son obtention, en dépit de l'obscurcissement des milieux diaphanes de l'œil et de l'oblitération de la pupille, lui imprime ici, comme dans l'amaurose, un caractère d'inappréciable utilité, en rassurant l'opérateur sur l'état fonctionnel de la rétine, ou en lui dévoilant l'existence d'une anesthésie à laquelle un traitement médical doit préalablement remédier.

Exclusivement relative au degré d'impressionnabilité conservé par la rétine, sa signification est nulle au point de vue étiologique; et si elle ne dit rien sur la nature de l'affection, elle est toute puissante lorsqu'il s'agit d'en limiter le siége et l'étendue sur cette membrane.

L'anesthésie rétinienne et ses divers degrés se traduisent par l'altération des phosphènes dans leur grandeur, leur forme, leur couleur, l'intensité de leur lumière et surtout la réduction de leur nombre.

La disparition d'un ou de plusieurs phosphènes dans l'amblyopie est un phénomène dont la valeur séméiologique s'accroît en raison directe de leur importance hiérarchique, fondée sur les rapports anatomiques des quatre points cardinaux de l'œil avec l'aire et le contour extérieur de la cavité orbitaire.

L'ordre d'importance qui en résulte s'établit donc naturellement ainsi qu'il suit : *jugal, frontal, temporal, nasal.*

Au premier degré d'anesthésie, c'est le jugal qui disparaît; au deuxième, c'est le frontal ; au troisième le temporal ; au quatrième le nasal. Celui-ci absent, les autres ne se montrent pas, ainsi de suite en descendant jusqu'au frontal.

Dans les propositions qui suivent l'auteur entre dans des détails plus précis sur les rapports des diverses formes et des divers degrés et nuances des phosphènes, avec tous les degrés de l'amblyopie.

COMPRESSION DE L'AORTE DANS LES HÉMORRHAGIES QUI SUIVENT L'ACCOUCHEMENT.

M. Chailly (Honoré) lit un mémoire sur la compression de l'aorte dans les cas d'hémorrhagie après l'accouchement.

L'auteur préconise la compression de l'aorte, dont les avantages lui paraissent suffisamment indiqués par les faits suivants, qu'il rapporte avec détails dans son mémoire :

Sur 18 cas d'hémorrhagie grave après l'accouchement, dans lesquels la compression de l'aorte a été faite pendant un temps plus ou moins long, l'hémorrhagie a été suspendue instantanément 17 fois, jusqu'à ce que les moyens curatifs, le seigle ergoté, la glace, etc., aient eu le temps d'agir.

Dans un seul cas, la compression faite chez un sujet anémique n'a pas empêché la femme de succomber, bien que, depuis la compression, elle ait perdu à peine quelques gouttes de sang.

LES PRODROMES DE LA FOLIE.

M. Moreau (de Tours) lit, sous ce titre, un mémoire qu'il résume en ces termes :

Il existe pour la folie un ordre de symptômes que les observateurs, à cause de certaines idées préconçues et du point de vue philosophique où ils étaient placés pour étudier cette affection, ont laissé passer inaperçu.

Entre les désordres cérébraux pour lesquels on a réservé la dénomination d'aliénation mentale, de folie, et les causes morales ou physiques qui leur donnent naissance, vient se placer un fait pathologique, une lésion dynamique nerveuse qui relie entre eux les effets et la cause, leur sert de nœud, de moyen d'explication.

Parmi les symptômes qui traduisent cette lésion, on peut signaler :

1° Certaines modifications de la sensibilité que l'on pourrait désigner sous le nom de *névroses à forme congestive*, à cause des ressemblances qu'elles présentent avec les congestions sanguines;

2° Des accidents nerveux qui offrent la plus parfaite analogie avec les phénomènes connus sous le nom d'*auras;*

3° Des accidents convulsifs, en général très-peu intenses, mais qui, parfois aussi, ont toute la gravité de ceux qui signalent l'invasion des grandes névroses; parmi eux, il faut comprendre ces phénomènes névropathiques que les malades comparent volontiers à des *secousses électriques;*

4° Un état de simple excitation nerveuse qui peut être assimilé à celui qu'on observe au début d'une fièvre inflammatoire, ou bien sous l'influence d'agents modificateurs de la névrosité;

5° Certaines perturbations nerveuses que l'on désigne communément sous le nom de vertiges, étourdissements, syncopes. Ces derniers phénomènes, du reste, se montrent rarement isolés, mais le plus souvent ne sont qu'une complication des états névropathiques dont il a été question précédemment.

Les faits pathologiques que nous venons de faire connaître, dit l'auteur du mémoire, ont une valeur considérable dans la solution des questions relatives à l'étiologie, à la nature essentielle, à la thérapeutique des affections mentales. Ils constituent la première phase des désordres intellectuels ; ils sont le premier indice de la lésion de la névrosité, et, en quelque sorte, le *punctum saliens* de la maladie qui, en s'étendant, pourra revêtir les formes les plus variées, sans pour cela changer de nature. On voit en effet, avec ces symptômes, ces troubles primitifs de la sensibilité générale surgir simultanément les désordres intellectuels, et comme s'élever les premiers nuages qui s'étendent sur la conscience et voilent le sens intime.

Les malades n'ont qu'une manière de s'exprimer sur ce point : « Au même instant, disent-ils (c'est-à-dire au moment où ils éprouvaient des impressions d'une nature particulière), je sentis que mes idées s'embrouillaient ; je compris que je perdais la tête et que je devenais réellement fou. »

De l'omission des faits ci-dessus exposés, il était résulté jusqu'ici une lacune considérable dans l'historique des faits d'aliénation mentale. Toute description dans laquelle il n'est pas tenu compte de ces faits est nécessairement incomplète et doit se prêter à des inductions erronées. Des conjectures, des hypothèses, des explications vagues et hasardées, tel est le cercle dont il a été impossible de sortir quand on a voulu exposer les symptômes qui accompagnent le début des maladies de l'esprit.

Par l'intervention, au contraire, des nouveaux faits pathologiques, la lumière se fait au sein des ténèbres ; tout se passe, pour ainsi dire, comme cela a lieu dans les sciences naturelles ; c'est l'observation, c'est l'expérience qui prononcent ; les faits viennent prendre la place des conjectures et des suppositions, et nul n'a besoin de chercher dans son imagination l'explication de faits dont il a sous les yeux la démonstration physiologique et matérielle.

D'autre part, si l'on veut être conséquent avec les idées qui ont généralement eu cours jusqu'ici, concernant les désordres de l'intelligence, on est forcé d'admettre que la folie est un phénomène *exclusivement* d'ordre moral. La nature des causes qui le produisent le plus ordinairement, la manière dont on a compris jusqu'ici sa génération et son développement ne permettent pas d'avoir une autre opinion, même à ceux qui se sentent le plus disposés à faire intervenir l'organisation.

Contre la folie ainsi comprise, évidemment le seul traitement à employer est celui qui s'adresse directement et exclusivement aux facultés morales. La médecine, cette science des faits matériels, n'a rien à voir ici.

Dans la manière de voir de l'auteur, la folie est une affection nerveuse pure et simple, au même titre que toutes les autres affections de ce genre. Dans cette maladie, les centres nerveux sont lésés dans leur dynamisme intellectuel, comme ils le sont, sous une autre forme, dans les affections convulsives, par exemple. Cette lésion n'est pas prouvée seulement par des inductions qui laissent toujours des doutes dans l'esprit, mais, ainsi qu'il résulte de tout ce qui a été dit précédemment, par l'observation *directe*, et pour ainsi dire matériellement, comme tous les phénomènes nerveux, quels qu'ils soient.

Ces principes admis, la conséquence à en tirer est que le médecin, le médecin seul, est apte à juger des désordres de l'intelligence, et que, pour les combattre et les guérir, il n'a pas à chercher ailleurs que dans son art les armes dont il a besoin. (Comm. : MM. Ferrus, Dubois (d'Amiens) et Baillarger.)

DE LA TRANSMISSION DES ONDES SONORES A TRAVERS LES PARTIES SOLIDES DE LA TÊTE, COMME MOYEN D'APPRÉCIER LA SENSIBILITÉ DES NERFS ACOUSTIQUES.

M. Bonnafond, correspondant de l'Académie, lit un mémoire sur la transmission des ondes sonores à travers les parties solides de la tête servant à juger les divers degrés de sensibilité des nerfs acoustiques dans les dysécies et les cophoses.

Les conclusions que l'auteur déduit de ce travail sont :

1° Que les sons articulés constituant la parole ne peuvent être perçus qu'autant qu'ils pénètrent dans l'oreille interne par les conduits auditifs externes;

2° Que, dans le cas d'occlusion congéniale de ces conduits, la cophose sera complète, ou peu s'en faut;

3° Que la boîte osseuse du crâne, ainsi que les os de la tête, peuvent bien transmettre les ondes sonores d'un corps vibrant appliqué immédiatement contre eux, jusqu'au nerf acoustique, mais que, dans aucun cas, les sons articulés ne sauraient être transmis par cette voie ;

4° Qu'un corps vibrant soit appliqué sur la voûte du crâne, les ondes sonores qui en dérivent ne suivent pas toujours la courbe des os pour arriver aux nerfs auditifs, mais qu'elles traversent la substance osseuse, ainsi que la masse encéphalique, pour être ainsi transmise à l'organe principale de l'ouïe ;

5° Que les hémisphères cérébraux, considérés comme conducteurs du son, ne transmettent les ondes sonores qu'à l'oreille qui leur correspond, et nullement à celle du côté opposé ;

6° Que le diapason ou le mouvement d'une montre appliqués sur les différentes parties du crâne que nous avons indiquées constituent les meilleurs moyens de diagnostic pour apprécier le degré de sensibilité que, dans les cophoses nerveuses, les nerfs acoustiques ont conservé ;

7° Que la chute de la membrane du tympan, du marteau et de l'enclume n'entraîne pas la cophose, mais seulement une dysécie plus ou moins prononcée, pourvu que les nerfs aient conservé tout ou partie de leur sensibilité, et que l'étrier, ainsi que son muscle, soient demeurés intacts ;

8° Que la perte de ce dernier osselet entraîne toujours une surdité complète, quelle que soit d'ailleurs la sensibilité des nerfs acoustiques.

SOCIÉTÉ DE BIOLOGIE.

PRÉSIDENCE DE M. RAYER.

COMPTE RENDU DES SÉANCES PENDANT LE MOIS DE DÉCEMBRE 1850; par M. le docteur SEGOND, secrétaire.

I. — ANATOMIE.

COLORATION DE LA MEMBRANE MUQUEUSE DE L'UTÉRUS PAR UN PIGMENT; par M. GOUBAUX.

M. Goubaux montre à la Société un utérus de brebis dont la membrane muqueuse est fortement colorée en noir. L'examen qu'il a fait au microscope lui a démontré que cette coloration est due à la présence d'un pigment qui, lorsqu'il est isolé du tissu au milieu duquel il est plongé, est formé d'une masse considérable de molécules, animées de mouvements d'attraction et de répulsion extrêmement rapides. M. Goubaux a remarqué cette coloration sur huit utérus de brebis, sur un utérus de chèvre et sur deux utérus de vache. Cette coloration est plus ou moins forte et a une étendue variable.

M. Goubaux montre un dessin qu'il a fait d'après l'examen d'une portion de la muqueuse utérine de brebis, sous le microscope.

II. — PHYSIOLOGIE.

1° APPARITION DE LA RIGIDITÉ CADAVÉRIQUE AVANT LA CESSATION DES BATTEMENTS DU CŒUR; par M. BROWN-SÉQUARD.

En avril 1848, M. Brown-Séquard, se trouvant à l'hôpital du Gros-Caillou, près d'un soldat rendant le dernier soupir après une longue maladie, eut l'occasion d'observer les faits suivants : la respiration ayant cessé depuis un peu moins de trois minutes, la rigidité apparut aux mâchoires et aux membres; l'auscultation du cœur montra qu'il avait encore alors vingt battements par minute, et il ne cessa de battre que trois minutes et demie après l'apparition de la rigidité. Un quart d'heure après, la roideur avait déjà diminué d'intensité, et il n'y en avait plus de traces après une demi-heure. Des signes de putréfaction se montrèrent dans les membres dès la première heure après la mort.

Ce soldat avait eu une fièvre typhoïde, à la suite de laquelle un phlegmon diffus avait envahi le bras droit tout entier; quelques jours déjà avant la mort, la maigreur et l'état d'adynamie de cet homme étaient arrivés à un degré excessif.

Depuis l'époque où il a fait cette observation, M. Brown-Séquard a vu trois faits semblables sur des lapins morts d'une affection toute spéciale, caractérisée par l'existence de la diarrhée, de l'amaigrissement, de convulsions très-fréquentes et d'abcès multiples à la face et surtout aux lèvres, au cou et sous la langue. Chez les animaux morts de cette maladie, on trouve du pus presque aussi dense que du fromage dans un grand nombre de veines de la face et du cou.

Chez trois lapins, atteints de cette affection, la rigidité est survenue de deux à quatre minutes après la dernière respiration. Le thorax ouvert aussitôt, on a vu les quatre cavités du cœur battant encore pendant une minute et demie dans un cas, deux minutes dans un second et trois minutes dans le troisième, après l'apparition de la rigidité. Dans le cas où la durée des battements persista deux minutes, les oreillettes et le ventricule droit battirent encore vingt-cinq minutes, et les oreillettes seules trente-cinq minutes, après la venue de la rigidité. Chez ces trois animaux, la putréfaction s'est montrée de bonne heure et a marché avec une grande rapidité.

Ces quatre faits observés chez des lapins et chez l'homme démontrent donc que le cœur, dans certaines conditions, peut battre encore après l'apparition de la rigidité cadavérique. L'état d'épuisement dans lequel se trouvaient ces individus (homme et lapins) explique comment la rigidité est survenue si vite. Ces faits sont de nouvelles confirmations des lois que M. Brown-Séquard a signalées relativement à la rigidité et à la putréfaction. (Voyez la GAZ. MÉD., 1849 et 1850, ou les COMPTES RENDUS DE LA SOC. DE BIOL., Paris, 1849; in-8°, p. 39, 138, 154 et 173.)

2° DE L'ACTION DE LA SECTION DES PNEUMOGASTRIQUES SUR L'EMPOISONNEMENT PAR LA NOIX VOMIQUE; par M. BOULEY.

M. Bouley a annoncé un fait relatif à l'empoisonnement par la noix vomique. Ayant plusieurs fois constaté que cette substance pouvait, à la suite de la section des pneumogastriques, rester dans l'estomac pendant plus de vingt-quatre heures sans y exercer d'action notable, il a pensé que peut-être cela tenait uniquement à ce que la paralysie de la couche musculaire de l'estomac, suite de la section des nerfs, ne permettait pas à la substance de gagner l'intestin grêle. Ayant dès lors remplacé la section des pneumogastriques par une ligature au pylore, il est en effet arrivé aux mêmes résultats.

3° ACTION DU CURARE ET DE LA NICOTINE SUR LE SYSTÈME NERVEUX ET SUR LE SYSTÈME MUSCULAIRE; par M. CL. BERNARD.

Le curare éteint rapidement et complétement les propriétés sensitive et motrice du système nerveux. Quand on empoisonne une grenouille avec le curare, on trouve aussitôt après la mort, qui est très-rapide (quatre à cinq minutes), que les mouvements réflexes sont entièrement abolis. Si alors on met à nu les nerfs qui vont aux membres inférieurs, on constate que leur excitation à l'aide du galvanisme ou du pincement ne détermine aucune convulsion dans les muscles. Si on agit sur les muscles eux-mêmes, on voit que leurs fibres ont cependant conservé parfaitement leur contractilité, de sorte que le curare ne paraît avoir porté son action paralysante que sur le système nerveux, en laissant intacte la contractilité musculaire.

La nicotine déposée sur la langue des grenouilles produit rapidement la mort avec des convulsions violentes. Si aussitôt après la mort on applique le galvanisme aux muscles, on constate que ces organes ont cessé d'être contractiles sous cette influence si énergique. La nicotine agit donc spécialement sur le système musculaire.

4° DE LA CONSERVATION PARTIELLE DES MOUVEMENTS VOLONTAIRES, APRÈS LA SECTION TRANSVERSALE D'UNE MOITIÉ LATÉRALE DE LA MOELLE ÉPINIÈRE; par M. BROWN-SÉQUARD.

Si après avoir mis à nu la moelle épinière sur un cobaye, au niveau de la quatrième vertèbre cervicale, on en coupe en travers toute une moitié latérale, c'est-à-dire le cordon postérieur, le cordon antéro-latéral et la substance grise d'un côté, on trouve que l'animal ne perd pas complétement la faculté de mouvoir à volonté les membres du côté de la section. Quelquefois il peut encore se tenir sur ses quatre membres, mais il tombe dès qu'il veut marcher. C'est surtout le membre postérieur qui, dans ces circonstances, se meut manifestement sous l'influence de la volonté.

Si l'on fait la section au niveau de la dixième vertèbre costale au lieu de la faire au cou, on trouve que le membre postérieur du côté de la section est encore mis en mouvement par la volonté, mais avec un peu moins de force qu'après la section au cou. La marche est alors possible, bien que le membre postérieur paralysé n'y prenne qu'une faible part.

Chez les pigeons, après l'hémisection de la moelle derrière le renflement brachial, il y a diminution dans les mouvements volontaires d'une des pattes, mais l'animal peut encore parfaitement se tenir debout et même marcher.

Dans les membres paralysés par suite de la section d'une moitié latérale de la moelle, il y a des mouvements réflexes en outre des mouvements volontaires. M. Brown-Séquard fait remarquer que l'existence des uns n'exclut pas celle des autres.

Les diverses expériences que nous venons de rapporter ont été faites plusieurs fois depuis dix-huit mois devant la Société.

III. — ANOMALIES.

1° ANASTOMOSE DE L'ARTÈRE VERTÉBRALE AVEC LA CERVICALE PROFONDE; par M. A. LEROUX.

La variété anatomique que j'ai l'honneur de présenter à la Société n'a encore été signalée par aucun de nos savants et habiles anatomistes; ni MM. Blandin, Cruveilhier, Sappey dans leur ANATOMIE DESCRIPTIVE, ni MM. Velpeau, Pétrequin, Malgaigne dans leur ANATOMIE TOPOGRAPHIQUE, ni M. Dubreuil dans son TRAITÉ DES ANOMALIES ARTÉRIELLES, ne disent un mot qui puisse laisser soupçonner qu'ils en aient eu connaissance. Tout porte donc à croire qu'elle est excessivement rare.

Cette anomalie trouvée sur un jeune garçon de 5 à 6 ans, bien conformé d'ailleurs, existe à droite et à gauche, avec de légères différences cependant.

L'anomalie porte sur l'origine, le trajet, la terminaison de l'artère, et principalement sur l'anastomose de la vertébrale avec la cervicale profonde.

A son origine profondément située en arrière des scalènes et des cordons nerveux du plexus brachial, elle naît en haut et en arrière de la sous-clavière, en dehors de la vertébrale, par un tronc commun avec la scapulaire postérieure et l'intercostale supérieure. MM. Blandin, Cruveilhier, Dubreuil regardent l'origine avec l'intercostale comme fréquente, mais ne parlent point de l'origine avec la scapulaire postérieure.

Née de cette manière, la cervicale profonde du côté gauche se dirige obliquement de bas en haut, de dedans en dehors et d'avant en arrière, entre la huitième branche cervicale et la première dorsale, s'engage dans la coulisse que lui forment l'apophyse transverse de la septième vertèbre cervicale et la première côte, s'y trouve maintenue par le muscle intertransversaire correspondant qui ferme en avant cette espèce de canal; elle vient ensuite serpenter dans la couche profonde des muscles de la région latérale et postérieure du cou.

L'artère cervicale profonde remonte ainsi à gauche jusqu'au-dessus de l'apophyse épineuse de l'axis; là elle change de direction, devient transversale, se porte en avant et en dedans, croise le grand droit postérieur, vient se placer dans l'espace celluleux compris entre ce muscle et le grand oblique. Enfin, après avoir conservé dans tout ce trajet un calibre égal à celui de la radiale et décrit des flexuosités d'autant plus nombreuses et plus prononcées qu'elle se rapproche d'articulations plus mobiles, la cervicale profonde s'anastomose avec la vertébrale au niveau de sa grande courbure horizontale et au moment où cette artère va contourner la masse latérale de l'atlas.

Les différences avec la cervicale profonde du côté droit consistent d'abord dans la position, la gauche étant sur un plan postérieur à la vertébrale, à son origine, et occupant dans le reste de son étendue plutôt la région postérieure que la région latérale du cou; la cervicale droite, au contraire, naît sur le même plan que la vertébrale et occupe plutôt la région latérale que postérieure. De plus, l'artère du côté gauche offre un volume plus considérable, un trajet plus étendu que l'artère du côté droit qui, moins grosse à son origine, semble épui-

sée par les nombreux rameaux qu'elle fournit aux muscles environnants et qui, au lieu de remonter au-dessus de l'apophyse épineuse de l'axis, vient se placer sous le bord inférieur du grand oblique et se jeter dans la vertébrale, au-dessous de l'apophyse transverse de l'atlas; ses flexuosités sont également moins nombreuses et moins prononcées qu'à gauche.

Les rapports sont médiats en avant et en bas avec le scalène antérieur qui est séparé de l'artère par quelques branches nerveuses; ils sont immédiats avec les ramifications du plexus brachial et surtout avec la huitième branche cervicale qui la croise obliquement en haut et en dedans; l'artère répond au transversaire épineux qui la sépare du rachis, aux droits et obliques postérieurs; en dehors et en arrière, elle est recouverte par le petit et le grand complexus.

Les branches collatérales sont antérieures ou internes et postérieures ou externes; elles se séparent de l'artère à angle droit, et vont les premières au petit complexus, à l'angulaire, aux intertransversaires; les deuxièmes, au grand complexus, grand droit, grand oblique et transversaire épineux; à gauche on remarque un rameau ascendant pour les insertions occipitales des muscles splénius, complexus, etc.

Je veux surtout fixer l'attention de la Société sur l'anastomose si remarquable de la cervicale profonde et de la vertébrale. A gauche, l'artère cervicale, s'anastomose à plein canal et à angle droit avec la vertébrale au moment où elle va entrer dans le crâne, l'artère jusqu'à ce niveau n'a pas changé sensiblement de volume, et de plus la vertébrale présente son calibre normal, de même que les artères carotides. A droite, l'anastomose est également transversale, mais l'artère ne semble pas se terminer dans la vertébrale aussi manifestement qu'à gauche. Dans la moitié de son trajet, elle paraît divisée en deux branches, une externe musculaire, l'autre interne anastomotique.

Rien de pareil à gauche; l'artère cervicale fournit bien aux muscles grand et petit complexus transversaire et oblique, mais conserve toujours son même calibre jusqu'à son abouchement avec la vertébrale.

Telle est la terminaison de cette artère et de l'anastomose dont je n'ai trouvé trace dans aucun auteur.

2° CAS DE POLYDACTYLIE CHEZ LA POULE; par M. GERMAIN.

Je présente à la Société la patte droite d'une poule qui présente un doigt surnuméraire. Ce doigt est accolé au doigt postérieur; l'une des deux pattes seulement présentait cette anomalie, l'autre était normale.

Au point de vue du système musculaire, l'anomalie est plus complète qu'au point de vue du système osseux; chacun des deux doigts postérieurs est également pourvu de tendons extenseurs et fléchisseurs distincts.

Au point de vue osseux, l'anomalie est moins complète; en effet, les phalanges onguéales sont seules isolées et distinctes; la phalange précédente de chacun des deux doigts surnuméraires est soudée longitudinalement dans sa moitié inférieure; de telle sorte que ces deux os constituent un os bifurqué, dont chaque bifurcation donne insertion à son sommet à une phalange onguéale.

Ce doigt surnuméraire occupait le point où se trouverait le cinquième doigt chez un mammifère.

IV. — EXPLORATION PATHOLOGIQUE.

1° CORPS ÉTRANGERS DANS LES CANAUX EXCRÉTEURS DES GLANDES; par M. GOUBAUX.

Il n'est pas rare d'observer chez les vieux chevaux, ou chez ceux qui sont nourris avec de vieille luzerne, des accidents qui sont la conséquence de l'introduction des corps étrangers, et particulièrement des graines du brome stérile (*bromus sterilis*), dans le canal excréteur de la glande maxillaire (canal de Wharton); mais M. Goubaux n'a jamais entendu dire qu'on ait signalé la présence de corps étrangers dans l'intérieur du canal excréteur du pancreas.

Cette semaine, il a eu l'occasion de trouver, dans le canal excréteur de cette glande, un morceau de paille d'une longueur de 6 à 7 centimètres, engagé complétement et à une distance de 3 centimètres de l'ouverture de ce canal dans l'intestin. Ce tuyau de paille était assez résistant, ramolli seulement un peu à l'une de ses extrémités. Peut-être le séjour prolongé dans l'intérieur du canal pancréatique aurait-il occasionné des accidents analogues à ceux qui sont la conséquence de l'introduction des corps étrangers dans l'intérieur de la glande maxillaire.

2° RUPTURE DE LA RATE ET DU FOIE; par le même.

M. Goubaux a vu la rupture du foie être la conséquence d'un coup violent porté sur la région du ventre d'un chien. La mort a été le résultat presque immédiat de cette déchirure.

La rupture de la rate peut avoir lieu dans les mêmes circonstances. M. Goubaux a eu entre les mains récemment une rate de cheval qui présentait une déchirure à sa face interne, dans une étendue de 10 centimètres environ. Cette rupture était le résultat d'une ruade lancée sur l'hypocondre gauche par un cheval voisin. Peu de temps après, des coliques le firent remarquer, et au bout d'une heure l'animal mourut.

A l'autopsie, il y avait environ dix-huit litres de sang dans la cavité abdominale.

Ce dernier fait a été communiqué à M. Goubaux par M. Louis, médecin vétérinaire à Villejuif.

M. Goubaux pense que ces ruptures du foie et de la rate peuvent être aussi la conséquence d'une gêne dans la circulation veineuse abdominale.

3° KYSTES HYDATIQUES DU FOIE; par M. LEBRET.

M. Lebret met sous les yeux de la Société un foie présentant des kystes hydatiques multiples. Cette pièce provient d'une femme, âgée de 49 ans, laquelle a succombé à une pneumonie double dans un service de l'Hôtel-Dieu. Sur le vivant, la tumeur se circonscrivait dans l'hypocondre gauche, sans donner en aucun point le frémissement caractéristique à la percussion du doigt. On remarque que le tissu du foie a subi déjà un premier degré de cirrhose.

4° OBSERVATION DE LUXATION SPONTANÉE INCOMPLÈTE DE LA ROTULE EN DEHORS; par M. VERNEUIL.

« J'ai trouvé cette pièce à l'amphithéâtre; je ne possède par conséquent aucun renseignement sur les antécédents. Voici maintenant ce que la dissection m'a démontré :

» Une femme de 55 à 60 ans environ présentait, au genou droit, la déformation suivante : la rotule est située au-dessus des condyles fémoraux; elle est placée presque de champ, de telle façon que son bord interne, situé immédiatement sous la peau, regarde en avant et répond à une ligne verticale qui passerait au milieu de la trochlée fémorale; le bord externe, situé sur le même plan que la face externe du condyle externe, regarde en arrière; la face antérieure ou sous-cutanée de la rotule regarde presque directement en dehors. Cet os jouit d'une faible mobilité. Le genou est dans l'extension presque complète, à peine peut-on le fléchir de quelques degrés; toutefois, les axes de la jambe et de la cuisse sont dans leur rapport normal; il n'y a point de déviation sensible de la jambe en dehors.

» La peau enlevée, on constate l'intégrité de la capsule fibreuse et des parties molles péri-articulaires; mais la difformité devient plus apparente, le ligament rotulien est légèrement tordu sur son axe, le bord externe de la rotule est à 3 centim. seulement de l'insertion du ligament latéral interne du genou, le bord interne est distant de 7 centimètres de l'insertion du ligament latéral interne; or, dans l'état normal, les deux bords de la rotule sont également éloignés (de 5 centimètres environ) des deux points où les ligaments précités s'insèrent aux condyles fémoraux.

» En ouvrant l'articulation, on constate que la synoviale est généralement épaissie et comme villeuse, surtout au niveau du grand cul-de-sac condylien. Mais l'intérieur de l'articulation est du reste parfaitement sain; on n'y voit ni fausses membranes, ni épanchements, ni corps étrangers, ni prolongements fibreux.

» Les surfaces cartilagineuses du tibia, du fémur, sont parfaitement saines; sauf une très-légère apparence chagrinée, toute la lésion se borne aux détails suivants :

» La face postérieure de la rotule présente une grande facette concave creusée surtout aux dépens de la facette interne qui, dans l'état normal, répond au condyle externe; la facette interne n'existe pour ainsi dire plus, elle ne touche plus le condyle externe du fémur, par suite du déplacement que la rotule a éprouvé; la grande facette nouvelle est lisse, éburnée, sans vestige de cartilage diarthrodial; elle semble creusée par l'usure, car la rotule a perdu de son épaisseur, presque toute sa circonférence est devenue tranchante, grâce à un mince anneau de substance osseuse de nouvelle formation qui s'est déposé tout autour.

» La partie externe de la trochlée fémorale présente à la partie supérieure du condyle externe, une facette convexe rigoureusement en rapport de forme et d'étendue avec la facette rotulienne. Elle est éburnée et, à son pourtour, le cartilage arthrodial semble comme taillé à l'emporte-pièce. Le fond de la trochlée et son côté interne ne présentent rien de semblable.

» Au-dessus de cette facette se trouve une dépression assez étendue, mais peu profonde, qui représente la dépression sus-condylienne normale, mais qui se trouve ici fortement rejetée en dehors.

» De quelle nature est cette lésion? est-ce, comme l'a pensé un anatomo-pathologiste très-éclairé qui a vu la pièce, une variété de l'*arthrite chronique sèche?* Je ne le pense pas. Est-ce le vestige d'une ancienne lésion traumatique? Malgré l'absence de renseignements, je me prononce encore contre cette opinion.

» On trouverait peut-être mieux l'explication du fait dans la particularité suivante : le sujet portait une déviation fort considérable de la colonne vertébrale; le bassin s'était consécutivement dévié, et le centre des deux cavités cotyloïdes n'était plus sur le même plan horizontal. La cavité cotyloïde droite est plus basse de 5 centimètres environ que la gauche. Le membre correspondant avait été obligé de se porter dans l'abduction, pour pallier son excédant de longueur. Peut-être alors le changement survenu dans la direction du droit antérieur avait suffi pour dévier ainsi la rotule.

» Au reste, je donne cette explication sans y attacher grande importance; il faut être sobre d'hypothèse quand on n'interroge que le cadavre.

» La lésion que je viens de décrire ne mérite peut-être pas le nom de luxation; c'est pourtant, à mon avis, celui qui convient le mieux pour désigner d'une manière générale la perte de rapport survenue entre les surfaces habituellement contiguës.

» Nous avons affaire ici, je pense, à un de ces déplacements de compensation qui se produisent lentement, d'une manière sûre, mais en quelque sorte physiologique, à la suite d'une déviation plus considérable d'une autre portion du squelette. »

5° OBSERVATION DE PLEURÉSIE; par M. GUBLER.

M. Gubler montre à la Société les viscères thoraciques et abdominaux d'un homme qui a succombé, dans le service de clinique de la Charité, aux consé-

quences d'une ancienne pleurésie contractée il y a quatre ans aux îles Marquises.

Cet homme portait dans le côté gauche de la poitrine un épanchement énorme qui avait refoulé le cœur vers l'aisselle droite, remontait jusqu'au-dessus de la clavicule et repoussait en bas le muscle diaphragme, de manière à lui faire constituer une bosselure considérable, fluctuante, qui avait abaissé la rate, déplacé l'estomac à droite en tiraillant l'épiploon gastro-splénique, et refoulé le lobe gauche du foie. Le rein gauche avait suivi le mouvement descensionnel de la rate.

La thoracentèse fut pratiquée par M. Trousseau, en l'absence de M. Bouillaud, et donna issue à près de 3 litres et demi de pus un peu séreux, mais d'ailleurs de bonne nature.

Il s'ensuivit un soulagement considérable, mais l'épanchement s'étant reproduit, la dyspnée et les autres accidents reparurent; enfin, il se manifesta de la douleur de côté et de la fièvre, et la mort arriva au bout de quelques jours.

Au moment de l'ouverture, il s'échappa de la bosselure diaphragmatique un flot de pus *fétide* qui remplit bientôt plus d'un seau ordinaire.

Lorsqu'on eut vidé la poche, on détacha avec soin la plèvre de la paroi costale, et on enleva tout le paquet des viscères thoraciques et abdominaux à l'exception des intestins de la vessie et de ses annexes. C'est cet ensemble que M. Gubler soumet à la Société. Il fait remarquer l'épaisseur considérable de la plèvre doublée de membranes de nouvelle formation qui ont plusieurs millimètres d'épaisseur et sont formées par des faisceaux de fibres parallèles entremêlées de quelques aiguilles ossiformes. Le poumon n'existe qu'à l'état de vestiges en haut, contre la colonne vertébrale, et semble réduit à ses bronches, séparées par un tissu que l'insufflation énergique ne parvient pas à développer. En pratiquant cette insufflation, on s'aperçoit que l'air s'échappe du côté de la cavité purulente, par une ouverture à bords lisses et arrondis, qui paraît s'être faite spontanément par un travail d'ulcération.

Le poumon droit est à peu près sain; cependant il renferme, vers ses scissures interlobulaires, des amas d'une matière semblable au mastic et entourée de tissu noirâtre condensé; il offre en outre des traces d'emphysème.

Le cœur, en même temps qu'il est transporté à droite, est redressé, en sorte que sa pointe regarde directement en bas. De plus, il a subi une torsion autour de l'axe, passant par la cloison interventriculaire, si bien que la face antérieure est presque tout entière formée par le ventricule droit, et que l'aorte, cachée derrière l'organe, semble naître directement de l'oreillette droite allongée dans le sens vertical.

Le péricarde n'a pas suivi le déplacement du cœur; son côté droit s'est laissé distendre pour continuer à fournir une enveloppe à cet organe; mais derrière le sternum, et à gauche de cet os, on retrouve l'ancienne cavité péricardiaque remplie d'un liquide séreux, ambré, limpide.

Le foie, un peu ratatiné et fibreux, offre, sur son bord antérieur, qui est arrondi, un commencement d'altération granuleuse. Au voisinage du ligament suspenseur, on observe, à droite et à gauche, des plaques opaques et des adhérences consécutives à une péritonite partielle diagnostiquée pendant la vie, d'après le frottement ascendant et descendant perceptible à l'oreille et à la main.

6° DE L'INNOCUITÉ DE LA MISE A NU DE LA MOELLE ÉPINIÈRE; par M. BROWN-SÉQUARD.

Sur des cobayes et des pigeons, M. Brown-Séquard a enlevé un très-grand nombre de fois l'arc postérieur d'une, de deux, de trois ou de quatre vertèbres aux régions dorsale ou lombaire, et il n'a pas vu d'accidents résulter de cette mise à nu de la moelle. La plaie se cicatrisait promptement et l'animal conservait sa vigueur. Il a cherché si, en augmentant l'étendue de la lésion, il y aurait quelque danger pour la vie des animaux. L'expérience a répondu négativement. Les arcs postérieurs de huit à dix vertèbres, du milieu du dos au sacrum, ont été enlevés et la dure-mère fendue longitudinalement, sur des cochons d'Inde. Ces animaux ont survécu, sans autre trouble qu'un peu de gêne dans la marche, provenant de l'excision des muscles des gouttières vertébrales. C'est donc un fait avéré que la moelle épinière peut être sans danger exposée à l'action de l'air, au moins chez les cobayes et les pigeons.

V. — CHIMIE.

ANALYSE DE L'HYDROFERROCYANATE DE POTASSE ET D'URÉE; par M. LECONTE.

Cette substance, d'un blanc très-légèrement jaunâtre, offre des masses plus ou moins volumineuses résultant de l'agglomération d'une multitude de petites paillettes chatoyantes bien différentes, au premier aspect, des cristaux de cyanure jaune; mais en examinant au microscope la substance ci-dessus, on la trouve formée de lamelles cristallines identiques pour la forme aux cristaux de cyanure jaune; seulement ces lamelles sont recouvertes d'un grand nombre de petits grains irrégulièrement disséminés; par l'addition de l'alcool, on voit disparaître complétement ces petits grains, tandis que les lamelles de cyanure jaunes restent intactes. Cette expérience et quelques autres prouvent que l'hydroferrocyanate de potasse et d'urée n'est pas un sel définitif, mais bien un mélange de cyanure jaune de potassium et d'urée dont l'analyse en centièmes nous a donné les résultats suivants :

Urée sèche	10
Cyanure jaune sec.	77,83
Eau.	12,12
	99,95

COMPTE RENDU DES SÉANCES PENDANT LE MOIS DE JANVIER 1851; par M. le docteur SEGOND, secrétaire.

I. — ANATOMIE.

1° THÉORIE DE L'INTESTIN; par M. SEGOND.

Quand la théorie d'un organe est généralement acceptée on finit toujours par y subordonner les différentes manières de considérer cet organe, et la théorie se soutient tant qu'elle est compatible avec la masse des documents accumulés.

Il est très-remarquable d'observer, à propos de l'intestin, que la vieille hypothèse de Galien sur la prépondérance de l'estomac règne encore dans toutes les descriptions et appréciations de cet organe, alors que depuis longtemps cette hypothèse n'est plus en harmonie avec l'ensemble des renseignements obtenus sur le canal alimentaire. En effet, d'Aristote à Vicq-d'Azyr, la méthode de description de l'intestin n'a fait en réalité aucun pas; et bien que ce dernier propose pour cet organe un plan d'étude plus propre à en découvrir les fonctions, cependant les derniers expérimentateurs en sont encore au point de vue de Galien; seulement, au lieu d'expliquer les phénomènes de la digestion, par les *facultés de l'estomac*, ils les expliquent par les vertus du suc gastrique. Or il importe aujourd'hui de renverser une hypothèse qui, malgré la signification de beaucoup d'expériences, pourrait longtemps encore entretenir une fausse notion du canal alimentaire, et réagir par suite sur les recherches physiologiques.

Quand on soumet la démonstration de l'intestin d'un vertébré supérieur aux divers procédés fournis par l'observation directe, l'expérimentation et la comparaison, on arrive à reconnaître très-nettement que la partie la plus fixe et par conséquent la plus importante de ce canal est l'*intestin grêle*. La structure de cette partie et ses connexions avec certains appareils sécréteurs annexes, le petit nombre d'anomalies qu'elle peut présenter par rapport à celles des autres parties de l'organe, son développement primordial chez l'embryon, la disparition successive, dans la série des animaux, des parties qui la précèdent ou qui la suivent, le danger proportionnellement plus grand des maladies et des opérations pratiquées sur cette partie du canal, enfin le peu de modifications relatives qu'elle subit pendant la vie, tout concourt à établir, aussi positivement qu'on peut le faire en biologie, la prépondérance marquée de l'intestin grêle sur toutes les autres parties du canal alimentaire.

Ce n'est pas tout, si on veut se placer au point de vue physiologique, des faits nombreux viennent soutenir cette théorie.

Des études précises sur le suc gastrique ont montré que l'influence accordée à ce liquide a été très-exagérée; on trouve même, d'après des recherches de M. Cl. Bernard, que, chez des animaux très-voisins, ce liquide a des propriétés différentes, tandis que les liquides versés dans l'intestin grêle et le suc intestinal résultant de leur mélange, ont des propriétés plus fixes et plus importantes et opèrent la véritable digestion des aliments.

Je rappellerai ici l'expérience intéressante rapportée dernièrement à la Société par M. Bouley, d'après laquelle on a vu qu'il suffisait, pour paralyser l'action de la noix vomique, d'empêcher cette substance de pénétrer dans l'intestin grêle au moyen d'une ligature faite au pylore (1). Depuis, M. Bouley m'a fait part d'une nouvelle expérience faite sur un veau qui, après la ligature préalable du pylore, a résisté pendant dix heures à la noix vomique.

Toutes ces observations viennent appuyer la théorie que je soutiens, et on pourrait la démontrer même en restant au point de vue anatomique. On peut prévoir, d'après une indication expérimentale que je vais donner, que de nouveaux faits viendront bientôt la consolider.

On sent, d'après cette théorie, qu'il y a lieu à modifier beaucoup d'expériences entreprises, soit dans le but d'éclairer le problème de la digestion, soit pour résoudre les questions variées sur l'action des médicaments et des poisons. On comprend en effet que, pour la netteté de certains résultats, il y aurait un grand intérêt à pouvoir agir directement sur l'intestin grêle. Mais toutes les expériences directes tentées à cet égard, et en particulier l'établissement artificiel des fistules, sont des opérations très-périlleuses pour les animaux soumis aux expériences, résultat que l'on pouvait facilement prévoir à l'aide de la théorie que je propose. J'ai donc imaginé un procédé que je livre à tous nos habiles expérimentateurs, et qui consiste à établir préalablement une fistule stomacale, chez un chien par exemple, et à pénétrer dans l'intestin grêle par le pylore, au moyen d'une sonde en gomme élastique du n° 12 ou 13. Quand on voudra simplement porter des substances dans le duodénum, il suffira de les injecter par la sonde; et quand on voudra recueillir des liquides du commencement de l'intestin grêle, on se servira d'un mandrin muni d'une éponge. Du reste, suivant les cas, le génie expérimental perfectionnera les diverses applications particulières de ce procédé.

2° RÉSUMÉ D'UN TRAVAIL SUR LE DÉVELOPPEMENT DES PARTIES GÉNITALES ET URO-POIÉTIQUES CHEZ LES BATRACIENS; par M. JEAN MARCUSEN (de Saint-Pétersbourg).

« 1° Dans le premier temps du développement, c'est-à-dire avant que l'œuf soit transformé en têtard, on ne trouve aucune trace des parties génitales et uropoïétiques.

» 2° Dans le têtard, on voit apparaître avant la formation des parties génitales et uropoïétiques, deux organes situés immédiatement sous les branchies, avec deux conduits qui longent la colonne vertébrale et qui finissent dans l'anus

(1) Voir le bulletin de décembre 1850.

temporaire formé seulement par la peau et situé à la partie postérieure du ventre. Ces deux organes ont été découverts par M. Müller (de Berlin), qui les a désignés sous le nom de corps de Wolff.

» 3° Dans le têtard apparaissent les deux reins, deux corps jaune-rougeâtres situés immédiatement sous la colonne vertébrale, avec deux conduits excréteurs qui finissent dans l'anus temporaire. Ils sont composés, dans ce temps, de tubules droits ayant une direction perpendiculaire sur la ligne médiane.

» 4° Les premières traces des parties génitales sont deux plaques allongées, placées du côté interne des reins.

» 5° Le développement de ces deux plaques marche de la manière suivante. Sur leur bout antérieur, il se forme deux ou trois excroissances digitées; après elles se rétrécissent en plusieurs endroits, et en même temps il s'est formé plus d'appendices. Le conduit excréteur du corps de Müller commence à marcher de la ligne médiane en dehors.

» 6° Il se forme, entre les reins et la glande génitale, des conduits très-minces. Les glandes génitales deviennent plus grandes; les excroissances digitées commencent à être couvertes par la glande génitale. Le corps de Müller commence à disparaître. Son conduit excréteur est arrivé au bord externe du rein et y est visible comme un canal bleuâtre.

» 7° Le pli du péritoine qui attache le conduit excréteur du corps de Müller au bord externe du rein croît, et par conséquent le conduit lui-même s'éloigne plus du rein. La partie antérieure qui va jusqu'aux extrémités antérieures devient onduleuse, la partie postérieure se jette dans le cloaque après avoir embrassé le rein.

» 8° Chez la femelle, la glande génitale devient l'ovaire; le conduit excréteur du corps de Müller, ou au moins le canal qui longe le bord externe du rein devient l'oviducte; la partie postérieure, en s'élargissant, devient l'utérus. Chez le mâle, la glande génitale devient le testicule; les canaux entre elle et le rein sont la communication que Swammerdam connaissait déjà et que M. Bidder a récemment trouvée chez tous les amphibies nus. La partie antérieure du conduit excréteur du corps de Müller disparaît chez les mâles; la partie postérieure qui se réunit au conduit excréteur du rein devient l'urètre et le vase déférent en même temps. Chez les grenouilles, il se développe encore sur la partie postérieure, avant son entrée dans le cloaque, une glande, que l'on a nommée prostate; chez les crapauds, ce développement n'a pas lieu.

» 9° Le corps de Müller est peut-être, sous le rapport physiologique, un corps de Wolff, c'est-à-dire un organe fœtal sécernant des matières urineuses; pourtant ce n'est pas encore démontré, l'analyse chimique n'ayant pas encore été faite. Sous le rapport morphologique, ce ne sont que les reins, qui sont les véritables corps de Wolf, ce qui est démontré par la formation des glandes génitales à leur côté interne, et surtout par le développement des canaux entre la glande génitale et les reins, car c'est ainsi que l'on trouve les rapports entre le corps de Wolff et les glandes génitales chez les animaux supérieurs vertébrés. Ce sont ces canaux qui forment une partie de l'épididyme.

» 10° Les canaux de communication entre la glande génitale et les reins chez les batraciens sont l'épididyme des animaux supérieurs.

» 11° L'état permanent des parties génitales et urinaires des batraciens représente l'état transitoire, fœtal des animaux supérieurs. »

3° PHLÉBENTÉRISME.

La commission, chargée d'examiner les communications de M. Souleyet relatives à cette question, a exposé à la Société par l'organe de son rapporteur les travaux qu'elle a effectués à cet égard. Le rapport de la commission embrassant l'ensemble des recherches relatives au fait du phlébentérisme sera l'objet d'une publication particulière.

II. — PHYSIOLOGIE.

NOTE SUR LES VIBRATIONS THORACIQUES QUI ACCOMPAGNENT LES PHÉNOMÈNES DE LA VOIX; par M. SEGOND.

Les vibrations du thorax, vaguement interprétées par quelques physiologistes, me paraissent devoir occuper désormais une place importante dans l'étude de la phonation.

Le poumon et la trachée-artère, une fois caractérisés dans leur office de soufflet et de porte-vent, l'attention s'est naturellement portée d'abord sur l'organe essentiel de la production des sons, ensuite sur le tuyau vocal qui, dans les changements de timbre de l'articulation des mots, joue un rôle si important. Bien que l'étude de ces deux parties de l'appareil vocal ne soit pas complète, il est urgent d'étendre l'observation aux phénomènes thoraciques eux-mêmes, afin d'embrasser toutes les circonstances capables de modifier le son produit par le larynx.

C'est aux recherches intéressantes de M. Monneret sur la véritable explication des bruits thoraciques que je dois d'avoir abordé plus nettement qu'on ne l'a fait jusqu'ici l'étude de ces vibrations. Aidé par la délicatesse remarquable qu'il a acquise dans ce genre d'observation, j'ai pu instituer une série d'expériences comparatives pour les principaux phénomènes vocaux. Comme les résultats obtenus peuvent déjà constituer une base pour l'étude des vibrations thoraciques pendant les phénomènes normaux de la voix, j'ai pensé que je pouvais les communiquer à la Société.

Lorsque le larynx produit et soutient un son, les vibrations des lèvres de la glotte se transmettent aux parois thoraciques, soit directement par les parties solides, soit par l'intermédiaire de l'air lui-même, mis en vibration; de telle sorte que le thorax peut être considéré, relativement à la glotte, comme une *caisse consonnante*, capable de renforcer le son et de lui imprimer un caractère particulier.

Pour un même registre, ces vibrations sont d'autant plus notables que le son est plus grave. Cette différence constante tient sans doute, d'une part, au degré d'amplitude des vibrations de la glotte, d'autre part à la situation du larynx par rapport à la cavité thoracique.

Le registre de poitrine excite dans le thorax des vibrations bien plus considérables que le registre de tête.

C'est probablement aux considérations que nous avons signalées dans le cas précédent qu'il faut également rapporter cette différence.

Lorsque, dans un même registre, on donne alternativement un même son, en timbre clair et en timbre sombre, on remarque pour ce dernier timbre des vibrations plus fines que pour le premier. Sans essayer à cet égard aucune explication, je me contenterai de rappeler qu'au point de vue de l'éclat et de la partie du son ce timbre clair l'emporte de beaucoup sur le timbre sombre.

Dans les deux registres, quel que soit le timbre employé, les vibrations du thorax augmentent sous l'influence de l'effort qui, ainsi que je l'ai indiqué, tend à fixer le larynx très-inférieurement (1). Pour ce dernier cas, la situation de l'organe par rapport au pouvoir supérieur du thorax explique la différence.

Les mêmes expériences comparatives faites sur la voix inspiratoire fournissent les mêmes résultats. Seulement dans tous ces cas les vibrations sont proportionnellement beaucoup plus faibles.

Quant aux vibrations du crâne, elles tiennent surtout à la direction donnée au son. Lorsque le son passe par la cavité buccale, elles sont beaucoup moins sensibles que pour le cas où le son s'écoule totalement ou en partie par les fosses nasales.

Dans la voix nasonnée, alors que la bouche seule sert à l'émission du son, les vibrations sont moins notables que lorsque la voix traverse les cavités nasales sans y retentir.

Pour le crâne comme pour le thorax, les vibrations sont plus faibles pendant la voix de tête que pendant la voix de poitrine.

Tels sont les principaux phénomènes qu'on peut noter dans l'exploration des vibrations thoraciques qui accompagnent les phénomènes vocaux, et qui me paraissent devoir être pris en considération dans la question du timbre de la voix.

III. — EXPLORATION PATHOLOGIQUE.

DE L'EMPLOI DU TRÉPAN DANS LES FRACTURES DU RACHIS; par M. BROWN-SÉQUARD.

On sait combien sont rares les cas de guérison après les fractures du rachis chez l'homme. M. Brown-Séquard a cherché si l'on ne pourrait pas employer avec avantage le trépan, dans beaucoup de cas de fractures du rachis avec compression de la moelle soit par les pièces osseuses fracturées, soit par les liquides épanchés dans le canal rachidien. Une des raisons qui font repousser l'emploi du trépan, c'est que la mise à nu de la moelle épinière serait dangereuse. Or cette opinion est tout à fait erronée, si l'homme ressemble à certains mammifères et oiseaux sur lesquels M. Brown-Séquard a trouvé qu'on peut impunément mettre la moelle à nu.

Après avoir fracturé le rachis sur des cochons d'Inde, il a enlevé les portions d'os fracturées et laissé s'écouler les liquides épanchés. Cette expérience a été faite sur sept individus qui ont tous survécu. On pourrait penser que les cobayes diffèrent de l'homme, en ce qu'ils auraient la faculté de survivre toujours aux fractures du rachis. Il n'en est rien cependant, car six individus ayant eu le rachis fracturé, sans qu'on ait eu soin d'enlever les pièces osseuses déplacées, sont morts dans l'espace du second au onzième jour. C'est donc à l'application du trépan que les sept autres ont dû de ne pas mourir.

Dans une autre communication, M. Brown-Séquard parlera des autres causes de mort après les fractures du rachis, et en particulier de la formation d'ulcères et d'escarres au sacrum et de la diminution de la chaleur animale. Il fera voir que l'on peut se garantir aisément de ces fâcheux accidents.

IV. — BIBLIOGRAPHIE.

DE LA PARACENTÈSE DE LA POITRINE; par M. LACAZE-DUTHIERS.

La Société a reçu de M. Lacaze-Duthiers l'hommage d'un travail sur la paracentèse de la poitrine dont il lui paraît utile de transmettre les conclusions suivantes :

« Le médecin, dit l'auteur, se trouve toujours placé entre ces deux alternatives : ou bien l'asphyxie est imminente, ou bien elle est éloignée. Dans la première alternative, il faut opérer, quelles que soient la nature du liquide, la cause éloignée ou prochaine et son ancienneté, à moins toutefois qu'il n'existe des lésions organiques telles que, en dehors de l'épanchement, la mort arrivera dans un temps très-court. Dans la seconde alternative, le devoir du médecin est : 1° d'employer les moyens thérapeutiques conseillés en pareil cas, et de mesurer leur emploi à la rapidité de la marche de l'épanchement; 2° d'opérer quand l'épanchement devient excessif; 3° de s'abstenir si la fièvre n'est pas tombée et quand l'épanchement est médiocre et stationnaire; de s'abstenir surtout dans les cas d'épanchement médiocre, que l'on a tout lieu de supposer tuberculeux ou purulents; 4° d'avoir dans tous les cas l'œil ouvert sur les épanchements rebelles et considérables; car 1° il arrive qu'ils prennent une marche rapidement ascensionnelle capable d'amener la mort; 2° ils peuvent déterminer, comme il a été dit, le marasme et les tubercules.

» En résumé, l'opération de la paracentèse du thorax n'offre plus la gravité

(1) Voyez ARCHIVES DE MÉDECINE, 1848.

qu'on lui attribuait ; elle est un moyen efficace de guérison des hydrothorax aigus. Les objections dirigées contre son emploi restent sans valeur devant l'étude attentive des faits. »

COMPTE RENDU DES SÉANCES PENDANT LE MOIS DE FÉVRIER 1851 ; par M. le docteur SEGOND, secrétaire.

I. — THÉORIE DES MILIEUX.

NOTE SUR LES CAUSES DU GOÎTRE ET DU CRÉTINISME ET SUR LES MOYENS D'EN PRÉSERVER LES POPULATIONS ; par M. le docteur GRANGE.

« Les recherches que j'ai entreprises sur le goître et le crétinisme ont eu spécialement pour but une étude aussi exacte et aussi précise que possible des circonstances exclusivement propres à tous les pays où ces maladies exercent leurs ravages.

» Comme bases de cette étude, j'ai dressé des cartes géographiques de la distribution du goître en France, en Savoie, en Suisse et en Piémont, en me servant pour cela des tableaux du recrutement, des statistiques que j'ai pu recueillir et qui présentent toute l'authenticité désirable.

» En comparant les localités, les provinces dans lesquelles ces maladies sont endémiques, on reconnaît que la hauteur au-dessus du niveau de la mer, que la latitude, que l'exposition au soleil, aux vents, la disposition orographique du sol soit en plaines, soit en vallées profondes, le voisinage des marais, l'état hygrométrique de l'air, ne sont pas des causes immédiates du développement de ces maladies, et que ces circonstances ne peuvent jouer qu'un rôle très-secondaire. On trouve en effet, dans la même province, dans la même vallée, et par conséquent dans les mêmes circonstances météorologiques et hygiéniques, des villages profondément atteints et d'autres entièrement épargnés. Il en est ainsi dans la Savoie, dans le canton du Valais, sur le versant méridional des Alpes et dans la chaîne des Alpes maritimes.

» D'autre part, en comparant les formations géologiques sur lesquelles sont fixées les populations atteintes de goître, j'ai reconnu que, dans les Alpes, toutes ces formations appartenaient aux calcaires métamorphisés par la magnésie (calcaire métamorphique), et que dans le voisinage les terrains de micaschiste et ceux de l'époque crétacée, lorsqu'ils ne présentaient pas de masses adventives de dolomie, les populations étaient entièrement épargnées.

» Des phénomènes semblables s'observent dans tous les pays où le goître est endémique ; on trouve le goître endémique dans les Pyrénées sur les calcaires du lias et sur les calcaires magnésiens qui se trouvent sur la zone d'éruption des ophites ; sur le trias dans les Vosges ; sur le lias dans le Jura, les Hautes Alpes et les basses Alpes ; sur les calcaires dolomitiques de l'époque carbonifère, en Angleterre, en France et en Belgique ; sur le trias dans le Wurtemberg, la Saxe, etc. ; sur les dolomies dans le Tyrol, dans l'Inde et en Amérique ; sur la molasse marine et sur les alluvions qui proviennent du pays où le goître et le crétinisme sont endémiques.

» On observe qu'en Europe le lias, les formations du trias, marnes irisées, muschelkalk, zechstein, sont partout habitées par des populations atteintes de ces maladies endémiques. Cela s'explique par la nature même des formations qui présentent la même composition minéralogique dans toute leur étendue, les mêmes fossiles et souvent la même flore, qui ont presque toujours la même constitution physique et des dispositions orographiques entièrement semblables. Il n'est point étonnant que les mêmes affections soient endémiques sur des formations entièrement semblables, dans leur nature chimique et dans leurs conditions physiques et physiologiques.

» En m'appuyant sur la présence générale des goîtreux sur les terrains magnésiens et sur l'analyse des eaux qui ont la réputation et la propriété incontestable de donner lieu au développement du goître, j'ai été conduit à admettre que cette affection pouvait dépendre de la présence des sels de magnésie dans les eaux et les aliments. Il a cité des faits qui, s'ils étaient plus nombreux, établiraient que la magnésie provoque le développement du goître.

» Je fais observer à la Société que quelques circonstances, et notamment la présence de l'iodure de potassium dans les aliments et les eaux, pouvaient modifier et annihiler cette influence délétère ; et c'est ainsi que j'explique l'absence des goîtreux au voisinage de la mer et la diminution de l'infection dans les villes qui ont des eaux choisies et une alimentation plus variée provenant en grande partie de pays sains et industrieux.

» Au point de vue nosologique, je considère le goître comme une affection plus générale qu'on ne l'admet ordinairement ; cette maladie n'est pas seulement propre à la glande thyroïde, elle atteint les glandes sublinguales sous-maxillaires, le foie, les testicules, les mamelles qui se trouvent souvent anormalement développées, bien que l'action se porte plus généralement sur la glande thyroïde. D'autres faits établissent encore que l'on a affaire à une diathèse particulière qui s'accompagne souvent de déformations dans les articulations, d'un défaut d'énergie musculaire et nerveuse, et que les enfants qui naissent de parents plus ou moins modifiés par cette diathèse ne se développent ni sous le rapport des forces physiques ni sous celui des forces intellectuelles. Les crétins se rapprochent certainement des idiots à certains points de vue, mais ils en diffèrent surtout par le développement si anormal et si incomplet des forces physiques.

» Il existe un grand nombre d'autres différences moins importantes et moins précises et qui ne peuvent être indiquées ici.

» Les animaux prennent rarement le goître ; mais dans les vallées où ces affections font le plus ravages, les bestiaux sont chétifs et sont incomparablement inférieurs en force et en qualité à ceux des pays sains. Dans beaucoup de vallées on ne peut pas élever les bestiaux nés des troupeaux du pays ; ils sont pour ainsi dire crétinisés ; les paysans vont acheter au dehors des animaux sains qui seuls peuvent se développer assez bien pour répondre aux besoins des populations.

» Comme moyens de préservation et de guérison, je propose le changement du régime des eaux lorsqu'il est possible, et sinon l'usage des sels iodurés de 1 à 5 dix-millièmes. »

II. — TÉRATOLOGIE.

CRABE COMMUN (CANCER MOENAS L.) POURVU DE DEUX PETITES PATTES-PINCES SURNUMÉRAIRES DU CÔTÉ GAUCHE.

M. Rayer met sous les yeux des membres de la Société un crabe commun, dont la patte-pince du côté droit est normale. La patte-pince correspondante du côté gauche, moins forte que celle du côté droit, se termine par deux pinces dont l'une est dirigée du côté de la pince du côté opposé et vers l'axe du corps, et l'autre en sens inverse, de sorte qu'elles forment une espèce de T avec les articles qui les supportent. Une troisième patte-pince surnuméraire naît d'un article commun aux deux précédents. En résumé, ce crabe a une patte-pince normale du côté droit et trois petites pattes-pinces du côté gauche.

Ce cas de tératologie a été communiqué à M. Rayer par M. Valenciennes.

III. — EXPLORATION PATHOLOGIQUE.

1° MALADIES DE L'ŒUF HUMAIN ; HÉMORRHAGIE DE LA CADUQUE.

M. Bouchut présente un œuf humain altéré recueilli dans les circonstances suivantes :

Une femme de 35 ans, déjà deux fois mère et ayant donné le jour à des enfants bien portants, a vu de nouveau ses règles disparaître au mois de juin 1850 ; elle se crut enceinte, car elle éprouvait les phénomènes gastriques et les indispositions qui avaient signalé ses autres grossesses.

Au bout de deux mois, une métrorrhagie eut lieu et continua avec plus ou moins de violence pendant les mois d'août, septembre, novembre, décembre. Elle entra à la Pitié au mois de janvier 1851, avec l'utérus très-volumineux, renfermant un corps étranger dont la nature resta douteuse. L'utérus avait le volume des deux poings du sujet. L'hémorrhagie continuait, et M. Bouchut donna du seigle ergoté à cette femme, qui rendit bientôt une tumeur grosse comme le poing composée comme il suit :

Une tumeur creuse, à parois épaisses d'un centimètre, remplie de sang liquide ; l'intérieur de cette tumeur est partout mamelonnée ; et sur un de ces mamelons se voient quelques petits vaisseaux réunis en un pédicule ou cordon d'un demi-centimètre de longueur au bout duquel est suspendu un fœtus bien apparent dont on voit l'extrémité céphalique, le corps, et quatre tubercules qui sont l'origine des quatre membres.

Cette cavité est formée par la cavité de l'amnios, et sous cette membrane se trouve le chorion, puis la caduque, et dans cette membrane du sang anciennement coagulé endurci formant la paroi de la tumeur ; cette paroi est à peu près de la même épaisseur dans tous ses points, sauf les mamelons déjà signalés, qui en augmentent çà et là le diamètre ; c'est là en conséquence une hémorrhagie de la caduque aux premiers mois de la grossesse, qui s'est répandue tout autour de l'œuf et a suspendu son développement ultérieur.

2° ÉTAT DES MUSCLES DE LA JAMBE ET DU PIED, ET DE L'APONÉVROSE PLANTAIRE DANS UN CAS DE PIED-BOT VARUS (2e DEGRÉ DE M. J. GUÉRIN) ; par M. CHARCOT.

« Un homme âgé de 60 ans environ, était entré dans le service de M. Rayer, à l'hôpital de la Charité, pour y être traité d'une affection cancéreuse de la langue. Miné depuis longtemps par la cachexie, il succomba enfin à un œdème de la glotte, et probablement aussi au ramollissement de masses cancéreuses disséminées dans les deux poumons.

» Cet homme était porteur d'un double pied-bot varus, difformité probablement congénitale, mais qui remontait tout au moins à une époque très-voisine de la naissance ; il offrait en outre une déviation de la colonne vertébrale. Le pied droit était de beaucoup le plus difforme ; c'est le seul que j'aie disséqué.

» Avant la dissection des parties molles, on constatait les faits suivants : 1° la face dorsale du pied regarde directement en avant et un peu en bas ; elle est en outre doublement convexe, dans le sens de la longueur et dans le sens de la largeur. On y remarque une saillie très-prononcée, arrondie, située à 3 centimètres au moins au-dessous du sillon de l'articulation tibio-tarsienne ; cette saillie, dirigée en outre manifestement en dehors, est évidemment due à la tête de l'astragale ; 2° la face plantaire regarde en arrière et un peu en haut ; elle est profondément excavée dans tous les sens et recouverte par une peau fine et formant des plis nombreux et profonds ; 3° le bord interne du pied forme un angle droit avec l'axe de la jambe ; il offre en outre une légère concavité ; le bord externe, devenu inférieur, offre une convexité dont le sommet est formé par une saillie due au cuboïde, et à une partie de l'extrémité antérieure du calcanéum. Cette saillie est recouverte par une peau très-épaisse comme cornée ; c'est sur elle que reposait tout le poids du corps ; 4° les orteils sont demi-fléchis, mais non retractés ; cette flexion augmente encore la concavité de la plante du pied ; 5° le talon est très-élevé ; son bord inférieur est au niveau de l'extrémité inférieure des malléoles ; 6° la jambe, enfin, est amaigrie, cylindrique, molle. On rencontre, par la palpation, une corde due au tendon d'Achille, et une autre corde produite par la tension du jambier antérieur.

» Il était nécessaire d'indiquer à quel degré était arrivé ce pied-bot ; voici l'état des muscles :

» Le jambier antérieur, l'extenseur commun des orteils, l'extenseur propre du gros orteil ont un volume relativement assez considérable.

» Le jambier antérieur seul présente de la pâleur et du ramollissement dans les fibres les plus inférieures.

» Le muscle pédieux est entièrement atrophié, ligamenteux.

» Le long et le court péronier ont un volume presque normal; tous deux présentent la dégénérescence graisseuse des fibres musculaires les plus inférieures, le court péronier latéral surtout.

» Le jumeau et le soléaire ont diminué au moins de moitié; les jumeaux n'ont pas subi de transformation graisseuse; le soléaire, au contraire, a ses fibres décolorées, friables et mélangées de tissu adipeux. Le tendon d'Achille est très-court; son extrémité inférieure est mince et cylindrique.

» Tous les muscles de la couche profonde de la région postérieure de la jambe sont atrophiés et infiltrés de graisse.

» Le jambier postérieur est le plus modifié.

» Le fléchisseur propre du gros orteil a seul conservé un certain volume et une quantité notable de fibres musculaires rouges.

» Quant aux muscles de la région plantaire, ils sont généralement petits, pâles, mous et friables, mais non transformés.

» Pour bien juger du degré d'action de chacun de ces muscles, je les ai coupés successivement. La section des tendons des deux jambiers a fait cesser en partie l'adduction, et le pied varus a été transformé en pied équin, ou mieux, en équin varus, car un degré notable d'adduction se montrait encore. La section du tendon d'Achille a fait disparaître une partie seulement de l'équinisme; celle du long péronier latéral a diminué un peu la convexité du pied dans le sens de sa largeur. L'ablation de tous les autres muscles n'a rien donné de plus, et, réduit à son squelette ligamenteux et aponévrotique, le pied présente encore une difformité très-considérable.

» L'abduction et l'extension sont empêchées par l'aponévrose plantaire raccourcie, épaisse, nacrée et formant comme une corde tendue contre le calcanéum et l'extrémité antérieure des métatarsiens. La convexité dans le sens de la longueur du pied est aussi tout entière sous la dépendance de l'aponévrose plantaire, car elle n'a pas été sensiblement diminuée par l'ablation des différents muscles qui peuvent la produire.

» Tous les os ont conservé un certain degré de mobilité. Les ligaments articulaires tendus et allongés; ceux qui sont situés dans le sens de l'adduction sont situés dans le sens de l'abduction sont relâchés et repliés sur eux-mêmes, contrairement à ce qui a eu lieu pour l'aponévrose plantaire; il est donc probable qu'après la section de cette dernière, tout rentrerait dans l'ordre, à moins qu'il n'existe quelque altération profonde dans les surfaces articulaires déplacées, ce que je n'ai pas encore vérifié.

» Les artères principales de la jambe et du pied, préalablement injectées, avaient subi une légère diminution de volume; les nerfs ne m'ont présenté aucune modification notable. Une bourse muqueuse considérable et traversée par des filaments tendineux existait entre la peau épaissie, cornée et la face supérieure du cuboïde, qui reposait en partie sur le sol.

» En résumé, dans ce cas de pied-bot varus très-prononcé et ancien, nous croyons devoir noter surtout les faits suivants :

» 1° Tous les muscles de la jambe et du pied ont subi une diminution générale de volume; aucun d'eux n'a entièrement disparu, aucun n'est entièrement remplacé, soit par du tissu fibreux, soit par de la graisse. Le pédieux fait seul exception, il est entièrement ligamenteux.

2° La transformation graisseuse, dans les muscles qui en sont atteints, se montre surtout au niveau de leur extrémité tendineuse. L'étendue de cette transformation, dans les différents muscles, n'est d'ailleurs nullement en rapport avec le degré d'action qu'ils ont pu avoir sur la production de la difformité; les muscles qui ont dû agir ne sont ni plus ni moins altérés que ceux qui ont dû se reposer.

» 3° L'ablation des différents muscles n'a modifié que très-incomplétement la difformité, dont la plus grande partie dépendait du *raccourcissement* de l'aponévrose plantaire, et à laquelle les ligaments articulaires ne prenaient aucune part. »

3° DÉVIATION ET CONTRACTURE PERMANENTE DES MEMBRES APRÈS L'ÉCRASEMENT DE LA MOELLE ÉPINIÈRE; par M. BROWN-SÉQUARD.

Dans le courant de l'année 1850 et postérieurement, M. Brown-Séquard a montré plusieurs fois à la Société des pigeons, sur lesquels, à l'aide d'une tige métallique introduite dans le rachis, il avait écrasé toute la portion de moelle épinière qui donne des nerfs aux membres postérieurs. Une roideur convulsive permanente est survenue peu à peu dans ces membres, qui ont néanmoins toujours conservé des traces de mouvements volontaires ou réflexes. Dans le plus grand nombre des cas, les membres contracturés se maintenaient dans l'extension; dans quelques autres la jambe restait fortement fléchie sur la cuisse. Des déviations dans diverses parties de ces membres se sont développées avec lenteur, mais d'une manière continue, réalisant ainsi, sous les yeux de l'observateur et de la façon la plus incontestable, la partie de la doctrine de M. Jules Guérin relative aux liens de causalité existant entre les altérations du système nerveux et les déviations.

BIBLIOGRAPHIE.

HISTOIRE STATISTIQUE DU CHOLÉRA ASIATIQUE DE 1849, DANS LE CINQUIÈME ARRONDISSEMENT DE PARIS; par le docteur F. MARC-MOREAU.

Voici une estimable collection de chiffres qui ont été recueillis avec l'attention la plus scrupuleuse; elle est publiée sous le patronage de l'administration municipale. On y trouve la proportion des décès cholériques du 5e arrondissement, suivant les âges, les sexes, la position civile, les professions, la situation et l'état des logements, etc., tous renseignements dignes d'intérêt, à coup sûr, mais qui n'avancent que bien peu la solution du principal problème posé à la médecine par l'invasion des épidémies de choléra dans nos contrées. Au surplus, l'auteur annonce, en commençant, qu'il n'abordera point les grandes questions relatives au mode de propagation de la maladie. Et pourtant, nous ne cesserons de le répéter, que reste-t-il en dehors de ces questions qui puisse nous éclairer utilement sur les mesures à prendre contre le fléau, soit pour en prévenir le retour, soit pour en diminuer les ravages, si ce retour avait lieu? Fort peu de chose assurément.

Quoi qu'il en soit, prenant l'œuvre de M. Marc-Moreau pour ce qu'elle est, et tout en regrettant qu'il n'y ait pas du moins consigné l'opinion quelconque qui est résultée, dans son esprit, des observations qu'il a pu faire pendant la dernière épidémie sur le mode de propagation du choléra, nous allons reproduire les conclusions les plus importantes du travail de cet honorable confrère.

La durée de l'épidémie de 1849, dans le 5e arrondissement, a été de 209 jours (du 11 mars au 6 octobre). Il est mort encore, à la vérité, deux cholériques en novembre dans la Maison de santé.

Sur une population de 93,591, on a compté 1,332 décès, 1 sur 70,26 habitants, ou 14,23 sur 1000. En 1832, la proportion avait été de 14,90 décès sur 1000 habitants.

Le sexe masculin a compté 13,71 décès sur 1000, et le sexe féminin 14,56.

L'enfance et la vieillesse ont donné la mortalité la plus élevée; l'époque de la vie où elle a été la moins forte est celle de 15 à 25 ans.

La durée moyenne de la maladie a été de 50 heures 55 minutes.

La mortalité des professions qui s'exercent à l'extérieur a été à celle des professions intérieures ou sédentaires comme 1 est à 6.

La mortalité des quartiers faubourgs (habités en général par la population la plus pauvre) a été à celle des quartiers-ville comme 5 est à 3. En 1832 cette proportion n'avait été que de 5 à 4.

Les décès ont été plus nombreux dans les étages inférieurs des maisons que dans les supérieurs. A ce propos, un fait remarquable est signalé : les rez-de-chaussée et les quatrièmes étages n'ont eu, ceux-là que 12,92, ceux-ci que 12,14 décès sur 1000, tandis que les premiers étages ont compté 29,05, les deuxièmes 18,36, et les troisièmes 16,03.

« La misère de la population, continue M. Marc-Moreau dans son résumé, a été la principale cause de l'excès de mortalité. Après la misère, mais à un moindre degré, vient, comme cause d'augmentation de décès, l'insalubrité des lieux et des choses. Si la misère se trouve, comme presque toujours, combinée à l'insalubrité des localités, la mortalité devient très-forte. L'aisance de la population atténue en partie les effets des localités insalubres, comme aussi l'indigence annihile les avantages des lieux salubres. »

Sur 809 maisons qui ont eu des décès de cholériques, 504 en ont compté 1 seul. Les maisons à décès multiples (et il en est qui ont eu jusqu'à 8, 10 et même 12 morts) ont presque sans exception offert à M. Moreau les dispositions suivantes : cours étroites, mal aérées; corridors, escaliers sombres et sales, sur lesquels refluent les liquides des cabinets d'aisance mal tenus, exhalant une odeur insupportable (p. 49, 52).

Ces dernières observations se recommandent à qui de droit. Le médecin ne peut, hélas! que signaler les funestes conséquences d'un semblable état de choses.

PELLARIN.

— M. le docteur Caffe a publié, dans le dernier numéro du JOURNAL DES CONNAISSANCES MÉDICALES, une notice intéressante sur un médecin suisse mort récemment à Paris : le docteur Jecker. Ce médecin avait acquis au Mexique une grande fortune dont il faisait le plus noble usage; de retour en Europe et habitant Paris depuis 1845, il est décédé il y a un mois. Le 13 mars, veille de sa mort, il fit venir M. Crossé, notaire, auquel il dicta son testament. Entre autres clauses, il a voulu que le Musée de Paris et la Bibliothèque nationale pussent choisir parmi ses tableaux, ses gravures et parmi ses livres, tout ce que ces deux établissements publics désireraient posséder et dont ils n'auraient pas déjà un exemplaire. Les legs faits par le docteur Jecker s'élèvent à la somme de 700,000 fr., dont les principaux sont : 200,000 fr. à l'Académie des sciences, pour fonder un prix à decerner à l'auteur du meilleur traité de chimie organique; 100,000 fr. aux hospices de Paris; 100,000 fr. à l'hôpital de Porentruy, ville natale de M. Jecker. Le surplus de sa fortune, qui constitue une somme de 2 millions, est réservé à la famille du défunt.

Le rédacteur en chef, JULES GUÉRIN.

REVUE HEBDOMADAIRE.

CONCOURS POUR UNE CHAIRE DE CLINIQUE CHIRURGICALE A LA FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS. — CONCLUSION.

Victrix causa Diis placuit, sed victa Catoni...

Il nous restait à rendre compte de trois argumentations pour compléter l'histoire critique de cet intéressant concours, et nous croyions avoir le temps de le faire avant le prononcé du jury, qui d'ordinaire laisse quelques jours d'intervalle entre les épreuves et le scrutin pour l'appréciation des titres antérieurs. Voulant sans doute abréger l'anxiété des candidats, il a cette fois brusqué le dénoûment. M. Michon, le dernier argumenté, avait défendu sa thèse mercredi à quatre heures, et le même jour, à neuf heures du soir, on procédait à la nomination du nouveau professeur. Après quatre tours de scrutin, M. Nélaton a réuni la majorité des voix.

Un pareil résultat a de quoi étonner, et pour ceux de nos lecteurs qui vivent loin du théâtre de la lutte, il sera incompréhensible. Il est, en effet, nous le reconnaissons, complétement en désaccord avec l'opinion que la GAZETTE MÉDICALE a dû donner des candidats, de leurs titres antérieurs, de leurs épreuves cliniques, de leurs thèses, de leurs argumentations et surtout de la nature de leur mérite relatif. Si nous nous bornions à enregistrer ce résultat sans commentaires, il serait en quelque façon la condamnation d'une critique qui, après vingt années d'efforts consacrés à la défense de la science et de la vérité, s'exposerait à être taxée d'erreur, d'engouement, de partialité peut-être. Sans autre autorité que celle de nos raisons, et en contradiction flagrante avec la majorité d'un jury dont chaque membre est un maître, nous éprouvons donc le besoin, non de critiquer le choix qui a été fait, mais de motiver nos préférences. Cette espèce de justification ne sera pas vue sans intérêt par nos lecteurs. Habitués depuis trois mois à nos appréciations, associés peut-être à nos sympathies et à nos espérances, ils voudront s'expliquer la cause de notre échec commun, et ils seront heureux de croire que cette fois, comme toujours, ils auront été entraînés avec nous pour le bon droit et la vérité.

Nous aborderons résolument le côté des choses et le côté des personnes.

L'École de Paris, personne ne le conteste, est en opposition de doctrines, d'habitudes scientifiques et de sympathies personnelles avec l'École de Montpellier. En raison même de la nature de son esprit, elle ne se rend pas bien compte de ses tendances; elle ne les formule ni en principes ni en applications. Elle se conduit en quelque façon instinctivement dans une voie dont elle laisse à d'autres de préciser le commencement et la fin. Mais l'esprit qui la caractérise ne se montre jamais avec plus de force que dans les circonstances qui le mettent précisément en cause : elle est alors comme dominée par l'instinct de conservation. Elle est ce qu'elle est, et résiste opiniâtrément à toute cause qui tend à porter atteinte à son homogénéité. Telle était et telle devait être la disposition de l'École de Paris, lorsque M. Bouisson, professeur à la Faculté de Montpellier, s'est présenté pour concourir. Cette démarche, tout honorable qu'elle était pour l'École de Paris, tant à cause de la déférence que de la confiance qu'elle montrait de la part du professeur d'une Faculté rivale, n'obtint cependant aucune sympathie. Dès le premier jour, il n'y eut que blâme pour cette audacieuse témérité. Au milieu de ce concert de réprobation, la GAZETTE MÉDICALE fut seule à encourager une tentative dont le moindre avantage serait de jeter de l'éclat sur une lutte d'ordinaire assez monotone. Le succès ne tarda pas à justifier nos espérances. Dès les premières épreuves, le talent du professeur, l'élévation de ses idées, mariés à la précision de ses connaissances, une certaine noblesse de caractère répandue dans toutes ses paroles, ne tardèrent pas à lui concilier les sympathies de l'auditoire. Jusque-là on ne l'avait considéré que comme un candidat intéressant à entendre, mais non comme un concurrent à craindre. Cependant, à mesure que les épreuves se sont succédé, on put voir que la Faculté de Paris se trouverait dans une position difficile, obligée de compter avec son nouvel hôte, sous peine de laisser mettre en question ses lumières ou sa justice. Les hommes éminents du jury le comprirent ainsi, car ceux-là même que l'opinion a coutume de compter parmi les notabilités chirurgicales de l'époque furent des premiers à pencher vers une supériorité qu'ils avaient, mieux que les autres, le privilége de comprendre. C'est à partir de ce moment que la lutte devint sérieuse entre le représentant de l'École de Montpellier et les plus chers enfants de l'École de Paris. Si nous avons été historien fidèle du débat, on a vu constamment, d'un côté, un coup d'œil sûr au service d'un diagnostic sévère; une conception générale de l'idée fécondée par une connaissance approfondie des faits; ce mélange heureux de théorie et de pratique qui dénote à chaque pas l'éducation de l'expérience entée sur celle de l'esprit, et la hardiesse du chirurgien éclairée par la sagesse du médecin. De l'autre, au contraire, l'absence systématique de toute vue d'ensemble à peine rachetée par la précision des détails; une certaine fermeté dans l'observation des faits matériels, mais dépourvue de toute généralité étiologique qui leur donne la signification et l'étendue; et en conséquence de ces qualités et de ces défauts, un grand abus des moyens chirurgicaux aux dépens de la médecine et des malades. Nous n'exagérons rien, nous ne faisons que résumer nos impressions et celles du public sans doute. De la part du représentant de Montpellier, on avait remarqué cependant une certaine tendance à l'éclectisme, à l'esprit de fusion, caractérisée par une disposition non douteuse à voir les choses de préférence par leur côté anatomique. Cette disposition, que pour notre part nous n'avons pas toujours approuvée, semblait devoir être un gage de conciliation aux yeux de la partie prévenue du jury. Il n'en a pas été ainsi. A mesure que la discussion des thèses a mieux dessiné encore une supériorité que la comparaison plus éloignée des autres épreuves pouvait avoir laissée douteuse, les préventions systématiques de l'École ont augmenté; à tel point que la question de science s'est presque changée en une question de patriotisme. On ne pouvait se faire à l'idée que l'École de Paris se résignât à choisir un étranger au détriment de ses propres enfants. Nous avons entendu des personnes déclarer qu'un tel acte serait à tout jamais une reconnaissance formelle d'infériorité de la part de l'École de Paris, et partant la déchéance de sa supériorité sur toutes les écoles de France et du monde entier. Cet argument devait faire une vive impression. Il était capable de commander les plus grands sacrifices à la conscience de certains juges; car nous en connaissons qui ont été jusqu'à confesser avec une franchise digne d'un meilleur but, que, rendant hommage à la supériorité de l'esprit, des titres et des épreuves de M. Bouisson, ils se croyaient obligés de voter contre lui. Telle est donc la cause principale qui a neutralisé le beau succès obtenu par le courageux professeur de Montpellier. Cette interprétation, nous nous faisons un devoir de le reconnaître, n'est pas celle qui sera adoptée, même de bonne foi, par ceux-là même qui y ont donné lieu. Pour un certain nombre

---

Feuilleton.

SUR QUELQUES MODIFICATIONS A APPORTER AU MODE ACTUEL DE CONCOURS ADOPTÉ PAR L'ADMINISTRATION DES HÔPITAUX DE PARIS, ETC.

A M. le Directeur général de l'assistance publique.

Monsieur le directeur,

Tout le monde médical, juges et concurrents, convient que le mode de concours suivi actuellement, pour l'admission aux places de médecins et de chirurgiens des hôpitaux, est mauvais, défectueux, mais personne jusqu'à ce jour n'a voulu dire tout haut ce qu'il pense et dit tout bas : « Ne faut-il que délibérer, a dit la Fontaine, la cour en conseillers foisonne; est-il besoin d'exécuter, l'on ne rencontre plus personne. » C'est surtout dans le cas dont nous nous occupons que cette morale de notre grand fabuliste trouve son application. En effet, qu'on écoute tous les candidats aux places du bureau central, ils vous diront en particulier ce que pas un n'osera publier, d'abord par crainte de déplaire à tel ou tel et de s'en faire un ennemi dans un concours, ensuite dans l'espoir de profiter pour son propre compte de l'influence de tel ou tel s'il devient juge, et encore par mille autres petites considérations que nous nous proposons d'indiquer chemin faisant. Cependant si personne ne parle, les abus continueront, et cela quand il existe, selon nous, un moyen bien simple d'obtenir justice, de mettre juges et candidats très à l'aise, et de faire que la partialité des juges et l'intrigue des candidats deviennent désormais chose inutile. Aujourd'hui qu'on dit, qu'on affirme, qu'on assure que désormais le mérite seul triomphera, que l'incapacité et l'intrigue sont à tout jamais bannies; que corrupteurs et corrompus sont de par la force des choses devenus honnêtes et vertueux; en un mot, que vérité, justice et probité seront plus que des mots, permettez-nous, M. le Directeur, de vous exposer comment il est possible qu'un concours soit juste, honnête, même avec des gens qui auraient encore des idées et des habitudes du vieux temps, le temps des protecteurs et des protégés; car jusqu'à présent les concours n'ont eu trop souvent que la forme et les apparences de la vérité; et pouvait-il en être autrement, quand il était passé en principe, pour certains hommes qui d'ailleurs l'avouaient hautement et le répétaient à qui voulait l'entendre, que ne pas soutenir les siens ou ses amis quand même, est sottise et absurdité? Pourrait-on leur en faire un reproche, à eux qui sont arrivés par l'intrigue et la faveur? ils sont conséquents avec eux-mêmes. Qui ne se rappelle encore cette honnête maxime d'un ancien professeur de la Faculté, qui disait aux concurrents qui allaient lui demander sa protection : « Vous avez grand tort de concourir, c'est un temps précieux que vous perdez; retournez dans votre pays, vous ferez bien mieux. Les places de la Faculté et des hôpitaux sont pour nos fils ou nos neveux, et, à leur défaut, pour les fils ou les neveux de nos amis. » Cette maxime a survécu, elle est encore en usage pour bien des gens qui la répètent et la suivent très-religieusement. Notre but, en la combattant, est de fournir le moyen de l'annihiler.

de personnes, cette supériorité que nous proclamons comme incontestable, comme évidente, n'a pas été aperçue, au moins au même degré par tout le monde; et il est peut-être, parmi les juges, quelques consciences timorées qui sont parfaitement à l'aise d'avoir mis dans l'urne un vote contre M. Bonisson. Nous sommes très-disposé à l'admettre; mais, obligé de motiver nos convictions en regard de ces convictions négatives, nous leur dirons qu'il y a trois sortes de juges : ceux qui comprennent, ceux qui ne comprennent pas, et ceux qui ne veulent pas comprendre. Nous leur laissons, à charge de revanche, le droit de nous placer dans la catégorie qui leur plaira. Rassurons nos lecteurs cependant sur les conséquences de notre abnégation, en leur faisant connaître les membres de la minorité du jury avec qui nous avons eu l'honneur de succomber.

Aux deux premiers tours de scrutin, les voix ont été réparties comme il suit :

Pour M. Bouisson, 3 voix : MM. Bégin, Reveillé-Parise et Velpeau.

Pour M. Michon, 4 voix : MM. Bouillaud, Hervez de Chégoin, Moreau, Larrey.

Pour M. Nélaton, 3 voix : MM. Denonvilliers, Laugier, Rostan.

Pour M. Robert, 2 voix : MM. Gimelle, Malgaigne.

Au troisième tour, M. Bonisson a encore conservé ses trois voix; les deux de M. Robert se sont reportées sur M. Nélaton, et au scrutin de ballottage entre MM. Michon et Nélaton, le premier a eu 5 voix et le second 7.

Que M. Bonisson se console donc de sa défaite : il a eu pour lui la tête de la chirurgie de l'Académie de médecine, la tête de la chirurgie de la Faculté de Paris, le vétéran de la presse médicale; et nous ajouterons, avec la certitude de n'être contredit par personne, il a eu pour lui l'opinion publique. Qu'il se console donc; car sa défaite est une victoire, et il peut partir en se rappelant le vers fameux :

Victrix causa Diis placuit, sed victa Catoni.

Jules Guérin.

MALADIES NAVALES.

Études sur les maladies maritimes; par M. Dutroulau, médecin en chef de la marine (service colonial).

(Suite. — Voir les numéros 33 et 37, année 1850.)

COLIQUE VÉGÉTALE.

Suivant l'idée qu'on s'était faite de sa nature, ou suivant le lieu où elle a été observée, la colique végétale a été désignée sous des noms très-divers. Aujourd'hui cette dénomination est adoptée par tous les médecins de la marine, à l'exception de quelques-uns d'entre eux qui ont conservé le nom de *névralgie du grand sympathique*, introduit par M. Segond dans la pathologie navale. Pour ces derniers, l'avantage de trouver une théorie toute faite sur la nature d'une maladie si difficile à déterminer, l'a emporté sur l'esprit d'analyse et d'observation directe que plusieurs d'entre eux avaient apporté dans l'étude des autres maladies épidémiques. Le roman qu'a bâti M. Segond sur cette maladie, avec les couleurs de son imagination et la facilité de son style, n'a été pour eux qu'une cause d'entraînement; car, il faut le dire, en médecine, plus une chose est obscure, plus la forme dont on l'enveloppe rend facile sur le fond. Mais quelques esprits plus sévères sont sortis de cette voie; par une analyse des faits plus indépendante, ils ont ouvert à leurs confrères un champ nouveau d'observations où ceux-ci n'hésiteront pas à les suivre. Il nous suffira de citer MM. les professeurs Raoul et Ange Duval.

La colique végétale est d'ailleurs une maladie qui doit sérieusement exciter l'attention du médecin navigateur, afin qu'il se fasse sur sa nature et sur son mode de développement des idées assez exactes et assez arrêtées pour être en mesure de la prévenir ou de la modifier convenablement, selon les cas. Si nous l'avons considérée comme une maladie de la navigation, c'est qu'elle semble suivre le navire dans quelque région qu'il se trouve, aux pôles comme sous l'équateur, dans l'océan atlantique comme dans l'océan indien. On l'a observée aux Antilles, à Cayenne, au Brésil, dans la Plata, à la côte ouest d'Afrique, à Madagascar, dans l'Inde, en Chine, à la Nouvelle-Zélande. Il ne faudrait pas en conclure cependant qu'elle n'existe pas à terre; elle est même endémique dans plusieurs localités visitées par nos navires de guerre. Mais ce qui est incontestable, c'est qu'elle règne bien plus souvent épidémiquement à bord qu'à terre, et qu'elle emprunte alors une gravité que ne semblent pas lui accorder les médecins qui l'observent à terre. Pour nous, depuis onze ans, nous ne l'avons vue que rarement, et isolément à la Martinique, tandis que quelques navires fréquentant ces parages, en ont été cruellement atteints. C'est pour ces raisons que nous en faisons une maladie plus particulière à la navigation.

La plupart des chirurgiens-majors de la marine, adoptant sans contrôle cette idée de *névralgie du grand sympathique* sur la nature de la colique végétale, se sont dispensés d'entrer dans des développements sur l'analyse des symptômes qu'ils ont eus à observer, en référant toujours aux explications données par M. Segond. Aussi est-ce au travail de M. Raoul, le plus complet et le plus intéressant sur ce sujet, que nous emprunterons la plupart des citations que nous aurons à faire. D'après ce qui s'est passé à la côte ouest d'Afrique, sur les trente bâtiments tant à vapeur qu'à voiles qui composaient la station, on pourra former son jugement sur la maladie observée partout ailleurs; nous aurons au reste le soin d'ajouter à ces observations celles qui auront été faites sur d'autres points, et qui pourront offrir quelque intérêt.

A la station d'Afrique, en 1846, la colique végétale a atteint 112 hommes sur un effectif de 2,731; elle a fait 12 victimes, et 12 invalides ont dû être renvoyés en France. Sur ces 12 décès, 7 appartiennent à un seul navire, l'*Espadon*; ce qui prouve que cette maladie peut quelquefois atteindre un degré de léthalité tout particulier et hors de proportion avec ce qui a été observé à terre, au Sénégal, par exemple, par M. Calvé. Mais n'est-on pas autorisé à croire que souvent la mort a été attribuée à la paralysie, aux convulsions, au délire, au coma, sans avoir égard à la maladie première, la colique, dont ils n'étaient que des accidents des symptômes ou des conséquences?

Le lieu où se trouve le navire a aussi de l'influence sur le nombre et la gravité de la maladie. A la côte d'Afrique, c'est le golfe de Bénin qui jouit de ce fâcheux privilége. A Madagascar, Mayotte aurait été particulièrement funeste aux bâtiments de la station, et surtout à l'*Arthémise*, qui a été cruellement frappée d'après un rapport récent de M. Saillour. C'est à Ma-

Nous allons démontrer qu'avec le concours tel qu'il est établi aujourd'hui, les épreuves ne signifient plus rien et qu'elles n'ont lieu que pour la forme, afin de donner aux décisions de certains juges des apparences de justice. Tout le monde sait aujourd'hui qu'un concours étant ouvert, le candidat ou les candidats qui seront nommés sont désignés, à l'avance, *dès que le jury est connu.* Cette remarque s'est sonvent confirmée; à la rigueur il peut en être ainsi, si les épreuves du concours donnent raison à ce jugement par anticipation, mais il est rare que la justice n'ait pas à se plaindre du résultat. Quelques personnes diront : Comment les nominations peuvent-elles être faites injustement? la chose ne nous paraît guère possible, puisque chaque épreuve est jugée, appréciée, estimée, chiffrée à sa juste valeur; que des points sont donnés séance tenante, et qu'à la fin des concours les points de chaque épreuve sont alignés, additionnés, et la palme accordée à celui ou ceux qui ont la plus grosse addition. En suivant cette marche, il est donc tout à fait impossible de ne pas faire surgir le premier d'entre les candidats. En effet, M. le Directeur, le concours tel qu'il est institué *paraît*, aux yeux de certaines personnes, réunir toutes les conditions d'équité, et bien des gens croient que quiconque arrive par le concours est toujours le plus digne et le plus capable; mais quand on a suivi les concours et vu les choses de près, on découvre bien vite *les ficelles* qui font que le concours tel qu'il est n'est qu'une institution mauvaise qui, avec des juges sans équité, peut faire arriver le plus faible et le moins digne de tous les concurrents. Permettez-nous de vous apprendre la manière de se servir *honnêtement* du concours pour faire arriver un protégé. Voici à peu près comment on procède. D'abord il est bon de vous dire que dans tout concours il y a une coterie qui s'entend, se comprend à demi-mot; il y a ce qu'on nomme les *meneurs.* Une voix se paye ou s'achète par une voix ou plusieurs, c'est-à-dire qu'un juge influent qui veut *pousser* son candidat promet sa voix ou celle dont il dispose pour un autre candidat également protégé, et *vice versâ.* Cet échange de bons procédés peut s'appeler *le marché des voix.* D'autres fois, c'est un juge professeur, membre de l'Académie de médecine ou de l'Institut, il se sert de l'influence de sa position en laissant espérer aux juges, candidats au professorat, à l'Académie, etc., qu'il leur sera favorable quand l'occasion s'en présentera, *s'ils votent bien*; et bien voter, c'est soutenir le candidat *poussé* par le juge puissant. Il arrive même assez souvent que le juge bien posé n'a pas la peine d'étaler sa puissance, les hommes qui s'empressent d'aller au-devant de ses desseins ne sont pas rares : ce sont des avances sur lesquelles ils espèrent de gros bénéfices. La coterie ou les meneurs étant bien d'accord, le résultat du concours est infaillible. Voici ce qui a lieu : suivez bien. Le maximum des points pour chaque épreuve est de vingt points. Il y a plusieurs combinaisons ingénieuses que l'esprit raffiné d'Escobar n'aurait pas mieux trouvées en se réservant, bien entendu, le mérite de passer pour un saint homme. Première combinaison. Je suppose un candidat *bien-aimé* passant le premier. Il fait mal : pour avoir l'air d'être juste on lui donnera dix points; un candidat non soutenu vient après et fait très-bien, il établit même une grande différence entre eux; alors, pour sauver les apparences de la justice, on le pointera mieux; mais ce mieux sera d'un point ou deux seulement, on lui donnera onze ou douze points. S'il passe aussi mal ou plus mal, je ne vous dis pas ce que l'on fera, vous le devinez, *on le crucifiera*, ce qui veut dire éliminer, en termes du jury; son épreuve le met hors du concours. Quelque chose qu'il fasse,

nille, d'après M. Ragot, que les bâtiments de l'Inde ont le plus à souffrir de la colique végétale.

Sur les vingt et un navires qui en ont été atteints à la côte d'Afrique, on compte sept bâtiments à vapeur, c'est-à-dire tous ceux de la division. Au dire de M. Grimal, le *Crocodile* et l'*Archimède*, à Madagascar, en 1846, eurent tous leurs chauffeurs frappés à plusieurs reprises.

Toutes les professions ne souffrent pas également de la colique et de ses suites. Sur 112 hommes atteints, M. Raoul cite 6 officiers, 3 soldats, 6 coqs (cuisiniers de l'équipage), 5 boulangers, 31 marins, 22 chauffeurs et mécaniciens, 4 cuisiniers, 8 cambusiers, 5 domestiques, 9 maîtres ou sous-officiers, 2 chandronniers, 3 forgerons, 4 infirmiers, 2 magasiniers. Le chiffre de la mortalité n'est pas en rapport avec celui des maladies dans chaque classe, et ce sont les matelots et les maîtres qui ont offert le plus élevé. Mais cela est dû surtout à ce que les matelots qui ont été frappés habitaient les parties basses du navire, et à ce que les maîtres décédés appartiennent presque tous à l'*Espadon*, qui se trouvait dans des conditions toutes particulières d'insalubrité. M. Raoul fait encore remarquer que les mousses ont été épargnés et que tous les hommes atteints avaient de 25 à 35 ans.

Il avance que l'anémie accompagne toujours la colique et qu'elle entre pour beaucoup dans les accidents qui la suivent, et c'est par elle qu'il explique la fréquence plus grande de cette maladie pour certaines professions. En effet, les hommes qui habitent les parties basses du navire, la cale, les soutes; ceux qui sont exposés au feu des cuisines, des fours, des fourneaux; ceux qui sont particulièrement chargés de l'approvisionnement et de l'alimentation qui, par la nature même de l'atmosphère et de la température au milieu desquels ils vivent, deviennent bientôt pâles, décolorés, débilités, ce sont ceux-là que nous avons vus être le plus souvent frappés.

Les officiers ne sont pas exempts de la colique végétale, mais ils y sont soumis par une constitution particulière, ou en raison de l'affaiblissement causé par des maladies antérieures. Tout le monde sait que le poste des maîtres est un des points les plus mal situés et les moins aérés du navire, qu'ils s'y tiennent presque continuellement et qu'ils ne jouissent pas d'une réputation bien établie de tempérance.

Enfin, les marins qui, par la nature de leurs travaux, sont les plus exposés aux intempéries de l'atmosphère et aux variations de température, mais qui trouvent dans le temps qu'ils passent en plein air, dans leur vie régulière et dans leurs habitudes de propreté, des compensations suffisantes à l'infection des miasmes respirés pendant leur sommeil, n'offrent point le teint blafard et l'apparence anémique qu'on remarque dans les hommes des autres professions; ils sont aussi le moins souvent atteints, ce qui n'aurait pas lieu si la maladie n'était due qu'aux alternatives de chaud et de froid. Nul doute que tous les hommes placés par leur profession dans les conditions d'affaiblissement que nous avons indiquées ne soient plus impressionnables aux variations de température, mais le froid n'agit sur eux que comme cause accidentelle, et l'anémie est la condition première dans laquelle doit se trouver le malade.

M. Raoul dit n'avoir pas vu un seul sujet atteint de colique un peu violemment qui ne fût anémique dès le début du mal, ou longtemps avant, et il voit là les mêmes rapports qu'entre l'anémie des peintres ou des mineurs, et la colique saturnine.

Néanmoins, si le changement de température, si le refroidissement subit d'une partie ou de la totalité du corps ne sont pas la cause première de la colique végétale, il n'en faut pas moins reconnaître que ces variations en sont la cause déterminante la plus puissante; tous les observateurs sont trop unanimes sur ce fait pour qu'il soit permis de le mettre en doute. Il va sans dire que tous les fauteurs des idées de M. Segond ne reconnaissent pas d'autre étiologie, et les excitants spéciaux du système nerveux abdominal ne viennent qu'en seconde ligne. M. Grimal, dont le bon esprit d'observation s'est si souvent fait remarquer dans son rapport de la *Belle-Poule*, et que nous regrettons de compter parmi eux, après avoir développé les raisons qui lui font admettre les variations brusques de température comme cause principale, dit cependant qu'à Madagascar, l'influence des miasmes paludéens était évidente, et que, suivant la saison chaude ou froide, la colique alternait avec la fièvre paludéenne.

C'est qu'en effet les bons esprits ne se sont pas arrêtés à cette cause du refroidissement, et que pour eux il y a autre chose. M. Duval signale une cause inconnue agissant sur l'axe rachidien. M. Raoul croit aussi à une cause spéciale qu'il ne peut déterminer. Les rapports qu'il a recherchés entre la colique et diverses autres affections ne l'ont conduit à aucun résultat. Il est à remarquer que, sur 14 sujets atteints de colique dont le cœur a été examiné avec soin, il en a trouvé 5 porteurs de maladies organiques de ce viscère, dont les symptômes manifestes ne pouvaient pas être confondus avec des effets de l'anémie. Sur 2 sujets, morts des accidents de la colique, et dont il a pu faire l'autopsie, il a trouvé une fois des adhérences générales de la face antérieure du cœur.

La coïncidence de la colique avec la fièvre paludéenne a été remarquée quelquefois, et M. Grimal, qui a vu alterner les épidémies de l'une et de l'autre maladie, repousse la pensée d'attribuer la colique au sulfate de quinine donné dans la fièvre. M. Raoul pense même que, dans quelques cas de colique compliquée de fièvre, le sulfate de quinine triompherait de l'une ou de l'autre.

Dans aucun rapport, nous ne trouvons les relations qui peuvent exister entre la dysenterie et la colique végétale. A la côte d'Afrique, à Madagascar, dans l'Inde, dans les nombreuses épidémies qui ont été observées, il n'est pas fait une seule fois mention de la coexistence de ces deux maladies. Et pourtant, à la Martinique, il s'est présenté, à notre connaissance, deux cas très-remarquables de celle coïncidence. Le premier appartenant à l'*Africaine*, en 1843, qui vint à Fort-de-France avec une épidémie de coliques contractée à Cayenne. Beaucoup des cas qui furent traités à l'hôpital présentèrent la dysenterie succédant à la colique; et M. le médecin en chef Catel, dont les exagérations en matière d'inflammation sont bien connues dans la marine, ne laissa pas échapper l'occasion de signaler le caractère inflammatoire de la maladie, dont il fit une variété de la dysenterie. Le second est celui de la corvette l'*Embuscade*, sur la rade de Saint-Pierre en 1848. Ce bâtiment fut envahi à la fois par une épidémie de coliques sèches et par une épidémie de dysenterie, sans que nous puissions dire laquelle des deux avait commencé, n'ayant pas connu le rapport officiel du médecin du bord. Mais ce dont nous avons pu nous assurer, ayant été appelé à traiter les derniers cas de cette épidémie à l'hôpital de Saint-Pierre, c'est que chez les mêmes malades on observa alternativement la colique et la dysenterie, sans ordre constant dans leur apparition, et que les seuls décès furent dus à la dysenterie. Cette dernière maladie était-elle ici l'accident grave de l'autre? Pour répondre à cette question, il aurait fallu connaître le mode d'invasion de l'épidémie; et la marche des deux maladies; mais il restera toujours ce fait, qu'aux Antilles où la dysenterie est endé-

---

il ne pourra plus se relever, il est mort. — Seconde combinaison. Arrive la seconde épreuve. Le candidat protégé fait passablement une de ces leçons où l'erreur est impossible, alors il aura le maximum, vingt points; si les autres candidats font mieux que lui, et d'une manière marquée, ils n'auront que vingt points, puisque c'est le maximum. Mais s'ils ne font que comme lui, on trouvera toujours quelques défauts à leur leçon, et ils auront quinze à seize points. Dans cette circonstance, l'épreuve d'un candidat non poussé est épluchée avec conscience, je vous assure; on fait ressortir avec insistance les moindres défauts, les plus petites choses sont des fautes graves, grossières. — Troisième combinaison. Si un candidat non poussé passe le premier et fait bien, jamais on ne lui donnera le maximum des points. Dans ce cas on se réserve toujours, sous prétexte qu'il pourrait y avoir de meilleures leçons, et que cela étant, si on lui donnait un chiffre trop élevé, on ne pourrait *justement* chiffrer les autres. Dans la crainte d'être *forcé à une injustice*, on lui donnera seulement dix points. Nous vous ferons observer, M. le directeur, que cette précaution de justice n'est mise en usage que pour les candidats non protégés. Alors si le candidat poussé fait mal, on ne lui donnera qu'un ou deux points de moins, c'est-à-dire huit ou neuf; s'il fait passablement il aura seize à dix-sept points, et mieux, si le protecteur trouve qu'il a bien fait, ce qui arrive toujours.

Dans la quatrième combinaison, les choses se passent autrement. Il s'agit d'une épreuve générale subie par tout le monde, là où les termes de comparaison sont plus faciles à saisir et où la coterie éprouve plus d'embarras. Dans cette épreuve, le candidat ou les candidats protégés font mal et les autres bien mieux; alors la coterie déclare l'épreuve faible et mauvaise, le maximum de cette épreuve ne dépassera pas dix points... Sans que nous vous le disions, vous voyez la finesse de ce tour de force... Il en advient que celui ou ceux qui ont bien fait ne peuvent avoir que dix points, c'est-à-dire juste autant qu'on en donne aux candidats protégés dans les épreuves où ils ne sont pas heureux. Si au contraire, dans cette épreuve, les recommandés font passablement, l'épreuve est considérée comme très-supérieure, alors le maximum sera vingt points; d'après cette heureuse machination, il en résulte que les uns avec de bonnes leçons n'ont jamais que dix points, que les autres avec de mauvaises leçons ont dix points aussi; qu'ils ont vingt points quand ils font passablement, et jamais moins de huit ou neuf points quand ils font plus mal que les autres..... Maintenant, quand arrive l'addition, vous devinez le résultat.... Puis ceux qui ont suivi, noté religieusement les épreuves du concours, sont pris du plus grand étonnement quand ont lieu les nominations. Entre plusieurs exemples, nous prendrons le suivant: Soit l'épreuve de la question écrite, l'épreuve la plus importante d'un concours pour bien apprécier, bien comparer, bien juger les candidats. Une composition médiocre, même faible, est lue la première, elle appartient à *un bien-aimé*: on la cote dix-neuf points. Une autre composition ayant une valeur bien supérieure à la copie chiffrée dix-neuf points, est lue le lendemain ou les jours suivants; elle ne peut obtenir que vingt points, c'est-à-dire le maximum, et un seul point de plus que celle qui est loin de la valoir, ou bien cette copie n'est souvent pas pointée, parce qu'il est arrêté déjà par les meneurs que son auteur ne peut plus être nommé, car, dans ce cas, les nominations sont faites, décidées, avant la fin des épreuves. Mais enfin, en supposant même que le jury voulût bien donner des points à cette copie hors ligne, comment pourrait-il le faire avec justice, puisque

mique et offre une gravité toute particulière, elle accompagne souvent les épidémies de coliques.

Les rechutes, comme on le sait, constituent un des caractères les plus fâcheux de la colique végétale. Presque toujours, en effet, la première attaque est légère, et ce n'est qu'après une ou plusieurs rechutes qu'on voit se manifester les accidents graves. A la côte d'Afrique, sur 112 hommes atteints, 38 ont présenté des rechutes; à Madagascar, d'après M. Saillour, elles ont été beaucoup plus nombreuses. Des accidents consécutifs, le plus fréquent est la paralysie générale ou partielle; puis viennent les tremblements des membres, les convulsions, le coma, le délire. Le degré de gravité de ces accidents doit être pris en sens inverse de celui de leur fréquence.

Il n'entre pas dans le plan de ce travail de donner une description détaillée des symptômes que nous supposons parfaitement connus des médecins de la marine. Nous dirons seulement, avec MM. Raoul, Duval et quelques autres, que leur histoire est la même que celle de la colique de plomb, et qu'on peut puiser dans les traités de cette maladie tout ce qui se rapporte à la symptomatologie de la colique végétale. Aussi ces médecins se sont dispensés de la donner, et ceux qui ont cru devoir le faire ont généralement confirmé l'identité des symptômes des deux maladies.

M. Raoul, tout en disant que les éléments lui manquent pour donner une démonstration rigoureuse de la nature et du siége de la colique végétale, avoue cependant que la paralysie, le délire, le coma, les convulsions trahissent bien évidemment un état morbide primitif ou secondaire du cerveau et de la moelle, des nerfs eux-mêmes, et dans l'examen des symptômes de la colique simple, il en trouve une preuve de plus. Il n'a pu faire que deux autopsies, et dans les deux cas le cerveau et une partie de la moelle étaient malades; mais, outre qu'il est difficile de former son jugement avec aussi peu d'éléments, il dit encore qu'il est impossible de savoir si ces altérations sont la cause des désordres ou la conséquence de l'anémie profonde dans laquelle tombent les malades. La promptitude des accidents ou de la guérison chez des malades qui paraissaient désespérés doit mettre en garde contre la valeur de ces lésions anatomiques.

M. Ange Duval est beaucoup plus positif; et bien qu'il n'ait pas eu à faire d'autopsie et qu'il ne s'appuie que sur l'observation clinique, il n'hésite pas à regarder la colique sèche comme une maladie de la moelle épinière, caractérisée par une paralysie momentanée ou durable des filets moteurs qui en partent pour se rendre à la tunique musculeuse de l'intestin, et par l'exagération des propriétés vitales des faisceaux sensitifs. Cette opinion est basée sur la prédominance des symptômes de la vie de relation dans cette maladie, et sur l'absence presque complète de ceux fournis par la vie de nutrition. Dans l'épidémie qu'il a observée à bord de la frégate *la Sirène*, dans l'Inde, en 1844, il remarque sur vingt-cinq hommes un cortége de symptômes qui ne fut que le premier degré de la maladie, et qui était formé par les douleurs vives, *crampoïformes*, dans les extrémités inférieures, la faiblesse musculaire générale, les sueurs froides, les défaillances, le pouls petit, serré; le délire vague par moment, les vomissements bilieux fréquents, l'épigastralgie, les battements du tronc cœliaque, la constipation opiniâtre. Ici, dès le début, les symptômes qui dépendent de la vie de relation étaient prononcés.

Nous appelons tout particulièrement l'attention des chirurgiens de la marine sur cette manière d'envisager le siége de la colique végétale, par MM. Raoul et Duval.

Le traitement de la colique simple, qui est la forme que présente presque toujours la maladie au début, a varié infiniment à bord des navires, mais s'est pourtant rapproché plus ou moins de celui de la colique des peintres. Presque tous les jeunes chirurgiens qui se trouvent pour la première fois en présence d'une maladie dont les affreuses douleurs sont si impatiemment supportées par les malades, éprouvent le désir bien légitime de les soulager le plus promptement possible, et s'empressent à cet effet à mettre en usage les médicaments les plus actifs de leur pharmacie. Ils savent d'ailleurs que la douleur est au début le seul symptôme, et qu'elle dure tant que dure la constipation. Faire cesser la constipation, voilà donc le but de tous leurs efforts. Mais les médecins qui exercent dans les pays où la colique est endémique, ceux qui naviguent depuis longtemps, et qui ont pu l'observer plusieurs fois à bord, ont acquis la conviction que ces efforts restent bien souvent impuissants, et qu'ils ne servent même quelquefois qu'à ajouter aux souffrances du malade. Ils savent que cette première atteinte a une durée presque fatale, quelque chose qu'on fasse; qu'elle est de cinq à sept jours, et que jusque-là on ne peut guère espérer qu'aider le malade à souffrir. Dans ce but, les bains prolongés qu'on remplace à bord par les demi-bains, les fomentations émollientes, les frictions diverses, les lavements huileux, les opiacés à dose fractionnées, sont les moyens dont ils se trouvent le mieux. Ce n'est que quand le terme probable des douleurs est arrivé que la thérapeutique vient efficacement au secours de la nature. On ne pourrait pourtant blâmer le médecin qui céderait à la violence des douleurs et qui redouterait des accidents consécutifs, de faire tous ses efforts pour abréger ou conjurer le mal; mais il ne devrait pas oublier qu'il s'expose à aggraver inutilement les souffrances du malade: il y a quelquefois du courage à attendre en médecine.

Il a été constaté que la douleur dure aussi longtemps que la constipation, et qu'elle disparaît ordinairement en même temps qu'elle; c'est donc à la constipation que doit d'abord s'adresser le médecin. Pour atteindre ce double but, atténuer les douleurs, provoquer les évacuations, les opiacés et les purgatifs résument à eux seuls toute la thérapeutique; mais ils ne sont pas appliqués de la même façon par tout le monde. Beaucoup de praticiens proscrivent l'opium, et M. Raoul dit l'avoir administré à hautes doses sans en retirer aucun avantage. En général, ceux qui l'emploient n'en font qu'un auxiliaire des purgatifs et non la base du traitement; tous s'accordent à dire qu'il faut l'employer à hautes doses. On préfère même, pour l'administrer, la voie endermique; et à cet effet on applique soit sur les lombes, soit sur l'abdomen, de larges vésicatoires qu'on panse avec d'assez fortes doses de sel de morphine. M. Raoul préfère la belladone appliquée par la même méthode; il en a obtenu de très-bons effets contre la douleur des lombes et des membres. Le vésicatoire n'est pour presque tous qu'un moyen de faire absorber le narcotique; mais peut-on bien faire la part de chacun de ces agents dans le genre de maladie qui nous occupe? Et si la colique est une névralgie de la moelle, le vésicatoire volant n'a-t-il pas au moins autant d'action que le narcotique?

C'est par ces moyens qu'on a dû préparer l'action des purgatifs qui doivent être administrés aussitôt après. Mais on n'est pas d'accord sur celui qu'on doit préférer, et tous les purgatifs ont été employés avec des succès variables, depuis les plus faibles jusqu'aux plus forts. Cependant ceux qui se rallient aux idées de M. Segond emploient de préférence les pilules d'aloès, de calomel et de savon médicinal. Quant à M. Duval, d'après ce qu'il a observé dans l'Inde, aucun purgatif ne peut être comparé à l'huile de ricin, qu'il décore même du nom de spécifique. Nous ne devons pas

---

le maximum des points étant de vingt, on ne peut *jamais* donner que le maximum, et entre une copie qui ne vaut rien et une qui est très-bonne, il n'y a que la différence d'un point. Ces dix-neuf points accordés à la composition d'un candidat protégé sont souvent le résultat d'un calcul et dans l'intention d'atteindre au chiffre nécessaire pour une nomination. C'est surtout dans cette dernière épreuve que se font sentir les besoins d'une mauvaise cause. Les compositions écrites sont les seules pièces qui restent d'un concours; il serait curieux de les faire imprimer, avec le nombre de points donné par un jury, le public médical jugerait et les candidats et les juges... Mais continuons notre investigation.

Dans la répartition des points que nous venons d'indiquer, nous n'avons supposé que deux candidats; mais comme il y en a toujours un grand nombre, les juges se trouvent bien moins embarrassés, car les épreuves du protégé ne peuvent pas être comparées avec celles de tous les candidats, lesquels ne peuvent passer le même jour et avec les mêmes chances de malades; de façon que si le protégé a le bonheur de passer avec un candidat qui fait mal, sa position devient meilleure d'autant; et, soyez-en sûr, ceux qui passeront le lendemain, le surlendemain, auront beau faire bien, leurs épreuves ne seront jamais mises au niveau des chiffres du protégé: on ne perd jamais de vue ses points. Vous le voyez, monsieur le directeur, avec le système élastique du mode actuel du concours et de telles combinaisons, il est facile de faire arriver qui l'on veut; de plus, par les escobarderies que je viens de vous signaler, on sauvegarde les formes du concours et les apparences de la justice.

Pour moins éveiller les soupçons sur ces profondes combinaisons, pour faire taire les juges impartiaux qui se trouvent dans un concours, pour endormir les candidats, on permet toujours à quelques-uns *non poussés* d'approcher de la tête du concours; il est même de bonne tactique de leur laisser prendre de temps en temps la supériorité d'un point ou deux; on cherche en agissant ainsi à faire croire aux candidats et au public que le concours est une véritable lutte, que tout s'y passe avec la plus grande équité. Mais défions-nous de ces ruses, et répétons avec le poëte latin: *Timeo Danaos, et dona ferentes.* Mais arrive la dernière épreuve, c'est la plus importante, au dire de certains juges: d'elle dépendra la nomination. L'épreuve a lieu, les protégés ne font pas mieux, et toujours on leur donne juste assez de points pour que la somme totale de leur addition soit supérieure d'un ou deux points à celle des autres candidats. Cette dernière épreuve est le moment critique; toutes les mesures sont prises avec soin, bien réfléchies, bien calculées... Le grand *meneur* d'un concours se remue s'agite, il va, il vient, prend le bras à l'un, donne la poignée de main à l'autre, entraîne celui-ci à part, arrête celui-là au passage... Chaque membre de la coterie a été disposé... On se parle à l'oreille, le mot d'ordre est donné, chacun consulte avec intérêt et *conscience* son bulletin de points .. et la farce est jouée.... Ce manége, curieux à observer, fait mal à voir, car s'il dénonce les membres de la coterie, il jette en même temps l'inquiétude et le désespoir dans l'âme des malheureux candidats sacrifiés, dont ces manœuvres déloyales ont brisé l'avenir. Je suis persuadé, écrivait dernièrement un de nos confrères, que ces juges, si coupables dans leur protection, reculeraient devant l'idée d'enlever à des candidats, à des confrères, leur fortune ou une partie de leur fortune; croient-ils être moins injustes en enlevant à ces hommes leur considération, leur honorabilité et leur avenir scientifique qu'ils doivent acquérir par le concours..... Vol d'argent, vol de considération et d'avenir,

passer sous silence le conseil donné par M. Ragot de choisir pour temps d'administration du purgatif, soit par haut, soit par bas, le moment où le malade sort d'un bain prolongé, qui l'a engourdi.

Le vomitif est loin d'être approuvé par la majorité des chirurgiens de la marine, même quand il y a des vomissements bilieux qui sembleraient annoncer une supersécrétion bilieuse. Cependant M. Grimal dit que dans un cas il a suffi pour enrayer les accidents primitifs et même les rechutes. Mais M. Duval regarde les vomissements bilieux comme un accident qu'il faut arrêter lui-même avant d'employer les purgatifs, qui autrement seraient impuissants.

C'est après une première atteinte de colique que le médecin doit surtout apporter le plus grand soin dans la convalescence, et s'efforcer de prévenir une rechute. Le régime, la liberté du ventre, la propreté extrême, l'exercice au grand air, auxquels M. Duval ajoute les excitants sur la colonne vertébrale, devront surtout être conseillés. Les vêtements destinés à préserver des variations brusques de la température, les hommes affaiblis, anémiés, ont aussi une grande importance. D'après M. Raoul, on aura une mesure assez exacte des progrès de la convalescence par la coloration des gencives. Si ces parties reprennent leur couleur rose, si les dents se nettoient, si l'haleine perd sa fétidité, il est certain que l'état général s'améliore et marche vers la santé.

Puisque les professions ont tant d'influence sur le développement de la colique, et qu'en général ce sont ceux qui habitent jour et nuit les parties basses du navire qui y sont le plus exposés, il sera prudent, pour les mettre à l'abri, soit d'une première attaque, soit d'une rechute, de les soustraire au moins pendant la nuit aux influences qui leur sont si funestes, en les faisant coucher dans les parties les plus élevées et les mieux aérées.

Nous avons dit qu'une première atteinte n'est pas beaucoup à craindre dans la colique végétale, mais que les rechutes entraînent après elles des accidents graves. C'est qu'en effet ces accidents sont souvent rebelles à toute médication.

Lorsque les rechutes prennent la forme des affections cérébro-spinales à caractère aigu, comme cela arrive quelquefois, il faut les attaquer comme si ces maladies étaient primitives, tout en ayant égard cependant à l'affaiblissement qu'a déjà éprouvé le malade.

Le tremblement des membres a été inutilement combattu par M. Raoul, à l'aide des saignées locales le long du rachis; il n'en est résulté qu'une augmentation de la faiblesse. La strychnine a été opposée avec des résultats différents à la paralysie. M. Raoul l'a vue déterminer des douleurs atroces et des secousses insupportables, sans amener aucune amélioration. Le coma paraît avoir résisté au feu appliqué le long du rachis, de même qu'au vésicatoire sur le cuir chevelu. L'émétique à haute dose aurait eu, dans ce cas, de meilleurs effets entre les mains de M. Raoul.

L'anémie, qui paraît être la condition la plus favorable au développement de la colique végétale, a été combattue sans succès par les ferrugineux; les amers et les alcooliques n'ont été plus favorables.

Comme on le voit, les ressources contre les accidents si redoutables des rechutes de coliques sont bien restreintes et le plus souvent impuissantes. Ici, comme pour toutes les maladies qui se rattachent surtout aux longues navigations, le remède suprême, celui qui manque rarement son effet, c'est le rapatriement. L'espoir d'un prochain retour en France a une action tellement manifeste sur l'état du malade; que le médecin doit profiter de toutes les occasions qui se présentent à lui de le faire naître. Il peut, par ce moyen, sauver une existence gravement compromise en éloignant du navire un homme désormais incapable de rendre de bons services pendant le cours de la campagne. C'est un nouvel exemple de la puissance du traitement moral appliqué aux maladies de la navigation.

THÉRAPEUTIQUE.

MÉMOIRE SUR LA GOUTTE ET SON TRAITEMENT PAR LES EAUX DE VICHY; par M. le docteur MAX. DURAND-FARDEL, inspecteur des sources d'Hauterive, à Vichy, membre correspondant de l'Académie de médecine.

(Suite et fin. —Voir les nos 14, 15 et 16.)

Nous établirons en principe : que les eaux de Vichy ne doivent pas être administrées à l'époque des accès de goutte, soit pendant leur durée, soit dans leur imminence, soit après leur terminaison, lorsqu'on n'est pas assuré que leur solution soit complète; que le moment le plus favorable pour prescrire aux goutteux (dans la goutte régulière) les eaux de Vichy, est l'époque la plus éloignée possible des accès.

Ce travail ne serait pas complet, si nous n'exposions quelques-unes des opinions émises sur ce sujet par les médecins qui ont le plus d'expérience des eaux de Vichy et de leur emploi dans le traitement de la goutte.

M. Petit, tenant peu de compte de ce qui avait été jusqu'alors observé ou enseigné sur la goutte, et conséquent avec l'idée que la présence de l'acide urique dans le sang serait la cause de cette maladie, établit d'abord : qu'il ne résulte ni de l'observation, ni de l'analyse chimique des concrétions et des diverses sécrétions des goutteux, qu'il y ait de gouttes de natures différentes; que les distinctions établies par les auteurs, de goutte aiguë, chronique, régulière, fixe, abarticulaire, vague, mobile, nerveuse, interne, viscérale, etc., n'ont à ses yeux aucune importance sous ce rapport (1). Il dit encore « que, dans la goutte régulière aiguë, les eaux de Vichy peuvent être employées lorsqu'une attaque est imminente ou lorsqu'elle a commencé à se développer; que la fièvre même n'est pas une contre-indication à leur emploi, à moins toutefois qu'il n'existe quelque inflammation, ou une irritabilité particulière du sujet (2). » « En appliquant les eaux de Vichy au traitement de la goutte, dit ailleurs M. Petit, je ne me suis jamais beaucoup occupé des accès, qui ne sont à mes yeux que des symptômes plus ou moins prononcés de cette affection..... Je n'ai d'autre but que de combattre la cause prochaine de cette maladie, et d'éviter par là le retour des accès..... Le traitement alcalin n'est pas un moyen perturbateur, et il ne peut pas déplacer la goutte; si, en atténuant cette affection, il peut abréger la durée des accès, il n'a pas pour effet de les faire avorter.... (3). »

M. Prunelle est loin de partager cette manière de voir. Il est à regretter

(1) Petit, *loc. cit.*, p. 348.
(2) Petit, *loc. cit.*, p. 352.
(3) Petit, *loc. cit.*, p. 359.

c'est tout un pour nous, pour ne pas dire plus.

En 1821, Dupuytren disait, après avoir réfuté les objections faites au mode de nomination par le concours et montré de quelle manière ils doivent être établis : « Les concours deviendront ce qu'ils doivent être, une barrière contre l'obsession, l'intrigue et le népotisme, ils deviendront surtout une garantie pour l'autorité, un motif d'émulation pour les savants et un puissant moyen d'avancement pour la science. » L'immense majorité des hommes qui suivent la carrière scientifique ont applaudi à ces paroles de Dupuytren, mais l'expérience nous a bientôt montré que le concours, organisé comme il est, ne tient pas ce que promettait le chirurgien de l'Hôtel-Dieu, puisque le concours n'est plus une barrière pour l'obsession, l'intrigue et le népotisme, qu'il n'est plus une garantie pour l'autorité, etc. Depuis longtemps déjà tout le monde l'avait reconnu, et, à plusieurs reprises, la Faculté et l'administration des hôpitaux avaient tenté d'y apporter quelques modifications. D'abord, on a cru qu'en augmentant le nombre des juges d'un concours, on empêcherait les coteries de se former, de s'entendre, et qu'il serait plus difficile à six juges de machiner une injustice qu'à quatre. Il y avait sept juges pour un concours, on en a mis onze... et les choses n'ont pas changé, les résultats sont les mêmes, les coteries se forment et procèdent comme par le passé, le vrai mérite succombe souvent devant la médiocrité intrigante et servile, dont les fades adulations sont recherchées et reçues avec empressement. A une époque peu éloignée de nous, la concurrence dans la carrière scientifique étant devenue très-nombreuse, le concours devenant de plus en plus difficile à cause de sa durée, de la multiplicité des épreuves, l'attention du jury ne pouvant parfaitement se porter sur chacune des leçons des candidats, la mémoire ne pouvant facilement retenir les principes qu'on avait émis, les faits que l'on avait avoués, et quand le jugement devait être prononcé, le jury ne pouvant recueillir et discuter les titres des divers candidats, on nommait souvent celui qui avait le plus d'amis dans le concours. Pour obvier à tous ces inconvénients, on a introduit une épreuve éliminatoire. Sans doute, cette épreuve éliminatoire a un mérite, elle fait que de nombreux concurrents n'emploient pas inutilement leurs veilles à préparer des leçons, à faire des travaux qui ne les conduiront pas à obtenir le poste qu'ils convoitent; mais elle ne met pas à l'abri des injustices les plus audacieuses. Sans doute, ces modifications apportées au concours ont pu améliorer cette institution, mais ne l'ont pas encore rendue sans reproche.

A cette heure où l'esprit public est en progrès, où notre société se transforme, de nouveaux besoins se font sentir, et, de toutes parts, on fait des efforts pour que le talent et le vrai mérite occupent les places, que les coteries injustes, que l'amitié aveugle, intéressée ou corrompue, donnaient à la médiocrité intrigante. Ce mouvement vers la justice commande l'introduction de quelques modifications dans le système généralement adopté pour les concours en médecine et en chirurgie, il faut que cette épreuve, si capable de jeter de l'éclat sur nos institutions médicales, ne soit pas rendue inutile et stérile; par l'influence immorale de certains hommes formés à l'école de la corruption. Il faut que ceux qui se soumettent à cette chance du concours soient sûrs qu'ils seront toujours jugés avec justice, et qu'ils ne seront pas dupes de manœuvres illicites et si faciles, que le concours, tel qu'il est organisé aujourd'hui, ne peut empêcher; il faut soustraire les hommes d'un mérite réel à la souffrance de voir arriver à leur

que ce savant médecin n'ait rien publié sur ce sujet, et que l'autorité qui s'attache naturellement à son opinion ait plutôt pour base une sorte de notoriété publique, qu'une exposition nette et précise de son expérience et de ses convictions. Nous pourrons cependant y suppléer jusqu'à un certain point, grâce à une lettre adressée par lui à l'Académie de médecine en 1839 (1), et surtout à un mémoire publié par M. le docteur Finot, sur des documents communiqués par M. Prunelle lui-même, et que nous pouvons considérer comme une reproduction très-explicite de ses opinions (2).

M. Prunelle admet parfaitement l'emploi des eaux de Vichy dans la goutte chronique, atonique, ce qu'il appelle la goutte molle, sans attaques déterminées, ou bien chez les goutteux dont les voies digestives, en mauvais état semblent incessamment exposées à devenir elles-mêmes le siége d'accidents goutteux. L'action tonique et stimulante exercée par le traitement thermal sur l'ensemble de l'économie et sur l'appareil digestif en particulier, lui paraît tout à fait propre à solliciter l'apparition d'accès francs et réguliers de goutte, et à préserver le reste de l'organisme des atteintes de la maladie.

Mais dans la goutte aiguë, régulière, articulaire, il se demande quel rôle peut jouer le traitement alcalin. Qui ne sait, dit-il, que presque toutes les eaux thermales, quelle que soit leur nature, soulagent les goutteux, quoique plus d'une, après avoir joui d'une véritable réputation sous ce rapport, ait dû être abandonnée, pour la fréquence des accidents que l'on voyait succéder à la suppression de la goutte articulaire.... Mais, au milieu de la surexcitation qui accompagne un accès de goutte, l'usage des eaux de Vichy ne peut qu'exercer une perturbation qui, troublant la marche naturelle des accidents, fera disparaître l'accès de goutte, mais par un effet métasyncritique et non par la spécificité du traitement. Un traitement, ajoute M. Prunelle, qui consiste à administrer quotidiennement au même malade de 8 à 16 et même 20 kilogrammes d'une eau minérale très-stimulante, n'est pas une méthode spécifique, mais une méthode perturbatrice.

Appliquée dans les intervalles des accès de goutte, il semble que la médication thermale puisse devenir un prophylactique par excellence, car l'usage de ces eaux provoquant en général des sueurs et des urines abondantes, double voie par laquelle les crises spontanées de la goutte articulaire s'opèrent naturellement, les moyens employés pour provoquer ces excrétions agissent nécessairement dans l'esprit des méthodes naturelles de traitement.

Mais, dans ce cas même, il faut se préoccuper de savoir : si la crise goutteuse précédente a pu être considérée comme parfaite, et si, dans le cas où elle serait demeurée incomplète, il ne faudrait pas attendre qu'elle s'achevât dans une crise nouvelle dont un traitement perturbateur pourrait, au détriment du malade, entraver le développement (3).

Nous voici donc en présence de deux pratiques fort différentes : suivant l'une, accordant peu d'attention aux accès de goutte, on peut employer les eaux de Vichy de la même manière, c'est-à-dire à dose généralement élevée, dans toutes les formes et à toutes les époques de la goutte ; et suivant l'autre, exclusivement préoccupé de la crainte de troubler en rien l'évolution des accès de goutte, on s'abstient expressément de l'emploi des eaux de Vichy, si ce n'est précisément dans le but d'en favoriser l'apparition, lorsqu'elle ne s'opère pas spontanément, c'est-à-dire dans certaines gouttes chroniques, atoniques.

On remarquera d'abord que, de ces deux manières de voir, l'une est dictée par cette idée évidemment inexacte, que la goutte est *causée* par la présence dans le sang de l'acide urique en excès, et que le traitement de la goutte doit consister dans la neutralisation de cet acide ; et que l'autre est basée sur ce fait vrai, mais dont les conséquences sont peut-être ici poussées un peu trop loin, que la forme articulaire de la goutte se caractérise par des crises nécessaires, et dont l'évolution ne peut être troublée sans danger.

Pour nous, nous prendrons pour guide, dans cette question débattue, d'une part l'observation directe des faits, d'une autre part la considération du mode d'action des eaux de Vichy, et des indications spéciales qu'elles remplissent.

Or l'observation nous apprend que l'emploi des eaux de Vichy, dans la goutte, ne paraît pas posséder une innocuité telle que, soit pendant, soit après leur usage, on ne puisse voir survenir des accidents graves dépendant, suivant toute apparence, d'une rétrocession de la goutte.

D'un autre côté, s'il est vrai que les eaux de Vichy agissent sur la goutte principalement en modifiant d'une manière salutaire les fonctions digestives cutanées ou urinaires des goutteux, il est possible, en les employant d'une manière non *perturbatrice*, mais *méthodique*, de n'agir que sur les conditions générales de la goutte, sans toucher en rien à l'évolution des phénomènes critiques par lesquels la goutte se manifeste habituellement.

X.

Les eaux de Vichy ne doivent pas être employées pendant les accès de goutte, ni à une époque trop rapprochée de leur apparition.

Il pourrait suffire, pour justifier cette proposition, d'établir qu'il n'y a aucune utilité à choisir cette époque pour employer un traitement qu'on adresse à la diathèse goutteuse, et que la prudence an moins fait une loi de ne pas risquer on d'aggraver les phénomènes existants, ou d'en troubler le développement.... Les exemples suivants viendront à l'appui de ces remarques.

Obs. I. — M. R. de Saint-Chaumont, âgé de 59 ans, atteint de goutte articulaire depuis plusieurs années, avait fait deux cures à Vichy, en 1847 et 1848. A la suite de ces cures, ses accès de goutte furent bien moins violents. En 1849, il ne put venir à Vichy, et l'hiver suivant ses accès de goutte furent notablement plus douloureux. Le dernier accès durait depuis trois mois ; M. R. partit pour Vichy dès qu'il put supporter la voiture. Il y arriva avec des articulations un peu douloureuses et un peu d'oppression. Ce dernier symptôme engagea le docteur N. à ne lui permettre d'eau minérale qu'en boisson, à petites doses. Cependant M. R. obtint, à force d'instances, la permission de prendre quelques bains. Après le quatrième, les douleurs articulaires cédèrent, mais l'oppression augmenta ; on suspendit les bains. L'eau minérale en boisson fut légèrement augmentée. (Sinapismes sur les extrémités, éther et digitale.) La dyspnée parut céder. Le malade put sortir, et se hâta d'aller à la fontaine des Célestins, où il buvait, en cachette, plus d'eau qu'on ne lui en tolérait. Quelques jours après, le docteur N. le rencontra se félicitant de son bon état. Mais le soir, il fut pris, dans le corridor de son hôtel, d'un violent accès de dyspnée, et mourut tout à coup quelques instants après.

Obs. II. — Une dame de 60 ans vint à Vichy, en 1850, à la suite d'un accès

(1) Prunelle, Bullet. de l'Acad. de méd., séance du 7 mai 1839.

(2) Finot, Observations sur l'action thérapeutique des eaux thermales de Vichy, extrait des Mém. de méd., chir. et pharm. milit., t. V, 2e série.

(3) Finot, *loc. cit.*, p. 62, 64.

place des incapables et des intrigants ; il faut fermer la porte à des hommes sans délicatesse qui, arrivés par l'intrigue, trouvent tout naturel d'en faire autant pour leurs serviles complaisants, et de s'adjoindre même par calcul des hommes dont ils ne redoutent pas la rivalité ; il faut épargner aux hommes justes et honnêtes qui font partie des jurys, les fatigues et les dégoûts que leur font éprouver les jugements intéressés et pleins de partialité de leurs collègues. Donc, si nous avons attaqué le concours tel qu'il existe aujourd'hui, notre but n'est point de le blâmer comme principe, au contraire, nous reconnaissons que le concours est solidement établi, qu'il est le meilleur des moyens sur lesquels semble reposer l'avenir de la science. Nous soutenons que cette lutte scientifique ouverte publiquement entre des hommes qui prétendent occuper une position scientifique, passe dans l'esprit du grand nombre, et avec raison, pour l'épreuve qui doit surtout guider l'autorité dans le choix qu'elle fait parmi tant de gens habiles ; notre but est de proposer des modifications que le temps et l'expérience nous font regarder comme indispensables et telles que l'équité des juges ne pourra plus être mise en suspicion, que les jurys ne seront plus que des jurys, et non des bureaux de bienfaisance. Car il est arrivé trop souvent que ceux qui n'avaient que le *talent* de se faire passer pour pauvres et de faire croire qu'ils avaient besoin d'aumônes étaient les préférés. Il est vrai qu'une charité si bien conduite devait racheter l'injustice de mille intrigues.

Cette réforme, que nous avons longtemps méditée, obtiendra, nous ne pouvons en douter, l'assentiment des personnes justes et éclairées, qui déplorent avec nous les manœuvres nombreuses et illicites que ne peut empêcher le concours tel qu'il est établi. Elle convient aussi à une foule d'hommes instruits qui ont déjà brillé dans la carrière du concours et qui se proposent de la parcourir encore. Nous croyons donc nécessaire d'apporter quelques développements à notre manière de voir. Nous dirons d'abord deux mots de l'épreuve éliminatoire qui, selon nous, doit être conservée. Le but de cette épreuve est de mettre le jury en position de déterminer la valeur relative de chacun des candidats, les chances qu'ils peuvent avoir, de ne laisser la carrière ouverte qu'à ceux qui se sont montrés les plus dignes. Elle a encore un autre but : c'est d'empêcher une dépense trop considérable, qu'entraîne inévitablement un concours qui dure trois et quatre mois, à cause du grand nombre de concurrents. Cette épreuve est donc capitale. Nous la considérons comme la plus importante pour les hôpitaux ; les concours reposent sur un certain nombre d'épreuves dans lesquelles le candidat fait connaître ce qu'il sait, ce qu'il peut faire. En chirurgie, ces épreuves consistent dans deux leçons cliniques et deux consultations écrites, sur des malades désignés par le sort, dans deux opérations sur le cadavre, une composition écrite et une dissection. En médecine, il n'y a qu'une composition écrite, deux leçons cliniques, et deux consultations. Pour la chirurgie, l'épreuve éliminatoire repose sur une leçon clinique, une consultation et les opérations ; pour la médecine, sur une épreuve clinique et une consultation seulement. Si nous apprécions l'importance de chacune de ces épreuves, il nous paraît facile de déterminer celle d'entre elles qui met le plus en évidence le mérite des compétiteurs. Nous dirons franchement notre avis à cet égard, et nous espérons amener à nos convictions tous les hommes instruits et de bonne foi, qui veulent les moyens les meilleurs et les plus sûrs, pour apprécier les candidats entre eux. Nous savons que certains candidats attachent d'autant plus d'importance à telle

de goutte très-violent. Elle avait encore des douleurs erratiques dans les membres. Arrivée depuis quelques jours, elle prenait un bain et trois verres d'eau par jour. Tout à coup, après un déjeuner frugal, elle fut prise de vomissements répétés, et quelques heures après, de contractures dans les doigts des deux mains, sans abolition complète du mouvement, et de crampes dans les jambes; le pouls était normal, l'intelligence était libre, la langue point embarrassée. Ces accidents persistèrent pendant plusieurs jours, puis elle mourut subitement.

OBS. III. — M. de ***, âgé de 72 ans, arriva à Vichy pour y prendre les eaux, le 13 juillet 1839. M. de *** avait la fièvre; il souffrait à la fois de la goutte à l'un des genoux et à l'épaule du côté opposé. Il fut mis, le 14 juillet, à la boisson de 2 litres d'eau de la source des Célestins. Cette dose fut portée à 3 litres le lendemain. Dans la soirée du même jour, l'épaule frappée de goutte était moins douloureuse, mais la respiration commençait à être moins facile. Le 16 et le 17 juillet, 3 ou 4 litres d'eau furent encore administrés, et, le dernier jour, les douleurs, tant de l'épaule que du genou, disparurent complétement; en même temps la dyspnée et la douleur thoracique faisaient des progrès; une toux fatigante avec fièvre tourmentait le malade. On appliqua des sangsues, des vésicatoires sur la poitrine.... Le malade succomba le 5 du mois suivant (1).

L'usage inopportun des eaux de Vichy ne détermine pas toujours d'aussi fâcheux accidents; il a quelquefois pour unique résultat d'augmenter ou de réveiller les douleurs de la goutte.

OBS. IV. — M. P. a de l'embonpoint, le col très-court, le teint coloré. Il mène une vie paisible, assez active, usant largement, avec un peu d'abus, sans excès, des plaisirs de la table. Il n'a jamais eu de gravelle. Il n'y a point de goutteux dans sa famille. Depuis quinze ans, il éprouve chaque année trois ou quatre accès de goutte, ordinairement limités à quelques-unes des petites articulations du pied, quelquefois au genou, changeant de place, accompagnés de rougeur, d'un peu de gonflement, de douleurs assez vives, ne durant jamais au delà de huit à dix jours, ne laissant enfin aucune trace après leur disparition. Il a l'habitude de traiter ses accès de goutte, au bout de quelques jours de durée, par des bains de vapeur sèche qui provoquent des sueurs abondantes. Il est rare qu'après deux ou trois bains il ne soit pas complétement débarrassé.

A la fin du mois de juillet 1850, il survient un accès de goutte; M. P. prend trois bains de vapeur, qui paraissent produire leur effet accoutumé, et part immédiatement pour Vichy, où il arrive, souffrant encore un peu du pied droit. Il prend un bain d'eau minérale le jour de son arrivée, et boit trois verres d'eau des Célestins. Dans la nuit, il survient un accès de goutte assez violent, occupant surtout la première articulation tarso-métatarsienne droite; les bains ne sont pas continués, mais le malade boit chaque jour quatre verres d'eau des Célestins transportée, ou de l'hôpital à la source. M. P. m'envoie alors chercher. La cessation complète de l'eau minérale suffit pour faire disparaître à peu près complétement, au bout d'un couple de jours, le gonflement et les douleurs articulaires. Quatre jours après, dans la nuit, retour de la goutte aux pieds et au genou, douleurs vives. M. P. était allé boire, la veille, deux verres de l'eau des Célestins. Il suffit d'un peu de régime et surtout d'une abstention complète de l'eau minérale pour faire de nouveau cesser les douleurs. M. P. prend ensuite trois bains de vapeur sèche, une bouteille d'eau de Sedlitz, et part de Vichy n'ayant plus qu'un peu de roideur dans les articulations. Je l'ai revu trois mois après, il n'était rien survenu de nouveau.

Nous savons bien que l'on voit à Vichy des goutteux prendre les eaux malgré l'imminence ou l'existence d'un accès de goutte, et que, surtout s'ils le font avec une certaine hardiesse, ils réussissent quelquefois à abréger ou même à faire avorter leur accès. Mais le succès du moment suffit-il pour encourager une telle pratique? La rétrocession d'un accès de goutte n'a pas toujours des conséquences actuellement funestes. Quelle que soit la nature de la matière morbifique ou de l'acte vital dont l'accès de goutte soit la crise naturelle, ne sait-on pas que les effets métasyncritiques peuvent s'en faire sentir à des époques plus ou moins éloignées, et que le malade « paye quelquefois chèrement dans la suite ce petit avantage (de s'être délivré de l'accès présent) par les désordres que causera l'agitation des humeurs (1). »

M. le docteur Finot a rapporté, dans le mémoire que nous avons déjà cité, un bon nombre de faits desquels il résulte que chez des malades ayant pris les eaux de Vichy pendant une ou plusieurs saisons, avec un apparent succès, des accidents sont survenus vers la tête ou la poitrine, semblables à ceux auxquels on succombe sous l'influence d'une goutte interne. Dix-huit faits de ce genre sont cités par M. Finot, parmi lesquels sept se trouvaient compris, dans le rapport de M. Patissier, au nombre des malades ayant subi une influence favorable des eaux de Vichy.

Reste la ressource de nier ces métastases, dit M. Prunelle; mais comment ne pas reconnaître ces métastases, lorsque des attaques de goutte habituelle ont été pendant longtemps supprimées, et surtout lorsque les accidents consécutifs de la suppression sont survenus *à l'époque où les accès de goutte articulaire avaient lieu?* L'action d'une suppression de goutte articulaire se prolonge souvent pendant toute la vie... C'est l'épée de Damoclès sur la tête du patient.... Ces accidents fourmillent dans l'histoire de l'art, et il n'est pas de praticien qui n'en ait observé quelques exemples, à la suite de tous les traitements qui se font ***indiscriminatim*** auprès des établissements d'eau minérale (2).

Une métastase plus commune encore est la conversion de la goutte articulaire aiguë en goutte chronique. Le traitement des goutteux à Vichy en présente des exemples nombreux. Toutes ces histoires ont cela de commun qu'elles finissent par clouer au lit, faibles, endoloris et impotents, des malades à qui leur goutte aiguë laissait au moins des moments de libres: *Non est vivere sed valere vitâ....* (3).

Nous reconnaissons qu'il faut apporter une grande réserve dans l'appréciation de tous ces faits qui, quelque bien observés qu'ils soient, soulèvent presque toujours au point de vue qui nous occupe des questions de diagnostic difficiles à résoudre (4); et il est probable que les faits cités par M. Finot ne présentent pas des garanties suffisantes d'observation personnelle; aussi n'insisterons-nous pas davantage sur leur sujet. Mais il est une conclusion formelle que nous en tirerons: c'est que le traitement de la goutte par les eaux de Vichy ne saurait être considéré comme un traitement banal, indifférent, que les médecins puissent prescrire sans réflexion, et les malades suivre sans méthode et sans conseils. Notre conviction profonde est, au contraire, que, de toutes les maladies qui se traitent aux eaux minérales, la goutte est une de celles qui réclament le plus de prudence et

(1) Finot, *loc. cit.*, p. 59.

(1) Sydenham, TRAITÉ DE LA GOUTTE, éd. de l'ENCYCLOPÉDIE, p. 268.
(2) Finot, Mémoire cité, p. 65.
(3) Finot, Mémoire cité, p. 70.
(4) On aurait tort de croire, dit fort justement Guilbert, qu'un goutteux ne puisse avoir aucune maladie qui ne soit goutteuse. (DE LA GOUTTE ET DU RHUMATISME, 1820, p. 167.)

---

ou telle partie de leur concours, qu'ils ont pour habitude de s'y montrer plus brillants et, que certains juges ne sont pas fâchés de faire valoir l'importance d'une épreuve suivant que tel candidat, qui n'est nommé qu'en vue de satisfaire à des exigences d'amitié ou d'intrigue, aura mieux fait dans une épreuve que dans une autre. Suivant nous, c'est par la composition écrite que devrait commencer tout concours, c'est sur cette épreuve que devrait reposer l'élimination, parce que c'est dans cette composition écrite, faite loin des livres, loin des aides, que les candidats sont appelés à traiter les questions les plus vastes, à prouver leur habitude d'envisager les faits scientifiques dans toutes leurs particularités. Quand ils abordent cette tâche, ils ne sont pas en butte à cette émotion pénible qui paralyse quelquefois les facultés de l'homme le mieux organisé; ils sont libres de toute entrave et préparent une pièce qui, après la lecture publique, pourra, parmi les membres du jury, faire le sujet d'un examen approfondi, donner matière à une discussion basée sur des faits et non sur des paroles et des souvenirs. C'est d'ailleurs la seule épreuve qui soumette tous les candidats à la même chance, qui les amène sur le même terrain, qui les place en présence des mêmes difficultés, la seule qui, par conséquent, puisse guider le jury dans une élimination impartiale. Il est rare que, dans cette rencontre, les candidats ne se placent pas au rang qu'ils doivent occuper. Le sujet de composition devra toujours être un sujet pratique et général, qui exige pour être bien traité des connaissances variées. Dans une question générale, les compétiteurs peuvent se signaler par leur esprit de méthode, car ils sont libres d'ordonner l'arrangement de la composition; par leur esprit de critique, car il y a à prononcer sur des assertions contradictoires; par leur science d'érudition et d'observation, etc.; et malheureusement on a voulu jusqu'à ce jour que pour la question écrite on donnât presque toujours une maladie à décrire. Vouloir se baser sur les leçons cliniques et sur les opérations pour l'épreuve éliminatoire, comme cela est établi aujourd'hui, c'est vouloir s'en remettre au hasard du choix des candidats, c'est vouloir laisser la porte ouverte à l'injustice et à l'intrigue. Les malades choisis pour les épreuves cliniques, les cadavres présentés pour les opérations, sont toujours assez différents et assez dissemblables pour qu'on voie la difficulté très-grande que le jury trouvera à porter un jugement équitable; et comme il arrive que chaque candidat passe sur des malades différents, il arrive que les épreuves portent sur des faits peu comparables; il est donc presque impossible d'établir un bon classement de candidats, les chances ne sont pas égales. Ce fait est incontestable, il serait bien à désirer que les épreuves n'ajoutassent pas à l'embarras des juges.

Maintenant que nous avons démontré qu'on n'attache pas une importance convenable à la question écrite et qu'on ne lui donne pas la valeur qu'elle mérite, comparativement aux autres épreuves, nous allons signaler un fait qui nous a frappé dans les concours des hôpitaux: c'est que le règlement se tait sur une foule de points importants abandonnés à l'arbitraire des juges, qui consentent difficilement à ne pas faire arriver leurs amis. Ainsi nous avons vu qu'ils donnaient une valeur plus ou moins grande à telle épreuve plutôt qu'à telle autre, suivant le besoin qu'ils en éprouvaient, pour favoriser les candidats qu'ils désiraient voir arriver. Pour parer à ce grave inconvénient, il serait convenable et juste de dresser le programme des épreuves, de les classer suivant leur valeur plus ou moins grande, d'établir un maximum de points pour chaque épreuve

de précautions dans l'administration de ces eaux. La cause n'en sera pas cherchée dans la nature de la médication, mais dans la nature de la maladie.

XI.

L'existence ou l'imminence ou la solution immédiate d'un accès de goutte ne sont pas les seules contre-indications du traitement de la goutte par les eaux de Vichy.

On voit des goutteux, sans présenter de lésion déterminée vers la tête ou la poitrine, être sujets à des accidents qui, quelque légers qu'ils soient, doivent toujours alors éveiller une vive sollicitude ; ainsi des étourdissements, des vertiges, des palpitations, de la dyspnée, des crachements de sang etc. Nous croyons prudent à ces malades de s'abstenir des eaux de Vichy. Un peu plus prononcés, des phénomènes de ce genre suffisent ordinairement par eux-mêmes pour contre-indiquer les eaux de Vichy ; ils acquièrent une importance plus grande encore chez les goutteux, surtout dans les gouttes anciennes, alors que l'influence du traitement sur la diathèse devant être beaucoup plus lente et plus difficile, il est à craindre que la perturbation, amenée d'abord dans l'économie par un traitement stimulant, n'appelle la goutte vers des régions évidemment disposées à la recevoir.

Les dérangements des voies digestives ne sauraient constituer au même titre une contre-indication à l'emploi des eaux de Vichy, puisque celles-ci exercent sur la plupart d'entre eux une influence directement favorable. Cependant il ne faut pas oublier que, dans ces cas encore, un emploi inopportun du traitement thermal, lorsque, par exemple, les organes malades offrent une excitation trop vive pour le pouvoir supporter impunément, pourrait avoir des conséquences plus graves dans la goutte que dans d'autres maladies.

M. Prunelle recommande de s'abstenir de semblables traitements chez les vieillards. A une époque avancée de la vie, les lois physiologiques qui régissent les rapports des organes entre eux sont plus ou moins altérées. La peau ne répond plus aux stimulations qu'on lui adresse, les divers appareils tendent à s'isoler, et les effets que nous attendons des eaux minérales ne peuvent plus s'opérer dans le cercle où l'observation nous a permis de les saisir. C'est alors qu'un traitement thermal peut devenir à notre insu un traitement perturbateur portant son action sur ce qui reste de plus actif, de plus vivant dans l'organisme (1), et pouvant déterminer ainsi, au lieu d'une stimulation salutaire et prévue, des effets métasyncritiques qu'on ne supporte plus à un certain âge.

Ainsi, accès de goutte actuel ou imminent, ou à peine résolu, existence déjà constatée d'accidents quelconques vers la tête ou la poitrine, âge avancé, telles sont les principales conditions qui nous paraissent contre-indiquer l'emploi des eaux de Vichy dans la goutte.

Maintenant il est évident que la direction particulière du traitement des goutteux par les eaux de Vichy devra également être subordonnée à toutes les considérations qui nous ont servi à établir les indications et les contre-indications de ce traitement.

N'ayant pas pour objet d'introduire dans l'économie un neutralisant chimique, et en plus grande quantité possible, nous nous garderons d'abuser de la tolérance que les goutteux, comme bien d'autres malades, présentent pour l'eau minérale. Nous avons acquis la conviction, d'après notre opinion personnelle, conforme à la pratique de M. Prunelle, que l'on prend en général les eaux de Vichy à trop haute dose, que les effets en sont aussi prononcés quand on les administre à dose modérée, et qu'on se tient ainsi à l'abri des inconvénients que peut occasionner l'introduction d'une trop grande quantité d'eau minérale.

Si l'on songe, en effet, qu'en commençant le traitement par cinq ou six verres, puis en allant jusqu'à douze ou quinze, et même jusqu'à vingt ou vingt-cinq, cela représente approximativement de 10 à 40 grammes de substances minérales, dont 7 à 30 de bicarbonate de soude ; que, en continuant ce traitement pendant un mois, cela représente, pour une moyenne de douze verres par jour, approximativement 630 grammes de substances minérales, dont 480 de bicarbonate de soude, sans parler de l'absorption effectuée par les bains quotidiens, on comprendra que l'attention doive s'éveiller sur les conditions nouvelles que fait à l'économie l'introduction d'une telle quantité de principes non assimilables.

Il est vrai qu'une portion notable de ces principes est éliminée, et l'alcalinité des différentes sécrétions est sans doute en rapport avec la proportion plutôt des sels alcalins qui sont rejetés au dehors, que de ceux qui demeurent dans l'économie.

Mais à quoi bon introduire dans l'économie une telle proportion de principes destinés à être éliminés ? L'excitation déterminée par leur présence ne pourra-t-elle dépasser les limites de celle que l'on recherche ? Et d'un autre côté, pouvons-nous compter sur une élimination dont les conditions n'ont encore jamais été étudiées ? Toutes ces questions que nous ne pouvons résoudre justifient sans doute l'expression de *perturbateur* que nous donnons au traitement par les eaux de Vichy à haute dose, surtout dans certaines conditions de l'économie, et les craintes que nous avons exprimées sur ses conséquences possibles.

(1) Dans un travail publié en 1840, dans les BULLETINS DE LA SOCIÉTÉ ANATOMIQUE (t. XV, p. 29), sur les altérations de l'intelligence chez les vieillards, nous avons étudié la marche que suit, dans la vieillesse, l'affaiblissement ou l'anéantissement graduel des fonctions et des organes, et nous avons montré que le cerveau et le poumon et le cœur aussi finissaient par résumer toute la vitalité des vieillards, par concentrer en eux-mêmes toute leur activité organique ou fonctionnelle (Bichat, TRAITÉ DE LA VIE ET DE LA MORT), et que de là venait que les vieillards périssaient presque constamment par le cerveau ou par le poumon, et très-souvent par des affections inflammatoires ou hémorrhagiques de ces organes. Ne trouvons-nous pas là une raison physiologique de redouter l'usage des eaux minérales, et des eaux de Vichy en particulier, chez les vieillards ?

On sait que les maladies de la poitrine et de la tête, ou seulement une susceptibilité particulière des organes contenus dans ces régions contredisent formellement les eaux de Vichy. Les vieillards ne sont-ils pas précisément dans des conditions de ce genre, puisqu'il y a chez eux prédominance organique et fonctionnelle des organes thoraciques et cérébraux ? N'est-il pas probable que la stimulation du traitement thermal s'exercera de préférence sur ces parties, que sur les organes de l'abdomen ou sur la peau, d'où la vie commence à se retirer ? Cela ne sera-t-il pas enfin plus à craindre, encore chez les goutteux que dans toute autre condition ?

---

que le jury ne pourrait jamais changer. Aujourd'hui, comme les choses sont établies, dans le concours de chirurgie par exemple, l'épreuve de dissection qui ne signifie rien, et qui ne s'y trouve placée que pour venir en aide à certains candidats, est estimée à l'égal de la composition écrite, des leçons cliniques ; quelquefois même, dans les cas où besoin en est, elle est estimée à une valeur bien plus grande que les autres épreuves. En laissant cette latitude à des juges peu intègres, nous n'hésitons pas à le dire, ces concours amèneront rarement des résultats vraiment avantageux ; les épreuves doivent donc être régularisées, basées sur un programme arrêté par avance et la valeur de chaque épreuve pesée, appréciée.

En résumé, la question écrite étant, aux yeux de tout le monde, la plus importante, serait regardée comme la principale, et estimée à une valeur supérieure aux autres. Nous supposons son maximum de trente points. Celles qui viendraient après seraient les épreuves cliniques et les consultations, qui seraient estimées vingt points, puis les épreuves d'opérations, qui pourraient être portées à quinze points, et l'épreuve de dissection, si elle était maintenue, à dix points seulement. Et si l'on s'en tenait à ces seules modifications, l'estimation relative des différentes épreuves, on ne serait pas encore à l'abri des injustices. Il est un autre point capital que nous recommandons d'une manière toute particulière à votre attention : ce point porte sur l'organisation du jury.

Ainsi, ce n'est pas tout : au lieu d'avoir un jury qui suive toutes les épreuves d'un concours, nous voudrions qu'il y eût autant de jurys que d'épreuves. Nous allons expliquer notre pensée et prouver qu'avec cette manière de faire les concours, les membres d'un jury et les candidats perdraient beaucoup moins de temps d'abord ; ensuite que l'intrigue et l'injustice deviendraient, sinon impossibles, au moins bien difficiles. Cette mesure, que nous regardons comme essentielle, rendra au concours tout l'éclat dont il doit briller, empêchera les manœuvres de toute espèce, placera les juges et les compétiteurs dans une position plus convenable et plus digne d'eux, obviera à des dépenses qui sont considérables, et mettra les juges en position de porter *toujours* et forcément un jugement équitable.

Nous proposons un jury pour chaque épreuve. Le nombre des juges, pour chaque jury, serait de cinq ou sept seulement. Les suppléants deviendraient inutiles, puisque les épreuves les plus longues ne dureraient pas plus de douze à quinze jours. Toute récusation de la part des juges ou des candidats, qui ne seraient même pas prévenus du tirage des juges, serait abolie.

Après chaque épreuve, les juges classeraient les candidats à l'aide de points dont personne n'aurait connaissance, pas même le président du concours ; ces points seraient déposés dans une urne fermée et sur laquelle un ou deux candidats apposeraient un cachet après chaque séance. Le deuxième jury pour la seconde épreuve procéderait de même et ainsi de suite jusqu'à la fin du concours. Après la discussion sur chaque épreuve, chaque jury voterait suivant sa conscience, sans faire connaître à ses collègues le nombre de points écrits en chiffres et en toutes lettres sur un bulletin signé de son nom, portant la date du jour de la séance, la nature de l'épreuve et le diagnostic arrêté par le jury. Ces bulletins, ainsi déposés dans l'urne, montreraient publiquement au dépouillement la manière d'agir de chaque juge. Les épreuves terminées, le directeur général de l'assistance publique, assisté d'un des juges tiré au sort dans chaque

REVUE DES JOURNAUX DE MÉDECINE.

JOURNAUX FRANÇAIS.

(Suite.)

II. REVUE MÉDICALE.

Les numéros d'octobre, novembre et décembre 1850 contiennent les travaux originaux suivants : 1° *Études physiologiques et médicales sur la périodicité* ; par M. Théodore Perrin, de Lyon. (Travail très-recommandable, empreint d'un véritable esprit philosophique, mais difficile à résumer.) 2° *De l'or dans le traitement des maladies scrofuleuses des os* ; par M. A. Legrand. (Nous avons nous-même publié les idées de l'auteur sur l'emploi de l'or dans le traitement des maladies scrofuleuses.) 3° *Du mal de mer et des opinions auxquelles il a donné lieu* ; par M. Pellarin. (Voir différents comptes rendus académiques dans la GAZETTE MÉDICALE.) 4° *De la propriété hémostatique du coton* ; par le docteur Bourdin. (GAZ. MÉD., 1849, p. 164.) 5° *Lettre sur le choléra asiatique* ; par M. Gérard, d'Étain. 6° *Des maladies contagieuses et infectieuses, à propos d'un mémoire de M. Audouard, intitulé* : FIÈVRE JAUNE ET TRAITE DES NOIRS ; par M. Durand-Fardel. 7° *Diagnostic différentiel du delirium tremens* ; par M. Delasiauve.

LETTRE SUR LE CHOLÉRA ASIATIQUE ; par le docteur GÉRARD, d'Étain.

Dans cette lettre, consacrée à défendre l'opinion de la contagion du choléra, M. Gérard invoque successivement les faits et l'analogie. Les faits empruntés à son observation personnelle ne sont pas tous également probants, mais il en est qui échappent à toute objection sérieuse, à moins qu'on ne considère comme telle celle qui attribuerait au hasard l'ordre de succession des faits. Ainsi, en 1832, dans le temps où le choléra sévissait avec le plus de violence à Paris, l'auteur apprit qu'un bataillon du 52e régiment d'infanterie quittait cette résidence pour venir tenir garnison à Étain. Il savait que le régiment avait déjà perdu quelques hommes dans la capitale et en avait laissé un ou deux sur la route. Craignant la transmission contagieuse, il en donna avis au conseil municipal, l'invitant, mais en vain, à prendre quelques mesures de prophylaxie. Le bataillon arriva à Étain le 11 avril. Le 18, il mourut dans la nuit un homme auquel on ne fit pas grande attention, quoiqu'il eût été attaqué de coliques et de vomissements ; mais, le 29, il n'y eut plus aucun doute sur le développement du choléra à Étain. Comme les militaires logeaient en ville et se trouvaient, par conséquent, disséminés, il fut impossible de suivre la filiation des cas. Toujours est-il que voilà une localité, jusque-là saine, qui se trouve envahie par le fléau, quelques jours après l'arrivée d'un rassemblement d'hommes que le choléra avait déjà entamé. M. Gérard eût donné à son observation un complément utile, s'il eût indiqué la part que l'épidémie fit aux militaires, à partir de leur entrée à Étain.

En 1849, à une époque où la maladie ne régnait ni à Étain, ni dans les environs, un jeune homme, bourrelier de son état, se sauva de Paris au fort de l'épidémie, et vint tout effrayé chez son père, demeurant à Grémilly (près Étain) ; il fut attaqué, dès le lendemain de son arrivée, de la manière la plus grave, et pourtant il ne succomba pas. Sa belle-sœur et le fils de sa belle-sœur, *qui lui avaient donné des soins*, furent attaqués immédiatement et moururent en quelques heures. Les *maisons environnantes* furent bientôt infectées, et de là la maladie se répandit dans le village où la mortalité fut considérable.

Pendant que le choléra régnait à Étain, par une voie contagieuse suivant l'auteur, douteuse suivant nous, un jeune ouvrier se rendit à Rouvres, village distant de 4 kilomètres, pour se divertir avec un de ses amis qui habitait ce village. Le même soir, il éprouva au cabaret les premiers symptômes du choléra et succomba dans la nuit. Son compagnon fut attaqué le lendemain et eut le même sort. De ce jour, la maladie se répandit dans tout le village, où il est bien certain qu'elle n'existait pas auparavant.

Le choléra approchait, à Rouvres, de son déclin, lorsqu'une femme vint d'Éton, village distant de 5 kilomètres, pour donner des soins à sa belle-mère, attaquée d'un choléra grave qui l'emporta. Après lui avoir rendu les derniers devoirs, elle revint chez elle à Éton, le 27 décembre, fut prise du choléra, et mourut le 1er janvier. De proche en proche, la maladie se répandit dans tout le village, où elle fit une vingtaine de victimes.

On dira que dans ces diverses migrations, ce n'était pas la contagion qui réglait la marche, mais bien l'influence épidémique. C'est un argument commode ; aussi est-il très-employé. Il n'y a qu'une difficulté, c'est que l'ordre de succession des foyers est en rapport exact avec celui des communications individuelles. Un foyer éclate après l'arrivée d'un individu venant d'un autre foyer, et il a pour point de départ l'individu ou les individus qui ont communiqué avec le sujet infecté. Ou cette succession est le résultat de la contagion, ou elle est celui d'une coïncidence fortuite. Et ainsi se trouve repoussée jusqu'à son dernier retranchement, jusqu'à cet argument du hasard dans lequel on parviendra toujours à l'enfermer, l'insoutenable opinion des anticontagionistes.

M. Gérard, avons-nous dit, a joint aux faits quelques remarques. Elles se résument dans un argument que nous avons souvent fait valoir, mais qui se trouve ici présenté avec une force particulière. Les adversaires de la contagion disent : nous avons soigné des cholériques, nous avons couché dans leur lit, nous avons dégusté la matière de leurs déjections, et nous n'avons pas contracté la maladie ! Mais, répond l'auteur, niez-vous la contagion de la variole, de la rougeole, de la scarlatine ? Non, sans doute. Cependant ces affections se comportent exactement comme le choléra. Lorsque la variole régnait épidémiquement tous les deux ou trois ans, elle attaquait un nombre plus ou moins grand d'enfants, mais en épargnait ordinairement un plus grand nombre. Quand la maladie était bénigne, on laissait dans la même chambre les enfants d'une même famille, *on les mettait à dessein dans le même lit, souvent inutilement* ; néanmoins, dans l'épidémie suivante, les mêmes enfants, qui s'étaient montrés réfractaires, étaient attaqués à leur tour. D'autres plongés plusieurs fois dans l'atmosphère variolique en sortaient constamment intacts. L'intensité des principes de contagion n'est donc pas absolue, ni la réceptivité des individus toujours la même. Pourquoi n'en serait-il pas ainsi pour le choléra ?

L'argument est sans réplique.

DES MALADIES CONTAGIEUSES ET INFECTIEUSES, A PROPOS D'UN MÉMOIRE DE M. AUDOUARD, INTITULÉ : FIÈVRE JAUNE ET TRAITE DES NOIRS ; par M. DURAND-FARDEL.

Nous avons eu occasion d'exprimer des doutes sur l'opinion depuis si

---

jury, ferait le dépouillement des chiffres dans une séance publique et en présence des candidats ; celui ou ceux qui compteraient le plus de points seraient nommés.

Nous n'avons pas besoin de chercher à démontrer qu'en suivant ce mode de concourir, l'injustice deviendrait, sinon impossible, au moins excessivement difficile ; car si dans une épreuve un juge ou des juges cherchaient plus à satisfaire à leur amitié qu'à remplir leur devoir avec exactitude, ces amitiés variant suivant les juges et les candidats, il y aurait à la fin du concours une juste compensation, par les influences et les protections opposées qui pourraient se rencontrer et se feraient ainsi contre-poids. D'autre part, les juges resteraient inconnus aux candidats jusqu'au moment de l'épreuve ; pour cela l'administration aurait la précaution, suivant les besoins du concours, de tirer chaque jury quelques jours seulement avant son entrée en fonction. De cette façon juges et concurrents ne se connaîtraient qu'à la première séance de chaque épreuve. En agissant ainsi, toute intrigue par anticipation, soit directement ou indirectement, deviendrait impossible ; puis les nouveaux juges ignorant le classement des épreuves précédentes, classement qui resterait également inconnu aux candidats, il en résulterait que tous ces arrangements de points, ces combinaisons si habiles et si bien conduites qui ont lieu avec le mode actuel du concours, disparaîtraient forcément.

Quant aux dépenses moins considérables des administrations, elles sont évidentes. Elles seraient réduites de moitié. Prenons pour exemple et pour point de comparaison un concours de trois places avec seize à dix-huit concurrents, nombre très-ordinaire dans les concours d'aujourd'hui. Voici ce qui a lieu :

Ancien mode : 11 juges, 17 candidats. — Épreuves d'élimination.

Épreuves cliniques et d'opération, 12 ou 13 *séances* avec 11 juges, 140 à 150 jetons de présence.

Épreuves suivantes pour 10 candidats restants.

Épreuves cliniques, composition écrite, dissection, 10 *ou* 11 *séances* avec 11 juges, 110 à 120 jetons. Dans ce compte, nous ne comptons pas les séances où les juges se réunissent sans les candidats. Nous avons en tout 280 à 300 jetons de présence.

Nouveau mode : 7 juges, 17 candidats.

Épreuves d'élimination. Question écrite et opérations. 7 ou 8 séances avec 7 juges, c'est-à-dire 50 ou 60 jetons de présence.

Épreuves suivantes pour 10 candidats restants.

Épreuves cliniques, consultation, dissection, 12 ou 13 séances avec 7 juges, c'est-à-dire 90 à 100 jetons de présence. En tout 150 à 160 jetons de présence au lieu de 280 à 300 ; et si le nombre des juges pour chaque jury était réduit à 5, ce qui serait bien suffisant, on obtiendrait encore l'économie de 35 à 40 jetons.

Avec le concours ainsi modifié, il y a économie de temps et d'argent. De plus, cette mesure nous paraît encore avoir d'autres avantages, en appelant ainsi un grand nombre de chirurgiens et de médecins en qualité de juges. Elle les enlèverait pour un temps beaucoup moins long à leurs occupations, les débarrasserait d'obsessions de toute espèce.

longtemps émise et si opiniâtrément défendue par M. Audouard touchant l'origine de la fièvre jaune (voir particulièrement Gaz. Méd., 1850, p. 857). Nous avons réservé seulement la question de fait, sans nous expliquer sur la question de doctrine, bien que nos doutes fussent principalement puisés dans des considérations doctrinales. Ce que nous n'avons pas cru devoir faire alors, M. Durand-Fardel l'entreprend aujourd'hui.

L'idée de M. Audouard est celle-ci : la fièvre jaune est le produit d'une infection spéciale, et cette infection n'a pas sa source dans des conditions climatologiques ou de localité, mais uniquement dans l'excessive agglomération des noirs à bord des navires de traite. Les navires débarquent la fièvre jaune avec les noirs, et, une fois infectés, peuvent conserver assez de miasmes, et des miasmes assez actifs, pour ramener la fièvre jaune en Europe. Si donc on supprimait complétement la traite, la fièvre jaune s'éteindrait d'elle-même.

A cette doctrine née, dans l'esprit de M. Audouard, d'un fait qui paraît bien constaté, à savoir, que la fièvre jaune dont l'Espagne a été victime au commencement de ce siècle était sortie de navires négriers, M. Durand-Fardel oppose des objections que nous croyons fondées. Loin de nier l'influence des causes infectieuses et particulièrement de l'encombrement, il la regarde comme très-efficace ; mais il croit en même temps qu'elle serait impuissante à engendrer *suâ virtute* la fièvre jaune. L'infection, à ses yeux, est une condition favorable au développement de plusieurs maladies endémiques ou épidémiques, de la peste, du typhus, de la fièvre jaune, mais qui ne peut produire ce résultat qu'en venant en aide et en communiquant une activité particulière à la cause spécifique et inconnue de l'une ou de l'autre de ces affections. Ce sera la peste, si l'infection rencontre le principe de la peste : la fièvre jaune, si elle rencontre le principe de la fièvre jaune ; mais ce ne sera pas l'une ou l'autre indifféremment. Pour ce qui concerne cette dernière maladie, l'expérience a prouvé qu'elle ne s'engendre spontanément que dans certaines conditions climatologiques assez bien déterminées et étrangères à l'Europe ; d'où il suit que l'apparition du fléau en Europe en atteste l'importation, soit par des individus malades, soit par des objets contaminés.

Il est évident en effet que si l'agglomération d'hommes (qu'ils soient noirs ou blancs, peu importe) pouvait de toutes pièces engendrer la fièvre jaune, on ne comprendrait pas pourquoi cette affection ne se montre jamais hors de certains climats, ou hors des localités ayant eu avec ces derniers des communications directes, alors même que les conditions d'encombrement sont très-prononcées. Ce qu'on a vu se développer alors, ce n'est pas la fièvre jaune, c'est plutôt le typhus ou quelque affection analogue. Tel a été le sort de quelques-uns des Anglais enfermés au nombre de 146 dans une prison de 6 mètres carrés par le vice-roi de Bengale, dans cette lugubre histoire citée partout ; tel a été le sort aussi de beaucoup de soldats entassés en 1814 dans les hôpitaux. Il est bien vrai que la fièvre jaune a souvent pris naissance en mer, à bord des vaisseaux négriers ; mais ces vaisseaux naviguaient dans des parages plus ou moins rapprochés des grands foyers de fièvre jaune. L'existence d'une cause spécifique, autre que l'encombrement, pour chacune des grandes endémies qui deviennent parfois si cruellement épidémiques, la peste, la fièvre jaune, le choléra, serait démontrée par le seul fait de leurs différences d'origine. Chacune a son berceau propre, qui n'est jamais celui des autres. Une fois son principe développé, fut-il même transporté d'une manière ou d'une autre dans une région lointaine, il peut trouver un aliment d'activité dans une cause d'infection ; mais cela est commun à toutes les maladies épidémiques, et l'on sait que le choléra, le typhus et la peste ne se trouvent pas mieux de l'encombrement que la fièvre jaune. D'un autre côté, des causes très-diverses d'infection paraissent exercer, à quelque chose près, la même influence sur la marche d'une épidémie donnée ; nous avons vu récemment que les émanations des hommes rassemblés et celles des détritus végétaux favorisent à peu près également le développement du choléra ; le résultat serait sans doute le même pour le typhus, la peste, la fièvre jaune. Or toutes ces circonstances, spécialité d'origine, analogie d'influence d'une cause infectieuse donnée sur toutes les maladies épidémiques, analogie d'influence des diverses causes infectieuses sur une même maladie, tout cela dépose fortement contre les doctrines de M. Audouard.

Sur le terrain des faits que nous n'abordons pas aujourd'hui, il y aurait à voir si chacune des trois cents épidémies de fièvre jaune à peu près qu'a comptées M. Moreau de Jonnès est sortie d'un vaisseau négrier ; besogne assez difficile, comme on peut penser. Il y aurait aussi à demander, avec M. Durand-Fardel, comment on peut se rendre compte des ravages que la maladie a continué à exercer depuis une quinzaine d'années dans les colonies de la Guadeloupe et de la Martinique.

DIAGNOSTIC DIFFÉRENTIEL DU DELIRIUM TREMENS ; par le docteur Delasiauve.

Dans ce travail, fondé sur une observation étendue, puisqu'elle comprend, dit l'auteur, une centaine de faits, le *delirium tremens* est successivement mis en regard des autres formes d'aliénation qui offrent avec lui plus ou moins d'analogie. La comparaison est surtout instructive en ce qui concerne la folie des ivrognes d'une part, et de l'autre, le *délire nerveux*, la *démence* et la *paralysie générale*.

Sur ces différents points, l'auteur est arrivé à peu près aux mêmes résultats que M. Calmeil (Dict. de méd. en 30 vol.). Comme lui, il regarde l'œnomanie comme très-différente du délire nerveux et comme difficile à distinguer de la paralysie générale. Mais M. Delasiauve entre à cet égard dans des considérations spéciales, que nous résumerons en quelques mots.

Il fait, par exemple, très-bien ressortir la grande différence symptomatologique qui sépare l'œnomanie du délire nerveux, en dépit des efforts qui ont été faits pour les confondre. L'œnomanie, malgré l'agitation et même la fureur qui la caractérisent au moment des accès, conserve toujours, dans l'expression anxieuse et comme stupéfaite de la physionomie, dans la grande difficulté de la prononciation, dans la vacillation de la marche, un cachet de stupeur et de semi-paralysie. Dans le délire aigu, au contraire, tout trahit l'excitation et rien que l'excitation : face colorée, vultueuse, animée, éclat des yeux, parole brève, mouvements désordonnés, jactitation continuelle, gaieté insolite, loquacité extrême, vociférations, etc. Cette opposition des deux maladies est très-vraie et bien présentée.

Voici maintenant, en abrégé, les caractères différentiels qu'il signale entre le délire des ivrognes d'un côté, et de l'autre, la démence et la paralysie générale. Il y a, entre les deux dernières maladies et la première (considérée à l'état chronique, car la distinction serait facile à l'état aigu et récent), la même différence qu'entre la *diminution* et l'*engourdissement* des facultés *cérébrales*, entre la vraie *paralysie*, plus ou moins complète, et l'*incertitude*, la *vacillation* de la marche. Chez le dément, dit M. Delasiauve, les idées, si imparfaites qu'elles soient, se dégagent plus ou moins

---

C'est en traçant un tableau véritable des tribulations que l'on éprouve dans une des conditions de la vie, que l'on parvient à arrêter des décisions injustes qui se manifestent trop souvent dans les concours ; aussi croyons-nous avoir bien fait en publiant notre manière de voir sur l'état actuel du concours. La position dans laquelle nous nous trouvons ne saurait subsister longtemps, et nous ne doutons pas de l'accueil que l'on fera généralement aux améliorations qui seront nécessairement introduites dans l'organisation des hôpitaux ; nous avons émis franchement notre opinion sur cette question, parce que nous savons que les hommes qui sont aujourd'hui à la tête de l'administration sont animés des intentions les plus dignes, les plus favorables, et qu'ils accueilleront toujours avec bienveillance les modifications qui seront proposées en vue d'améliorer la chose publique. Nous appelons de tous nos vœux la réalisation de ce projet. Nous pensons que l'avenir du concours s'y trouve attaché, et nous n'hésitons pas à admettre que l'administration des hôpitaux trouvera profit et justice dans les avantageuses conséquences qui découleront de cette mesure.

Dr Boinet.

— M. le docteur Jobert (de Lamballe), membre de l'Académie nationale de médecine, chirurgien de l'Hôtel-Dieu, etc., vient d'être élu membre correspondant de l'Académie impériale médico-chirurgicale de Saint-Pétersbourg, à l'occasion de la célébration du jubilé de 50e année de son existence.

— M. le docteur Bénigné, chevalier de la Légion d'honneur, vient de mourir à la suite d'une longue et douloureuse maladie.

— M. le préfet de police s'occupe de mettre à exécution la nouvelle loi, rendue le 27 mars dernier, contre les fraudes de toute nature dans la vente des marchandises.

Il vient de déférer au tribunal correctionnel vingt-neuf procès-verbaux dressés contre des bouchers, charcutiers, traiteurs, épiciers et fruitiers, chez lesquels on avait saisi des viandes malsaines.

La plupart de ces saisies ont été opérées par suite d'une vérification extraordinaire de la qualité des denrées et comestibles à Paris et dans la banlieue.

— On lit dans un journal toscan :

« Le prince Anatole Demidoff, dans une visite qu'il a faite aux bains de Lucques, fondés par son père, ayant reconnu les avantages qu'offrirait la construction d'un pont conduisant de l'hôpital à la chapelle, a affecté à cette destination une somme de 10,690 liv. st. Il a mis en outre à la disposition de l'hospice, 1,373 liv. st. pour ses besoins divers, et lui a fait don de 12 lits complétement montés ; 240 liv. st. ont été distribués aux malades indigents. »

— M. le docteur Phillips commencera son cours des maladies des voies urinaires le lundi 5 mai à trois heures, dans l'amphithéâtre n° 2 de l'École pratique.

— M. Bernard, suppléant de M. Magendie au collége de France, commencera son cours mercredi prochain 7 mai à midi, et le continuera tous les mercredis et vendredis à la même heure.

Il traitera des fonctions et des maladies du système nerveux.

rapidement; le plus souvent il parle sans beaucoup d'hésitation ; quelquefois même sa volubilité approche du bavardage. Chez l'œnomane, au contraire, la pensée a peine à sortir des nuages et n'aboutit d'ordinaire qu'à une traduction lente et avortée. Dans le *delirium tremens*, le principe de cette lésion résidant dans l'obtusion intellectuelle, l'individu chancelle plus qu'il ne tremble, et sa prononciation est moins réellement gênée qu'incertaine. Dans la démence paralytique, la volonté agit plus fortement ; mais, comme elle n'est plus servie avec précision par les organes locomoteurs, il s'ensuit un tremblement qui rend difficile la station, la préhension des objets et l'articulation des sons.

On comprend bien que ces caractères n'ont pas une valeur absolue, et l'auteur ne fait pas difficulté de reconnaître qu'ils peuvent laisser parfois dans une complète incertitude. Nous aurions voulu qu'il établit à cet égard une distinction plus tranchée entre la démence sénile simple et la paralysie générale, la première étant moins facile à confondre avec l'œnomanie que la seconde. Mais il indique très-bien, au moins, le caractère général, commun à l'un et à l'autre, qui peut le mieux guider dans la détermination du diagnostic.

Nous ne relevons que cette partie du mémoire, parce qu'elle est la plus originale et la plus pratique. Mais le tout mérite une lecture attentive : on y trouvera beaucoup d'autres indications utiles.

A. DECHAMBRE.

TRAVAUX ACADÉMIQUES.

ACADÉMIE DES SCIENCES.

SÉANCE DU 28 AVRIL. — PRÉSIDENCE DE M. RAYER.

FONCTIONS DES SYSTÈMES NERVEUX SPINAL ET GANGLIONNAIRE.

M. MARSHALL HALL transmet sur ce sujet une note dont nous extrayons les passages suivants :

J'ai cherché dernièrement s'il est possible d'isoler complétement les trois sous-systèmes, cérébral, spinal et ganglionnaire. Or cela n'est pas possible pour le premier ou le système cérébral ; car, quand même la partie de la moelle épinière placée dans les vertèbres cervicales serait divisée ou détruite, dans les expériences ou par une maladie, la sensibilité et les autres fonctions du cerveau seraient compliquées des fonctions diastaltiques de la moelle allongée et des fonctions ganglioniques du sous-système ganglionnaire de la tête. Mais rien de plus facile que l'isolement des sous-systèmes spinal et ganglionnaire.

Pour l'isolement du premier, on n'a qu'à enlever, chez la grenouille ou un très-jeune chat, d'abord le cerveau, ensuite les autres viscères ; il reste le sous-système spinal : les mouvements respiratoires continuent, la déglutition peut s'effectuer, tous les membres se meuvent dès qu'ils sont irrités. Mais plus de sous-système cérébral ou ganglionnaire.

En isolant le sous-système ganglionnaire, la circulation, les mouvements péristaltiques des intestins restent; mais plus de mouvements péristaltiques volontaires.

Dans le cas où le sous-système spinal est conservé, la respiration et la déglutition peuvent s'effectuer, tandis que le saut et les autres mouvements excités peuvent se manifester. Dans le cas du sous-système ganglionnaire isolé, on essaye de faire impression sur la circulation capillaire des pattes ou des poumons de la grenouille, en écrasant les autres parties ou viscères, sans succès.

Voici les conclusions que M. Marshall-Hall déduit de ces faits :

La moelle épinière est non-seulement le centre essentiel de mouvements diastaltiques dits sympathiques, mais aussi des mouvements péristaltiques sympathiques.

ACADÉMIE DE MÉDECINE.

SÉANCE DU 29 AVRIL. — PRÉSIDENCE DE M. ORFILA.

Le procès-verbal de la dernière séance est lu et adopté.

La correspondance officielle comprend :

1° Une lettre du ministre de l'intérieur qui accuse réception du rapport sur la détermination des maladies ou infirmités susceptibles de devenir une cause d'exemption du service de la garde nationale.

2° Deux lettres du ministre du commerce qui transmettent des recettes de remèdes. (Comm. des remèdes secrets ou nouveaux.)

— M. le docteur PESURIX, secrétaire général de l'Association des médecins de Paris, adresse le compte rendu, pour 1850, des actes de cette Société.

— M. HÉRICART DE THURY, membre associé de l'Académie, annonce que M. Fancille, ingénieur des établissements thermaux de Vichy, vient de lui faire envoi d'eaux de l'hôpital et de la Grande-Grille. Les effets de ces eaux, dit M. Héricart de Thury, sont tellement différents de ceux des mêmes eaux de l'établissement des Pyramides de la rue Saint-Honoré et des analyses de M. Longchamp, qu'il serait nécessaire de faire de nouvelles analyses comparatives des unes et des autres. (Comm. des eaux minérales.)

— Madame MÉRAT, veuve de M. Mérat, dont l'Académie déplore la perte récente, adresse les manuscrits que son mari a légués à l'Académie.

— M. CHEVALLIER adresse des flacons de poudre et de teinture de *cédron* qu'il a préparés lui-même pour faciliter les recherches que la commission dont il fait partie est appelée à faire sur les effets thérapeutiques de cette substance. Il demande en même temps que M. Richard, qui a étudié les cédrons, soit adjoint à la commission en remplacement de M. Mérat. (M. Richard sera adjoint à la commission.)

— M. CHEVALLIER transmet copie d'une lettre de M. Desvignes, sur une formule pour l'emploi d'une limonade au tartrate de soude, qui a été insérée dans le JOURNAL DE CHIMIE MÉDICALE (n° de janvier 1851) (1). (Renvoyé à la commission chargée d'examiner le travail de M. Delioux sur le même sujet.)

— M. MARCHAL (de Calvi) communique une observation de chlorose chez un sujet du sexe masculin, chez lequel il a constaté une très-notable diminution des globules.

— M. le docteur YVONNEAU (de Blois) soumet à l'appréciation de l'Académie un mode particulier d'administrer le chloroforme. Il a fait une préparation solide de chloroforme dans laquelle cette substance se trouve à dose appréciable et exempte de danger. Ce sont des capsules résultant d'une cristallisation de sucre, lesquelles contiennent de une à deux gouttes de chloroforme à leur intérieur.

M. Yvonneau assure en avoir obtenu un grand succès dans un cas de hoquet persistant, dans un accès d'hystérie et dans un vomissement gastralgique.

— M. NIEPCE désirant continuer ses recherches sur la question du goître et du crétinisme, prie l'Académie de lui donner toutes les instructions qu'elle croirait nécessaires, et de lui poser toutes les questions qu'elle jugerait utile de résoudre. (Comm. des eaux minérales.)

Le même médecin envoie des observations de gastro-entérites chroniques traitées par les bains de petit-lait et le mélange de ce liquide avec l'eau sulfureuse d'Allevard.

EFFETS THÉRAPEUTIQUES DU MATICO.

M. CAZENTRE (de Bordeaux) adresse un mémoire sur le matico ou arthanthe-elongata.

Voici quels sont les effets thérapeutiques que l'auteur attribue à cette substance.

Le matico est un excellent agent pour hâter la cicatrisation des plaies récentes.

Il peut très-utilement servir après les opérations, quand on veut réunir par première intention.

Il a un effet remarquable et puissant contre les hémorrhagies capillaires produites par des lésions traumatiques; il peut aussi devenir un auxiliaire précieux dans les hémorrhagies des gros vaisseaux.

Pris à l'intérieur, il est l'astringent le plus sûr et le plus convenable pour combattre les écoulements sanguins des surfaces muqueuses et surtout la métrorrhagie.

Mis en contact immédiat avec une membrane muqueuse ou toute autre surface saignante, il est admirablement propre à produire l'astriction nécessaire pour arrêter l'effusion sanguine, qu'elle ait lieu par division des vaisseaux ou par extravasation.

Il est le meilleur agent topique que l'on puisse opposer à l'épistaxis.

Il contribue à donner au coton en bourre roulé dans la poudre les propriétés les plus aptes à opérer un tamponnement sûr et commode.

Employé surtout en poudre directement et avec persévérance sur les membranes muqueuses sujettes aux congestions et aux pertes de sang, il exerce une influence favorable sur leur texture et réussit souvent par son contact tonifiant à les préserver de leur disposition aux récidives.

Enfin, le matico est, par ses propriétés aromatiques, toniques et astringentes, propre à remplir un grand nombre d'autres indications thérapeutiques. (Comm. : MM. Guibourt, Jobert, Bricheteau.)

— M. BOUCHARDAT lit, au nom de la commission des remèdes secrets, une série de rapports sur des remèdes à l'égard desquels il propose de déclarer qu'il n'y a pas lieu d'appliquer le décret du 10 août 1850.

— M. CAZEAUX, au nom de la section d'accouchements, fait un rapport verbal pour exposer à l'Académie que la section d'accouchements devant se constituer en commission d'élection se trouve en ce moment incomplète, par suite de la maladie de M. Baudelocque et de l'abstention de M. Devilliers qui s'est récusé à cause de la candidature de son fils. Il y a lieu par conséquent à désigner un membre à adjoindre à la section.

L'Académie procède à un scrutin pour la désignation d'un membre qui devra faire momentanément partie de la section d'accouchement.

DU TRAITEMENT DE LA TEIGNE PAR LA MÉTHODE DES FRÈRES MAHON.

M. GIBERT lit, en son nom et celui de M. Jobert, un rapport sur ce sujet.

Le préfet de la Seine-Inférieure avait consulté l'Académie sur l'emploi de cette méthode, dans le but d'établir à Rouen un traitement gratuit des indigents teigneux, à l'instar de celui institué à Paris dans plusieurs établissements dépendants de l'administration de l'assistance publique.

Une commission, composée de MM. Jobert (de Lamballe), et Gibert, rapporteur, fut chargée de soumettre à l'Académie un projet de réponse.

M. Gibert cherche d'abord à dissiper la confusion qui règne dans le diagnostic des espèces morbides réunies dans la pratique sous le nom de *teigne*.

---

(1) Voici cette formule :

Prenez : Bicarbonate de soude	35	grammes.
Acide tartrique cristallisé	35	—
Eau de fontaine	450	—
Sirop de sucre	50	—
Teinture de zeste de citron	20	gouttes.

Mettant à part la teigne alopétique ou *porrigo decalvans* de Bateman, qui ne lui paraît pas devoir être soumise aux mêmes remèdes que la teigne commune, il rapporte à deux principales divisions les affections chroniques du cuir chevelu de l'enfance confondues sous le nom de teigne.

La première division comprend les espèces que l'on pourrait appeler *dartreuses*, et qui doivent être rapportées pour la plupart à l'*eczema* et à l'*impetigo*. C'est là que se rangent les *gourmes* du jeune âge et les espèces désignées par Alibert, sous les noms de teignes muqueuse, granulée et furfuracée.

Ces éruptions ne paraissent point contagieuses et cèdent assez généralement aux soins de propreté et aux remèdes communément employés contre les affections dartreuses. Ce sont, à proprement parler, des *pseudo-teignes*.

La seconde division renferme la teigne vraie ou *favus* d'Alibert (*porrigo lupinosa* de Bateman, teigne lupinée de Gui de Chanliac). Celle-ci est contagieuse et résiste à nos moyens ordinaires de traitement. On l'a comparée avec raison aux mousses parasites qui se montrent sur l'écorce des arbres.

Or c'est surtout contre cette teigne rebelle que la méthode des frères Mahon se montre efficace.

Bien que la vraie teigne puisse guérir très-facilement, lorsqu'elle est récente, accidentelle, peu étendue, on la voit le plus souvent résister à nos traitements méthodiques, lorsqu'elle affecte des sujets prédisposés et placés dans de mauvaises conditions hygiéniques, comme le sont presque tous les teigneux indigents.

La méthode détersive et épilatoire des frères Mahon, appliquée depuis longues années au pansement de cette classe de malades dans divers établissements publics et notamment à l'hôpital Saint-Louis, compte aujourd'hui un grand nombre de succès constatés par les médecins de l'hôpital.

Il est d'ailleurs certain que les soins de propreté appliqués par les mains exercées qui opèrent le pansement, doivent entrer pour une forte part dans les cures opérées par la méthode Mahon qui, comme on sait, est secrète. Généralement, la durée du traitement est longue.

Dans les 125 guérisons constatées, durant le second semestre de 1850, au traitement externe de l'hôpital Saint-Louis, on en compte 51 qui ont nécessité plus d'une année de soins.

Les pansements ont, en général, lieu deux fois la semaine; mais il est juste de remarquer que le plus grand nombre des sujets ne s'y présente que fort irrégulièrement.

En somme, le rapport conclut à ce que l'Académie donne à la demande de M. le préfet de la Seine-Inférieure une réponse favorable sur l'application aux indigents teigneux de la méthode Mahon-Yaconsin usitée à Paris dans les établissements qui sont du ressort de l'assistance publique.

SYPHILIS CONGÉNITALE; ALTÉRATION SPÉCIALE DES POUMONS.

M. DEPAUL, candidat à la place vacante dans la section d'accouchements, lit un mémoire ayant pour titre: SUR UNE MANIFESTATION DE LA SYPHILIS CONGÉNITALE, CONSISTANT DANS UNE ALTÉRATION SPÉCIALE DES POUMONS QUI N'A PAS ENCORE ÉTÉ SIGNALÉE.

Après avoir rappelé les opinions généralement admises aujourd'hui sur le mode de propagation de la syphilis et sur les divers phénomènes qui la caractérisent pendant la vie extra-utérine, l'auteur fait voir qu'il est impossible d'admettre les mêmes lois quand il s'agit d'interpréter les altérations qui se développent pendant la vie fœtale sous l'influence du même principe. Ici, en effet, on voit nécessairement manquer la première période de la maladie, et c'est toujours par des phénomènes qui témoignent d'une contamination générale dès le début qu'elle se manifeste. La part plus considérable qui revient à la femme dans la reproduction de l'espèce, les liens vasculaires nombreux qui l'unissent au fœtus pendant toute la durée de la gestation, expliquent suffisamment la transmission de la mère à l'enfant. Quoique plus difficile à comprendre quand elle vient du père, on est forcé de s'incliner devant des faits trop rigoureusement observés pour qu'il soit permis encore aujourd'hui de les contester. M. Depaul va plus loin encore, et, se fondant sur son expérience personnelle, il émet la proposition suivante: La mère étant incontestablement saine et la syphilis n'ayant pu être transmise que par le père et seulement au moment de la fécondation, l'embryon seul malade pendant quelque temps pourra à son tour infecter la mère pendant son séjour dans l'utérus.

M. Depaul s'occupe ensuite des différentes manifestations de la syphilis congéniale: la mort du produit de la conception à une époque ordinairement peu avancée de la grossesse, et son expulsion prématurée sans qu'il soit possible ensuite de découvrir des lésions caractéristiques; les nombreuses altérations qu'il est si commun de trouver sur la peau et qui se présentent avec des formes si diverses (taches cuivrées, papules, eczéma, ecthyma, pemphygus, etc.). Les lésions plus profondes, comme la carie et l'exostose, certaine forme de péritonite signalée par M. Simpson, l'altération fibro plastique du foie indiquée par M. Gubler et qu'il a pu lui-même constater dans un cas, enfin certaines collections purulentes du thymus sur lesquelles M. le professeur P. Dubois a tout récemment appelé l'attention.

Puis l'auteur arrive à la lésion des poumons qui fait l'objet principal de son mémoire. Il rappelle que ses premières recherches sont consignées dans un travail publié par lui, en 1837, dans les BULLETINS DE LA SOCIÉTÉ ANATOMIQUE. Depuis cette époque des faits de la même nature ont été soumis en assez grand nombre à son observation pour qu'il ait pu en recueillir environ une vingtaine. Il en rapporte trois avec détail dans sa communication à l'Académie. Dans tous l'existence de la syphilis constitutionnelle chez le père ou chez la mère, ou chez les deux, était incontestable. Voici quelles étaient maintenant les altérations pathologiques: elles se sont présentées tantôt sous la forme de simples indurations constituées par du pus infiltré, tantôt sous la forme de véritables collections purulentes, à parois plus ou moins épaisse, renfermant dans leurs mailles un liquide de même nature. Les lésions pulmonaires existaient rarement seules; le plus habituellement il y avait en même temps sur la peau ou ailleurs des traces incontestables de syphilis.

M. Depaul a résumé dans les conclusions suivantes les points importants de son travail:

1° La syphilis de l'enfant pendant la vie intra-utérine est une maladie beaucoup plus commune qu'on ne le pense généralement.

2° Elle peut être transmise par la mère ou par le père, et probablement aussi par les deux simultanément.

3° Les lois de propagation ne sont pas les mêmes que pour la syphilis de la vie extra-utérine; tandis qu'ici il y a une succession de phénomènes dans un ordre à peu près constant, là, au contraire, rien ne peut être prévu, et c'est une infection générale qui produit d'emblée une infection de même nature.

4° Aux lésions déjà nombreuses que l'enfant peut présenter au moment de la naissance ou qui se développent quelque temps après, et qui sont avec raison considérées comme des manifestations de la syphilis, il faut joindre l'altération spéciale des poumons que ce travail a eu pour but de faire connaître.

5° Cette altération se présente assez fréquemment, et elle doit être regardée comme une des plus graves parmi celles qui ont été signalées.

6° En effet, tandis qu'un traitement curatif offre encore quelques chances de succès lorsque la maladie apparaît sur la peau ou sur tout autre organe dont l'intégrité n'est pas indispensable à l'établissement de la vie extra-utérine, la mort qui suit de près la naissance, alors que le tissu pulmonaire est profondément désorganisé, désarme le médecin et ne lui laisse qu'une lésion pathologique à constater.

7° De là l'impérieuse nécessité de combattre la syphilis des parents avant la fécondation, ou de chercher à en atténuer les effets pendant la grossesse en soumettant la femme, de bonne heure, à un traitement mercuriel convenable.

8° Le médecin devra se croire suffisamment autorisé à prescrire ce traitement, quand même il lui aurait été impossible de constater l'existence de la syphilis chez le père ou chez la mère, mais alors qu'à la suite d'un accouchement antérieur, suivi de la naissance d'un enfant mort, il aura pu trouver à l'autopsie la lésion que j'ai décrite.

(Commissaires, MM. Moreau et Danyau.)

EXTRAIT DE JUSÉE.

M. BARRUEL lit un mémoire sur l'extrait de jusée et les préparations auxquelles il sert de base.

La jusée est le liquide dans lequel on fait macérer, pendant un temps plus ou moins long, les peaux des animaux dans le but de préparer le cuir. C'est une macération aqueuse de tan grossièrement pulvérisée. Celle qui est préparée par la macération des peaux de veaux est transparente, d'une couleur ambrée, d'une odeur *sui generis* qui rappelle celle de la tannée ou de la valériane; elle a une réaction acide assez sensible, une saveur astringente et une pesanteur de 1° 1/4. 100 grammes de jusée convenablement évaporés donnent en extrait sec 2 grammes et 98 grammes d'un liquide légèrement opalin, sensiblement acide, ayant une odeur prononcée de beurre rance.

L'extrait est brun, il a une odeur analogue à celle de la jusée; sa saveur est astringente, légèrement aromatique; il est incomplétement soluble à l'eau froide. La solution filtrée agit sur les sels de fer à la manière de l'acide quersi-tannique.

Pour rendre ce médicament d'une administration facile et moins répugnante, M. Barruel a préparé avec cet extrait un sirop et des pilules renfermant chacune 8 centigrammes d'extrait. Le sirop s'administre matin et soir à la dose d'une cuillerée à café, et les pilules deux par jour.

C'est dans le traitement de la phthisie que ce médicament a été essayé jusqu'ici, ainsi que dans les cas d'affaiblissement général tenant au rachitisme ou aux rachitismes. (Comm. MM. Bricheteau, Patissier, Guibourt, Bouchardat.)

OPÉRATION CÉSARIENNE.

M. DUBOIS (d'Amiens) lit, pour M. Bouchacourt, l'histoire d'une opération césarienne faite avec succès. Cette opération a été pratiquée chez une femme affectée de rachitisme, avec rétrécissement considérable du bassin au détroit supérieur; cette femme en était à son second accouchement. Le premier accouchement à terme avait nécessité l'embryotomie; au deuxième, le travail était rapide; il y avait présentation irrégulière de l'occiput, procidence du cordon et d'un bras; l'enfant était vivant. M. Bouchacourt a pratiqué l'opération césarienne. L'enfant est mort le cinquième jour; la mère a guéri. (Nous publierons textuellement cette communication.)

(Comm., MM. Dubois (P.), Danyan et Velpeau.)

La séance est levée à 5 heures.

BIBLIOGRAPHIE.

ŒUVRES COMPLÈTES D'HIPPOCRATE, traduct. par M. LITTRÉ de l'Institut. — 7e volume. — Chez J.-B. BAILLIÈRE, 19, rue Hautefeuille.

Il y a longtemps que la traduction de M. Littré a commencé à paraître. Lorsqu'il s'agit de comparer les textes, de s'éclairer de toutes les erreurs des traducteurs et des commentateurs pour faire la traduction la plus exacte possible; lorsqu'il s'agit de dissiper les obscurités et les incertitudes de nombreux passages par des annotations et des commentaires, il

fant beaucoup de temps, et un temps dont il faut saisir l'emploi avec les connaissances de l'érudit, du linguiste et du philosophe. M. Littré est un érudit d'une grande valeur, un linguiste très-familier avec les difficultés de plus d'une langue, sans compter cette langue grecque qu'il possède si complétement au jugement des appréciateurs; il est philosophe enfin, quoique philosophe à sa manière. Il y a tant de manières de l'être en effet, qu'il n'est pas hors de propos de nous exprimer avec cette restriction. Du reste, si les lecteurs fidèles de la GAZETTE MÉDICALE veulent bien se souvenir de ce que nous avons dit à ce sujet dans les articles publiés sur les premiers volumes parus de la collection hippocratique, ils savent quelle est notre opinion touchant cette question fondamentale. Mais ce qui manque à notre avis à M. Littré n'enlève rien à cet esprit de critique qu'il consacre à donner au texte sa signification la plus probable, son sens le plus clair. Pour arriver à ce résultat, il ne néglige rien; et s'il se trompe, ce n'est pas sans avoir fait tous ses efforts pour éviter l'erreur si facile en pareille matière. Pour confirmer ce que nous venons de dire, nous nous permettrons de rappeler au lecteur la manière dont M. Littré fait, dans le premier volume, le triage des œuvres de la collection. La critique la plus sévère trouverait difficilement à reprendre dans les catégories qu'il forme pour séparer les œuvres originales de celles qui appartiennent à l'école, et de celles enfin qui n'appartiennent ni à Hippocrate ni à ses héritiers directs.

Le volume que nous avons sous les yeux, le septième volume, n'a pas assurément le même intérêt que le premier volume de la collection. Le génie d'Hippocrate ne s'y voit pas d'aussi près. De temps en temps on y retrouve les idées et les enseignements du fondateur de l'école de Cos, mais l'homme a disparu; on n'y reconnaît pas même la trace des continuateurs qui avaient conservé pur et complet le précieux héritage du maître. Des médecins qui avaient reçu plus ou moins directement la tradition, dont l'esprit s'était nourri des enseignements d'une école rivale, ont été les auteurs des traités renfermés dans le septième volume. Ils appartiennent sans doute à la famille hippocratique; ils ont appris la science au sein de l'école de Cos; mais n'ayant pas vécu et travaillé sous la direction du maître, ils devaient s'en éloigner dans leurs écrits, quelques efforts qu'ils fissent pour s'en approcher de plus près. Outre l'intérêt médical, et nous ferons voir qu'il y en a un bien grand dans les œuvres dont M. Littré poursuit la traduction avec tant de persévérance, il y a un puissant intérêt historique dans la lecture de ce volume. On y voit, on y mesure la portée et l'influence réciproque des deux écoles rivales, celle de Cos et celle de Guide; on y apprend quels principes les séparaient, par quelles idées elles se touchaient ou se rapprochaient sans jamais se confondre; on y reconnaît enfin cette loi générale du temps, qui consiste à opérer une sorte de fusion ou de confusion entre ce qui paraissait incompatible. Ces réflexions, du reste, se justifieront dans ce qui va suivre où nous nous proposons d'analyser avec détails, non pas les divers traités renfermés dans le volume paru, mais les réflexions qu'ils font naître, et les appréciations données par le traducteur.

Dans ce volume très-considérable, comme les précédents, un grand nombre de traités se trouvent compris. Les livres deuxième et troisième *des maladies* sont suivis du livre sur *les affections internes*, puis se rangent successivement à la suite, les livres de *la nature de la femme*, de *la nature de l'enfant*; le volume se ferme par le quatrième livre *des maladies*. Le traducteur ne se borne pas à la traduction sans autre commentaire que la discussion des textes qui lui ont servi pour donner la meilleure version possible de l'œuvre originale. Il suit fidèlement les premiers errements, c'est-à-dire qu'il développe, qu'il expose avec discussion, tous les points qui lui paraissent intéressants et utiles pour l'intelligence des écrits du génie puissant dont il s'est fait l'interprète. Mais entrons dans les détails pour ne pas nous arrêter plus longtemps à des généralités.

Dans l'argument du livre deuxième *des maladies*, le traducteur arrive à mettre en lumière une des choses les plus importantes à noter assurément sous le rapport historique. Il s'agit d'une découverte à peu près oubliée avant la découverte de la théorisation de l'auscultation, et qui est le commencement de l'auscultation elle-même. Cela nous rappelle la découverte prétendue de la lithotritie. On croyait que c'était une création, ce ne fut qu'une résurrection. Les livres alexandrins qui les font connaître auraient disparu, que les fouilles de Pompéia auraient mis en lumière les instruments au moyen desquels on pénétrait dans la vessie pour y saisir et broyer la pierre. Ainsi donc, l'école antique connaissait un bruit qui se fait entendre dans la poitrine; elle l'avait constaté lorsque la douleur existant en quelques points de la surface thoracique, se complique avec la fréquence de la toux. Un bruit comme de cuir se fait entendre, dit l'auteur du livre deuxième *des maladies*, lorsque l'affection se caractérise par une sorte de chute du poumon contre le côté. En quoi consiste cette maladie caractérisée par un déplacement d'un des poumons? Est-elle le résultat d'un épanchement pleurétique, et la saillie que cet épanchement force la poitrine à contracter devient-elle le signe sur lequel est basé le prétendu déplacement du poumon? ou bien ce déplacement de l'organe résulte-t-il de l'établissement de fausses membranes qui font adhérer l'organe et la surface interne de la poitrine à la suite d'une pleurésie? Enfin lorsque, après l'opération de l'empyème, le poumon refoulé par l'épanchement reprend son volume en se rapprochant des côtes, cette propulsion de l'organe est-elle *le poumon touchant sur le côté*, de l'école hippocratique, ou du moins de l'auteur du deuxième livre *des maladies?* Nous tenons pour l'épanchement comme cause du prétendu phénomène pathologique qui devait se traduire par un changement de forme à la surface de la poitrine; nous tenons pour l'épanchement, mais accompagné de fausses membranes, sans lesquelles l'auteur n'aurait pu percevoir le bruit caractéristique de leur présence. L'opinion de M. Littré s'éloigne de la nôtre. Mais le point principal de la question qui se rattache à ce livre *des maladies*, n'est pas une interprétation du phénomène lui-même, mais la constatation de cette connaissance de l'auscultation à l'époque hippocratique pendant laquelle les médecins savaient finement observer autant par l'application des sens que par les vues quelquefois divinatrices de l'esprit.

Le livre suivant *des Maladies* est la digne continuation du premier, où le premier plan n'est pas occupé par la description symptomatologique, mais par les moyens variés de traitement. Sans doute, il y a des moyens d'action dont on ne s'explique pas le but, dont on ne comprend pas la portée. Cela vient de plusieurs raisons dont, en passant, nous en indiquerons deux qui nous paraissent dignes de quelque attention. La première, c'est que chaque climat a des exigences telles qu'un traitement efficace et même souverain contre une maladie dans un climat donné, est inefficace et même nuisible dans un climat différent. La seconde, que chaque climat a des produits végétaux, des composés de tradition mis à l'épreuve par une longue expérience, et que si on ne se rend pas tout à fait compte de la thérapeutique qui met à contribution ces éléments sous des formes variées, ce n'est pas une raison pour la condamner. Quand on connaîtra un peu mieux les divers climats et leurs exigences, les conditions physiologiques des races modelées en quelque sorte sur la permanence du climat, on pourra faire une médecine comparée un peu rationnelle, et remplir dans la science une lacune qui, selon toutes les probabilités, restera ouverte longtemps encore.

Dans le livre qui suit les deux livres *des Maladies des Affections internes*, le même enseignement se continue; souvent même des répétitions retracent ce qu'on avait déjà vu exposé sous une forme analogue dans les livres précédents. On s'y arrête, cependant, sur des choses qui sont d'un grand intérêt à une époque où on les comprend peu, si même on les comprend. De notre temps, en effet, qu'est-ce que la gymnastique au point de vue thérapeutique? On l'applique, on l'emploie pour développer les forces et comme moyen d'éducation, mais on ne va pas plus loin. Les Grecs ne voyaient pas la question de la même manière. Il y avait dans l'antiquité des exagérateurs, des enthousiastes de ce moyen d'action qui lui attribuaient tant d'avantage, qu'ils ne semblaient pas croire qu'il pût compter des inconvénients. Herodicus a été l'homme de ces exagérations; mais, dans le fond, il y avait du vrai, du bon, de l'utile et surtout de l'applicable dans ses idées. Rien de plus facile et de plus agréable que de remplacer les drogues par la marche, par la promenade. Seulement il convenait de prescrire cet exercice dans des conditions où, loin de nuire, il pût produire de salutaires effets. C'est en cela que les hippocratistes, hommes de grand sens et de haute observation, savaient convenablement agir. Se séparant des enthousiastes ou de ces imitateurs serviles qui n'ont pas assez de doctrine pour se préserver des influences dont leur esprit ne juge pas suffisamment le caractère et le but, ils avaient la pénétration pour apprécier, et quelque chose de mieux, le sentiment de la mesure. Sans faire cet éclectisme dont nous nous sommes toujours montré l'ennemi, et qu'on commence à connaître depuis qu'on l'a vu à l'œuvre, ils possédaient l'art de s'arrêter à cette limite du vrai et du raisonnable, si souvent méconnue même par les plus clairvoyants. Mais, dans cette partie des œuvres de la collection hippocratique, ce n'est pas toujours, c'est même rarement, qu'Hippocrate parle, qu'on le reconnaît dans sa doctrine et dans sa manière de l'appliquer. Les flots salés de la mer, qu'on nous pardonne l'image, vicient, par un mélange adultère, les eaux douces de l'Aréthuse; c'est-à-dire que l'école de Guide empiète sur celle de Cos.

M. Littré se pose cette question : Comment des ouvrages gnidiens ont-ils trouvé place dans la collection hippocratique? Nous nous associons complètement à sa réponse; car cette réponse est une page d'histoire applicable à toutes choses dans la succession des temps et des événements. Les sciences les plus opposées se pénètrent mutuellement; des emprunts se font de l'une à l'autre; elles étaient rivales, elles finissent par prendre une physionomie presque fraternelle qui peut en imposer au critique qui n'est pas assez familier avec cette sorte de travail pour faire le départ entre les idées et les pratiques d'origine différente. Ce qui est vrai depuis l'imprimerie devait l'être surtout quand l'imprimerie n'était pas inventée. C'est un art qui re-

pand les connaissances, les travaux de tous genres; mais en cela ne consiste pas son principal mérite. L'excellent, l'inappréciable de l'imprimerie, c'est qu'elle donne une fixité d'airain, *œre perennius*, aux œuvres de l'intelligence. Une fois imprimées, on peut dire que les œuvres restent, *scripta manent*, et qu'elles n'ont plus cette mobilité du manuscrit, qui peut s'altérer dans sa forme première et devenir, par les recopiages, radicalement différent de ce qu'il était d'abord.

M. Littré expose ainsi ces altérations qui ont mélangé les œuvres hippocratiques avec les œuvres d'origine gnidienne: « Nous savons, écrit-il, que dans l'espace de ta haute antiquité grecque qui se termine à la fondation des écoles alexandrines, beaucoup de livres ont péri, et quelques-uns de ceux qui furent alors conservés ont changé de nom. Des livres, dont la plupart avaient été recueillis parmi les papiers d'un médecin, ou qui, venus par les navires et portant, par la fraude des vendeurs, un nom célèbre, étaient reçus à Alexandrie par les *diaskevastes* ou critiques; de tels livres sont ceux qui ont composé ce que la seconde antiquité a possédé et nous après elle, sous forme de collection hippocratique. C'est ainsi que des livres gnidiens y ont passé.......... De la sorte, ajoute M. Littré, s'est formé dans cette collection un groupe distinct et qui, aux yeux de l'érudition médicale, n'est pas sans intérêt. Il nous donne, en l'absence *des sentences gnidiennes*, depuis longtemps perdues, une idée de cette célèbre école de Gnide qui, dans le temps, rivalisa avec celle de Cos; et il diminue la confusion générale qui ne manque pas d'assaillir le lecteur en présence de ce corps d'ouvrages dépareillés, incomplets, issus de plusieurs mains, extraits les uns des autres, formés de notes personnelles et de fragments, lesquels constituent la collection dite hippocratique. »

Mais qu'était cette école gnidienne qui trouve des sympathies assez marquées dans l'esprit de M. Littré? en quoi consistaient ses mérites de doctrine et ses services de pratique? elle avait assurément sa raison d'être, ne fût-ce que pour relever l'éclat et la valeur de l'école rivale; mais si l'histoire peut lui décerner quelques palmes pour avoir trouvé quelques bonnes choses, pour avoir recueilli de justes observations, pour avoir conseillé de bons moyens thérapeutiques, elle doit borner là son hommage. C'était l'école de la témérité hasardeuse, du tour de force qui se confie au hasard pour arriver au succès. M. Littré donne d'ailleurs des exemples de cette médecine que les hippocratistes se seraient bien gardés de pratiquer. « On y nettoie (dans cette école de Gnide) la gorge enflammée avec une baguette garnie d'une laine molle. On pousse dans les narines d'un homme qui a perdu la parole à la suite d'excès de boisson, des poireaux pelés. On y fait boire du vin de manière à enivrer le malade pendant plusieurs jours, jusqu'à ce que cet état d'ivresse prolongée détermine quelque hémorrhagie..... En cas d'angine on introduit des canules dans la gorge, afin que l'air soit attiré dans le poumon. En cas d'iléus on insuffle avec un soufflet de l'air dans les intestins. Mais ce qui est un des plus rudes procédés de cette vieille médecine, ajoute M. Littré en terminant cette énumération aussi curieuse qu'instructive, c'est l'infusion dans le poumon; porter sur la glotte et peut-être jusque dans la trachée des substances plus ou moins irritantes afin de provoquer la toux et la rupture des vomiques, est aussi violent qu'infidèle. » Cette dernière remarque peut s'appliquer à bon droit à tout ce qui précède. Les remèdes sont plus violents qu'infidèles; un remède infidèle peut ne rien ajouter au mal; un remède violent, surtout quand il l'est beaucoup, fait rarement grâce au malade.

Dans les livres suivants, sur *les fœtus*, *la génération*, *la nature de l'enfant*, *les maladies*, on reconnaît aussi que la touche du maître est absente, et même son inspiration. Tantôt Gnide remplace Cos, tantôt l'idée dans la forme ne paraît pas avoir été formulée par un homme habile, mais par un médecin d'ordre inférieur ou même par un élève. Mais lorsque l'hippocratisme reparaît, quand la bonne tradition se montre à la place de la mauvaise, on est frappé de la justesse de certaines observations, de la clairvoyance de ceux qui les ont faites, de cette sûreté de coup d'œil qui distingue les intelligences maîtresses en matière de médecine. M. Littré, en réunissant les trois livres de *la génération, de la nature, de l'enfant*, et la quatrième partie *des maladies*, dit dans son argument: Le tout constitue un grand traité de physiologie destiné à expliquer la formation du corps vivant et la production des maladies. L'auteur est incontestablement un homme remarquable et observateur. M. Littré ajoute que l'auteur a même recours aux expériences physiques pour faire de la biologie et donner un appui solide, sérieux à son travail de démonstration. Mais on comprend, comme le dit ailleurs le savant traducteur, que la grossière imperfection d'une science qui est arrivée si loin de nos jours, ne devait pas lui être d'un grand secours. Ses explications ne réussissent donc pas, lorsqu'elles s'appuient sur un auxiliaire d'une valeur aussi faible. Elles prennent plus de vraisemblance ou se rapprochent même de la vérité, lorsque cet auteur inconnu a recours à lui seul, aux forces propres de son esprit, à son jugement nourri par les bons enseignements, par la connaissance des traditions réellement scientifiques: c'est cette sûreté d'appréciation qui ne laisse pas échapper les faits les moins importants en apparence, qui les recueille, qui les constate et les enregistre pour que la postérité puisse trouver plus tard l'explication du phénomène rendu inexplicable par l'imperfection de la science du temps. Ce dernier point que nous venons de signaler est un des côtés remarquables, un des plus saillants des écrits d'Hippocrate et des hippocratistes. S'ils ont souvent mal expliqué ou imparfaitement démontré, ils ont en général montré ce que d'autres n'avaient pas vu, de manière à le graver profondément dans la mémoire des lecteurs. Voici un fait concluant de cette classe qui se trouve dans le livre composé des trois traités que nous avons cités précédemment. Nous laissons parler M. Littré.

« On trouve, dit-il dans l'argument qui précède le livre, un fait singulier, c'est celui d'une courtisane qui, croyant être enceinte, sauta violemment le sixième jour après avoir eu des rapports avec un homme. C'était d'après le conseil de l'auteur, et cette pratique amena l'expulsion d'un corps ovoïde qu'il décrit avec soin et qu'il regarde comme le produit de la conception. Mais il est évident que le sixième jour un œuf ne pouvait pas être ainsi expulsé. » Sans doute, c'est évident, et c'est à cause de cette évidence que l'observation citée avait été prise pendant un long temps comme une illusion ou comme un mensonge. Mais depuis que M. Coste a fait ses observations sur la manière dont s'opère et se développe le travail fœtal depuis l'imprégnation jusqu'à la parfaite évolution de l'être, les choses ont changé. Assurément l'œuf n'est pas organisé dès le sixième jour, mais une substance, un corps s'est formé dans la matrice; c'est la membrane elle-même de l'organe qui, sous le nom de caduque, s'est détachée des parois de l'utérus. Nous ne savons si M. Coste a été guidé par cette indication dans ses recherches, si cette simple observation lui a fait naître l'idée d'une formation préexistant à l'entrée de l'œuf dans la matrice, idée que lui seul a complétement démontrée si d'autres en avaient eu le sentiment avant lui; nous ignorons complétement s'il a trouvé là le point de départ des beaux travaux qui ont comblé une lacune immense dans la physiologie, et viennent d'ouvrir à leur auteur les portes de l'Institut. Mais d'autres y ont assurément puisé des indications qui leur ont permis d'ajouter une vérité démontrée de plus, aux vérités acquises de la science. On peut même ajouter, sans craindre d'aller trop loin, que les savants qui ont trouvé des idées fécondes dans la collection hippocratique, ne sont pas peu nombreux.

Pour juger l'ensemble de ce volume, nous ne parlerons pas de la traduction littérale. M. Littré possède, pour remplir sa tâche le plus exactement possible, la connaissance de la langue et la conscience qui ne le fait reculer devant aucune recherche et devant aucun travail de comparaison entre toutes les versions, toutes les annotations et toutes les paraphrases existantes. Mais cela suffit-il pour être un excellent traducteur et reproduire fidèlement les idées d'un auteur? nous croyons qu'il faut quelque chose de plus. Qu'on prenne les traducteurs de la Bible chez les protestants et chez les catholiques, on trouvera certainement une différence, suivant qu'ils appartiennent au culte catholique ou aux cultes dissidents; cette différence, on nous comprend bien, se trouvera dans l'esprit, sans que la lettre paraisse altérée. Dans ces derniers temps M. Lamennais a fait une traduction de l'Évangile, pour faire servir cette œuvre à la démonstration de ses idées. Qui ne sait que les Évangiles donnés par d'autres traducteurs ne concluent pas de la même manière? Dès les premiers volumes de la traduction d'Hippocrate, nous nous sommes étonné de l'esprit éclectique et surtout de cet esprit philosophique privé de sûreté et de lien logique, qui apparaissait dans les arguments. Depuis, M. Littré a fait plus que de traduire du grec, il a voulu faire de la philosophie. Ici n'est pas le lieu d'en parler et de la combattre; mais comme tout se tient dans l'esprit humain, que les idées d'une époque ne sont, en général, que les fruits d'une semence jetée quelques années à l'avance, on peut dire que la philosophie extramédicale et même extraphilosophique de M. Littré le philosophe, est la conséquence logique de la philosophie de M. Littré le traducteur. Maintenant nous demandons pourquoi un tel esprit n'aurait pas agi, dans une certaine mesure, sur l'interprétation des écrits hippocratiques? si un traducteur est assez maître de lui-même pour se séparer entièrement de ses idées et pour rendre, en dehors de toute influence personnelle les idées d'un autre? Nous croyons qu'il est extrêmement difficile de se dompter à ce point, et nous professons une assez mauvaise opinion de la nature humaine pour croire qu'en général elle ne se met pas au-dessus de la faute, mais qu'elle s'y livre avec abandon. Cela n'empêche nullement que la traduction de M. Littré ne soit une traduction remarquable. Du reste, la perfection est un idéal vers lequel nous courons toujours et que nous sommes condamnés à ne jamais atteindre.

Dr Ed. Carrière.

Le rédacteur en chef, JULES GUÉRIN.

REVUE HEBDOMADAIRE.

ACADÉMIE DES SCIENCES. — RAPPORT SUR LE CRÉTINISME. — INFLUENCE DE QUELQUES SUBSTANCES THÉRAPEUTIQUES SUR LA TEMPÉRATURE ANIMALE.

Les exigences du concours qui vient de se terminer à la Faculté de médecine de Paris et dont la GAZETTE MÉDICALE a cru devoir retracer toutes les péripéties, nous ont détourné depuis assez longtemps des sources où nous avons coutume de recueillir et d'apprécier les produits courants de l'activité médicale. Il est vrai que le hasard ne nous a pas mal servi, et que nos empêchements se sont rencontrés avec une pénurie assez notable de travaux importants. Les Académies en particulier nous ont fait des loisirs. Néanmoins nous désirons ne pas laisser grossir notre arriéré, et nous dirons dès aujourd'hui quelques mots de plusieurs questions susceptibles d'intéresser nos lecteurs.

Quand la question du crétinisme s'agitait à l'Académie de médecine ; quand M. Grange, dans plusieurs communications, affirmait itérativement l'existence d'une étroite connexion entre la distribution géographique du goître et du crétinisme endémique et celle des lignes stratigraphiques des terrains ; quand aux objections de M. Ferrus, membre de l'Académie des sciences, M. Villermé, mettait les idées de M. Grange sous le patronage d'un géologue aussi expérimenté que l'est M. Elie de Beaumont, nous nous nous promettions bien de consulter le rapport dont cet honorable académicien se trouvait chargé dès cette époque. La gravité de la question légitimait notre curiosité.

Le rapport a paru ; il a été lu à l'Académie des sciences dans la séance du 28 avril ; et voici en quoi et jusqu'à quel point M. Grange est autorisé à s'en prévaloir.

Il faut d'abord remarquer que M. Elie de Beaumont n'intervient que comme géologue, nullement comme statisticien. Or on conçoit que la statistique est ici l'auxiliaire indispensable de la géologie. Les cartes géologiques de M. Grange sont exactes ; le rapport le reconnaît. Ses cartes géographiques du goître le sont-elles au même degré ? C'est ce que le rapport n'établit pas. On dit bien que le *résumé des faits observés est conforme à l'expérience séculaire*. Soit ; le goître atteint *en général* son maximum d'intensité et de fréquence près des masses gypseuses et dolomitiques ; mais n'y a-t-il pas des localités identiques par leur constitution géologique et dont les unes abondent en crétins, et les autres n'en contiennent pas du tout ? Voilà pourtant ce qu'affirme la commission du Piémont. Elle cite (nous l'avons rappelé dans nos précédents articles) les vallées de Logre et de Gressonnet ; l'une ravagée par le crétinisme, l'autre entièrement respectée, assises pourtant toutes deux sur le même sol et recevant leurs eaux de terrains identiques ; on n'a pas encore répondu catégoriquement, que nous sachions, à cette objection qui est capitale dans l'espèce.

M. Elie de Beaumont admet d'une manière générale une connexion entre la distribution du crétinisme endémique et la constitution du sol ; il croit à l'influence prédominante, peut-être exclusive, d'une cause tellurique. Mais quelle cause ? Ici le rapport montre une grande prudence, et l'opinion de M. Grange n'y trouve plus qu'un appui chancelant. C'était assez naturel. Que dit et soutient avec beaucoup de persistance et de talent l'honorable M. Grange ? Non pas seulement que le goître et le crétinisme pullulent surtout près des masses gypseuses et dolomitiques, mais encore que c'est la magnésie, uniquement la magnésie, fournie par le sol à l'eau et aux aliments, qui est l'intermédiaire direct et nécessaire de l'action pathologique, en d'autres termes, la cause réelle de la maladie. Or ces masses contiennent d'autres substances que la magnésie, des sels de chaux, par exemple, et en très-grande quantité. *Ces sources aux goîtreux* qu'on rencontre dans la Maurienne déposent du carbonate de chaux au contact de l'air, et donnent naissance, avec le temps, à de grandes masses de tuf. Pour être autorisé à affirmer que toute la responsabilité du mal revient aux sels magnésiens, il faudrait, d'une part, constater l'absence de magnésie partout où les crétins font défaut et sa présence partout où ils se rencontrent. Les recherches de M. Grange sur ce point sont-elles assez nombreuses et assez rigoureuses ? Pour ce qui concerne la rigueur, le rapport ne s'en explique pas. On se rappelle seulement que, à l'Académie de médecine, M. Bouchardat a vivement insisté sur l'insuffisance des analyses quantitatives. Le nombre des expériences, quel est-il ? Nous ne savons au juste, et nous ne poussons pas l'exigence jusqu'à réclamer une analyse chimique minutieuse pour chacun des gisements qui, dans les quatre parties du monde, vont de pair avec le goître et le crétinisme. Mais voici comment s'exprime le rapport : « M. Grange a analysé les eaux *d'un assez grand nombre* de localités dont les populations sont affligées par le goître. Il y a trouvé *des substances diverses* qui, lorsqu'elles sont seules, sont inoffensives, telles que le carbonate de chaux qui, à lui seul, ne donne pas le goître ; mais parmi ces substances, il a rencontré *généralement une proportion notable* de magnésie à l'état de sulfate ou de chlorure naturellement très-solubles, ou de carbonate dissous à l'aide de l'acide carbonique. » Ainsi les expériences relatives à des eaux crétinigènes sont *en assez grand nombre* ; sur ce nombre plus ou moins grand, la magnésie a été trouvée, non pas toujours, mais *généralement*, et elle a été trouvée en quantité *notable*. On ne doit pas s'étonner, après cela, que la commission de l'Académie des sciences ait refusé d'admettre que l'interprétation étiologique de M. Grange repose quant à présent *sur des bases irrécusables*.

Le rapport, qui se borne à exposer les faits et évite d'entrer dans la controverse, ne rencontre point, par conséquent, l'objection tirée de l'innocuité habituelle de l'usage longtemps prolongé de la magnésie. A cette objection, M. Grange a répondu, il est vrai, par le fait d'un ingénieur de la marine qui, après avoir pris 5 décigrammes de magnésie par jour, pendant quatorze à quinze mois, avait un goître volumineux et un gonflement des glandes sublinguales, lesquels disparurent quand il cessa l'emploi de la magnésie. Ce fait mérite, à coup sûr, considération. Mais son isolement, opposé à l'usage si général et si fréquent de la magnésie, lui ôte beaucoup de sa portée. Il est surtout un composé dont l'usage interne devrait engendrer, quelquefois au moins, le goître, puisqu'il est un de ceux que M. Grange a rencontrés *généralement* : c'est le sulfate de magnésie. Or nous connaissons bon nombre de malades qui en ont pris, non plus quelques décigrammes, mais 8 ou 10 grammes tous les jours ou tous les deux jours, pendant six mois, un an et même plus, et aucun d'eux n'est devenu goîtreux.

On remarquera que nous ne portons aucun jugement décidé dans la question. Nous exposons des difficultés qui appellent, suivant nous, de nou-

---

Feuilleton.

LETTRES D'ITALIE.

N° XII.

§ II.

Immondezzaj. — Entretien de la propreté. — Pavage. — Les eaux et leur aménagement ; terreur des Romains pour les bains. — Visite curieuse et critique à un prince dans ses palais ; leur construction et leur architecture au point de vue médical ; mœurs intimes. — Alimentation, sobriété, repas, scènes de mœurs, substances alimentaires, vins. — Chauffage ; *braciere* et *scaldino*. Eclairage ; les madones. — Décès, inhumations ; ossuaires, églises et cimetières.

A M. le Docteur Théophile Mayer, médecin du corps d'occupation.

Depuis une bonne heure nous parcourons les rues de Rome, devisant beaucoup, critiquant pas mal, louant peu, nous occupant longuement des Romains, presque pas de leur ville. Il est temps de varier notre sujet. Affectionné maître, prenez mon bras ; je change de compagnon de voyage ; nous allons courir ensemble ; vous m'aiderez de votre jugement, vous soutiendrez par la sûreté de votre esprit, mes aperçus quelquefois un peu vagues, à cause de leur rapidité.

On assure que les Romains sont ennemis acharnés des odeurs ; ils doivent alors se trouver fort mal à l'aise dans leur ville qui, Stendal l'a dit avant nous, pue partout et horriblement le chou. Encore s'il s'agissait de nos bons gras choux bien pommés et bien blancs ; mais, loin de là, le Romain a une incompréhensible prédilection pour un légume nommé brocoli, qui tient du chou-fleur, avec cette différence que la tête blanche et charnue est remplacée par un avorton rougeâtre, de sorte que les longues feuilles vertes et les tiges rameuses constituent presque tout ce qu'on peut manger. Le brocoli est le vainqueur du macaroni. A l'angle des rues, des marchands en plein vent font bouillir toute la journée du brocoli, que les commères du voisinage viennent acheter et emportent tout fumant dans leur assiette. L'odeur qui s'exhale de ces cuisines du pauvre ressemble à celle des eaux ménagères qui charrient du chou-fleur pourri. C'est peu faire son éloge.

Les sources odorantes ne se bornent pas là à Rome. A chaque instant, nous lisons le mot *immondezzaio* écrit en grosses lettres sur les murs. Immondezzaio veut dire fumier public, dépôt d'ordures autorisé par la police. C'est là que les servantes du quartier viennent jeter tous les résidus, les débris de leur cuisine, les vieilles hardes, les chiens et les chats crevés, les balayures, etc. Si, comme dans nos villes de France, un service régulier et matinal faisait table rase avant l'heure où la population se répand dans les rues, nous n'aurions qu'à louer l'établissement des immondezzaj ; mais les choses ne se passent pas de la sorte : les balayeurs qui doivent vider les immondezzaj avant le lever du soleil, en oublient toujours un grand nombre dans les endroits peu fréquen-

velles recherches. Nous ne nions pas absolument l'influence des eaux et des aliments magnésiens sur la production du goître et du crétinisme, et nous avons eu soin de le dire ailleurs; mais nous posons des réserves contre le caractère exclusif qu'on a voulu lui attribuer. M. Grange a d'ailleurs senti lui-même que les faits et arguments qui l'ont si fortement convaincu pourraient ne pas satisfaire tous les esprits; aussi s'est-il tracé un nouveau programme d'études qu'il a soumis à l'Académie des sciences et au comité d'hygiène. La voie où il se félicite, avec raison, d'être entré, ne peut le mener, et la science avec lui, qu'à des résultats d'une haute importance.

— Sans quitter l'Académie des sciences, nous signalerons un intéressant travail de MM. Aug. Duméril, Demarquay et Lecointe, *sur les modifications imprimées à la température animale par l'introduction, dans l'économie, de différents agents thérapeutiques*. Les résultats auxquels ils sont arrivés sont susceptibles de fournir d'utiles indications à la thérapeutique; car le thermomètre qui mesure les variations de température du corps, et constate l'existence d'une chaleur exagérée ou d'un froid anormal, sert de règle à la notion de deux phénomènes d'une grande importance clinique. A ce sujet, nous espérons que les auteurs n'ont encore posé que les bases d'un travail plus étendu, plus élevé et plus fécond. Ils ont seulement constaté, jusqu'ici, un certain nombre de faits curieux, dont il s'agirait maintenant de déterminer la signification et la portée thérapeutique. Les excitants cantharides, cannelle, seigle ergoté, acétate d'ammoniaque, phosphore, strychnine, administrés par la bouche ou introduits dans les veines, ont déterminé, sur des chiens, une légère augmentation de température. Le sulfate de quinine (que les auteurs rangent parmi les excitants) a produit d'abord un léger refroidissement bientôt suivi d'une chaleur assez intense. Le sulfate de cuivre abaisse constamment la température animale. L'émétique, à petite dose, l'élève; à forte dose, comme 50 centigrammes, il l'abaisse. Pour l'ipécacuanha, c'est le contraire. Une faible dose diminue la température, une dose plus forte l'augmente. Les drastiques (gomme-gutte, huile de croton-tiglium, coloquinte), à doses minimes, font légèrement tomber la température; à fortes doses, ils amènent un refroidissement permanent et graduel. Voilà, en somme, les faits constatés par les expérimentateurs. Il y aurait ici trois points de vue à étudier : 1° Peut-on se rendre compte du mode d'influence exercé par chaque substance sur la température animale? Par quelle série d'actions organiques arrive-t-elle jusqu'à la production de ce phénomène ultime, l'augmentation ou la diminution de la chaleur? 2° Le rapport de fait qui existe entre les actions organiques déterminées par telle ou telle substance, et son mode d'influence sur la température du corps a-t-il son analogue dans les maladies? Par exemple, la diarrhée simple, sans complication phlegmasique ou autre, n'a-t-elle pas pour résultat d'abaisser la température, comme font les drastiques, et, quand la fièvre se joint au flux abdominal, faut-il l'attribuer à l'adjonction de quelque autre condition pathologique, etc.? 3° Quel parti peut-on tirer, pour le traitement des maladies, des notions fournies par l'expérience physiologique sur les modifications apportées à la température du corps par l'ingestion de certains médicaments? L'emploi de l'émétique à haute dose dans quelques pyrexies, de l'émétique qui, à cette dose-là, abaisse la température, n'est-il pas déjà une application anticipée de la notion physiologique? La température varie dans les maladies; elle augmente ou elle diminue; parfois elle diminue d'abord pour augmenter ensuite, comme dans la fièvre intermittente. Ne pourrait-on opposer à ces mouvements pathologiques les actions actuellement connues des modificateurs de la température animale?

C'en est assez pour montrer l'étendue du champ ouvert devant les auteurs du mémoire. Peut-être ont-ils déjà songé à le parcourir. Pour notre part, nous les y engageons vivement.

A. DECHAMBRE.

PHYSIOLOGIE.

OBSERVATIONS SUR LE DÉVELOPPEMENT DE LA SUBSTANCE ET DU TISSU DES OS (extrait d'un mémoire lu à la Société de biologie dans sa séance du 23 février 1850); par M. le docteur CHARLES ROBIN, agrégé à la Faculté de médecine, vice-président de la Société de biologie, etc.

On donne le nom d'*ostéogénie* à l'histoire de la formation et du développement ou évolution des os.

L'exposé de ces phénomènes comprend quatre ordres de considérations bien distinctes, quoique liées l'une à l'autre et dérivant l'une de l'autre, de telle sorte que les premières ne peuvent être bien étudiées si l'on ne connaît celles qui les précèdent, et ainsi des autres.

1° En premier lieu, il faut faire connaître le mode de formation de l'*élément anatomique osseux* ou *des os*, de la *substance* même qui compose le *tissu osseux*. Elle est, comme on sait, caractérisée par une *matière homogène amorphe*, appelée *substance fondamentale*, circonscrivant, ou si l'on veut creusée de *petites cavités*, de la périphérie desquelles partent des canalicules ramifiés. Quelques auteurs allemands les appellent encore *cellules des os*, *cellules osseuses*, quoiqu'elles n'aient aucune analogie avec les éléments anatomiques appelés *cellules*; aussi cette dénomination doit être rejetée. Ce sont les mêmes cavités qui ont été appelées *corpuscules des os*, *corpuscules noirs*, *ramifiés*, *corpuscules calcaires*, *ostéoplastes* (Serres). Ce dernier nom sera employé de préférence, parce qu'on sait maintenant que les cavités et ramifications ne contiennent pas de carbonate calcaire; on sait de plus que ce sont des *cavités* et non des *corpuscules*. Il y aura donc à suivre la formation et le développement de la substance et en même temps celui des ostéoblastes et de leurs canalicules.

2° Il faudra de plus voir de quelle manière, à l'aide de l'élément ou substance osseuse, se forme le *tissu des os*, lequel est autre chose que la substance elle-même, prise isolément en elle-même, car il y a à tenir compte de six vaisseaux. Ce tissu présente deux formes, aspects ou variétés, l'une *compacte*, l'autre *spongieuse*.

3° Il faut de plus étudier le comment de la formation du *système osseux*, voir de quelle manière se forme l'ensemble de tout le tissu, considéré non plus dans une partie isolée quelconque du corps, mais dans l'ensemble de l'organisme. Étudier le tissu se peut faire sur un os quel qu'il soit, et le fait est connu pour tous les autres os; mais cela est bien différent de l'étude du système tout entier qui est unique et nécessite d'envisager tout l'organisme simultanément. Les *lois d'ostéogénie* établies par M. Serres se rap-

---

tés, et les cloaques qu'ils ont débarrassés s'encombrent immédiatement de nouvelles déjections. Quelques-uns de ces fumiers publics ne se désemplissent pas d'ordures pendant plusieurs jours. Dans les rues commerçantes et populeuses, où les marchands ont un intérêt tout particulier à entretenir la propreté aux abords de leur boutique, ils viennent en aide aux balayeurs publics, et les résultats de cette entente sont des plus satisfaisants; c'est ainsi que dans le Corso, dans la via Condotti et dans quelques autres, l'œil ne découvre rien qui le choque. Chaque propriétaire n'est pas tenu à faire balayer devant chez lui; cet office échoit à des gens salariés par la ville. Dans les rues principales, cette besogne est régulièrement faite, mais l'apparition des balayeurs publics est rare dans les ruelles transversales peu fréquentées et non commerçantes; et, d'autre part, le peuple, qui n'a pas l'instinct, le besoin de la propreté, ne supplée point spontanément à cet oubli. C'est ainsi que les rues montueuses qui se courbent sur la pente orientale du Capitole sont de véritables immondezzaj permanents; la voie publique est jonchée de paille, de débris, de fumier, véritable litière grasse et épaisse, sans cesse remuée par le pied des bestiaux et des passants, mais négligées plusieurs jours de suite par la pelle et le balai.

Au moment où nous écrivons ces lignes (14 mars 1851), on affiche sur les murs un règlement de police qui rappelle les anciennes prescriptions et en formule de nouvelles. Le nombre des immondezzaj est fixé à 135, et la place de chacun d'eux soigneusement indiquée. C'est une bonne mesure, car le public, pour sa commodité, en avait créé infiniment davantage. Les heures auxquelles on peut jeter les ordures et la nature de celles qu'on doit porter soit au Tibre, soit sur les immondezzaj, se trouvent également déterminées par ce règlement. Enfin des amendes atteindront ceux qui jetteront n'importe quel résidu par les fenêtres, la nuit ou le jour. Tout cela est fort sage, et il est à désirer que ce règlement ne grossisse pas le nombre de ces institutions si satisfaisantes sur le papier, mais si rarement mises en pratique.

Les ruines vénérables qui attirent l'étranger à Rome sont à chaque instant profanées par les immondices. Ainsi le voyageur qui visite les arcades grandioses du temple de la Paix, doit se garder d'aller curieusement toucher de l'œil et de la main les vieux débris, les fragments de marbre, les frises et les chapiteaux tombés des voûtes et accumulés sur le sol, car ils heurteront un homme accroupi ou quelque chose de pire encore.

Il n'y a, dans les longues rues de Rome, aucun de ces petits réduits où l'homme peut décemment s'exonérer. Il s'ensuit que les allées sont presque toutes, comme à Lyon, de véritables *vespasiennes*. On a crié au scandale quand on a vu les Français profiter d'un angle rentrant, d'un enfoncement quelconque dans les murs de la voie publique pour relâcher leur sphincter vésical sollicité par la plénitude du réservoir. Mais dans les allées tout semble permis, à telle enseigne qu'on y froisse quelquefois, le soir, des couples qui auraient bien besoin de solitude et de mystère. Sauver l'apparence, quel que soit le fond, serait-il réputé suffisamment moral à Rome? Y craindrait-on plus le scandale que le vice lui-même?

Il s'en faut de beaucoup que toutes les maisons possèdent des lieux d'aisances. Le vase de nuit comble cette lacune. Les Italiens ont un tel amour pour ce meuble qu'ils s'en servent même quand il y a des fosses dans la maison. Ce détail intime devait être noté, car nous allons retrouver sur les immondezzaj

portent principalement au *système osseux*, celles d'après lesquelles se forment et le *tissu* et l'*élément* ou *substance des os*, n'ont pas été spécifiées encore avec autant de soin.

4° Enfin, chaque os pris à part est formé de plusieurs parties; il a un corps et des extrémités, ou au moins des surfaces articulaires pour les os courts. Toutes ces parties ne se développent pas de la même manière, en même temps, aussi vite. Ici donc il faut sortir des idées générales, c'est-à-dire s'appliquant à tout l'organisme; il faut laisser les faits d'anatomie générale dont nous nous occupions tout à l'heure pour entrer dans l'anatomie spéciale ou descriptive, pour en un mot faire l'étude spéciale du développement de chaque os en particulier, de chaque os pris successivement, l'un après l'autre. Nous ne parlerons pas ici de cette partie de l'ostéogénie, suffisamment traitée dans les ouvrages d'anatomie descriptive.

I. — FORMATION ET DÉVELOPPEMENT DE LA SUBSTANCE DES OS

(SUBSTANCE AMORPHE HOMOGÈNE, ET OSTÉOBLASTES.)

A ce travail communiqué à la Société de biologie au mois de février 1850, je joindrai chemin faisant les résultats contenus dans un mémoire publié par H. Meyer (de Zurich), déjà auparavant (ARCH. DE MOLLER, 1849), mais que je n'ai reçu que depuis lors; j'y ajouterai aussi ceux contenus dans le volume du TRAITÉ D'ANATOMIE MICROSCOPIQUE de Kœlliker paru en septembre 1850.

Pour bien comprendre ce qui va suivre et les interprétations diverses des mêmes phénomènes donnés par plusieurs auteurs, il faut être prévenu des faits que voici: faits élémentaires, sur la notion exacte desquels repose toute la description.

1° Les éléments anatomiques qu'on appelle CELLULES sont des petits corps polyédriques en général pourvus d'un noyau avec ou sans nucléoles, qu'on peut rencontrer tant chez l'embryon que sur le fœtus et l'adulte. Contrairement à ce qu'admettent beaucoup d'auteurs et à ce qu'indique leur nom général de *cellule*, ils sont loin de présenter tous une *paroi* et une *cavité* avec *contenu*. Le nom de *cellule* tiré du règne végétal, où il y a en effet ces trois choses bien distinctes, doit néanmoins être conservé dans le règne animal, où ordinairement la *cellule* est formée d'une *masse celluleuse* d'égale densité au centre comme à la périphérie, plus d'un *noyau*; il doit être conservé parce que les caractères généraux des véritables cellules s'y retrouvent, savoir: une masse polyédrique limitée dans son volume avec des granulations au dedans, souvent la forme et très habituellement le noyau.

Chez presque tous les vertébrés, il n'y a de cellules avec *paroi* et *cavité* distinctes que pendant la période embryonnaire proprement dite, où le nouvel être n'est encore formé que de cellules. Chez le fœtus et l'adulte, quand l'animal a en outre déjà des éléments sous forme de *fibres*, *tubes*, etc., les cellules (normales et morbides) ne présentent plus de *paroi* et *cavité* distinctes; ces deux choses ont pris une égale densité. Il n'y a que pour certaines glandes où la paroi et la cavité et son contenu restent bien distincts; ce fait est beaucoup plus général encore dans les invertébrés, où il est à peu près la règle, que chez les vertébrés.

2° Il faut savoir encore qu'il y a trois ordres de faits généraux liés les uns aux autres qui contiennent l'ensemble des phénomènes concernant la genèse des éléments anatomiques. Ils n'ont jamais été clairement enchaînés les uns aux autres par les auteurs, quoique cet enchaînement soit très-réel.

a. On donne le nom de THÉORIE CELLULAIRE à ce fait général que tous les êtres végétaux et animaux dérivent d'éléments anatomiques ayant l'état de *cellule*, et tous ceux qui naissent d'un œuf commencent par être entièrement formés de cellules qui se forment par segmentation du vitellus et desquelles dérivent les autres éléments anatomiques, tant ceux qui sont sous forme de *cellules modifiées* quant à quelques-uns de leurs caractères, que ceux ayant forme de fibres, tubes, etc. Ces cellules sont les *cellules* ou éléments *embryonnaires* ou *transitoires* parce qu'elles n'ont qu'une existence temporaire; elles sont destinées à disparaître ou au moins à prendre d'autres caractères; elles sont ainsi remplacées par les *éléments définitifs* ou *permanents*.

b. On donne le nom de THÉORIE DE LA MÉTAMORPHOSE des cellules à ce fait que tous les éléments anatomiques des végétaux (cellules du tissu cellulaire, fibres et vaisseaux de divers ordres) et tous les éléments des PRODUITS chez les animaux dérivent des cellules embryonnaires par *métamorphose*, c'est-à-dire changement de forme, volume, consistance, etc., de celles-ci.

c. On donne le nom de THÉORIE DE LA SUBSTITUTION à ce fait que: chez les animaux tous les éléments des *constituants* se forment par SUBSTITUTION de ces éléments aux cellules embryonnaires ou transitoires qui disparaissent. Il y a remplacement d'une partie des cellules embryonnaires qui se dissolvent par des éléments définitifs qui se forment de toutes pièces, par génération nouvelle, spontanée, à leur place, à l'aide du blastème résultant de cette dissolution. Il y a ainsi *substitution* d'éléments permanents, définitifs, à des cellules embryonnaires, éléments transitoires qui disparaissent par dissolution et résorption. Cette manière dont certains éléments définitifs dérivent des cellules embryonnaires est bien plus complexe, bien moins directe que la métamorphose. Il est propre aux animaux seulement et encore uniquement aux éléments de leurs TISSUS CONSTITUANTS ou des CONSTITUANTS; ces éléments ont, comme on sait, pour la plupart l'état de fibres, de tubes, de matières homogènes, et très-rarement celui de cellules. C'est l'inverse pour les *produits*.

Ainsi qu'on vient de le voir, ces trois ordres de faits s'enchaînent l'un à l'autre, sont liés intimement et décroissent en généralité. D'abord, la *théorie cellulaire* est un fait général commun à tous les êtres vivants. Puis la *théorie de la métamorphose* s'applique à la formation de tous les éléments définitifs des végétaux et à ceux des *produits* seulement chez les animaux. Enfin la *théorie de la substitution* ne s'applique qu'à la formation des éléments anatomiques des *tissus constituants* animaux, c'est-à-dire en général aux éléments qui, outre les propriétés végétatives, jouissent des propriétés animales. (Pour les mots *constituants* et *produits*, V. Ch. Robin, DU MICROSCOPE ET DES INJECT., etc., 1849, in-8°, préface, p. 25, et TABLEAUX D'ANATOMIE, in-4°, 1850, tableaux 6 à 10.)

3° Enfin, pour le cas spécial qui nous occupe, il faut savoir que les cartilages qui pendant quelque temps précèdent les os, les cartilages articulaires et les permanents sont formés d'une *substance fondamentale*, homogène, amorphe, hyaline, dense, élastique, dans laquelle sont creusées des *cavités*: CAVITÉS DU CARTILAGE. Dans chacune de ces cavités se trouvent une ou plusieurs (quelquefois 20 à 30) *cellules*; CELLULES DU CARTILAGE, de celles pour lesquelles la paroi distincte de la cavité ne peut être démontrée; ces cellules sont plus ou moins granuleuses et ont un noyau

---

ou recevoir sur notre tête ces résidus fétides. Il existe, dans la via Frattina, un établissement de cabinets inodores, à l'instar de ceux de Toulon, mais ils ne sont guere fréquentés que par les étrangers. Le Romain est généralement methodique: un mur solitaire, les abords d'un vieux palais le voient chaque jour à la même heure accomplir le même fait.

La ville dépense une somme énorme pour ce que nous n'aurons pas l'indulgence d'appeler l'entretien de la propreté. En France, on afferme les boues et immondices, et c'est un produit net pour la municipalité. Il ne peut pas en être ainsi à Rome, parce que, dans sa banlieue, trop peu de terres cultivées réclament des engrais. Aussi les ordures sont-elles jetées dans le Tibre, dont elles contribuent à rendre les eaux sales et limoneuses. On nous a assuré que, par certains jours de sécheresse et de retrait du torrent, des îlots de fumier pointent à travers la nappe amincie.

Les rues de Rome sont pavées de cubes de pierre beaucoup moins volumineux que ceux dont on se sert à Paris. Ces pierres sont très-solides, mais fort glissantes; à chaque instant, dans le Corso, un cheval s'abat, un cavalier tombe. Le Corso, artère principale de Rome, est certainement un modèle pour la régularité du pavage et l'aménagement des eaux. Le dos d'âne est très-prononcé, et les eaux pluviales sont immédiatement englouties par les nombreuses bouches d'égout qui s'ouvrent sous les deux trottoirs. Malheureusement le Corso n'est qu'une exception; dans beaucoup d'autres rues, même fréquentées, comme la via Babuino, le pavé est inégal, les pentes mal dirigées ou à peine prononcées, et un ruisseau large, non encaissé, à renflements produits par les anfractuosités, parcourt le milieu de la voie publique. Ceux qui ont connu la rue Vivienne à Paris, les rues de la Harpe ou Saint-Jacques, quand un cloaque boueux coulait au milieu, savent tous les inconvénients qui résultent de cette disposition.

Par les pluies diluviennes d'automne et d'hiver, de pareilles rues se parsèment à chaque pas de lacs et de torrents infranchissables. Courir Rome par la pluie est chose dangereuse; non-seulement on se mouille les pieds, mais on est inondé par les gouttières. Il est assez rare que des conduits bordent les toits pour en recueillir les eaux; une longue nappe tombe en cascade sur le pavé; ou bien, quand ces conduits existent, des gargouilles vomissent des torrents presque jusqu'au milieu de la rue.

La boue n'est pas aussi épaisse à Rome qu'à Paris; il est beaucoup moins nécessaire de la ramasser et de l'enlever. Le semblant de balayage qu'on essaye après les pluies est pourtant loin d'être suffisant. La besogne est confiée à ces espèces d'ateliers nationaux dont nous avons déjà parlé (lettre IX), et qui, selon notre expression, sont censés travailler. Cette expression demeure toujours juste, mais nous sommes obligé, après avoir vu de plus près, d'avouer qu'elle est un peu dure. Ces pauvres gens sont des estropiés, des vieillards, des infirmes; ils font ce qu'ils peuvent, et bénissent la main charitable qui leur donne le pain de l'invalide.

Les desiderata de la police sanitaire de la ville disparaissent de jour en jour, grâce à l'organisation de la municipalité par le souverain pontife actuel. Aujourd'hui il existe une *congrégation sanitaire* qui veille, pour les États de l'Église en général, à tout ce qui est de son ressort, aux grandes mesures d'hygiène publique, par exemple, aux quarantaines. En outre, chaque ville a son

nucléolé. Il y a quelquefois des cavités qui restent vides : elles sont toujours bien plus petites que les autres. Chez les fœtus jusqu'à l'âge de 4 à 5 mois, plus ou moins, ce n'est pas une ou plusieurs cellules que renferment les cavités de tous les cartilages, mais un ou plusieurs amas de granulations jaunâtres, toutes à peu près d'égal volume ; ces amas sont plus ou moins nettement limités sur les bords, en général mal limités reproduisant à peu près la forme de la cavité, sans jamais la remplir. Ces amas peuvent être appelés *corpuscules du cartilage*. Ce fait n'est pas noté dans les auteurs. Peu à peu se développent là un les cellules qui remplacent ces corpuscules. Ces cellules se forment de toutes pièces ; mais les phases de ce développement qui se rapportent soit à la cellule qui naît, soit à l'amas de granulations préexistant sont encore peu connues. M. Leidy (de Boston) a montré que lorsque le cartilage grandit avec l'âge, les cavités grandissent aussi et en même temps, aux dépens de la cellule qui la remplissait s'en forment une ou plusieurs autres par *segmentation*, de la même manière que se multiplient les cellules du blastoderme animal et la plupart des cellules végétales. Chez l'adulte, ces cavités sont assez écartées et proportionnellement peu nombreuses ; chez le fœtus, elles sont rapprochées et séparées alors par des cloisons un peu plus épaisses que celles des cellules végétales ; aussi le tissu du cartilage a, dans ce cas, été quelquefois comparé à celui des plantes ; mais cette comparaison ne peut pas être établie.

Quelques auteurs appellent à tort *cellules du cartilage* les cavités creusées dans la substance fondamentale, et *contenu* les cellules du cartilage et les amas de granulations jaunâtres ou *corpuscules* signalés plus haut chez le fœtus seulement. On appelle quelquefois *corpuscules caractéristiques du cartilage* le tout représenté par la cavité avec sa ou ses cellules ; il faut avoir soin de ne pas faire confusion dans ce cas avec les granulations ou corpuscule jaunâtre irrégulier contenues, au lieu de cellules, dans les cavités du cartilage du fœtus ; il vaut mieux les appeler *cavités caractéristiques*. Dans les fibro-cartilages la substance fondamentale est simplement fibreuse ou fibroïde au lieu d'être homogène, elle est creusée de cavités contenant des cellules, comme dans le cartilage proprement dit, avec quelques particularités de disposition qui sont sans importance pour le reste de cet article.

FORMATION DE LA SUBSTANCE OSSEUSE.

La formation de la substance des os a lieu dans trois conditions différentes. Les deux premières seulement sont fondamentales, la troisième est tout à fait accessoire, parce qu'elle ne se présente que dans quelques cas spéciaux, et ce mode de formation ne donne naissance qu'à une étendue très-limitée de matière osseuse. 1° La substance des os est précédée de tissu cartilagineux ou cartilage proprement dit ; elle se développe dans son épaisseur, se substitue à celui-ci, qui disparaît ; elle le remplace. C'est la *formation osseuse par substitution*. Tous les os du tronc et ceux du crâne qui en forment la base se développent ainsi. 2° La substance osseuse se forme par dépôt des sels terreux dans une *trame cartilagineuse* homogène, au fur et à mesure de la formation de celle-ci. Elle est à peine formée qu'elle est envahie par les sels terreux ; et au fur et à mesure elle envahit elle-même les tissus voisins, d'où agrandissement de l'os. L'organe, dans ce cas, n'est pas précédé, pendant un certain temps, par un cartilage qui en représente à peu près la forme, comme dans le premier cas. C'est la *formation par envahissement*. Ce mode de formation est propre à la plupart des os de la tête, tant pour leur apparition primitive que pour leur agrandissement consécutif. C'est en outre par ce mode que s'agrandissent consécutivement, à leur apparition, les os qui se sont formés par substitution à un cartilage préexistant. La formation par envahissement a lieu en effet dans les pariétaux, les frontaux, l'occipital moins les condyles, et l'apophyse basilaire ; la partie écailleuse du temporal et l'arcade zygomatique, l'anneau tympanique, les petites ailes du sphénoïde, la partie mince des grandes ailes, l'ethmoïde, les cornets du nez et tous les autres os de la tête, même les maxillaires supérieurs, et l'inférieur moins le condyle et la portion de la branche verticale qui le supporte. Dans ces os, dès qu'apparaît la trame cartilagineuse, comme un point très-limité, apparaît aussitôt après la substance terreuse dans son centre, et elle continue à envahir peu à peu la place que doit occuper l'os ; mais la trame ne commence pas par occuper en petit toute cette place comme pour les autres os ; elle l'envahit peu à peu, au fur et à mesure du dépôt phosphatique. Ici donc l'os grandit comme il avait commencé, par le même mode de formation. La formation par envahissement a lieu en outre dans tous les os qui ont été précédés d'un cartilage, dès que le périchondre est devenu périoste, dès que tout le cartilage préexistant est devenu os. C'est de la sorte que se fait l'accroissement en volume des os. Ici donc l'os, qui avait commencé par substitution au cartilage, grandit par envahissement, par un mode de formation un peu autre.

Tel est le tableau général de la formation de la substance osseuse ; car le troisième mode signalé en commençant est si peu important qu'il est inutile de s'en embarrasser, et il en sera fait mention chemin faisant.

Avant de donner la description spéciale de ces deux modes de formation, il faut faire ici quelques remarques.

Cette *trame cartilagineuse*, qui envahit peu à peu une plaie occupée d'abord par d'autres tissus et se remplit au fur et à mesure d'un dépôt phosphatique, diffère un peu du cartilage proprement dit. On y distingue, comme dans le cartilage, une *substance fondamentale*, creusée de *cavités*. La substance fondamentale diffère de celle du cartilage ordinaire par sa coloration légèrement ambrée, jaunâtre ; elle paraît moins homogène, surtout pour les os du crâne, ce qui tient à ce qu'on voit les surfaces libres de la substance, lesquelles sont toujours un peu irrégulières. Les cavités surtout diffèrent de celles des cartilages ; elles n'ont guères que 0mm,010 à 0mm,020 de largeur en tout sens, c'est-à-dire un diamètre, en général, au moins moitié plus petit que celui des cavités des autres cartilages, sauf les cavités de la surface des articulaires. Elles sont à peu près d'égal diamètre en tout sens aux os du crâne, et un peu allongées dans ceux des membres en voie d'accroissement. Ce ne sont pas toujours des cavités closes de toutes parts ; ainsi, à la tête, vers le bord ou l'extrémité de la trame envahissante, comme ce bord est très-mince, ce sont de simples orifices qui le percent de part en part et lui donnent un aspect aréolaire. Ces petites cavités sont nombreuses et très-rapprochées.

Ce qui distingue surtout cette trame cartilagineuse des autres cartilages, c'est que pendant toute la vie intra-utérine, et même pendant quelques mois après la naissance, ces cavités sont tout à fait dépourvues soit de corpuscules, soit de cellules. Elles sont hyalines, transparentes, pleines seulement de liquide. Vers l'époque de la naissance, ou quelques mois après, il se forme un corpuscule ou amas de granulations analogue (quoique plus petit) à ceux des cavités des cartilages proprement dits des fœtus audessous de 4 à 5 mois. Malgré ces différences entre cette trame cartilagi-

---

conseil de salubrité dont les attributions sont circonscrites par les murs de la cité. A Rome, les médecins se trouvent représentés par quatre membres. L'introduction de l'élément médical est toujours un indice de progrès ; c'est Pie IX qui a inauguré cette ère.

Le conseil de salubrité de Rome aura beaucoup à faire sous le rapport de l'entretien, de la propreté et de l'aménagement des eaux. Ainsi les vices de nivellement, que nous avons signalés dans les étroites limites des rues, existent sur de plus vastes emplacements. Ed. Carrière dit avoir vu une stagnation aqueuse, née d'une averse, persister quelques semaines, au pied du temple de Vesta. Dans l'automne de 1850, des pluies diluviennes et le débordement du Tibre ont semé les terrains vagues, les rues, les places, de flaques nombreuses et étendues. Le Panthéon était envahi ; l'eau pénétrait dans le sanctuaire. Ce sont surtout les égouts qui, parcourus par l'eau en sens opposé à celui de leur destination, vomissent dans les endroits déclives les flots du fleuve trop rempli. Le Tibre est pour Rome une grande cause d'insalubrité ; ses eaux gonflées franchissent fréquemment la berge, s'épanchent sur la ville et sur la campagne et saturent jusque dans leur profondeur les terres meubles et détrempées. Ses crues montent quelquefois à un niveau fort élevé. Les eaux limoneuses, chargées de mille débris, abandonnent un dépôt gras, aussi favorable à l'engrais de la terre que préjudiciable à la santé.

Quelques papes ont rêvé des travaux considérables, ayant pour but de garantir Rome des visites des eaux jaunes du fleuve. Ils n'ont pas été exécutés ; on a bâti des églises ; il y en a à Rome plus que de jours dans l'année. Cependant le Tibre demeure sans digues d'encaissement ; son cours est envahi par des pâtés de maisons dont il baigne les pieds, et par des débris de ponts romains qui retiennent les eaux. Un large quai planté d'arbres serait aussi utile à la salubrité qu'à l'embellissement d'une ville dont la promenade à la mode, le Pincio, n'est, à tout bien prendre, qu'une terrasse sèche et poudreuse, malgré son aspect monumental et son admirable vue.

L'aménagement des eaux doit être l'objet de la plus vive sollicitude dans les pays à fièvres endémo-épidémiques. On n'oubliera pas que l'humidité est une des conditions indispensables à l'élaboration palustre, et qu'avec la précaution de ne permettre aux eaux de séjourner que sur les points où elles seront consommées utilement, sans stagnation, sans croupissement au contact des matières organiques, on évitera beaucoup de pyrexies à quinquina. Les anciens Romains étaient profondément pénétrés de cette vérité : des fleuves suspendus sur des arcades bardies alimentaient, dans la ville, mille viviers, bassins, fontaines, thermes, etc. Mais pas une goutte ne sourdait de ces réservoirs ni de ces conduits, pour s'épancher au hasard ; tout retournait au Tibre, sans avoir quitté un instant le marbre, le bronze et la pierre. Nous reviendrons plus tard sur la haute sagesse des règlements de police relativement aux eaux. Nous n'avons abordé ce sujet ici que pour regretter que les modernes n'aient point hérité de leurs pères sous ce point de vue.

Aucune ville n'est favorisée comme Rome, sous le rapport de l'abondance et de la qualité des eaux. La vieille Rome, peuplée de 400,000 habitants, recevait plus d'un million de mètres cubes d'eau par vingt-quatre heures ; la cité moderne, qui compte 160,000 âmes, reçoit 180,000 mètres cubes d'eau dans le même espace de temps ; proportionnellement au nombre de ses habitants, elle

neuse envahissante et le vrai cartilage, on ne peut pas dire que les os du crâne et autres ne soient pas précédés de cartilage; c'est une forme particulière de la substance cartilagineuse, mais ce n'est pas une substance qui en diffère.

Ainsi donc Miescher, H. Meyer et autres ont donc raison contre ceux qui, avec Nesbitt, Kœlliker, etc., admettent que l'ossification des os de la tête n'est pas précédée de formation cartilagineuse. Seulement, ce ne sont pas des cartilages ayant d'abord la forme générale que l'os aura plus tard, c'est une formation successive et envahissante au fur et à mesure de l'ossification. De plus, ce n'est pas, comme l'admet Kœlliker, par un *blastème mou*, sécrété par le périoste, sans cavités cartilagineuses, que se fait la formation osseuse d'accroissement des os, ainsi que le décrit et figure Kœlliker (*loc. cit.*, fig. 114), tant pour les os du tronc (p. 366) que pour ceux du crâne (p. 376, fig. 117, et p. 379). Les matériaux de cette substance sont bien fournis par les vaisseaux du périoste, mais ce n'est pas un blastème mou, homogène. C'est cette substance ou trame cartilagineuse particulière, creusée de petites cavités d'égales dimensions en tout sens, en général pour les os de la tête; allongées, étroites, à grand diamètre parallèle à la surface de l'os pour ceux du tronc. Nous l'avons assez fait connaître pour qu'il suffise de signaler cette différence.

Kœlliker appelle *os primaire* l'os qui remplace le cartilage primitivement existant; *os secondaire* la formation osseuse qui se forme ensuite, d'où l'accroissement en volume. Mais cette distinction ne peut être admise, car on ne peut pas distinguer l'un de ces os de l'autre, les portions de substance formées d'une manière de celles formées d'une autre; tout ce qu'on peut dire, c'est que certaines portions se forment de telle manière (*formation par substitution*), les autres d'une autre (*formation par envahissement*). On ne peut pas dire non plus *formation primaire* ni *formation secondaire*, car la formation par envahissement commence dans le crâne et la mâchoire en même temps que la formation par substitution dans la plupart des os du tronc; d'autre part, le mode par envahissement n'est secondaire que pour certains os, tandis qu'il est primitif pour ceux du crâne. Ce n'est donc pas sur la simultanéité ou la succession des formations osseuses qu'il faut baser leurs subdivisions en modes réellement divers et facilitant l'exposé du phénomène, mais bien sur la manière dont elles s'opèrent. Je dis *par substitution*, parce qu'un tissu *se substitue* à un autre qui existait, et *formation par envahissement*, parce que la trame cartilagineuse et l'os envahissent une plaie où il n'y a ni cartilage ni os n'existaient en repoussant et prenant la place d'autres tissus, lesquels se résorbent là et s'accroissent du côté opposé.

Nous allons maintenant entrer, sans plus nous arrêter, dans les détails descriptifs qui concernent le développement de la substance osseuse.

a. FORMATION OSSEUSE PAR SUBSTITUTION.

Voici de quelle manière se passe ce phénomène. Lorsqu'on parvient à trouver un cartilage préexistant dans lequel il n'y ait encore, vers le point central, qu'un peu plus d'opacité que partout ailleurs, sans point osseux proprement dit déjà formé, on aperçoit les faits suivants : Un dépôt granuleux, opaque s'est formé dans la substance fondamentale du cartilage, dans les portions de cette substance qui séparent l'une de l'autre les cavités. Ce dépôt granuleux, d'autant plus opaque qu'il est plus granuleux, peut être déjà reconnu, à l'aide de l'acide chlorhydrique, comme phosphate et carbonate de chaux dans les cas mêmes où l'on ne trouve pas encore d'ostéoblaste bien formé. C'est à lui qu'est due cette opacité plus grande des parties où vont apparaître les véritables points osseux, fait déjà noté par M. Lebert chez les oiseaux; il se forme, ainsi que plusieurs des faits que nous allons décrire, quelques jours avant l'apparition des vaisseaux.

Le dépôt s'avance, s'étend peu à peu vers la surface de l'os et vers ses extrémités, sous forme de traînées, quelquefois assez longues, de fines granulations, qui d'abord n'ôtent pas au cartilage toute sa transparence, mais finissent par en causer l'opacité en augmentant de nombre et de volume. Ces granulations sont à bords foncés, noirâtres, à centre jaunâtre, plus clair. Le dépôt marche d'une égale rapidité en tout sens, aussi, dans les os longs et plats, il atteint le périchondre de la diaphyse ou des faces bien longtemps avant d'arriver aux extrémités ou aux bords. A mesure qu'il s'étend, les parties phosphatiques primitivement déposées qui étaient très-granuleuses deviennent de plus en plus homogènes. Plus elles sont devenues cohérentes, homogènes, fondues l'une avec l'autre, c'est-à-dire anciennement déposées, plus elles sont transparentes et permettent d'apercevoir nettement les détails de leur structure. Plus les sels terreux sont récemment déposés, plus ils sont granuleux, moins cohérents et, par suite, opaques; aussi, dans les parties de substance osseuse nouvellement déposées vers la jonction de l'os formé et du cartilage en voie d'ossification, les détails anatomiques concernant les ostéoplastes sont toujours difficiles à étudier, et demandent beaucoup de temps pour être nettement reconnus. En général, les traînées de granulations qui semblent marcher en avant-coureur de l'ossification proprement dite, sont plus longues et formées de granules plus fins chez les jeunes embryons que chez les fœtus à terme ou les enfants.

Le *mode de formation de la substance fondamentale des os*, tel que nous venons de le décrire, est le même pour tous les os et pour l'ossification des cartilages costaux laryngiens, etc. Le commencement du dépôt terreux dans le cartilage n'est pas, chez l'embryon, précédé de la formation de vaisseaux, ce n'est que consécutivement qu'ils se forment. De plus, il y a bien des vaisseaux formés chez les fœtus à terme et les enfants dans les cartilages qui vont s'ossifier; mais il ne faut pas croire que pendant toute la vie utérine des vaisseaux rampent dans le cartilage au-devant de la formation osseuse, qui ne ferait que suivre les vaisseaux. Il n'en est rien, chez tous les embryons jusqu'au quatrième mois environ de la grossesse, il n'y a pour les os du tronc de vaisseaux que dans la substance osseuse déjà formée, et le cartilage dans lequel s'avance, en traînées granuleuses, le dépôt terreux en est dépourvu. Les vaisseaux s'avancent en même temps que le dépôt, mais sans le précéder. Ce n'est que lorsque les os et cartilages atteignent déjà un certain volume que se développent des capillaires dans tout le cartilage qui va s'ossifier. M. Broca a (1), comme on sait, montré que les cartilages articulaires peuvent s'ossifier par place, surtout vers les bords, et que beaucoup de sujets au delà de 40 ans présentent déjà cette ossification sous forme de petits points blanchâtres, saillants, qu'on voit par transparence au travers du cartilage. Les phénomènes de cette ossification sont les mêmes que ceux que je viens de signaler, et j'ai pu, en vérifiant l'exactitude des faits observés par M. Broca, voir qu'il ne se développe

(1) Broca, RAPPORT ANNUEL SUR LES TRAVAUX DE LA SOCIÉTÉ ANATOMIQUE DE PARIS. 1851.

---

est donc beaucoup moins largement abreuvée, mais sa richesse est considérable, si on la compare à celle de la plupart de nos grandes villes de France. Il faut ajouter que la position de Rome, sur des collines et dans des vallées, permet de faire jaillir successivement en plusieurs endroits les mêmes eaux, de sorte que celles-ci paraissent plus abondantes encore qu'elles ne le sont en réalité. Rome possède les fontaines les plus architecturales et les plus abondamment pourvues qui existent au monde. L'admirable fontaine de Trévi et la cascade des jardins du Vatican sont assez belles pour que le voyageur n'hésitât pas à aller les admirer au fond des montagnes, si la nature eût jeté dans quelque ravin sauvage leurs rochers et leurs larges nappes. Les deux grands jets de la place Saint-Pierre, les fontaines de Moïse, la fontaine Pauline, etc., figureraient avec honneur sur la place de la Concorde, à Paris. Nous n'avons jamais compris les dépenses inouïes que l'on a faites, à Versailles, par exemple, pour le spectacle passager d'eaux qui jouent trois ou quatre fois l'an. Il y a également de la misère dans nos fontaines de la place de la Concorde, du Palais-National, etc., qui ne sont qu'un squelette sec pendant une partie de la journée. Paris, grâce à la Seine qui le traverse, devrait posséder, comme Rome, des bouches et des cascades vomissant tout le jour des torrents ou élançant vers le ciel leurs gerbes puissantes. Il existe encore cette différence entre Paris et Rome, au point de vue des eaux, que, dans cette dernière ville, elles sont à peu près toutes potables sans filtration antérieure; quelques-unes même présentent cette pureté remarquable et cette saveur fraîche et piquante, qui caractérisent les sources dans les montagnes.

Non-seulement les fontaines abondent sur la voie publique, mais aussi dans les habitations particulières. Tous les palais, toutes les maisons grandes et moyennes, recèlent dans leur cour une fontaine ou un jet d'eau. Dans les appartements d'été des palais, la paresse italienne s'endort au murmure des eaux qui bruissent dans les bassins de marbre. Les jardins ont aussi leurs eaux vives.

Les Romains modernes, en faisant arriver de telles masses d'eau dans leur ville, semblent n'avoir voulu imiter que le luxe des anciens, sans songer que ce luxe répondait à de véritables besoins et avait pour raison d'être la satisfaction de ceux-ci. Pour les robustes descendants de Romulus, le bain était à la fois une passion et une nécessité, et la ville contenait plus de 50 thermes, dont quelques-uns pouvaient recevoir 1,800 baigneurs à la fois et couvraient des espaces qui eussent suffi à une cité; aujourd'hui on cherche, à Rome et à Naples, quelques maigres établissements dont les rares baignoires ne s'emplissent guère que pour les étrangers. Les riches familles seules possèdent quelquefois une salle de bain dans leur palais, mais elle ne leur sert qu'à certaine époque de l'année. Les grands, la classe moyenne et la populace manifestent pour l'eau une terreur des plus ridicules.

Un diplomate napolitain de mes amis, homme des plus éclairés, avait besoin de bains tièdes; je lui en prescrivis l'usage. Il ne voulut jamais y consentir; nous étions au printemps, et la coutume veut qu'on ne se baigne qu'en été. Il est vrai que, pendant les mois chauds, ce cher ami se rattrape, car il prend alors un bain chaque jour. Mais, hors l'époque sacramentelle, un bain serait une extrême imprudence à ses yeux. — Une petite comtesse romaine avec laquelle je m'entretenais des usages français relativement aux bains, me répon-

pas de vaisseaux dans le cartilage articulaire, au-devant des points en voie d'ossification.

Voilà pour ce qui est relatif à la *formation de la substance fondamentale.*

La formation des ostéoplastes a lieu en même temps que le dépôt terreux, et voici de quelle manière. A mesure que le dépôt s'avance dans la substance fondamentale entre les cavités du cartilage contenant des corpuscules chez les jeunes fœtus, des cellules chez les enfants, on voit les corpuscules devenir moins réguliers et présenter quelquefois des petits prolongements irréguliers sur les bords. Plus le dépôt s'avance, on, si l'on vent, plus on approche de la substance osseuse déjà formée, plus la cavité du cartilage semble se rétrécir et avoir des bords moins nets, plus diffus; ce qui tient à l'état granuleux du dépôt récemment formé qui, remplaçant la substance du cartilage, circonscrit chaque cavité. En même temps aussi on voit le contenu des cavités, tant les corpuscules chez les fœtus que les cellules chez les enfants, s'atrophier peu à peu pour disparaître bientôt tout à fait, environ vers la partie moyenne de l'espace rempli par le dépôt terreux, granuleux et non encore à l'état homogène. Plus le dépôt phosphatique devient compacte, plus la cavité devenue vide de son ou ses corpuscules ou cellules se rétrécit, diminue de diamètre en tous sens; et au fur et à mesure qu'on approche de la substance fondamentale tout à fait compacte et homogène, on voit que ces cavités commencent à reprendre des bords plus nets. Mais les bords de ces cavités, devenues cavités de la substance osseuse, au lieu d'être pâles comme lorsqu'elles étaient cavités du cartilage, sont au contraire noirâtres foncés.

Ici la *cavité caractéristique de l'os ou cavité de l'ostéoplaste* peut être considéré comme formée. Diamètre, à cette époque, 0,018 à 0,025. A peu près vers ce moment, lorsque déjà rétrécie, la cavité prend des bords nets et noirâtres, ou plutôt un peu après, on voit apparaître à la périphérie de la cavité comme de petites incisures, ou fissures noirâtres, généralement simples, quelquefois bifurquées à leurs extrémités. Ce sont les ramifications de l'ostéoplaste, qui commencent à apparaître. Au fur et à mesure que la cavité se rétrécit, la longueur et aussi un peu la largeur de ces canalicules augmente; leurs petites flexuosités et ramifications se multiplient. Celles-ci commencent ordinairement par une bifurcation de l'extrémité du canalicule qui s'allonge. Cet allongement de ce petit canal se fait évidemment autant par suite du rétrécissement de la cavité, que par résorption de substance osseuse à l'extrémité du canalicule. Cette résorption est démontrée par le fait suivant: les petits, lorsqu'ils apparaissent, ne sont jamais anostomosés et sont généralement simples; une fois l'ostéoplaste entièrement développé ou à peu près et ne se rétrécissant plus, ils sont presque tous subdivisés et beaucoup s'anastomosent par leurs extrémités, avec les canalicules semblables.

Voilà pour les phénomènes de formation de l'*ostéoplaste*.

Il se présente alors sous forme d'une cavité soit ovoïde, soit allongée, quelquefois anguleuse à cause de l'orifice élargi par lequel s'abouchent les canalicules. Il a environ 0m,01 à 0m,014. Le centre est clair, plus ou moins brillant, comme celui d'une petite cavité pleine de liquide; les bords sont foncés, noirâtres, assez nets en dehors, mais larges, à cause de la forme sphéroïdale ou polyédrique de la cavité. On peut s'assurer à cette époque de la vie comme chez l'adulte qu'il n'y a pas trace de carbonate calcaire dans leur cavité; contrairement à ce que pensent les anciens observateurs, même Henle. Aussi les noms de *corpuscules et canalicules calcaires* ne sauraient être conservés. Des canalicules flexueux ramifiés, souvent anastomosés, partent de leur périphérie. Par suite des progrès de l'âge, les ostéoplastes deviennent en général plus allongés proportionnellement, mais plus étroits que chez le fœtus. Les ramifications deviennent plus nombreuses, plus fines, moins flexueuses, plus parallèles.

En résumé on voit:

1° Qu'un dépôt de sels terreux remplit la substance transparente du cartilage, et donne naissance à la substance fondamentale de l'os, qui est d'abord granuleuse, et peu à peu de plus en plus homogène.

2° Les cavités du cartilage donnent naissance aux ostéoplastes; ou mieux les ostéoplastes dérivent des cavités cartilagineuses, dont les corpuscules ou les cellules, selon le cas, se résorbent, disparaissent pour n'être remplacés que par un liquide clair qui remplit l'ostéoplaste. De pâles et nets qu'étaient les bords de la cavité cartilagineuse, ils deviennent n'abord diffus à cause du dépôt granuleux de sels terreux dans la substance qui les limite de toutes parts. En même temps se fait l'atrophie des corpuscules et cellules.

Il n'est pas rare aussi de voir en même temps une cloison s'avancer des bords de la cavité à bords diffus et la partager en deux et même trois plus petites cavités, qui chacune deviendra un ostéoplaste. Donc quelquefois, d'une seule cavité cartilagineuse dérivent deux ou trois ostéoplastes. Ordinairement cette cloison ne devient jamais complète, et pendant longtemps ces ostéoplastes communiquent par un simple rétrécissement assez large et court, ou bien allongé et ressemblant à un canalicule bien plus gros que les autres. Au fur et à mesure que le dépôt terreux prend de l'homogénéité, perd son aspect grenu, les bords de la cavité se délimitent de nouveau plus nettement et prennent une teinte foncée; l'ostéoplaste se rétrécit peu à peu jusqu'à ce qu'ils aient le volume indiqué ci-dessus, et en même temps se développent leurs canalicules de la manière déjà décrite.

Bien que les cavités des cartilages qui s'ossifient, surtout pour les os longs soient généralement disposées en séries régulières, parallèles ou un peu obliques par rapport au grand axe de l'organe et comme bifurquées ou embranchées l'une sur l'autre, on ne retrouve plus cette disposition conservée par les ostéoplastes. Par suite du resserrement des cavités, plus marqué soit dans un sens, soit dans l'autre, survenant dès qu'elles sont circonscrites par le dépôt terreux, par suite de leur division en deux ou en trois par un prolongement transversal de ce dépôt, il en résulte un dérangement complet de ces séries des cavités du cartilage.

(La suite au numéro prochain.)

THÉRAPEUTIQUE CHIRURGICALE.

DE LA CURE RADICALE DES HERNIES INGUINALES ET D'UN NOUVEAU MOYEN DE L'OBTENIR; par M. le docteur AUG.-D. VALETTE, chirurgien de l'Hôtel-Dieu de Lyon.

(Suite. — Voir le n° 17.)

MÉTHODE PAR INVAGINATION DE LA PEAU.

L'idée d'oblitérer le canal inguinal à l'aide d'un bouchon organique n'est pas nouvelle. Scultet a proposé de boucher l'anneau, en y refoulant

---

dit résolument: Vos Françaises sont donc bien sales, puisqu'elles se lavent si souvent. Si je n'étais pas discret!... Mais je le suis. — Dernièrement j'ai vu à mes pieds une famille entière, la mère, vieille marquise du temps passé, deux marquisettes fort jolies, ses filles, et une bonne fort égrillarde. Le spectacle m'eût fait pleurer s'il ne m'eût fait rire. On me demandait grâce pour une dame française qui habitait le même palais et que la noble famille avait prise fort en affection. La dame était dans une position intéressante et présentait des accidents contre lesquels j'avais cru devoir prescrire des bains tièdes. La vieille marquise prétendait que j'allais tuer son amie, et le médecin de la famille partageait la même terreur. Je ne fis pas comme Coriolan; je tins bon. Les bains pacifièrent l'économie perturbée de la dame française. Croyez-vous qu'on se rendit à l'évidence? Loin de là; on alluma un bout de cire devant l'image de la madone, en la remerciant d'avoir sauvé la malade malgré le médecin.

Quelque temps après cette scène, un assez haut personnage, parent de la famille, succombait à une fièvre pernicieuse, pour laquelle on avait appliqué la méthode universelle usitée à Rome contre toutes les maladies: saigner et purger. Je n'en continue pas moins à être un imbécile, et le médecin de la maison un grand homme. Tels sont les préjugés à Rome.

Je ne puis terminer le chapitre consacré aux eaux, sans parler d'une très-ingénieuse manière de se passer de porteurs. Ce petit mécanisme très-ingénieux frappe tous les étrangers; voici ce en quoi il consiste. De chaque étage, y compris le cinquième, part un long conducteur en fer qui va se fixer à une tringle de même nature, tendue horizontalement sur le puits ou sur la fontaine de la cour. Une corde, passant sur une poulie fixée en haut de la fenêtre, et terminée par un seau, suit la direction du conducteur à l'aide d'un moufle dont une poulie s'appuie sur cette corde, l'autre sur le conducteur de fer. Arrivé à la tringle horizontale, le moufle reste, le seau continue à descendre et se remplit d'eau. En remontant, le moufle refait son office jusqu'à ce que la ménagère, à tours de bras, ait fait parvenir le seau jusqu'à elle.

FÉLIX JACQUOT.

(La suite au prochain numéro.)

— Le roi des Deux-Siciles vient d'accorder la décoration de chevalier de l'ordre du Mérite civil de François Ier à M. Philippe, chirurgien-major de l'hôpital militaire de Civita-Vecchia, pour les services désintéressés qu'il a rendus dans cette ville aux sujets napolitains.

— On nous écrit de Rome que le service de santé va se trouver dans un extrême embarras pendant la saison endémo-épidémique qui ne peut tarder à s'ouvrir. Le calcul des probabilités, basé sur l'observation des deux années précédentes, autorise à assurer que le nombre des fiévreux atteindra à peu près le chiffre de 1,000. On a tellement réduit le personnel qu'il n'y aura que 3 médecins pour 1,000 fiévreux.

le testicule; Garengeot avait conseillé de pelotonner le sac dans l'anneau et de l'y fixer jusqu'à ce qu'il eût contracté des adhérences. Mais ces tentatives étaient oubliées, lorsque M. Gerdy a publié sa méthode dite de *l'Invagination avec point de suture et sans incision*, et a eu ainsi l'honneur d'ouvrir à la thérapeutique herniaire une voie nouvelle. Comme j'ai mis à profit, ainsi qu'on le verra, l'idée mère du procédé de M. Gerdy, il est de mon devoir de le décrire *in extenso*, afin que le lecteur puisse juger des différences qui existent entre les deux méthodes. J'emprunte cette description à l'ouvrage si classique de M. Malgaigne. Les instruments nécessaires sont: 1° une aiguille courbe percée d'un chas à son extrémité, montée sur un manche fixe et solide; 2° six tuyaux de plume ou de soude pour la suture enchevillée; 3° Un flacon d'ammoniaque concentré et un pinceau pour porter le caustique; 4° six ligatures doubles.

Le malade couché, le chirurgien porte l'indicateur gauche sur l'origine antérieure du scrotum, refoule la peau de bas en haut jusque dans l'anneau et même dans le canal inguinal aussi loin que possible, en laissant en arrière le cordon spermatique. L'aiguille armée d'un fil double est alors dirigée sur l'indicateur jusqu'au fond de cette espèce de cul-de-sac, et, par un mouvement de bascule, on en fait sortir la pointe en avant, de manière à traverser à la fois la peau retournée, la paroi antérieure du canal et la peau de la paroi abdominale; dès que le chas se montre au dehors, on dégage une extrémité de la ligature et on retire l'aiguille qui demeure enfilée à l'autre extrémité; elle est replongée à travers les mêmes tissus, de manière à ressortir environ à 12 millimètres de sa première issue, et on dégage de nouveau la seconde extrémité du lien; alors le cul-de-sac formé par la peau du scrotum retournée est retenu par une anse de fil dans le canal où le doigt l'avait poussé; on dédouble les fils à l'extérieur, on lie ceux d'un côté sur un petit tuyau de plume de 12 millimètres de longueur: ceux de l'autre sur un second tuyau, et on obtient ainsi un premier point de suture enchevillée. On pratique deux autres points de suture de la même manière, l'un au côté interne, l'autre au côté externe du premier, à une distance toujours au moins de 12 millimètres.

Cela fait, le chirurgien trempe le pinceau dans l'ammoniaque concentrée, porte le caustique au fond du cul-de-sac formé par la peau scrotale, et réitère cette introduction jusqu'à ce que l'épiderme soit détruit dans toute l'étendue de ce cul-de-sac. L'opération est alors terminée.

L'inflammation s'empare de cette peau dénudée, ses deux surfaces en contact suppurent et finissent par adhérer l'une à l'autre, ce qui a lieu vers le sixième ou le huitième jour environ; on retire les fils du point de suture, et le canal est oblitéré.

INVAGINATION SANS SUTURE.

Procédé de M. Leroy-d'Étiolles.

M. Leroy-d'Étiolles a voulu faire comme M. Gerdy l'invagination de la peau, mais il a cherché à éviter le point de suture à l'aide duquel ce chirurgien retient dans le canal la peau invaginée; il a imaginé, pour arriver à ce résultat, un instrument qui agit en se dilatant par son extrémité, de façon que, lorsqu'il a été introduit à travers l'ouverture il étale en quelque sorte au-devant d'elle un champignon destiné à empêcher les intestins de passer. L'appareil est soutenu par un bandage qui exerce une certaine compression. M. Leroy-d'Étiolles compte sur elle pour déterminer des adhérences entre le pourtour du canal et les téguments ainsi invaginés. Ce procédé n'a pu soutenir l'épreuve clinique. Non-seulement il n'est pas efficace, mais il est à peine exécutable. Les chirurgiens qui ont l'habitude de voir des hernies savent très-bien que l'invagination n'est pas toujours chose très-facile. Les téguments peuvent bien être refoulés quand on les pousse avec une certaine force; mais la peau invaginée ne se laisse pas ainsi étendre avec complaisance comme le ferait un tissu en caoutchouc. En supposant, du reste, que l'application de l'appareil instrumental fût exécutable, ce moyen n'aurait, à coup sûr, d'autre effet que de contenir plus exactement la hernie; quant à la cure radicale, il ne faut pas l'espérer: je n'en veux pour preuve que l'oubli dans lequel ce procédé est tombé.

Procédé de MM. Wurtzer et Sotteau.

Il me reste, pour compléter cette longue énumération de procédés opératoires, à rappeler celui de Wurtzer, perfectionné par M. Sotteau, et qui consiste à pratiquer l'invagination à l'aide d'un moyen mécanique qui reste en place, et à exercer sur la paroi antérieure du canal une compression très-forte à l'aide d'un appareil instrumental, qui, sous le rapport de son mode d'action, rappelle l'entérotome de Dupuytren. Les inflammations déterminées ainsi par étranglement ont surtout pour caractère d'exposer aux érysipèles, aux gangrènes, aux abcès diffus, etc., etc... Dans un moment, du reste, je reviendrai sur ce point, alors que j'examinerai la cause de l'inefficacité ou du danger qui peuvent suivre l'application des moyens dont je viens de parler.

Cette histoire des méthodes et procédés opératoires imaginés dans le but de guérir les hernies est bien longue, quoique je n'en aie rappelé que les détails principaux: mais derrière cette richesse menteuse se cache une profonde misère. Il suffirait, pour le prouver, de faire remarquer que pas une de ces opérations n'a passé dans la pratique; et cependant cette multiplicité de recherches fait assez voir que les chirurgiens comprennent parfaitement l'importance qu'il y aurait à obtenir la guérison d'affections qui entraînent si souvent des accidents sérieux, et qui, sous une apparence de bénignité, cachent des dangers de tous les instants. Je me suis imposé pour règle de ne pas avancer, dans ce travail, un fait que je ne puisse prouver, et, de peur que cette appréciation paraisse intéressée, je crois devoir rappeler les opinions de quelques auteurs dont le nom fait, à juste titre, autorité. — M. le professeur Velpeau s'exprime ainsi dans sa Médecine opératoire, t. IV, p. 50:

« Au demeurant, la cure radicale des hernies serait une conquête trop » importante de la chirurgie, une ressource qui intéresse à un trop haut » point l'humanité, pour qu'il ne soit plus permis d'en perfectionner, d'en » modifier les méthodes, pour qu'il n'y ait pas lieu de se livrer à de nou» veaux efforts dans le but de l'obtenir; quant à moi, je ne puis m'accou» tumer à l'idée que, avec l'esprit expérimentateur de notre siècle, on ne » parvienne pas à quelque chose de véritablement efficace en ce genre. »

M. Vidal (de Cassis), t. IV, p. 403, s'exprime ainsi:

« Je ne crois pas à l'efficacité du sachet de baudruche de M. Belmas. » La méthode de M. Gerdy présenterait peut-être plus de chances de suc» cès: cependant on a vu, après cette opération, le cul-de-sac cutané » être peu à peu repoussé au dehors, et la hernie se reproduire. Que l'on » considère, en outre, que cette opération expose comme les autres à la » péritonite. »

M. Sédillot est encore plus explicite, Médecine opératoire, p. 758:

« Il n'y a pas lieu d'opérer tant qu'on n'aura pas trouvé un moyen sans » péril pour la vie. »

A la page 207 du sixième volume du Traité des maladies chirurgicales, de Boyer, édition revue par M. Philippe Boyer, se trouvent les lignes suivantes:

« Après avoir fait ce cours historique des divers moyens thérapeutiques » mis en usage pour la cure radicale des hernies, il me resterait à exami» ner leur valeur relative, si ces moyens avaient une valeur réelle; mais » l'abandon ou l'oubli dans lequel chacun est tombé successivement » prouve leur inutilité; et par conséquent je ne dois pas m'en occuper » davantage, car tout examen et toute comparaison serait une étude » oiseuse. »

J'emprunterai une dernière citation au grand Traité de médecine opératoire de Bourgery et Jacob:

« L'opération de M. Gerdy paraît avoir été pratiquée déjà une soixan» taine de fois. M. Thierry a donné les résultats obtenus: sur vingt et un » malades de tout âge opérés par M. Gerdy lui-même, on voit dans la thèse » de M. Thierry que la mort a eu lieu six fois sur soixante et quelques opé» rés. Chez un tiers des malades environ, on a eu à combattre des acci» dents sérieux, et en particulier des abcès développés dans l'épaisseur de » la paroi abdominale. . . . .

» Si l'on a obtenu dans quelques cas la cure définitive, combien aussi de » malades infirmes comme auparavant, combien ont traversé des périls » sérieux! La mort même, chez quelques-uns, est venue tromper le cou» rage du patient et l'habileté pourtant si attentive et si prévoyante du » chirurgien. Aussi ne nous étonnons-nous pas si des hommes sages se refu» sent encore à toute la cure radicale d'une maladie aussi rebelle. Il est » triste, sans doute, d'assujettir à jamais un malade à un traitement pallia» tif dont l'oubli momentané ou l'action défectueuse expose à l'étrangle» ment de la hernie et à ses suites; il est louable, en conséquence, de re» chercher un remède contre un mal qui, s'il est souvent léger, peut, d'un » moment à l'autre, devenir grave et funeste; mais que faire aujourd'hui, » sinon attendre encore? »

(Médecine opératoire, tome II, pages 137 et 138.)

(La suite au prochain numéro.)

REVUE DES JOURNAUX DE MÉDECINE.

JOURNAUX FRANÇAIS.

(Suite.)

III. JOURNAL DES CONNAISSANCES MÉDICO-CHIRURGICALES.

Les six numéros d'octobre, novembre et décembre 1850 contiennent les articles originaux suivants : 1° *Méthode amovo-inamovible*; par M. Seutin. 2° *Emploi comparatif de l'acide arsénieux et du sulfate de quinine*; par M. Maillot. (Travail lu à l'Académie de médecine le 17 septembre 1850, voir GAZ. MÉD.) 3° *Notice sur les propriétés thérapeutiques du cédron* ; par M. Cazentre. (L'auteur rappelle que la graine de cédron est employée dans l'Amérique centrale contre la fièvre intermittente, la morsure de serpent et la rage (voir dans la GAZ. MÉD., 1850, p. 585, la communication de M. Jomard à l'Institut). M. Cazentre se propose de l'employer contre la rage; il doit savoir à cette heure que des essais de ce genre ont échoué.) 4° *De l'hydroferro-cyanate de potasse et d'urée*; par M. Baud. (Lettre publiée déjà dans l'UNION MÉDICALE, au sujet de la vertu fébrifuge, fort douteuse à nos yeux, de l'hydroferro-cyanate de potasse et d'urée). 5° *Du cathétérisme dans les cas de rétention d'urine*; par M. Philippe. 6° *De l'opercule du turbo rugosus contre les taies de la cornée*; par M. Cornay. (Voir GAZ. MÉD., 1850, p. 679.) 7° *Du traitement des taies de la cornée*; par M. Tavignot. (Résumé des moyens employés contre cette maladie.) 8° *De la cautérisation auriculaire dans la sciatique*; par M. Martin-Lanzer. 9° *Influence du seigle ergoté sur la vie des enfants* ; par M. Danyau (Rapport lu à l'Académie de médecine, voir la GAZ. MÉD.) 10° *Du chloroforme dans les accouchements et de son emploi après le seigle ergoté*; par M. Beatty. (Extrait de DUBLIN QUARTERLY JOURNAL OF MEDICAL SCIENCE.) 11° *Remède contre l'ivrognerie*; par M. Joux. (Il s'agit tout simplement de tartre stibié qu'on met dans la boisson de l'ivrogne, dans le but de lui persuader qu'il ne peut plus supporter les liqueurs.) 12° *Analogie du mal de mer et des nausées de la grossesse* ; par M. Pellarin. (On sait que M. Pellarin regarde le mal de mer comme produit par un état *hyposthénique* du cerveau, suite d'*anémie* ou *hypoémie*. Il avait aussi émis depuis longtemps l'opinion que les nausées de la grossesse avaient une semblable origine, l'afflux de sang qui a lieu alors vers la matrice devant détourner en partie celui qui est nécessaire aux fonctions du système nerveux central. Or, adoptant les idées de M. Cazeaux sur l'état chlorotique des femmes enceintes, comme cause des divers accidents dits *accidents de grossesse*, il y voit une confirmation de l'analogie qu'il avait cru pouvoir établir *à priori*.) 13° *Guérison d'un cas de choléra intense par le soufre associé au charbon*; par M. Miergues. (Observation à ajouter à celles de M. Cabaret, voir GAZ. MÉD., 1850, p. 597.) 14° *Du laudanum en topique dans les cas d'orchite aiguë*. (Article anonyme. Dans cinq cas l'orchite aiguë a cédé très-rapidement à l'application de compresses imbibées de laudanum.) 15° *Traitement du croup par le sulfate de cuivre et par l'alun et le calomel*; par M. Berton. (Simple note. Le sulfate de cuivre n'agit que comme vomitif et non comme spécifique. L'auteur préfère à ce médicament le calomel associé à l'alun, suivant la méthode de M. Miquel, d'Amboise.) 16° *Du genet contre les hydropisies*. (Note anonyme sur quelques faits de la clinique de M. Rayer.) 17° *De la pourriture d'hôpital*. (Note sur la clinique de M. Jarjavay.) 18° *Du collyre au sel marin*; par M. Giraud. (Observation de kératite ulcéreuse qui avait longtemps résisté à l'emploi de divers moyens et qui a cédé à un collyre au sel marin, 4 grammes de sel pour 30 grammes d'eau distillée.)

DE LA MÉTHODE AMOVO-INAMOVIBLE ; par le docteur SEUTIN.

Dans ce travail, M. Seutin résume d'une manière succincte toutes les applications faites jusqu'ici par lui ou par d'autres de la méthode amovo-inamovible. Fractures, luxations, resections, bec-de-lièvre, ruptures et sections des tendons, contusions, épanchements sanguins, érysipèle, phlegmon, abcès, ulcères, tumeurs blanches, arthrites, plaies des articulations, hydarthroses, arthropathies, cicatrisations vicieuses, difformités, anévrismes et plaies des artères, varices, hernies, orchites et engorgements des testicules, inflammation du sein, autant de conditions pathologiques qui ont motivé jusqu'ici l'emploi du bandage amidonné. L'espace nous manquerait pour émettre même un court jugement sur chacune de ces applications, dont un certain nombre d'ailleurs et des plus importantes ont déjà été appréciées dans ce journal ; nous ne ferons qu'une remarque générale.

La méthode amovo-inamovible est employée par l'auteur à deux titres principaux : 1° comme moyen de contention, permettant de découvrir la partie malade et de panser aussi fréquemment qu'il est nécessaire ; 2° comme moyen de compression. An premier titre, il l'applique au traitement des fractures, des luxations, des resections, etc.; au second titre, il l'applique au traitement de l'érysipèle, du phlegmon, de l'ulcère, etc. Les avantages du bandage amidonné comme propre à maintenir la partie lésée dans le repos et l'immobilité, sont connus de tout le monde. Personne ne conteste plus aujourd'hui sa supériorité, comme méthode générale, sur les autres appareils de contension. Mais nous doutons qu'il ne puisse pas être remplacé avec avantage par d'autres modes de pansement dans les cas où il ne s'agit que d'obtenir une compression méthodique. Le bandage amidonné, desséché, est dur, rigide ; ses bords s'enfoncent facilement dans la peau qu'ils irritent et enflamment. Si le phlegmon ou l'érysipèle ou l'œdème augmentent, malgré l'application du bandage, celui-ci devient, à cause de son extensibilité, l'occasion de douleurs vives qui forcent bientôt à l'enlever. Dans les cas de ce genre, dans tous ceux où l'indication consiste à établir sur une partie malade une compression douce et uniforme, nous préférerions en général le bandage simple, ou mieux en caoutchouc vulcanisé. Telle serait, du moins, la conséquence pratique à laquelle nous conduirait notre expérience personnelle.

DU CATHÉTÉRISME DANS LES CAS DE RÉTENTION D'URINE; par le docteur PHILIPPS.

Cette courte note de M. Philips a pour objet d'appeler l'attention sur le danger de procéder, sans examen préalable, à des tentatives de sondage, surtout avec la sonde métallique (ordinairement celle des trousses), dans les cas de rétention d'urine. Il est de la plus haute importance de déterminer d'abord le siége et la nature de l'obstacle; car ce sont ces deux conditions qui devront décider de la forme des instruments qu'il conviendra d'employer pour pénétrer dans la vessie. S'agit-il d'une hypertrophie partielle de la prostate ou d'une valvule du col vésical, on ne pénétrera facilement qu'avec une sonde à courbure courte et brusque. A-t-on affaire à un rétrécissement de l'urètre, il faut recourir aux bougies fines, à bout olivaire. Si l'on n'a pas d'avance posé les indications, on s'exposera, surtout si l'on n'a pas l'habitude de la pratique urologique, soit à perforer l'obstacle siégeant au col, soit à faire fausse route.

Quant au moyen d'exploration préalable, il consiste dans l'introduction d'une bougie à boule.

M. Phillips appuie ses préceptes de trois exemples où des essais infructueux de cathétérisme ayant été faits avec les sondes à courbure ordinaire, l'exploration avec une sonde à petite courbure, dans deux cas, et avec une bougie fine, dans le troisième, montre qu'on avait affaire à des valvules du col vésical et à un rétrécissement de l'urètre. L'incision des valvules au moyen de l'instrument de M. Mercier et la dilatation progressive du rétrécissement amenèrent bientôt la guérison.

DE LA CAUTÉRISATION DE L'OREILLE DANS LA SCIATIQUE; par M. MARTIN LANZER.

Malgré tout ce qui a été dit et écrit contre l'inefficacité de cette méthode, des faits de guérison trop remarquables se sont produits pour qu'il soit permis de n'en pas tenir un grand compte. Il appartenait à M. Martin Lanzer, qui a exhumé ce singulier moyen thérapeutique, de recueillir les résultats des applications, déjà nombreuses, qui en ont été faites. Or la pratique de MM. Malgaigne, Jobert, et Vigla lui fournissent d'assez nombreux exemples de succès, et il s'en trouve encore dans la GAZETTE MÉDICALE DE LYON, et les ANNALES DE LA SOCIÉTÉ MÉDICO-CHIRURGICALE DE BRUGES. Ce qui donne à cet ensemble de faits un caractère sérieux, c'est que, chez le tiers des malades, le soulagement a été *immédiat*. La guérison ne s'est pas toujours maintenue, sans doute, mais elle a persisté dans un quart des cas environ, et elle a eu lieu, en outre, dans d'autres cas où la disparition de la douleur n'avait pas été instantanée.

III. BULLETIN GÉNÉRAL DE THÉRAPEUTIQUE.

Les numéros d'octobre, novembre et décembre 1850 contiennent les articles originaux suivants : 1° *Propositions de thérapeutique générale*; par M. Forget (de Strasbourg). (Généralités empreintes d'un remarquable esprit philosophique.) 2° *Note sur le traitement de la colique de plomb par les applications topiques du chloroforme et son administration à l'intérieur*; par M. Aran. 3° *Quelle peut être l'influence du seigle ergoté sur la vie des enfants et sur celle des mères*; par M. Danyau. (V. GAZ. MÉD., 1850, p. 727 et 735.) 4° *Des sulfhydrates alcalins comme dépilatoires* ; par M. Dorvault. (L'auteur rappelle les indications par lui données depuis deux ans sur le sulfate sulfuré de calcium comme dépila-

toire.) 5° *Sur le traitement de la sciatique*; par M. Forget (de Strasbourg). (Considérations générales destinées à établir que le traitement de la sciatique doit varier suivant les éléments étiologiques ou symptomatologiques qu'elle présente, et que la plupart des médications locales préconisées contre cette maladie aboutissent à une *stimulation*.) 6° *Du traitement des abcès par congestion par les injections iodées*; par M. Boinet. (Voir la discussion engagée sur ce sujet dans la GAZETTE MÉDICALE, entre M. Boinet et M. J. Guérin.) 7° *Nouvelles remarques sur l'huile de foie de morue, l'huile iodée et le savon d'huile de foie de morue*; par M. Dorvault. 8° *Note sur une épidémie de varioloïde*; par M. Max-Simon. 9° *Note sur une modification apportée à l'opération du bec-de-lièvre*; par M. Philipeaux. 10° *Remarques pratiques sur deux accouchements avec sortie d'un bras*; par M. L.-H. Géry. (Ces remarques, appuyées de quelques exemples, peuvent se résumer ainsi qu'il suit : dans la majorité des cas de sortie du bras, il faut opérer la version ; celle par les pieds est ordinairement la plus facile et la plus prompte. Cependant, quand on a affaire à un bassin très-étroit ou vicié dans ses diamètres, il y a plus d'avantage à porter le forceps sur la tête au détroit supérieur, si l'on n'a pu réussir à ramener la tête en bonne position. Alors même que le bras est sorti, il n'y a pas lieu à opérer la version, si la tête est déjà engagée au détroit inférieur, ou si elle est bien placée au détroit supérieur. Il ne faut d'ailleurs jamais exercer de tractions sur le bras sorti.) 11° *De la forme de granules pour l'administration de l'acide arsénieux et de plusieurs autres médicaments*; par M. Dorvault. 12° *Quelques généralités du sujet de la médecine morale*; par M. Gorré-Gassicourt. 13° *Traitement du choléra, d'après Priessnitz*; par le docteur Wertheim. 14° *De la rupture de l'ankylose et de sa combinaison avec les sections sous-cutanées*; par M. Philipeaux. (Nouveaux faits à ajouter à ceux qu'a récemment publiés la GAZETTE MÉDICALE. Pas de préceptes nouveaux.) 15° *Note pharmacologique sur les préparations d'or*; par M. Dorvault. 16° *Sur l'efficacité de l'alun dans les cas de colique nerveuse*; par M. Philipeaux. 17° *Considérations pratiques sur l'application du forceps et du céphalotribe au-dessus du détroit supérieur*; par M. Chailly-Honoré. (Observation destinée à montrer les avantages du procédé de M. Hatin pour l'application du forceps au-dessus du détroit supérieur ; de la pratique imaginée par M. P. Dubois, et qui consiste à perforer la tête après qu'elle a été saisie par le céphalotribe ; de la pratique de l'auteur lui-même consistant à aplatir d'abord la tête dans un sens, puis à retirer l'instrument et à reprendre la tête par le grand diamètre artificiel pour la briser de nouveau.) 18° *Du mercure ; nouveau moyen de le diviser et de le réduire à l'état pulvérulent*; par M. Stanislas Martin. 19° *Quelques remarques sur les diurétiques, et en particulier sur l'acétate de potasse*. (Travail anonyme ; résumé de quelques expériences de William Alexander ; considérations sur la nécessité d'employer les diurétiques à des doses plus élevées que celles dont on fait usage communément.) 20° *Traitement de l'ascite par les diurétiques employés en applications topiques sur l'abdomen*; par M. Robert Christison. (Frictions avec les teintures de scille et de digitale.) 21° *Note sur un nouveau spéculum de l'oreille; quelques mots sur l'emploi des injections forcées dans l'extraction des corps étrangers du conduit auditif externe*. (Note anonyme. Il s'agit ici du spéculum de M. Toynbee.) 22° *Note sur l'éther chlorhydrique chloré*; par M. Mialhe.

NOTE SUR LE TRAITEMENT DE LA COLIQUE DE PLOMB PAR LES APPLICATIONS TOPIQUES DU CHLOROFORME ; par le docteur ARAN.

Ainsi que se hâte de le reconnaître M. Aran, le chloroforme a déjà été employé contre la colique de plomb, mais toujours ou presque toujours à l'intérieur. De plus, les premiers expérimentateurs se sont bien moins proposé de guérir par ce moyen la colique de plomb que d'en réprimer les manifestations douloureuses. M. Aran, à qui l'on doit déjà de nombreuses expériences sur l'emploi topique du chloroforme, a voulu savoir, dans la circonstance présente, si en réunissant ce mode d'emploi à l'administration interne, on ne pourrait pas obtenir la cure réelle et positive de la maladie. Voici d'abord comment il procédait.

L'application extérieure du chloroforme se fait au moyen de compresses mouillées, puis exprimées légèrement, sur lesquelles on verse de 4 à 8 grammes de chloroforme, suivant l'étendue occupée par la douleur et l'intensité de celle-ci. La compresse est maintenue, à l'air libre, sur l'abdomen, pendant un quart d'heure ou une demi-heure. A l'intérieur, le chloroforme est administré, et par la bouche, à la dose de 40 gouttes, dans une potion de 100 grammes, à prendre d'heure en heure, et en lavement à la dose de 20 gouttes.

M. Aran ne possède encore que huit observations. Mais nous devons dire que, dans ces huit cas, le résultat a été véritablement remarquable, et, chose singulière, les applications topiques ont paru plus efficaces que l'usage interne. Immédiatement après la sensation de cuisson et de brûlure qui suit toute application du chloroforme sur la peau, lorsque cette application se fait à l'air libre, les malades accusent, dans certains cas, un bien-être intérieur tel qu'ils se croient guéris. Tantôt les douleurs disparaissent pour ne plus revenir (5 fois sur 8, proportion très-considérable) ; tantôt, après un calme de quatre à quinze heures, elles se montrent de nouveau, mais affaiblies, et réclament une nouvelle application topique. On n'a été obligé qu'une seule fois de revenir à une troisième. La potion, le lavement étaient continués les jours suivants sans interruption, jusqu'au moment où les garde-robes redevenaient naturelles et spontanées. Dans l'intervalle, les malades prenaient presque tous les jours et alternativement des bains sulfureux et des bains alcalins savonneux, destinés à débarrasser la peau du plomb qui pouvait être à sa surface.

En somme, sur les huit malades, cinq ont été guéris dans l'espace de deux à six jours. « Et par guérison, ajoute l'auteur, je n'entends pas seulement la cessation des douleurs (cette cessation était le plus souvent immédiate) ; mais l'appétit avait reparu, les vomissements étaient supprimés et les garde-robes spontanées étaient rétablies. »

Si ce résultat était confirmé par de plus amples expérimentations, il serait à coup sûr le plus beau de tous ceux qui ont été obtenus dans le traitement de la colique de plomb. L'avenir en décidera. Faisons remarquer en attendant que le moyen principal de la médication est ici purement antinévralgique, que le seul moyen d'élimination employé a consisté en des bains alcalins, et que, néanmoins, la guérison était complète au bout de quelques jours. On est ainsi conduit à penser que la colique saturnine, qui résisterait assurément à l'emploi exclusif de quelques bains savonneux, est souvent hors de la dépendance actuelle du poison saturnin et ne consiste qu'en une sorte de névralgie consécutive. Les bains ont pu emporter le plomb répandu dans l'économie ; cela est vrai ; mais alors ils l'ont emporté dans un espace de temps qui ne suffit jamais à la guérison sans l'aide de quelque autre moyen. Et à quoi s'adresse cet autre moyen, chloroforme, opium, purgatif, etc., sinon à l'état de douleur et d'inaction du tube intestinal ?

NOTE SUR UNE MODIFICATION APPORTÉE A L'OPÉRATION DU BEC-DE-LIÈVRE ; par M. PHILIPEAUX.

La modification signalée ici n'est pas nouvelle, puisqu'elle a été imaginée et réalisée déjà par M. Mirault. Il paraît que M. Barrier l'ignorait quand les circonstances l'ont amené à employer un procédé opératoire tout à fait semblable à celui du chirurgien d'Angers. Ce qu'il nous importe de constater ici, c'est que cette application a eu un résultat des plus favorables qui doit le recommander vivement aux chirurgiens.

On sait tous les efforts tentés pour prévenir cette sorte d'encoche qui, après la réunion des bord de la solution de continuité, se forme et se creuse graduellement à l'extrémité inférieure de la cicatrice. La plupart de ces efforts ont été infructueux. Le procédé suivi par M. Mirault et par M. Barrier est le suivant :

On commence par aviver, à l'aide d'un bistouri, le bord du bec-de-lièvre qui ne correspond pas au tubercule médian de la lèvre. Cela fait, on taille sur l'autre bord, en faisant agir le bistouri de haut en bas, un lambeau qui s'arrête à un demi-centimètre du bord libre de la lèvre. On abaisse alors ce lambeau que l'on vient placer horizontalement par la surface saignante, immédiatement au-dessous de la portion libre de la lèvre du bord opposé, préalablement avivée. Cet unique lambeau, ainsi que les deux bords du bec-de-lièvre rafraîchis, ainsi qu'il vient d'être dit, sont maintenus en contact par des épingles sur lesquelles on opère la suture entortillée.

Ce procédé diffère, comme on voit, notablement de celui qui avait paru jusqu'ici prévenir le plus sûrement l'échancrure du bord libre de la lèvre et qui consiste à découper de haut en bas, sur les bords de la solution de continuité, deux petits lambeaux qu'on ne détache pas ; à rabattre ces deux lambeaux et à les mettre en contact par leur surface saignante ; à exciser enfin, s'il est nécessaire, après le retrait de la cicatrice, le pédicule qui pourrait subsister et déborder la lèvre supérieure par en bas. De cette manière, on prévient l'échancrure, mais on n'empêche pas les deux moitiés de la lèvre de se relever par suite du retrait de la cicatrice médiane et de se rencontrer, le long de cette cicatrice, sous un angle à sinus inférieur. Le procédé décrit plus haut, dont nous n'avons pas vu encore d'application, paraît plus propre à empêcher ce mouvement. On ne peut savoir s'il a eu un entier succès chez le malade de M. Barrier, l'observation ayant été publiée quelques jours seulement après l'opération.

SUR L'EFFICACITÉ DE L'ALUN DANS LES CAS DE COLIQUE NERVEUSE ; par M. PHILIPEAUX.

Parmi les nombreuses applications qui ont été faites de la médication

alumineé, l'une des plus remarquables et des plus heureuses a été celle qui concerne le traitement de la colique saturnine. Elle remonte déjà haut, puisqu'on la doit à Grashius, qui écrivait vers le milieu du dix-huitième siècle. L'efficacité réelle de l'alun employé contre la colique des peintres a doné à M. Brachet, grand partisan d'ailleurs de la méthode de Grashius, l'idée de l'employer contre la colique purement nerveuse. Ce que nous disions plus haut de la nature probable des douleurs abdominales chez les individus exposés aux émanations plombiques nous aurait disposé favorablement envers cette présomption, si les faits contenus dans le travail de M. Philipeaux ne venaient décider la question expérimentalement. Ces faits sont au nombre de cinq. Ils sont relatifs à des coliques dont la nature nerveuse paraissait hors de doute. Dans tous l'usage interne de l'alun à la dose de 4 grammes, aidé il est vrai quelquefois de 10 à 12 gouttes de laudanum, a amené un soulagement rapide. Ce n'est pas là, sans doute, une base d'appréciation bien large, mais la promptitude du résultat, d'un côté, et, de l'autre, la notion acquise des bons effets du médicament dans une forme de colique fort analogue au moins à la colique nerveuse, à savoir, dans la colique saturnine, donne aux faits, si peu nombreux qu'ils soient, une importance particulière.

Le rédacteur du BULLETIN DE THÉRAPEUTIQUE demande, dans une note, si les applications topiques du chloroforme, qui réussissent si bien, comme on a vu plus haut, contre les douleurs saturnines, n'aurait pas eu ici autant de succès que l'alun. Nous le croyons pour notre compte, et ce serait une lumière de plus jetée sur la nature des deux maladies.

A. DECHAMBRE.

TRAVAUX ACADÉMIQUES.

ACADÉMIE DES SCIENCES.

SÉANCE DU 5 MAI. — PRÉSIDENCE DE M. RAYER.

PRÉSENCE DE L'IODE DANS L'AIR ET ABSORPTION DE CE CORPS DANS L'ACTE DE LA RESPIRATION.

M. CHATIN lit un mémoire sur la présence de l'iode dans l'air et sur l'absorption de ce corps dans l'acte de la respiration.

La disposition lente, mais constante de l'iode naturellement contenu dans la plupart des eaux, quand on abandonne celles-ci à l'évaporation spontanée; sa volatilisation subite si l'eau est chauffée, et sa présence dans les produits de la distillation; son élimination des eaux dures, si rapide que c'est rarement qu'on parvient à l'y découvrir, même quand celles-ci sourdent de terrains très-iodurés; les résultats, quoique bien incomplets encore, obtenus en opérant sur l'eau de pluie, sont autant de circonstances qui ont conduit M. Chatin à penser que l'iode devait exister dans l'atmosphère.

M. Chatin évalue à 1/45 de milligramme la proportion d'iode répandue dans les 4,000 litres d'air qu'un homme fait passer en douze heures par ses poumons. C'est une quantité d'iode égale à celle que renferme un litre d'eau potable médiocrement iodurée. Après avoir cherché ce que devient l'iode de l'air respiré, quelle est son origine dans l'atmosphère, et dans quel état il s'y trouve, l'auteur résume son mémoire par les conclusions suivantes:

L'iode existe dans l'air.

La proportion d'iode qui entre dans le volume (8,000 litres) d'air respiré en un jour par un homme est sensiblement égale, à Paris, à celle contenue dans une ration (2 litres) d'eau douce médiocrement iodurée.

L'iode est fixé par l'homme dans l'acte de la respiration.

Les gaz expirés ne renferment plus que la cinquième partie environ de l'iode contenu dans l'air inspiré.

L'air des lieux mal aérés et surhabités est en partie privé de son iode.

Les eaux pluviales sont beaucoup plus riches en iode que les autres eaux douces.

La proportion de l'iode dans ces eaux indique approximativement l'état d'ioduration de l'air dans un pays donné, et peut ainsi servir de moyen indirect d'analyse.

La pluie est notablement plus iodurée à l'intérieur des terres que dans le voisinage des mers; circonstance qui est en rapport avec la dispersion spontanée et complète de l'iode contenu dans les eaux douces, tandis qu'elle n'est que partielle pour l'iode des mers.

Des différences assez grandes et dont les causes n'ont pu encore être saisies existent dans la proportion d'iode que contient la pluie dans une même contrée. Il paraît être toutefois constant qu'à la suite de pluies longtemps continuées les premières eaux sont plus iodurées que les dernières.

A partir du moment de sa chute, la pluie perd de son iode, que l'on peut fixer utilement dans les citernes par l'addition d'un millionième ou même d'un demi-millionième de carbonate de potasse.

La neige est iodurée, mais moins que la pluie, dans des conditions d'ailleurs égales.

La rosée contient de l'iode.

La grande, la principale source de l'iode de l'air, ce sont les eaux qui tendent continuellement à se dépouiller en tout (eaux douces) ou en partie (mer) de celui qu'elles contiennent.

Un double courant existe continuellement dans l'atmosphère où il s'accumulerait s'il n'était périodiquement précipité par la pluie, la neige et la rosée, d'où il disparaîtrait, s'il ne s'élevait incessamment, de la surface du globe.

On ne peut admettre que tout l'iode de notre planète ait primitivement existé dans l'atmosphère, du moins depuis l'existence de son noyau solide.

On comprendrait, au contraire, que la source primitive et unique de ce corps fût le noyau central, car il est surtout abondant dans les terrains plutoniques ou ign... et devient plus rare dans les formations sédimentaires qui auraient pour c...plément la masse des eaux et de l'atmosphère.

L'iode est-... ns l'air à l'état libre, à celui d'acide iodhydrique ou d'iohydrate d'amm... que, ou enfin forme-t-il une combinaison volatile avec quelques éléments org... ques? Des observations ultérieures sont nécessaires pour le décider.

...LADIES CHARBONNEUSES DES ANIMAUX DOMESTIQUES.

M. DELAFC... professeur à l'École vétérinaire d'Alfort, adresse un travail expérimental s... s maladies charbonneuses des animaux, travail entrepris dans le but de rés... e la question de savoir si la maladie grave et généralement incurable des ... ux de basse-cour, désignée sous les noms de charbon, de choléra, de fièv... estilentielle, qui sévit maintenant avec violence dans le département de S... -et-Oise, est identique avec les maladies dites charbonneuses des grands ... ux domestiques.

Les lésio... hides rencontrées sur les cadavres de poules ayant laissé de l'incertitude ... Delafond a pratiqué des inoculations dans le but de savoir si le sang des ... res récemment morts, comme aussi quelques liqueurs sécrétées et les li... s, imbibant certains organes en apparence malades ou sains, communiqu... ment la maladie à des volailles et à des quadrupèdes bien portants. Il résulte de quelques-unes des expériences auxquelles M. Delafond s'est livré et qu'il se propose de continuer, que le sang des volailles pris dans le cœur et dans les gros vaisseaux, immédiatement ou peu de temps après la mort, la lymphe, la salive, la matière rougeâtre de la rate, inoculés d'abord à des poules saines, puis à d'autres animaux domestiques, ont produit des phénomènes analogues à ceux qu'avaient offerts les volailles malades et définitivement la mort. Nous ferons connaître la suite de ces expériences.

ÉPIZOOTIE DES OISEAUX DE BASSE-COUR.

M. DELAFOND fait une seconde communication relative à l'épizootie des oiseaux de basse-cour.

Cette communication a pour objet d'exposer les résultats de tentatives d'inoculation avec des produits organiques provenant de poules en bonne santé, faites dans le but de s'assurer si le sang, la bile, la salive et autres produits des volailles frappées par la maladie régnante, étaient véritablement virulents. Voici d'une manière sommaire les résultats qu'il a obtenus.

Le sang pris dans différents vaisseaux ou organes, les diverses matières prises sur des cadavres, soit immédiatement après la mort, soit après douze et vingt-quatre heures (substance coagulée, boue splénique, bile, jaunes d'œufs, matières excrémentitielles, etc.) et inoculés à des pigeons sains, n'ont produit aucun accident maladif.

Ces expériences démontrent donc que les matières recueillies sur les cadavres des volailles mortes de la maladie régnante, sont virulentes et confirment les résultats que l'auteur a annoncés dans sa précédente communication.

M. Delafond a fait en outre de nouvelles tentatives d'inoculation avec des matières prises sur des cadavres de poulets tués par la maladie, dans le but de constater si le simple contact du sang pris sur des cadavres de poules mortes des suites de l'inoculation pouvait transmettre la maladie, et de s'assurer si quelques autres parties du cadavre jusqu'alors non inoculées étaient virulentes. Les résultats constatés tendent à démontrer que non-seulement le sang, mais encore les liquides sécrétés, tels que la salive, le mucus buccal, la bile, les humeurs de l'œil, comme aussi divers tissus, pris sur les cadavres de volailles mortes de la maladie régnante, recèlent le virus capable de le transmettre.

ACADÉMIE DE MÉDECINE.

SÉANCE DU 6 MAI. — PRÉSIDENCE DE M. ORFILA.

Le procès-verbal de la dernière séance est lu et adopté.

M. BOURCIER, ancien consul de France à Quito, rappelle qu'il a adressé en décembre dernier le mémoire d'un médecin équatorien sur les maladies de la lèpre, et demande une copie du rapport qui a dû être fait sur ce sujet. (Renvoyé à la commission nommée et composée de MM. Kéraudren, Rayer et Gibert.)

— MM. DUFRAYSSE-CHASSAIGNE, inspecteur des eaux minérales de Chaudesaigues, et BLONDEAU, professeur de physique et de chimie au lycée de Rhodez, adressent, par l'intermédiaire du ministre du commerce, un travail contenant l'analyse et les propriétés médicales des eaux thermo-minérales de Chaudesaigues.

— M. HALLÉGUEN, de Châteaulin (Finistère), adresse un mémoire sur le mode d'apparition et de propagation du choléra, suivi d'une note sur la transmission individuelle du choléra. (Comm. du choléra.)

— M. TAVIGNOT adresse une note sur l'opération de la pupille artificielle par excision pratiquée avec la pince-crochet. (Comm., MM. Velpeau et Larrey.)

— M. F. Jacquot adresse de Rome un mémoire intitulé : De l'origine miasmatique des fièvres a quinquina. Ce travail est la suite d'un premier mémoire ayant pour titre : Recherches sur les causes des fièvres a quinquina en général, et en particulier sur les foyers qui leur donnent naissance en Algérie, qui a été l'objet d'un rapport.

M. Jacquot joint à ce mémoire l'envoi de la liste de ses travaux.

Le mémoire de M. Jacquot est renvoyé à la commission précédemment nommée (M. Gaultier de Claubry, rapporteur), et la liste de publications à la commission du correspondant.

Cas d'hypertrophie des mamelles guérie par l'extirpation.

M. Robert lit au nom de M. Amussat et au sien un rapport sur un cas d'hypertrophie considérable des mamelles guérie par la double extirpation des parties affectées, communiqué à l'Académie par M. Bouyer, ex-chirurgien de la marine royale à Saintes.

Voici l'analyse de ce fait :

S. -R..., d'une bonne constitution, fut réglée à 18 ans. Quatre mois après, et sans cause connue, l'écoulement menstruel disparut presque complètement. Les mamelles, qui jusqu'alors avaient été peu développées, devinrent le siége de douleurs et commencèrent à grossir, la gauche d'abord, puis la droite, dans une proportion telle, qu'au bout d'un an le sein gauche présentait 45 centim. de longueur de la base au mamelon, 80 centim. de circonférence à la partie moyenne, et 67 au pédicule ; le sein droit avait la même dimension, à 1 centim. près.

Ces deux mamelles pyriformes, d'un rouge violacé, étaient sillonnées par des veines sous-cutanées nombreuses ; elles offraient une consistance molle à la périphérie, et plus profondément une grande quantité de noyaux durs, du volume d'une noix ou d'une noisette, réunis par des cordons résistants.

En 1842, on eut recours à une ponction qui ne donna issue qu'à du sang, puis à une application de potasse qui n'eut aucun résultat. M. Bouyer vit la malade en juin 1844, trois ans après le début de l'affection. L'état général était bon ; la coloration de la peau n'accusait aucune affection organique ; il y avait seulement un peu de maigreur. Le ventre était entièrement recouvert par ces immenses tumeurs qui descendaient jusqu'aux genoux, et dont le poids, estimé à 15 kil. chaque, forçait la malade à garder le lit depuis deux ans.

L'opération fut regardée comme l'unique ressource. Le 24 juin, le sein gauche fut enlevé. Pour prévenir l'hémorrhagie pendant l'opération, un aide fut chargé de comprimer le pédicule de la tumeur entre deux fortes lames de baleine. Néanmoins la division des deux artères du volume d'une plume d'oie, situées au centre de la tumeur, laissa écouler en quelques secondes près d'un kilogramme de sang. De nombreuses artérioles furent liées. On ne réunit qu'imcomplètement la plaie dans le but de laisser un foyer temporaire de suppuration ; il y eut peu de fièvre, et au bout de huit jours l'état était des plus satisfaisants.

Vingt-six jours après la première opération, on enleva avec un couteau à amputation le sein droit, qui avait notablement diminué de volume. On ne rencontra pas de vaisseaux importants ; aussi l'écoulement sanguin fut-il peu considérable. Cette seconde opération n'entraîna pas plus d'accidents que la première ; les deux plaies suppurèrent ; en deux mois tout était fini. La santé générale devint excellente, les règles reparurent, et tout le corps reprit de l'embonpoint.

Le sein gauche pesait 30 livres 1/2 et le sein droit 20 livres 1/2. Après la double opération, la malade pesait 101 livres ; on lui avait donc enlevé le tiers de son poids.

Les tumeurs étaient constituées par un tissu graisseux, au milieu duquel se trouvaient des noyaux glandulaires non dégénérés, mais excessivement hypertrophiés.

M. Robert, rapprochant ce fait du petit nombre de faits analogues rapportés par les auteurs, en fait ressortir cette coïncidence remarquable, qu'il croit pouvoir considérer comme l'expression d'une loi étiologique, entre la suppression du flux menstruel et le développement des tumeurs de ce genre. En ce qui concerne la nature de ces tumeurs, il exprime le regret que M. Bouyer se soit borné à un examen superficiel, l'examen microscopique ayant pu donner d'utiles renseignements à cet égard. A défaut de données plus positives, il pense que cette maladie doit être considérée comme une simple hypertrophie des éléments glanduleux, et peut-être aussi de tous les éléments anatomiques de la mamelle.

En ce qui concerne le pronostic et le traitement, M. Robert émet la proposition suivante :

Tant que l'hypertrophie des mamelles n'a pas atteint un degré capable de gêner gravement les malades par son volume ou son poids, et de porter atteinte à la nutrition, il serait téméraire de vouloir en débarrasser les malades par une opération ; mais il n'en est plus ainsi quand une malheureuse femme est condamnée à un repos forcé, comme dans le cas de M. Bouyer, ou quand elle est exposée à succomber dans l'épuisement. L'extirpation devient alors une opération de nécessité.

L'analyse des cas peu nombreux encore où la chirurgie est intervenue dans le traitement de l'hypertrophie des mamelles, révèle un fait assez curieux : c'est que l'opération pratiquée sur un des seins fait éprouver à l'autre un retrait plus ou moins considérable. Cette circonstance paraît à M. Robert devoir dicter la conduite à tenir en pareil cas. Nous enlèverions d'abord, dit-il, la plus volumineuse des deux tumeurs ; puis nous attendrions quelques mois avant d'attaquer la seconde, espérant de voir celle-ci s'atrophier et reprendre des dimensions compatibles avec l'exercice des fonctions de nutrition et de locomotion.

M. le rapporteur termine en ces termes :

En résumé, l'observation de M. Bouyer est un fait des plus remarquables : les détails qui l'accompagnent sont fort complets ; l'opération qu'il a exécutée annonce un chirurgien habile et hardi. En conséquence, votre commission a l'honneur de vous proposer de lui adresser des remercîments et d'inscrire honorablement son nom sur la liste des candidats au titre de membre correspondant de l'Académie.

Les conclusions sont adoptées.

Variétés de dimension et de forme du bassin normal chez la femme.

M. Devilliers fils, candidat à la place vacante dans la section d'accouchements, lit un travail ayant pour titre : Recherches sur les variétés de dimension et de forme du bassin normal chez la femme.

Frappé des variétés quelquefois singulières de dimension et de forme qu'il lui était arrivé de rencontrer sur plusieurs bassins ayant appartenu à des femmes du reste bien conformées et accouchées spontanément, M. Devilliers a essayé de rechercher, à l'aide d'une observation plus étendue, les différences que ces sortes d'écarts de la nature peuvent présenter, et de découvrir, s'il en existe toutefois, les lois qui les dirigent, en se plaçant surtout au point de vue pratique. Pour atteindre ce but, l'auteur a dû :

1° Reprendre quelques études touchant les dimensions des divers diamètres du bassin à l'état normal, et établir leurs proportions et leur fréquence relatives ;

2° Rechercher ses variétés de forme ;

3° Comparer ses diamètres avec les diamètres que présente la tête du fœtus pendant le travail de l'accouchement.

4° Il a étendu ces mêmes recherches aux bassins viciés par étroitesse, et il en a profité pour :

5° Chercher de nouveau si la mensuration externe peut aider le diagnostic des dimensions des diamètres internes du bassin, soit dans les cas normaux, soit dans les vices de conformation ;

6° Établir quelques termes de comparaison entre les bassins de femmes adultes et ceux de jeunes filles, de jeunes garçons et d'hommes, au point de vue surtout du développement.

Dans ce travail, M. Devilliers ne s'occupe que des variétés de dimension et de forme du bassin normal chez la femme adulte, qu'il compare aux dimensions de la tête du fœtus à terme et pendant le travail, et il expose ensuite les résultats que lui a fournis la mensuration externe.

Il conclut en ces termes :

1° On voit assez fréquemment le diamètre sacro-pubien descendre au-dessous de 109 millim. (4 p.) et jusqu'à 0,95 millim. (3 p. 6 lign.), sans que les bassins ou les sujets auxquels ils appartiennent offrent des traces de déformation rachitique ou de ramollissement des os. J'ai trouvé cet abaissement de diamètre sur plus de la moitié des bassins secs, et dans près de la moitié des cas, sur les bassins garnis des parties molles.

2° Le diamètre coccy-pubien, abstraction faite de l'incurvation en dedans produite sur le coccyx par le retrait des ligaments sacro-sciatiques dans les bassins préparés, m'a paru, dans plus des trois quarts des cas, inférieur à 109 millim. (4 p.) qu'on lui reconnaît généralement.

3° Le diamètre bis-iliaque du détroit supérieur ne m'a offert qu'une très-légère différence en moins dans le chiffre de sa moyenne, qui a été de 129 et 130, au lieu de 135 millim. (5 p.).

4° Il n'en a pas été de même du diamètre bis-ischiatique, qui en général est inférieur en étendue au diamètre connu (109 millim.), et s'est abaissé, dans plus du tiers des cas, au-dessous de 0,95 millim. (3 p. 6 lign.).

5° Quant aux diamètres obliques du détroit supérieur, j'ai trouvé leur étendue moyenne un peu plus élevée que le chiffre ordinaire, 120 millim.

Mais ce qu'ils offrent surtout de remarquable, c'est que le diamètre oblique gauche est supérieur en longueur au diamètre oblique droit dans près de la moitié des cas, et qu'il le dépasse souvent de 6 à 8 millim., et quelquefois de bien davantage.

6° Cette prédominance du diamètre oblique gauche coïncide, comme on voit, avec la direction si fréquente et si connue du plus grand diamètre des extrémités de l'ovoïde fœtal, direction qui lui est à peu près parallèle.

7° Cette préférence de longueur semble se porter d'une manière plus indifférente sur l'un ou l'autre des diamètres obliques du détroit inférieur, qui d'ailleurs sont beaucoup moins importants à cause de leur mobilité.

8° L'abaissement du chiffre de certains diamètres sur le squelette doit être attribué au resserrement des ligaments et des surfaces articulaires sous l'influence de la dessiccation. Ce sont surtout les diamètres antéro-postérieurs des deux détroits et les diamètres obliques du détroit inférieur qui, dans ce cas, paraissent subir un léger degré de diminution, tandis que sur le cadavre le même effet n'est produit que sur le diamètre transverse du détroit supérieur par l'apposition des parties molles.

9° On ne trouve que très-rarement des bassins offrant, dans l'ensemble de leurs diamètres, des proportions régulières se rapprochant des moyennes considérées par les auteurs comme normales.

10° J'ai rencontré quelques bassins amples dont plusieurs des diamètres s'élevaient jusqu'à 176 et 140 millim. (6 p. 6 lign. et 5 p. 3 lign.) ; puis des bassins étroits dont les mêmes diamètres descendaient jusqu'à 95 millim., sans qu'aucun de ceux-ci présentât la moindre trace de vice rachitique ou d'ostéomalacie.

11° En considérant la somme des chiffres de tous les diamètres des bassins que j'ai étudiés, plus de la moitié reste entre 109 à 81 millim. (4 p. et 3 p.) ;

plus du tiers entre 135 et 109 millim. (5 p.), et enfin deux quatre cent vingt-cinquièmes au-dessous de 81 millim. (3 p.).

12° Les diamètres de la tête du fœtus qui, dans l'état normal, se présentent pendant le travail égaux à ceux du bassin, sont la plupart du temps inférieurs d'une quantité très-notable à ceux des détroits, et peuvent traverser des diamètres qui descendent au-dessous de 109 millim. (4 p.).

13° Des propositions précédentes, il résulte que les principaux diamètres du bassin normal descendent assez souvent au-dessous des proportions moyennes considérées aussi comme normales, sans que cependant il y ait obstacle sérieux à l'accouchement à terme.

14° Les formes générales des détroits du bassin sont aussi variées que l'étendue de leurs divers diamètres.

15° En général cependant, les proportions diamétrales qui donnent au détroit supérieur une forme ovoïde ou elliptique transversale tendent à se conserver.

16° Les diverses parois du bassin normal entrent d'une manière fort variable dans les diverses altérations de formes qu'il peut présenter, altérations qui, chez les sujets rachitiques, portent le plus ordinairement, comme on sait, sur les parois antérieures et postérieures.

17° Il n'existe réellement pas en général de rapport régulier entre les divers diamètres du bassin normal, quant à leur étendue. Ainsi, de ce que l'un d'eux augmente en longueur, il ne s'ensuit pas nécessairement que le diamètre opposé doive offrir un allongement proportionnel.

18° Ce défaut de balancement se remarque tout aussi bien entre les diamètres d'un même détroit qu'entre ceux de détroits différents. Les dimensions de l'un ne peuvent donc faire préjuger celles de l'autre, même approximativement.

19° Je n'ai pu, malgré mes efforts, trouver de rapport proportionnel et quelque peu fixe entre les dimensions prises à l'intérieur du bassin normal et les diamètres internes correspondants soit au détroit supérieur, soit à l'inférieur.

Aucune règle ne peut donc être établie, selon moi, à l'égard de la mensuration interne comme moyen de diagnostic, quant à ce qui concerne au moins le bassin normal. (Comm. : MM. Moreau et Danyau.)

ÉPIZOOTIE DES OISEAUX DE BASSE-COUR.

M. RENAULT (d'Alfort) lit une notice sur l'épizootie qui règne en ce moment sur les oiseaux de basse-cour dans plusieurs départements, et notamment dans les départements de la Seine et de Seine-et-Oise.

M. Renault, après un rapide historique de cette épizootie et quelques considérations générales sur le rapport qui existe entre certaines épizooties et certaines épidémies, décrit dans les termes suivants les caractères généraux de l'épizootie qui fait l'objet de sa communication :

Bien qu'affectant principalement les poules et les coqs, sans doute en raison de la proportion plus considérable dans laquelle ces oiseaux entrent dans la composition des basses-cours, cette épizootie frappe indistinctement les différentes espèces de volaille qui les habitent. Elle y frappe tantôt simultanément, tantôt successivement, les dindons, les oies, les canards, les pintades et les paons. Dans quelques fermes, les pigeons mêmes ne sont pas épargnés, bien qu'ils n'en soient pas atteints dans le plus grand nombre. Dans quelques localités, c'est sur les oies et sur les canards que la maladie commence, et elle s'étend ensuite aux autres espèces; dans le plus grand nombre, c'est par les poules. Dans quelques fermes, exceptionnellement, les poules seules ont été atteintes; dans d'autres, les oies et les canards ont été les seules victimes; dans d'autres pays enfin, les lapins ont subi l'influence mortelle de cette épizootie. Et c'est pourtant une maladie identique, puisque, comme M. Renault le démontre plus loin, elle peut se transmettre de la poule au lapin par voie d'inoculation, être reprise ensuite sur ce dernier et redonnée à la poule; puisque sa marche est aussi rapide, sa terminaison est aussi foudroyante; puisque aussi l'autopsie démontre des altérations semblables, affectant les mêmes appareils, et dans ces appareils, les mêmes organes ou portions d'organes.

Généralement, quand la maladie sévit avec intensité dans une basse-cour, elle la dépeuple à peu près entièrement en quelques semaines : c'est à peine si quatre ou cinq bêtes sur cent sont soustraites à ses atteintes. Parmi les bêtes atteintes, presque toutes succombent; si par exception quelques-unes ne meurent pas, elles restent maigres et chétives, quelle que soit leur alimentation; et si elles pondent, elles ne demandent jamais à couver. Bien qu'il meure beaucoup d'animaux dans les cours pendant la journée, c'est surtout dans la nuit, au poulailler, que le plus grand nombre succombe.

De même que le choléra, auquel on l'a comparée, l'épizootie actuelle offre, dans sa marche générale et dans son extension, des bizarreries qui ne sauraient s'expliquer en rien par les circonstances géographiques ou les conditions d'hygiène dans lesquelles elles s'observent. Ainsi, dans un même canton où elle régnait presque partout, elle n'existait pas dans tel ou tel village situé au milieu et au voisinage de villages infectés. Dans un même village, plusieurs habitations entourées d'autres habitations envahies par le fléau, en ont été constamment préservées. Dans beaucoup d'endroits, de deux fermes voisines, de deux habitations à mur mitoyen et dans des conditions en apparence parfaitement semblables, l'une a été entièrement dépeuplée par la maladie, l'autre n'a pas perdu une seule volaille.

C'est le plus souvent vers le commencement du printemps, à l'époque de la ponte, que la maladie commence ou que ses ravages augmentent quand elle existait déjà avant cette époque; mais c'est généralement dans les grandes chaleurs de juillet et d'août, surtout par les temps d'orage, que la mortalité est le plus considérable.

Quand l'épizootie, après avoir duré plusieurs mois, atteint sa période de déclin, il arrive pour elles ce qui s'observe pour les maladies épidémiques : la mortalité diminue même là où règne encore la maladie; mais ce qu'il est important de noter, c'est que cette diminution n'a pas pour cause un plus grand nombre de guérisons dans les bêtes frappées, mais bien un moins grand nombre de bêtes atteintes.

La seule différence qu'on observe dans ce cas, c'est que la marche de l'affection est moins rapide, c'est que des symptômes précurseurs sont plus saisissables, c'est que la mort survient moins promptement.

Quand, dans une basse-cour qui est décimée par l'épizootie, on introduit de nouvelles volailles pour remplacer celles qui ont été enlevées, ces volailles ne tardent pas à être frappées elles-mêmes, sinon en totalité, du moins dans une proportion d'autant plus grande qu'on est moins éloigné de l'époque de l'invasion de la maladie.

Après cette description générale, M. Renault décrit, avec des détails qu'il ne nous est pas possible de reproduire ici, les symptômes de cette affection et les lésions anatomiques que révèle l'autopsie; ces dernières se bornent en général à des ecchymoses et de l'injection dans la plupart des viscères, et notamment dans l'appareil digestif, surtout dans l'intestin grêle. Mais l'examen minutieux de ces symptômes et de ces lésions cadavériques ne lui paraît pas suffisant pour donner à cette épizootie une place dans le cadre nosologique. « Tout ce que nous croyons, dit-il, malgré la constance de la lésion intestinale que nous avons signalée dans tous les sujets, malgré les altérations toujours trouvées dans le cœur, ou plutôt à cause de l'espèce de ces altérations, c'est que c'est dans le sang que se trouve le principe, l'élément morbide, quel qu'il soit, qui produit tous les désordres, constants ou variables, qui produit une infection si rapide et une mort si prompte. » Mais ce que M. Renault n'hésite pas à affirmer, c'est que cette maladie ne présente ni identité, ni même d'analogie avec les maladies charbonneuses, avec lesquelles M. Delafond a cru pouvoir les comparer; M. Renault pense qu'on ne peut pas, avec plus de raison, la comparer au typhus ou à la peste des hommes. Aurait-elle plus d'analogie avec le choléra? Le rapprochement des caractères principaux de ces deux affections le conduit à exprimer cette opinion que, de toutes les maladies épidémiques graves, c'est le choléra qui offre, avec l'épizootie actuelle des gallinacés, le plus de traits de ressemblance. La coïncidence remarquable dans leur apparition, en 1832 et en 1849; la rapidité presque égale dans leur marche; leur terminaison presque aussi souvent funeste; la ressemblance d'un grand nombre de symptômes : abattement et prostration; diarrhée muqueuse et glaireuse, dès le début, puis blanche et mousseuse, bien que moins abondante dans les volailles; espèce de cyanose caractérisée par la couleur violacée que prennent la crête et la peau elle-même; respiration profonde et suspirieuse; stupeur profonde; hoquets convulsifs au moment de la mort, etc.; enfin, l'analogie des lésions cadavériques : après la mort, prompte rigidité cadavérique; injection vive de tous les vaisseaux de l'appareil digestif, de ceux de l'intestin grêle notamment; concentration et nature des lésions dans cette partie de l'intestin, alors qu'elles manquent presque toujours dans le gros intestin; caractères des liquides blanchâtres et glaireux que renferme l'intestin grêle; inconstance et variations des lésions dans les appareils, etc. Telles sont les circonstances qui lui paraîtraient de nature à motiver cette opinion. Il se borne, toutefois, à indiquer ces analogies sans vouloir en tirer une conséquence, et, dans sa pensée, cette maladie ne saurait encore être classée.

A l'égard de l'étiologie envisagée d'une manière générale, au point de vue hygiénique, les observations qu'il a pu faire n'étant ni assez nombreuses, ni assez concordantes pour lui permettre de dire les causes prochaines ou éloignées, l'influence directe ou indirecte auxquelles elle doit sa naissance, M. Renault croit devoir s'abstenir. Mais il est un point étiologique qu'il a tenu à éclaircir par des expériences directes et multipliées, c'est celui de la contagion. Il résulte de ces expériences que la maladie a pu être communiquée par l'inoculation des diverses humeurs (sang, matière prise dans la rate, liquide visqueux pris dans le bec des poules, bile, sperme, matières fécales, humeur aqueuse de l'œil, blanc d'œuf, etc.), non-seulement des volailles malades et des volailles saines, mais encore à des animaux d'espèces différentes, tels que lapins, chiens, chevaux, etc., et que la maladie, ainsi communiquée, a pu être transportée de nouveau par la même voie sur les poules.

L'ingestion de ces mêmes matières ou de la chair d'animaux morts de la maladie, dans les voies digestives d'animaux de différentes espèces, est restée jusqu'ici sans résultat.

Enfin M. Renault termine par cette remarque importante : c'est que l'un des élèves qui l'a assisté dans ses expériences, s'étant coupé en ouvrant une poule malade, ne s'est cautérisé que deux heures après et n'en a éprouvé aucun accident, M. Renault lui-même et M. Reynal, son collaborateur pour ces recherches, ayant éprouvé le même accident, pendant le cours de leurs nombreuses autopsies, ont négligé la cautérisation, tout en continuant à manier les cadavres, et n'en ont rien éprouvé de fâcheux.

M. DELAFOND demande la parole; mais vu l'heure avancée et l'importance de la question, la discussion est renvoyée à la prochaine séance. La parole sera réservée à M. Delafond.

La séance est levée à cinq heures.

BIBLIOGRAPHIE.

DE LA DOCTRINE DES ÉLÉMENTS ET DE SON APPLICATION A LA MÉDECINE PRATIQUE ; par J. QUISSAC, professeur agrégé à la Faculté de médecine de Montpellier. — 2 vol. in-8°. Montpellier, 1850. Chez Sévalle.

L'école de Montpellier, d'où émane l'ouvrage que nous avons à examiner aujourd'hui, ne se distingue pas seulement des autres écoles contemporaines par la tendance métaphysique de sa physiologie et par le caractère doctrinal de ses principes médicaux ; elle s'en distingue plus essentiellement peut-être encore, et ceci était une conséquence naturelle, par sa thérapeutique. Lorsque dans la pensée commune de soustraire la médecine au double danger d'un grossier empirisme ou de décevantes hypothèses, et de la faire reposer sur une base plus solide que les symptômes, Selle en Allemagne et Pinel en France préconisèrent dans l'étude de la médecine l'usage de la méthode analytique qui imprimait à cette époque une si vive impulsion aux sciences physiques et à quelques parties de la métaphysique elle-même, l'école de Montpellier avait déjà appliqué cette méthode, non point à la manière des nosologistes, dans l'unique but de déterminer et de classer les espèces nosographiques suivant un ordre plus ou moins naturel, mais dans le but beaucoup plus immédiatement utile de remonter à la recherche des éléments primitifs ou générateurs des maladies et à la détermination des sujets d'indications thérapeutiques. Tout le monde connaît le premier et remarquable essai d'analyse pathologique que fit Barthez dans sa belle préface du TRAITÉ DES MALADIES GOUTTEUSES. C'est de l'application et de la généralisation de cette méthode qu'est née la doctrine des éléments morbides qui a servi jusqu'ici de guide et de point d'appui à la pratique de presque tous les médecins sortis de cette école.

On voudra bien nous permettre, avant d'aborder l'examen du livre de M. Quissac dont l'objet est le développement de cette doctrine, de rappeler en quelques mots en quoi elle consiste.

La doctrine des éléments morbides repose sur la connaissance de ce fait que la plupart de nos maladies ne sont point simples, qu'elles ne constituent point une unité, une individualité morbide toujours identique, qu'elles sont formées le plus souvent de plusieurs états morbides particuliers existant simultanément ou successivement pendant le cours d'une maladie donnée ; états morbides révélés par un groupe de symptômes congénères qui leur sont propres et que l'analyse apprend à reconnaître et à distinguer entre eux. C'est à ces modes morbides simples, primitifs, indécomposables, reconnaissant des causes particulières, ayant leur marche, leurs périodes, leurs lésions organiques, leurs indications propres, qu'on donne dans l'école de Montpellier le nom d'*affection*, d'*élément morbide* ou de maladie essentielle. Tandis que la maladie est constituée par l'ensemble des phénomènes et des réactions auquels donne lieu l'impression d'une cause morbide, l'affection représente pour les médecins de cette école le mode morbide spécial que produit cette cause. La doctrine des éléments morbides n'a pas seulement pour objet de distinguer et de classer, suivant leur prédominance et leur ordre d'importance thérapeutique les affections simples ou élémentaires pour assigner à chacune la thérapeutique qui lui convient ; l'observation et l'analyse cliniques apprennent non-seulement que les maladies de la même espèce ne sont pas toujours semblables, n'offrent pas des caractères identiques chez les divers individus, dans les divers pays, dans les divers lieux, dans les diverses saisons, sous les diverses constitutions médicales ; mais elles montrent encore que chez le même individu la même maladie est susceptible de présenter pendant sa durée des caractères différents qui nécessiteront des médications différentes. On se propose donc dans la doctrine des éléments, d'apprécier les changements qui surviennent pendant le cours d'une maladie déterminée et de saisir les indications qui en ressortent. La détermination d'une affection ne se fonde pas seulement sur l'étude, analytique des phénomènes sensibles ou apparents de la maladie, étude qui ne serait susceptible de donner que les caractères différentiels ou nosographiques ; elle s'appuie, en outre, sur toutes les conditions subjectives ou objectives capables d'éclairer sur sa nature et sur son étiologie ; on se base pour en apprécier la nature sur la constance de certains caractères qui accusent une cause ou un mode d'influence toujours identique sur l'ensemble de toutes les conditions inhérentes au sujet, telles que l'âge, la constitution, le tempérament, et sur les conditions pathogéniques fournies par les milieux, c'est-à dire par les modifications qu'il peut éprouver de la part des lieux, des saisons, des constitutions médicales, des épidémies, des aliments, des professions, etc.

Bien que reposant sur un principe unanimement admis par tous les adeptes de l'école, la doctrine des éléments morbides n'a pas été à l'abri de nombreuses oscillations. Les éléments morbides n'ont pas été envisagés de la même manière par tous les médecins qui se sont occupés de ce genre d'analyse. Poussée jusqu'aux dernières limites de l'abstraction par Barthez qui décomposait l'inflammation en plusieurs éléments, empreinte dans Dumas des idées systématiques dont ce professeur avait altéré la doctrine, l'analyse élémentaire n'a reçu son véritable caractère pratique que dans Bérard. Mais en formulant l'excellent précepte de ne faire reposer les éléments morbides que sur les phénomènes sensibles et réels, Bérard s'en est écarté tout le premier en faisant figurer au nombre des éléments, des conditions étrangères aux phénomènes morbides proprement dits et qui ne doivent entrer dans le travail d'analyse qu'à titre de renseignements étiologiques ou comme moyens de détermination des caractères de l'affection. Du reste, la doctrine des éléments morbides professée dans presque tous les cours de la Faculté de Montpellier et transmise traditionnellement par l'enseignement oral, n'avait guère été exposée jusqu'ici que dans des articles de dictionnaire, des articles de journaux ou des préfaces où l'on trouve plutôt un énoncé des principes que des applications pratiques. C'est donc dans le livre de M. Quissac qu'on devra chercher désormais les éléments d'appréciation de cette doctrine. Disons un mot maintenant de la manière dont il l'a comprise et développée.

M. Quissac, se plaçant tout d'abord au point de vue spécialement pratique, réduit à un petit nombre les affections élémentaires, qu'il définit « des états morbides généraux, simples, avec ou sans fièvre, avec ou sans lésion locale, ayant des caractères propres, offrant des indications spéciales et pouvant se rencontrer dans la plupart des maladies. » Onze affections simples ou élémentaires lui paraissent suffisantes soit pour constituer toutes les maladies fébriles et nerveuses auxquelles la méthode analytique s'applique plus particulièrement, soit pour grouper tous les ordres d'indications que peuvent fournir ces maladies. Ces affections sont l'élément fièvre ou la fièvre simple, l'élément inflammatoire, catarrhal, bilieux, muqueux, adynamique, ataxique, malin, périodique, nerveux, fluxionnaire. Il range dans une seconde classe distincte, sous le titre d'*affections spéciales non élémentaires*, les états morbides dits spécifiques qui ne sont pas susceptibles de se présenter dans la plupart des maladies, et qui offrent des indications qui leur sont propres ; telles sont, par exemple, l'érysipèle, le rhumatisme, la goutte, les exanthèmes, etc.

Chacun de ces éléments implique l'idée d'un état morbide simple, pouvant exister seul ou combiné avec un ou plusieurs autres éléments pour constituer l'une des maladies du cadre nosologique ; chacun entraîne, en outre, avec lui, une indication thérapeutique particulière ; l'élément inflammatoire, les antiphlogistiques ; l'élément catarrhal, les diaphorétiques ; l'élément bilieux, les vomitifs ; l'élément fluxionnaire, les dérivatifs ; l'élément adynamique, les toniques, etc.

Quelques explications sont ici nécessaires sur la valeur assignée par l'auteur à quelques-uns de ces éléments dont la simple dénomination ne suffirait pas pour en faire parfaitement saisir le sens aux personnes peu familiarisées avec le langage et les idées doctrinales de Montpellier. Par exemple, il faudrait se garder de confondre comme exprimant un même fait l'élément inflammatoire et la phlegmasie ; l'élément ou l'état inflammatoire exprime un état morbide général, une sorte d'état diathésique lié à l'existence d'un tempérament et d'une constitution déterminés et à des influences climatériques particulières, constitué par des symptômes fébriles généraux qui lui sont propres, et réclamant toujours l'usage des moyens antiphlogistiques ; tandis que la phlegmasie est une lésion locale qui peut coexister avec des symptômes généraux, des conditions individuelles ou des influences climatériques contre-indiquant formellement l'emploi des antiphlogistiques. Inflammation et fluxion sont encore des termes que l'on emploie assez généralement l'un pour l'autre, et qui cependant doivent être distingués, la fluxion pouvant être sanguine, humorale ou mixte, et ne constituant une inflammation que lorsqu'elle présente les conditions de l'élément inflammatoire.

L'élément nerveux ne doit être pris ici que dans le sens de lésion de sensibilité ou de fonction, abstraction faite des altérations de texture des organes nerveux. C'est à ce titre qu'il forme le fond des affections nombreuses et variées désignées sous le nom de maladies nerveuses.

Les éléments adynamique, ataxique, malin, rappellent autant de caractères des fièvres graves, et qui, par leur prédominance, servent à en spécifier la nature. Les autres éléments ont pour la plupart un sens assez bien défini pour qu'il ne soit pas nécessaire de chercher à en justifier l'admission au nombre des affections élémentaires.

La distinction des fièvres est tout entière fondée sur les lois de combinaison et d'association des éléments morbides. La fièvre simple, qui figure au premier rang des affections élémentaires, sert de type pour la distinction des diverses espèces de fièvres composées, résultant de l'association de la fièvre simple avec un ou plusieurs des éléments qui viennent d'être énumérés, et qui, se groupant deux à deux, trois à trois, constituent les fièvres muqueuses, bilieuses, adynamiques, ataxiques, catarrhales, inflammatoires ; les

bilieuses-catarrhales, inflammatoires-bilieuses, muqueuses-adynamiques, rémittentes-inflammatoires, etc., etc. Ces fièvres, pour être composées, n'en sont pas moins considérées comme des fièvres primitives, essentielles; et par fièvres primitives, essentielles, l'auteur n'entend pas désigner seulement les fièvres sans lésions d'organes, mais encore celles où il peut exister des lésions concomitantes dépendant d'une cause autre que les lésions traumatiques ou chimiques. Dans ces fièvres, de quelque nature qu'elles soient, il y a toujours un état morbide général antérieur à la manifestation locale, à la fluxion, à la phlegmasie concomitante, alors même que cette fluxion, cette phlegmasie deviennent assez caractérisées pour qu'on en doive tenir compte, soit dans la dénomination de la maladie (fièvre pneumonique, fièvre pleurétique, etc.), soit dans le traitement. Dans ce cas, aux indications fournies par la nature et le caractère de la fièvre primitive, se joignent les indications fournies par l'état local fluxionnaire, inflammatoire ou catarrhal, et les indications accessoires empruntées au siége de la lésion locale.

D'après ces principes, toutes les fois qu'on a une maladie fébrile à traiter, on cherche à déterminer, non-seulement s'il y a de la fièvre, mais encore quelle est l'espèce de fièvre dont il s'agit, quels sont les éléments qui entrent dans sa constitution et qui fournissent les indications principales, sous la réserve de tenir compte, à titre d'indications secondaires, de tout ce qui est inhérent aux lésions locales et à leur siége.

Le rôle assigné aux lésions locales est, on le voit, tout à fait subalternisé à la considération de l'état morbide général, de l'affection. A la question de Bichat, répétée par toutes les écoles organiciennes : Que peut-on en médecine, si l'on ignore où siége le mal? M. Quissac oppose, au nom de l'École de Montpellier, celle-ci : Que peut-on si l'on ne connaît l'affection?

Il ne faudrait cependant pas croire qu'en subordonnant la considération des lésions locales et de leur siége à l'état général, M. Quissac néglige entièrement les caractères diagnostiques et les indications qui s'en peuvent déduire.

La connaissance du siége des maladies, dit-il, rend raison des symptômes locaux; elle rend raison de certains phénomènes symptomatiques ou sympathiques qui se passent dans un lieu plus ou moins éloigné; elle fait prévoir vers quel lieu se feront les crises; elle facilite le diagnostic général, en faisant éviter de lui rapporter ce qui appartient à la lésion locale; elle rend le pronostic plus certain; elle fait modifier la thérapeutique.

Les crises sont prises en grande considération dans la doctrine des affections élémentaires. Cette doctrine apprend, en effet, quelles sont les affections où les crises sont possibles, celles où elles ne sauraient avoir lieu; elle permet de prévoir de quelle nature seront ces crises, suivant la nature de l'affection élémentaire dominante, et en explique la rareté ou l'impossibilité dans les affections compliquées, etc.

L'un des points les plus intéressants de cette doctrine est celui qui est relatif aux divers modes d'association des éléments morbides, aux antagonismes, aux complications ou aux simples coexistences des affections élémentaires, circonstances qui sont l'objet d'une analyse délicate et dont l'auteur s'est d'autant plus attaché à faire ressortir l'importance pratique, qu'elles impliquent à la fois et les indications et les contre-indications thérapeutiques.

Le diagnostic des affections élémentaires repose sur la constatation de l'ensemble des symptômes et de l'état général des malades, aidée par la considération de toutes les conditions individuelles susceptibles d'éclairer sur la nature probable de la maladie, telles que l'âge, le tempérament, la constitution, le sexe, les diathèses, etc. Bien que les lésions anatomiques soient tenues en ligne de compte dans le pronostic, c'est encore sur la considération de l'état dynamique qu'il repose principalement, ainsi que le diagnostic.

Quant au traitement, les moyens thérapeutiques sont coordonnés, combinés suivant le mode d'association des éléments qui entrent dans la constitution de la maladie. C'est à cette appropriation des moyens thérapeutiques aux diverses indications fournies par les éléments diversement combinés, qu'on donne le nom de *méthode analytique*, méthode à laquelle on a recours toutes les fois que la maladie ne présente pas l'indication d'un agent spécifique ou d'une méthode empirique déterminée.

Tout en faisant l'analyse du livre de M. Quissac, nous venons d'esquisser à grands traits les caractères principaux d'une doctrine qui a eu un grand retentissement et qui a exercé et exerce encore une influence considérable sur la médecine pratique.

Pour apprécier la valeur scientifique et pratique de cette doctrine, il faudrait se placer au double point de vue de la méthode sur laquelle elle se fonde et de l'ordre de faits qu'elle a plus particulièrement pour objet de mettre en lumière.

La méthode, en soi, n'est pas plus particulière à l'École de Montpellier qu'à toute autre. Toutes les écoles revendiquent à juste titre la méthode analytique. Soit qu'il s'agisse d'assigner aux phénomènes morbides leur signification étiologique ou de rechercher dans les symptômes les signes indicateurs des moyens thérapeutiques, c'est toujours à l'analyse qu'on a recours. Ce qui constitue la différence essentielle des écoles, c'est donc moins en réalité la différence des méthodes que la différence des points de vue auxquels elles envisagent les faits et du but qu'elles se proposent d'atteindre en les soumettant à l'analyse. Ainsi, tandis que, dans l'école organicienne, l'analyse ne semble avoir d'autre objet que de dégager de l'ensemble des phénomènes consécutifs d'une maladie tout ce qui peut être rapporté à des troubles fonctionnels ou à des lésions organiques, et de rechercher les liens de causalité qui rattachent les symptômes à ces troubles et à ces lésions; l'École de Montpellier, plus particulièrement préoccupée des faits dynamiques ou des phénomènes généraux, et faisant abstraction des causes prochaines ou immédiates des symptômes, embrasse dans son analyse tous les faits susceptibles de révéler les divers modes d'influence des causes morbides sur l'ensemble de l'économie. De là deux ordres de diagnostic distincts : l'un recherchant les causes physiques ou organiques, les points de départ matériels des maladies; l'autre qui, ne considérant les lésions d'organes que comme des effets secondaires plus ou moins éventuels et toujours subordonnés à l'état général, repose, d'une part, sur l'appréciation des caractères et de la physionomie de certains groupes de symptômes traduisant autant de modes ou de types morbides spéciaux, et d'autre part sur la considération étiologique de toutes les influences individuelles ou extérieures capables d'imprimer un cachet spécial à la maladie ou d'en modifier le caractère primitif.

On ne saurait méconnaître que cette dernière manière d'envisager le diagnostic ne soit à la fois plus large et plus féconde, tant sous le point de vue étiologique que sous le rapport des indications thérapeutiques. Mais comme toute méthode exclusive, la méthode analytique de l'école de Montpellier a le tort de n'envisager qu'un côté du problème pathologique. Merveilleusement adoptée à la détermination des diverses espèces fébriles et des affections générales, dans lesquelles les lésions organiques ne jouent qu'un rôle tout à fait accessoire, lors même qu'il n'est pas tout à fait nul, elle est comme frappée de stérilité en face des affections organiques et des faits de physiologie ou d'anatomie pathologique à l'égard desquelles cette école se montre un peu trop dédaigneuse. C'est, du reste, moins la méthode elle-même que le point de vue systématique de la doctrine, qu'il faut rendre passible de ce reproche. Un autre écueil de la méthode analytique, auquel les plus habiles médecins et les plus ingénieux dialecticiens de cette école n'ont pas toujours su échapper, c'est de multiplier les entités morbides, au caprice d'une analyse qui ne repose souvent que sur des éléments fugaces, mobiles et difficiles à déterminer, et d'exposer à créer parfois par des combinaisons abstraites de ces éléments des tableaux morbides de fantaisie.

Pour en revenir à l'ouvrage de M. Quissac, dont cette digression nous a quelque peu éloigné, nous n'aurions, pour formuler notre jugement sur sa valeur, qu'à résumer et contracter l'appréciation générale que nous venons de faire de la doctrine dont il s'est constitué le judicieux interprète. On trouvera dans cet exposé présenté avec une méthode et une lucidité remarquables, et les mérites et les défauts que nous venons de signaler. Nous devons dire toutefois à la louange de l'auteur qu'il a su atténuer la portée de notre dernière objection en réduisant le nombre des éléments morbides aux plus strictes limites que puisse justifier une analyse clinique sévère. En somme, cet ouvrage, qui révèle dans son auteur l'un des futurs soutiens de l'école clinique de Montpellier, est digne à tous égards d'être recommandé à la méditation de tous les jeunes médecins, à quelque école qu'ils appartiennent. Il rappellera aux uns des principes qu'ils connaissent déjà et sera pour les autres un complément d'instruction dont ils auront plus d'une fois, dans leur pratique, l'occasion d'apprécier l'utilité.

H. Brochin.

— M. le docteur Mérat, ancien trésorier de l'Académie de médecine, a laissé à l'Association des médecins de Paris dont il était un des fondateurs, une somme de 500 francs, que madame Mérat, sa veuve, s'est empressée de verser dans la caisse de la société.

— Voici un fait scientifique d'un très-haut intérêt. On a remarqué pendant la terrible épidémie qui a eu lieu dernièrement à Cayenne, que l'aiguille de la boussole éprouvait des perturbations entièrement inusitées. Ces perturbations ont augmenté ou diminué en raison de la recrudescence ou de la diminution du fléau. Ce phénomène mérite une sérieuse attention, et viendrait à l'appui de l'observation déjà faite et étudiée à l'occasion des rapports constatés entre les épidémies et les influences atmosphériques.

— Cours public sur les maladies des organes urinaires et génitaux. — M. le Dr Aug. Mercier commencera ce cours le lundi 12 mai, à sept heures du soir, dans l'amphithéâtre n° 2 de l'École pratique, et le continuera les lundis, mercredis et vendredis suivants à la même heure.

Le rédacteur en chef, JULES GUÉRIN.

REVUE HEBDOMADAIRE.

ACADÉMIES. — ÉPIZOOTIE DES ANIMAUX DE BASSE-COUR.

Les Académies des sciences et de médecine retentissent depuis quelque temps de l'histoire d'une terrible épidémie qui, pour sévir uniquement sur les volailles et les lapins, n'en a pas moins de fâcheuses conséquences. Des fermes ont été dépeuplées; des propriétaires de riches troupeaux ont subi des pertes considérables, et une notable réduction s'est fait sentir dans un objet très-répandu d'alimentation. Ce sont surtout les départements de la Seine et de Seine-et-Oise que le fléau a visités et ravage encore en ce moment. En quelques semaines, la basse-cour la mieux garnie est à peu près vidée. Un jour, une heure, suffisent pour tuer l'animal le mieux portant.

Quelle est cette maladie? Est-ce la fièvre charbonneuse? est-ce le choléra? Sur cette question, one joute des plus intéressantes et passablement animée a eu lieu, dans la dernière séance de l'Académie de médecine, entre deux honorables professeurs de l'École d'Alfort, MM. Renault et Delafond. M. Renault, dans une improvisation remarquable par la distinction du langage autant que par la vigueur de l'argumentation, a parfaitement démontré que l'épizootie *actuelle* n'a aucune ressemblance, presque aucune analogie, avec la fièvre charbonneuse. Dans le charbon, le sang tiré des animaux ou examiné sur le cadavre est poisseux et incoagulé; dans la maladie régnante, des caillots solides et blanchâtres remplissent ordinairement les cavités droites du cœur et les grosses veines. L'apparence déchiquetée des globules sanguins, que M. Delafond regarde comme un caractère de la première affection, ne se présente pas dans la seconde. Le sang d'un animal charbonneux inoculé à un animal quelconque, même d'une autre espèce, même à l'homme, amène cette infiltration de mauvaise nature qui est propre à la pustule maligne; pas la moindre infiltration quand on inocule avec le sang d'une poule ou d'un lapin en proie à la maladie actuelle. Les différences pourraient être multipliées, et l'on serait en peine de signaler quelque analogie importante. Comment donc un savant aussi expérimenté que M. Delafond s'était-il mis dans le cas de se voir redressé d'une façon si triomphante par son collègue? Il faut le reconnaître, M. Delafond n'était pas si coupable qu'il en avait l'air. S'il avait péché, il y avait prescription, et le débat était un peu rétrospectif. En effet, il y avait trois mois que M. Delafond avait établi cette malencontreuse assimilation de l'épizootie actuelle à la fièvre charbonneuse; mais c'était en s'appuyant sur des recherches qui n'étaient pas siennes, et en qualité de simple rapporteur. Or il est certain que la description de l'épizootie contenue dans le travail adressé par M. Benjamin à la *Société nationale et centrale de médecine vétérinaire*, et qui a été rapporté par M. Delafond, fait involontairement songer à la fièvre charbonneuse et diffère, sur des points essentiels, de la description présentée par M. Renault à l'avant-dernière séance de l'Académie et acceptée par M. Delafond lui-même. Elle en diffère plus complétement encore que ce dernier ne l'a dit dans sa réplique. Les cadavres, disait M. Benjamin, se décomposent avec une rapidité insolite: la rate est ordinairement tuméfiée, ramollie, facile à déchirer; le foie est également noir et volumineux; une légère pression en fait sortir une bouillie semblable à celle de la rate; le sang trouvé dans le cœur et les gros vaisseaux est noir, incoagulé, et répand une odeur putride, *même sur les cadavres ouverts immédiatement après la mort*. Ce sont là des caractères fort analogues à celles qui ont été signalées par Chabert dans son TRAITÉ DES MALADIES CHARBONNEUSES, et par Guersent dans son ESSAI SUR LES ÉPIZOOTIES. La mauvaise odeur du sang, à l'admettre sans contestation, avait ici une signification particulière. On conçoit donc très-bien et l'on excuse aisément l'idée de rapprochement qui est venue alors à l'esprit de M. Delafond, surtout si l'on tient compte de l'obscurité qui règne encore, dans la médecine vétérinaire, sur les véritables caractères des affections charbonneuses. On s'explique aussi comment, à la Société de médecine vétérinaire, immédiatement après la lecture du rapport, M. Renault a contesté la ressemblance de l'épizootie décrite par M. Benjamin avec celles qui avaient régné sur les volailles en 1832 et 1849, et qui se rapprochaient plutôt du choléra, tandis qu'il croit à une ressemblance parfaite entre ces deux dernières épizooties et celle qui règne actuellement. Tous deux, MM. Delafond et M. Renault, s'en rapportaient à la description présentée. Le premier n'avait pas trop tort d'y voir les caractères de la fièvre charbonneuse. Le second, qui avait vu dans l'épizootie de 1832 et de 1849 un *choléra des poules*, avait raison de le différencier de celle dont M. Benjamin faisait l'histoire.

M. Benjamin s'était-il trompé? Sa description était-elle inexacte? Ou bien, la maladie alors régnante et étudiée dans le lieu où pratique M. Benjamin (Nogent-sur-Seine), différait-elle, à certains égards, de la maladie observée par MM. Renault et Delafond? Pour décider cette question sans s'exposer à l'injustice, il faudrait savoir sur quelle échelle ont été poursuivies les recherches nécroscopiques de l'auteur; car si ces recherches ont été peu étendues, il n'est pas impossible que les caractères assignés par lui à la maladie se soient en effet présentés plus souvent qu'ailleurs dans le champ de son observation, sans qu'on doive en induire une différence de nature entre cette affection et celle dont il a été question à l'Académie. Une observation étendue a montré à MM. Renault et Delafond que, *généralement*, le sang est coagulé dans les cavités droites du cœur, que les cadavres ne se décomposent pas avec une promptitude inaccoutumée, etc.; mais le contraire a pu avoir lieu quelquefois. C'est même un caractère habituel des affections épidémiques que la variabilité de certaines altérations cadavériques. Dans le choléra, par exemple, la putréfaction n'est pas ordinairement rapide; mais cette règle a offert de notables exceptions. Le sang des cavités droites du cœur et des grosses veines est tantôt concrété en gros caillots solides et blanchâtres, tantôt liquide, tantôt grumeleux et rougeâtre, comme dans la fièvre typhoïde. Le foie est ordinairement réduit de volume et exsangue, quelquefois pourtant congestionné. La rate, le plus souvent, est ratatinée, dure, injectée; dans un certain nombre de cas, congestionnée ou ramollie, etc. On peut consulter sur ce sujet le livre tout récent de MM. Briquet et Mignot. Sur le terrain de la nécroscopie, les observations ne peuvent donc concorder qu'autant qu'elles porteront, de part et d'autre, sur une grande masse de faits. Or nous ne savons ce qui en est à cet égard des observations de M. Benjamin; le rapport de M. Delafond ne le spécifie pas. Seulement, si l'on veut que nous disions toute notre pensée, nous craignons qu'elles n'aient ni toute l'étendue, ni toute la rigueur nécessaires. L'odeur putride du sang constatée immédiatement après la mort nous paraît, comme l'a dit M. Renault à la *Société de médecine vétérinaire*, un fait *très-extraordinaire*, et les détails relatifs à la transmissibilité du mal ne nous rassurent pas sur les procédés d'investigation qui ont fourni les éléments de travail. Il faut d'ailleurs ajouter que le tableau symp-

Feuilleton.

LETTRES D'ITALIE.

N° XII.

§ II.

(Suite — Voir les numéros 12, 13 et 19.)

Il est midi et demi. C'est au milieu du jour et le soir que se font les visites. Voulez-vous que je vous présente au prince ***, au duc ***? Choisissez. Il y a à Rome presque autant de familles princières qu'il y a eu de papes, puisque les neveux du pape étaient princes de droit. Oh! c'était alors le bon temps! On vit, par exemple, un simple capucin nommé Barberini arriver à la tiare et laisser à sa famille en mourant vingt-deux beaux et bons millions. Tous ces magnifiques palais, dont quelques-uns sont plus grands que le Luxembourg, ont été construits par les neveux des papes. Quel bon état c'était que d'être neveu d'un pape! Aujourd'hui ce temps n'est plus. Avec Pie VII cessent les scandales du népotisme; la famille de Pie IX reste aujourd'hui ce qu'elle était avant le pontificat du cardinal Mastaï Ferretti.

Les nouvelles fortunes se font dans le commerce et se continuent en se consolidant, par la banque et par le fermage des objets de consommation générale dont le gouvernement se réserve le monopole. Les T. et les G. sont fils de tout petits marchands; le premier, quoique prince et grand dignitaire d'une foule d'ordres, continue à vendre de l'argent; le second, quoique sa famille soit duchesse et baronne, visite encore ses fours à pain et a l'œil sur ses farines. La recette pour devenir prince, duc, marquis, comte, baron, est assez coûteuse à Rome, mais simple et facile du reste. Amassez une fortune bien ronde, en Hollande ou en Angleterre, dans les morues ou les denrées coloniales, arrivez à Rome, informez-vous par les petites affiches d'une principauté à vendre—il s'en trouve toujours — achetez le fief, et faites-vous autoriser par le gouvernement pontifical a en porter le titre: vous voila prince.

Je ne vous parle ni des marquis ni des comtes; cette denrée répond à peine à notre bonne bourgeoisie. Cela est si vrai que de deux officiers français, pauvres et plébéiens, qui ont fait leur conjungo à Rome, l'un, appartenant au corps le moins relevé de l'armée, a pris une marquise; l'autre, sous-officier paré depuis quelques jours de l'épaulette de sous-lieutenant, a épousé une duchesse. En France, un officier trouve à peine une mince bourgeoise dont la dot, fixée au minimum de 24,000 francs par les ordonnances ministérielles, n'a le plus souvent d'existence que sur le papier. A Rome, il faut bien monter à la marquise pour trouver quelque chose d'un peu propre, et les princes romains qui, eux, veulent quelque chose de plus que propre, sont obligés d'aller pêcher des princesses en France, en Angleterre, en Belgique, etc. La communion du Nord et du Midi continue toujours, avec cette différence qu'au moyen âge le Nord bar-

tomatologique établi par M. Benjamin ressemble fort à celui qu'a présenté mardi M. Renault.

Quoi qu'il en soit, les deux adversaires s'accordent en ce moment pour différencier l'épizootie actuelle de la fièvre charbonneuse. Mais ils se séparent sur la question des rapports de la même épizootie avec le choléra épidémique. M. Renault, sans identifier positivement les deux affections, établit entre elles un rapprochement très-étroit. M. Delafond, après s'être exécuté comme nous avons dit, ne pousse pas le sacrifice jusqu'à accepter l'opinion de son collègue. Néanmoins nous n'hésitons pas à regarder cette opinion, dans les termes réservés où elle a été exprimée, comme l'expression exacte des faits. Nous croyons que « de toutes les maladies épidémiques graves, c'est le choléra qui offre avec l'épizootie actuelle des gallinacés le plus de traits de ressemblance. » Bien qu'elle se soit montrée souvent indépendante de toute épidémie, elle a toujours paru et sévi avec une intensité particulière quand le choléra a frappé l'espèce humaine. Comme le choléra, elle marche avec une foudroyante rapidité; elle s'accompagne de prostration, de stupeur, d'une diarrhée spécifique, d'un véritable cyanose de la crête et de la peau (caractère reconnu également par MM. Renault, Delafond, Reynal et autres), d'une injection générale du tube digestif, plus spécialement de l'intestin grêle, etc. La ressemblance sans doute laisse à désirer. Mais qui ne voit que, la nature essentielle de l'affection fût-elle identiquement la même, la différence des organisations s'opposerait à une entière similitude des manifestations pathologiques? Exigera-t-on l'existence de crampes chez les poules et chez les lapins pour accorder l'analogie?

A cet égard, nous ferons une remarque générale. Il y a des causes pathologiques qui ne peuvent atteindre que certaines espèces animales et auxquelles les autres sont réfractaires. Tous les animaux n'ont pas de réceptivité pour le virus rabique, et ceux qui l'ont ne l'ont pas au même degré. On a vu, par la communication de M. Renault, que le sang d'une poule malade qui communiquait la maladie à une autre poule ne la donnait pas à l'homme. Donc pour que la cause ait son plein et entier effet, il ne faut pas seulement qu'elle pénètre dans l'économie, mais il faut encore que l'économie elle-même offre certaines conditions indispensables à l'action étiologique. Cela étant, on peut regarder comme probable que si une cause donnée, de celles, par exemple, qui engendrent les affections épidémiques et contagieuses, peut affecter des espèces différentes, elle ne produira pas sur toutes les mêmes effets apparents, alors même que l'identité de la cause garantira nécessairement l'identité essentielle de la maladie produite. Nous ne parlons pas ici des différences secondaires et locales d'organisation, de dispositions anatomiques qui pourraient s'opposer au développement de telle ou telle lésion, comme de l'éruption psorentérique, mais bien d'une différence radicale, intrinsèque, inhérente à la différence des espèces. Dès lors, on aurait tort de s'autoriser de quelques dissemblances phénoménales, anatomiques ou autres, pour séparer entièrement deux maladies dont l'analogie, sous quelques rapports importants, reste, malgré tout, frappante; deux maladies pour ainsi dire jumelles, dont la coexistence habituelle semble attester la parenté. Il y aurait là, si nous ne nous trompons, matière à des recherches de haute pathologie; et, puisque la maladie épizootique est transmissible par inoculation à des animaux d'espèce différente, et qu'on a ainsi à sa disposition une cause morbide toujours identique à elle-même, et maniable à volonté, ce serait une belle occasion de poursuivre l'idée que nous ne pouvons qu'indiquer ainsi et qui se résume dans l'*étude des effets comparés d'une même cause pathologique dans la série des espèces animales*.

Ces expériences d'inoculation, on les lira avec le plus grand intérêt dans la communication de MM. Renault et Delafond. On sera étonné de la virulence d'une maladie qui empoisonne dans l'économie jusqu'à la dernière fibre, jusqu'à la dernière goutte de liquide, jusqu'à l'humeur aqueuse de l'œil, à ce point que quelques gouttes de cette humeur insinuées dans la peau d'une poule saine, d'un lapin, d'un chien, leur transmettent la maladie. D'un autre côté, en consultant d'autres travaux, on ne peut guère douter de la transmissibilité à distance, et M. Delafond notamment partage cet avis. Or, si l'épizootie est un choléra modifié, n'y a-t-il pas là une source de lumière capable d'éclairer vivement cette question si débattue de la contagion du choléra humain? Ce qui est la règle ici ne peut-il devenir ailleurs l'exception; et si la différence d'organisation apporte un obstacle à l'absolue et constante identité des phénomènes pathologiques, l'identité de nature essentielle ne peut-elle pas se révéler exceptionnellement dans un ordre de phénomènes ordinairement dissemblables? Grave sujet de méditation, suivant notre humble sentiment.

A. Dechambre.

PHYSIOLOGIE.

Observations sur le développement de la substance et du tissu des os (extrait d'un mémoire lu à la Société de biologie dans sa séance du 23 février 1850); par M. le docteur Charles Robin, agrégé à la Faculté de médecine, vice-président de la Société de biologie, etc.

(Suite. — Voir le numéro précédent.)

b. Formation osseuse par envahissement.

Nous avons à voir ici comme précédemment :

1° De quelle manière se forme le dépôt qui remplit la *trame cartilagineuse* dont nous avons parlé et envahit peu à peu la place occupée par d'autres tissus;

2° Nous avons à étudier comment se forment les ostéoplastes. Les phénomènes que nous allons décrire se passent de la même manière dans la trame envahissante de formation et d'accroissement des os de la tête et dans celle d'accroissement des os du tronc.

Quoique n'ayant pas pu voir le dépôt primitif dans les os du crâne comme dans ceux du tronc, il est probable d'après ce que nous allons dire qu'il se fait de la même manière. Du bord de l'os déjà formé on voit un dépôt grenu qui s'avance dans la trame cartilagineuse entre les petites cavités, et plus noirâtre, moins transparent que la substance osseuse déjà développée. Au fur et à mesure qu'il se prolonge d'un côté, ou le voit comme dans le premier mode de formation, prendre plus de cohérence et d'homogénéité du côté de l'os déjà formé; en un mot, la substance fondamentale se forme ici comme dans la formation par substitution.

---

bare venait s'imposer à Rome civilisée, tandis qu'aujourd'hui c'est Rome qui fait des emprunts volontaires au Nord plus civilisé qu'elle.

Le pape mort, la famille commence à décliner, le palais reste inachevé. Au bout de quelques générations, messieurs les princes ne sont souvent plus que de pauvres diables habitant de très-grandes maisons, et se serrant le ventre devant des tableaux de 30,000 fr. J'en sais qui louent en garni une partie de leur palais, d'autres qui arrachent aux pauvres artistes 22 scudi comme droit d'entrée et de copie dans leur musée; mais la plupart restent fiers, en se serrant de plus en plus le ventre. Il y a très-peu de princes romains qui soient gras; ceux qui le sont le sont beaucoup trop; tout ou rien.

Voyez cette masse imposante; c'est leur palais. Il est composé de deux, trois ou quatre façades; chaque façade compte trois ou quatre étages et chaque étage aligne de quinze à vingt fenêtres. L'Italien pense qu'un palais doit dominer superbement les maisons voisines, et, comme signe de noblesse, il surmonte encore l'édifice altier d'une sorte de donjon féodal. Cette construction est bien éloignée de nos usages; un hôtel à Paris ne doit avoir que deux étages au plus. Mais nos hôtels de Paris sont maigre chose, comme masse et comme étendue, en comparaison des palais de Rome. Les palazzi, malgré la multiplicité des fenêtres et des étages, n'ont pas le moins du monde l'air de fabriques ni de grandes casernes; leur façade en pierres de taille brunies par le temps est pleine de style, imposante, noble, grandiose et sévère. Les fenêtres, vastes et espacées, se couronnent de grands reliefs bien saillants, et la corniche du palais est presque toujours un morceau d'art fort remarquable.

La plupart des palazzi, comme ceux qui portent les noms de Chigi, Altieri, Braschi, Farnèse, la Chancellerie, etc., etc., sont constitués par une cour intérieure entourée de quatre corps de logis. C'est la construction florentine. Le palais du quai d'Orsay, le Luxembourg, le Louvre, peuvent en donner une assez juste idée. Ce mode présente, au point de vue hygiénique, un vice qu'on ne retrouve pas dans nos hôtels à trois corps de logis seulement; il faut un immense carré de maçonnerie pour que la cour creusée dans son intérieur ne soit pas trop rétrécie, sombre, sans air, humide et triste. Dans les palais de moyenne étendue, cette cour ressemble à un puits profond, tapissé de capillaires, de mousses et de verdâtres moisissures. On n'a pas oublié que trois ou quatre hauts étages, c'est-à-dire la valeur de cinq ou six étages ordinaires, encaissent cette cour, tandis qu'au Luxembourg on ne compte qu'un seul étage au-dessus du rez-de-chaussée, si j'ai bonne mémoire. Au grand palais Farnèse même, l'un des plus beaux de Rome, au palais Farnèse, dont l'architecte s'appelle Michel-Ange, la cour est d'un triste à serrer le cœur et à faire périr d'ennui. Ce noble édifice respire partout les sombres passions; on se sent glacé sous les voûtes de ses corridors, de ses galeries, de ses appartements. Le palais de Venise est plus terrifiant encore; derrière sa façade féodale et ses machicoulis, l'imagination rêve les scènes terribles du moyen âge, l'inquisition, le poison des Borgia, les factions sanglantes des Colonna et des Orsini. Le palais Massini est tout aussi sombre, aussi répulsif. Je ne sais guère que le palais Doria qui soit gai et dilate le cœur au lieu de le serrer.

Mais n'oublions pas notre visite; elle nous fournira quelques études de mœurs et d'hygiène.

Un beau suisse est à la porte, en riche costume de tambour-major ou quel-

On peut en dire autant des ostéoplastes, chaque cavité transparente de la trame cartilagineuse devient l'origine de l'un d'entre eux et très-rarement de deux, vu le petit volume de celles-là. Quelquefois même, dans les pièces du crâne du moins, il y a des cavités qui sont envahies par le dépôt terreux, qui disparaissent, sont comblées, et ne donnent naissance à aucun ostéoplaste. Aussi dans l'os nouvellement formé ces derniers sont dans quelques régions moins nombreux dans un espace donné que les cavités ne le sont dans la même étendue de trame cartilagineuse. Tant que le dépôt phosphatique est récent, encore grenu, l'ostéoplaste est représenté par une cavité sans incisures ni ramifications sur les bords, lesquels ne sont pas aussi nettement tranchés que pour la formation par substitution.

Seulement ici les cavités sont plus petites et on n'en voit pas qui soient partagées en deux par un resserrement; au contraire, il semble plutôt quelquefois que deux cavités du cartilage d'abord bien isolées donnent quelquefois naissance à deux ostéoplastes qui communiquent entre eux par un canal plus ou moins resserré. Sans avoir pu m'assurer du fait aussi nettement que du cloisonnement dans la formation par substitution, la disposition anatomique de certains ostéoplastes le rend très-probable. Les bords se limitent de mieux en mieux au fur et à mesure que le dépôt devient homogène. C'est alors qu'apparaissent les incisures, origine des ramifications ou canalicules, dont le développement continue à se faire comme il a été dit plus haut.

Il est à remarquer que dans les portions osseuses récemment formées, il y a des ostéoplastes très-petits à côté d'autres volumineux, tandis que dans les os anciens il y a beaucoup moins de différence dans le volume relatif des ostéoplastes. Il est donc probable que ces cavités s'agrandissent par résorption de la substance qui les limite, fait rendu probable par cet autre que les ostéoplastes sont souvent moins réguliers, plus allongés ou comme recourbés sur eux-mêmes dans les portions osseuses qui ont achevé de se former, tandis qu'ils sont presque tous ovoïdes ou à peu près sphériques tant qu'ils n'ont pas encore leurs canalicules périphériques développés. C'est en partie à l'abouchement plus ou moins large de ceux-ci que sont dues ces déformations, peu importantes au fond.

C'est ici le lieu de signaler le troisième mode de formation de la substance des os.

Je ne l'ai observé que dans les os du crâne. C'est la formation de cette matière sans préexistence ni de cartilage ni de blastème; c'est la *formation immédiate* de cette substance. Kœlliker croit le fait bien plus général qu'il n'est en réalité, puisqu'il pense que la formation à peu près totale des os de la voûte crânienne, etc., se fait de la sorte. Or nous avons vu qu'il n'en est rien. Ces os envahissent la place qu'ils n'occupaient pas d'abord en s'avançant sous forme de digitations ou processus osseux très-étroits (1/6 à 3/4 de millim.) et de longueur variable, s'irradiant autour d'un centre représenté par la plaque osseuse déjà formée.

Dès que ces processus ou irradiations osseuses, très-rapprochées l'une de l'autre, ont atteint une certaine longueur, ils se joignent d'espace en espace transversalement par des branches transversales, d'où résultent des mailles ou orifices, ou mieux d'où résulte que les rayons ainsi réunis forment une plaque perforée d'espaces en espaces. Plus tard ces orifices, recouverts des deux côtés par d'autres productions osseuses analogues, deviennent des mailles du tissu spongieux ou des conduits pour les vaisseaux de la couche compacte. Les processus irradiés présentent toujours à leur extrémité un prolongement non encore ossifié de la trame cartilagineuse, qui les précède pour ainsi dire dans leur envahissement; ces prolongements ont déjà environ la largeur qu'aura le processus osseux auquel ils préexistent, et leur longueur varie entre un quart de millimètre et quelquefois 1 ou 2 millim. Le sommet de l'angle rentrant qu'ils limitent et la périphérie des orifices de la plaque osseuse déjà formée présentent souvent aussi un peu de cette trame cartilagineuse, laquelle en s'ossifiant les rétrécit plus ou moins. Mais de plus on voit que les bords des processus osseux déjà formés sont dépourvus de trame cartilagineuse, et pourtant il s'y forme de la substance osseuse et des ostéoplastes qui élargissent le processus.

Les ostéoplastes apparaissent d'abord sous forme d'un léger enfoncement du bord des processus; le plus souvent ses bords ne sont pas très-nets; cependant il n'est pas rare de les voir dès le commencement nettement limités. Enfin on voit l'enfoncement devenir de plus en plus profond, et quelquefois avant qu'il soit complétement fermé les incisures ou fissures, origines des canalicules ramifiés, se montrent au nombre d'un à quatre environ. Peu à peu de largement ouvert qu'il était en dehors, il devient bientôt resserré de ce côté, puis tout à fait clos. Il est assez commun, toutefois, d'en voir qui restent en communication avec la surface libre de l'os par un large canalicule. Ce fait s'observe également dans les ostéoplastes qui dérivent de la trame cartilagineuse.

Il y a quelques-uns des ostéoplastes, se développant sur le bord des processus de la manière que nous venons de décrire, qui, pendant quelque temps, représentent un véritable orifice, perçant de part en part la substance osseuse, trop mince en cet endroit pour circonscrire de toutes parts l'ostéplaste. Mais bientôt, en s'épaississant, elle le limite tant du côté du cerveau que de celui du cuir chevelu. Dans ce mode de formation, très-limité comme nous venons de voir, puisque les processus ne l'offrent que de loin en loin et que tous ne le présentent pas, il est possible qu'un blastème précède la substance osseuse et que le dépôt calcaire s'y fasse immédiatement, mais le fait n'est pas démontré.

Nous avons renvoyé pour la fin le mode de formation de la substance osseuse dans le cal.

Il est le même que la ***formation par substitution***, modifié seulement par quelques circonstances accessoires qui ont été développées par M. Lebert (PHYSIOLOGIE PATHOLOGIQUE, 1845, t. II, p. 435 et 468). Après la fracture, la moelle est infiltrée de sang; il en est de même du tissu cellulaire ambiant et des muscles rompus. Au bout de quarante-huit heures, les bouts rompus des muscles sont arrondis, gonflés; d'une part, le périoste adhère aux muscles voisins, et d'autre part, entre lui et l'os, s'est développée une exsudation plastique liquide, jaunâtre contenant des granulations moléculaires. Laissant de côté ce qui se passe dans la moelle et les autres parties molles, nous voyons vers le quatrième jour (chez les chiens et les lapins) l'exsudation sous-périostale prendre une consistance cartilagineuse. La substance fondamentale est fibroïde; elle est creusée de cavités avec des globules du cartilage dedans. Plus l'épanchement sanguin se résorbe et la moelle devient moins hyperémiée, plus le tissu cartilagineux se caractérise. Vers le septième jour, la portion du cartilage formée sous le périoste et entre des extrémités rompues commence déjà à s'ossifier et présente déjà des vaisseaux; ce n'est qu'à ce moment qu'on voit se former entre les extrémités libres des fragments au niveau de la moelle, la substance cartilagineuse, en même temps la substance osseuse rompue se ramollit à la surface, et ses vaisseaux, ainsi que ceux du périoste, se répandent dans la substance. Dans les jours suivants, la formation de la

---

que chose d'approchant. Il nous indique le chemin, en nous appelant excellences; il paraît que nous n'avons pas trop mauvaise mine, ou bien ce grand faquin veut la pièce. Un vaste vestibule conduit à la cour, au fond de laquelle une belle fontaine, à goulot aplati, vomit une nappe mince et arrondie dans un vieux sarcophage de marbre dérobé à la voie appienne. Une grandiose cage d'escalier s'ouvre devant nous : à la Consulta, chez les Altieri, les Braschi, l'escalier est vraiment royal. Aux palais Doria, Torlonia, Ruspoli, Piombino, on foule aux pieds de larges marches de marbre blanc.

La première pièce ou salle des gardes de certains palais est un immense vaisseau occupant toute la hauteur du bâtiment. Versailles envierait aux Barberini leur magnifique salle d'entrée, dont la voûte à perte de vue a été couverte d'admirables fresques par Pierre de Cortone. Cette pièce, que nous visitons tout d'abord dans notre excursion, n'est certes pas la moins curieuse. Dans ce trépied de fer doré, on met le cierge qui reste allumé tout le temps que dure la visite faite par un cardinal à la famille. Ces parasols rouges et violets attachés au mur sont confiés aux laquais hissés derrière les carrosses des cardinaux et des princes allant en grande cérémonie; quand la voiture rencontre un prêtre portant le viatique, le cardinal ou le prince descendent, font ouvrir le parasol et accompagnent le viatique jusque chez le moribond. Je n'ai, du reste, jamais vu cette cérémonie; les cochers ne sont pas des sots. Le complément de la décoration de la grand'salle consiste en un vaste dais recouvrant les armoiries de la maison peintes sur le mur. Malheureusement beaucoup de détails jurent avec cet ensemble grandiose : d'un côté ce sont des habits jetés sur une tringle, là un domestique qui a installé une petite boutique de tailleur, ici un autre raccommodant les savates de je ne sais qui; et partout ce monde-là vous tend la main, depuis le valet en livrée jusqu'au ministre (espèce d'intendant) en habit noir. Les pauvres gens! on les paye si peu quand on les paye!

Une portière se lève et nous donne accès dans un vaste salon très-élevé dont les voûtes et les parois, peintes à fresques, portent les noms du Guide, du Dominiquin, de Lanfranc, de l'Albane, etc.; des tableaux décorent les grandes murailles, et quelques vieux fauteuils de mauvais bois dédorés ont l'air de se chercher sans pouvoir jamais se rencontrer sur le pavé de briques mal jointes. Une seconde portière vous découvre un autre salon, également vaste, nu, désert. Il n'est pas rare de parcourir une enfilade de quatre, cinq et six salons avant d'arriver au maître de la maison, perdu et grelottant dans l'immensité de ses appartements, comme un rat dans une église. Chez nous les salons sont encombrés de guéridons, de bahuts, de consoles, de cent petits meubles qui égayent, peuplent et tiennent compagnie. Dans la plupart des palais, tout est triste, dépouillé, morne, comme les habitants de ces demeures princières. Pénétrons dans la chambre à coucher: un lit de noyer sans rideaux, une commode d'auberge, des habits jetés sur tous les meubles, véritable étalage de fripier, des objets de toilette, cent objets vulgaires qu'on devrait cacher; tel est le spectacle qui se présente. C'est que, dans les palais, on a tout sacrifié au désir d'avoir d'immenses appartements; on chercherait en vain ces cabinets, ces couloirs, ces décharges qui accumulent tant de commodités dans un petit espace.

L'ameublement des vrais Romains d'autrefois n'avait rien de confortable ni de commode; l'étendue des pièces, les peintures et les marbres comblaient

substance osseuse s'étend de plus en plus; elle a l'aspect de points rongeâtres, grenus, irradiés, dont les radiations se joignent bientôt les unes aux autres pour former un tissu poreux et alvéolaire, sur lequel nous reviendrons plus loin. Portant sous le microscope ces portions, il est possible de reconnaître que le dépôt grenu se forme, comme dans les cas que nous avons vus plus haut, et que les ostéoplastes se développent de la même manière.

Les faits décrits plus haut, je les ai observés principalement sur des fœtus humains très-jeunes qui m'ont été remis par mes collègues d'internat Le Brel et Empis, ainsi que sur divers fœtus que j'ai reçu dans des cas de fausse couche, dont l'un entre autres n'avait de point osseux qu'à la clavicule et à la mâchoire inférieure. Je les ai observés également sur des fœtus de chat, de rat (*Mus decumanus*) et de lapin. M. Broca, qui a fait des recherches sur le même sujet, est arrivé aux mêmes résultats pour les points fondamentaux (rapport à la Société anatomique, 1851). L'un et l'autre nous nous sommes demandé comment il était possible que l'on eût admis (Schwann, Henle, etc.) que les ostéoplastes se formaient aux dépens des *cellules du cartilage* dont les parois s'épaississaient par des couches concentriques, comme les cellules végétales, en laissant çà et là des points où manque le dépôt, d'où formation des canalicules. Kœlliker, qui admet encore le fait, ajoute bien que les ramifications de ces canalicules et leurs anastomoses ont lieu par résorption de la membrane primitive au niveau des points canaliculés laissés libres par le dépôt, puis par résorption de la substance fondamentale interposée aux ostéoplastes; mais pour quiconque a étudié les différentes dispositions du cartilage déjà signalées aux divers âges de la vie au tronc et à la tête, pour quiconque a étudié la formation des os qui viennent remplacer ce cartilage, une pareille explication ne peut supporter examen. La figure prise sur des os de rachitiques que Kœlliker apporte à l'appui des opinons des premiers histogénistes est d'une exécution trop peu délicate et trop peu parfaite, pour qu'il soit possible d'en tirer parti ou nécessaire de discuter ce qu'elle tend à représenter. M. Broca et moi pensons donc qu'il est inutile d'analyser plus longuement cette manière de voir, et qu'elle doit rentrer dans l'histoire de la science avec tant d'autres explications qui ont bien eu leur utilité passagère, alors qu'on ne connaissait pas encore le mode réel de formation de tel ou tel élément anatomique, mais qui maintenant sont nuisibles en donnant une idée fausse et trop grossière du phénomène.

(La fin à un prochain numéro.)

THÉRAPEUTIQUE CHIRURGICALE.

DE LA CURE RADICALE DES HERNIES INGUINALES ET D'UN NOUVEAU MOYEN DE L'OBTENIR; par M. le docteur AUG.-D. VALETTE, chirurgien de l'Hôtel-Dieu de Lyon.

(Suite. — Voir les numéros 17 et 19.)

Si les opérations pratiquées jusqu'ici sont inefficaces ou dangereuses, il importe de rechercher pourquoi elles le sont. Cette étude me permettra de déterminer les conditions qu'il faut remplir pour arriver à un résultat satisfaisant.

Le but poursuivi est l'occlusion de l'ouverture qui livre passage aux intestins; or on a cherché à obtenir cette occlusion, tantôt en faisant développer, dans le sac, une inflammation qui amène son oblitération, tantôt en faisant développer une inflammation qui amène des adhérences entre la circonférence de l'ouverture, et un bouchon organique que l'on a eu la précaution d'y pousser. Or qu'arrive-t-il? De deux choses l'une, ou cette inflammation est légère, de peu d'étendue, et alors les adhérences ne s'établissent pas, ou bien si quelques adhérences s'établissent, elles sont si légères qu'elles ne tardent pas à céder à la pression des intestins; dans ce cas, l'opération est inefficace, ou bien, et ceci est plus grave, l'inflammation peut être très-violente, et alors, elle peut envahir les parties voisines, le péritoine, le tissu cellulaire, etc.; on a alors des péritonites, des abcès diffus, des gangrènes; dans ce cas, l'opération est dangereuse.

Le chirurgien a donc deux écueils à éviter : ou une inflammation trop légère qui n'amènera que des adhérences nulles ou trop faibles, ou bien une inflammation qui aura une intensité trop grande et qui envahira les parties voisines. Il peut se faire qu'un soit assez heureux pour passer entre ces deux écueils; mais avec les moyens employés, c'est une affaire de chance, qu'on me passe cette expression. La première difficulté à résoudre consiste donc à pouvoir faire naître au sein des tissus que l'on veut faire adhérer, une inflammation franche, vive, *cicatrisante*, mais dont on puisse déterminer d'avance mathématiquement la violence et l'étendue; or, en procédant comme on l'a fait jusqu'ici, par piqûres, incision, ligature, suture, acupuncture, étranglement, on fait naître, au sein des tissus complexes, sous le rapport de la structure et de la vitalité, une inflammation dont on ne peut prévoir d'avance ni l'espèce, ni l'étendue. Cette inflammation pourra être presque nulle, elle pourra être franchement adhésive; elle pourra être aussi très-souvent diffuse, gangréneuse, érysipélateuse. Cette première question à résoudre est donc essentiellement médicale; on peut la formuler ainsi : déterminer au sein des parties une inflammation toujours franche, toujours vive, mais aussi toujours circonscrite. Examinons si la chose est possible.

Il est un fait que l'on a tous les jours l'occasion d'observer, et sur lequel j'appelle pour le moment l'attention du lecteur; ce fait, le voici : les plaies produites par incisions, par piqûre, par ligature, par étranglement, lorsqu'elles intéressent certains tissus, sont souvent accompagnées d'accidents redoutables, tels que inflammation et suppuration étendues, diffuses, érysipèle, résorption purulente, etc., etc. Je n'en finirais pas si je voulais énumérer les opérations rendues dangereuses par cette cause; qu'on me permette de prendre pour exemple les opérations que l'on pratique sur les veines; c'est déjà l'exemple que j'ai choisi dans la lettre que j'ai eu l'honneur d'adresser à M. le professeur Malgaigne, parce que c'est celui qui met le mieux en lumière la loi pathologique (qu'on me passe cette expression un peu prétentieuse peut-être), qui domine la marche des plaies par cautérisation; on sait que le traitement des varices, tel qu'il était institué il y a quelques années, traitement par les épingles, la suture, l'incision, etc., était accompagné de tant de dangers, que les chirurgiens prudents avaient à peu près renoncé à guérir, ce que l'on était, à cette époque, convenu d'appeler une infirmité. Pour être plus fréquents dans les opérations que l'on pratique sur les veines, ces accidents ne se manifestent pas moins lorsqu'on les pratique sur d'autres tissus, et pour me renfermer dans la question qui fait le sujet de ce travail, je répète que de simples piqûres, de simples ligatures, ont souvent occasionné la mort de hernieux que l'on voulait

---

tous les désirs des plus riches et des plus somptueux. Aujourd'hui rien n'est changé.

Je dois à la vérité de dire que le palais que nous avons visité appartient à l'un de ces nombreux princes déchus dont la famille sans ancêtres n'a plus pour fortune qu'un palais lésardé, un titre sans illustration, une vanité sans motifs, une éducation médiocre, une villa ruinée envahie par les ronces, et d'immenses prairies où les troupeaux de buffles piétinent dans les herbes humides et marécageuses. Quelques maisons — elles sont rares — étalent au contraire un luxe presque royal, possèdent deux ou trois palais à Rome, à Florence, etc. (Piombino, Corsini, Torlonia, Doria, etc.), vont se réchauffer au printemps sous les rayons du soleil qui dore leur villa suburbaine, et cherchent la salubrité pendant la saison de l'*aria cattiva* dans leur palais de Tivoli, de Frascati et d'Albano. Les splendides villas Borghese, Doria Pamphili, Torlonia, Albani, etc., situées sous les murs de Rome, ne sont plus habitables, en effet, dès que juillet commence à amener les premières fièvres.

Ces palais forment un véritable petit monde; les Barberini ne comptent pas moins de soixante personnes attachées à leur maison. Les mœurs intérieures rappellent la féodalité; l'aîné hérite de toute la fortune; les filles et les cadets n'ont qu'une dot; les domestiques, de père en fils, restent dans la famille, dont ils font presque partie; le plus souvent tout ce petit monde est régi par un souverain absolu, revêtu quelquefois des robes d'une vieille douairière ou d'un cardinal. Chaque domestique vole en détail, l'intendant vole en gros, les hommes font des sonnets, les femmes font des enfants.... Voilà comment se passe la vie.

FÉLIX JACQUOT.

(La suite au prochain numéro.)

— La Société médico-pratique de Paris met au concours la question suivante : *De l'huile de foie de morue et de son usage en médecine.*

Prix : Une médaille de la valeur de 300 fr.

Le travail couronné aura droit à l'impression dans le bulletin de la Société, et cent exemplaires tirés à part seront offerts à l'auteur. Les mémoires, écrits lisiblement en français ou en latin, devront être adressés rue Lobau, 1, avant le 1er mars 1852.

— D'un document publié par l'administration de l'assistance publique, il résulte :

1° Que dans l'année 1849 il a été accepté pour les prisons et hospices, savoir : en capitaux, 449,866 fr. 65 c.; en rentes, en toute propriété, 200 fr.; en nue propriété, 3,900 fr.; en capitaux en nue propriété, 106,186 fr. 65 c.; en objets divers légués éventuellement, 40,000 fr.

2° Que dans l'année 1850, il a été accepté pour la même destination, savoir : en capitaux, 66,893 fr.; en rente sur l'État, 1,752 fr. (dont 100 fr. en nue propriété); en objets divers, 36,565 fr. 65 c.

Dans ces dons ou legs, nous remarquons celui de M. Manviel, qui a laissé à deux enfants trouvés un capital de 31,692 fr. et une propriété de 34,750 fr. Nous signalerons aussi la libéralité de M. Tournaire, qui a donné 29,000 fr. pour le loyer des pauvres du 7e arrondissement.

— Par arrêté ministériel du 26 avril, M. le docteur Lunier a été nommé médecin en chef du quartier des aliénés de l'hospice de Niort.

guérir. Le procédé Gerdy lui-même, que l'on serait tenté, *à priori*, de regarder comme si innocent, ne met pas à l'abri de ces revers. On n'a pas oublié la citation que j'ai empruntée à Bourgery : sur 60 opérés, il y en a 6 morts, et 20 fois environ des accidents sérieux à combattre.

A quoi tiennent de semblables résultats ? Comment des lésions, si simples en apparence, peuvent-elles produire des effets aussi désastreux ? Quelle est la cause de leur danger ? Il faut probablement la chercher dans la fâcheuse influence que l'air exerce sur les petites plaies. Toujours est-il que ces accidents ne s'observent jamais à la suite des cautérisations. On peut impunément cautériser les veines variqueuses. Je l'ai vu faire dans le cours de mes études, ou je l'ai fait moi-même depuis que je suis placé à la tête d'un service chirurgical, 3 à 400 fois. M. Bonnet, qui a institué cette méthode de traitement pour les varices des membres inférieurs et le varicocele, a toujours observé, sans une seule exception, cette innocuité, et dans le cours de son immense pratique, il a eu l'occasion de l'appliquer plus de 1,200 fois. (Je suis autorisé à donner ce chiffre approximatif, qui est plutôt en deçà qu'au delà de la réalité.) La cautérisation, surtout lorsqu'on emploie certains caustiques, détermine une inflammation toujours vive, mais toujours aussi circonscrite. Tout le phénomène pathologique se passe dans le point qui sépare la partie vivante de la partie mortifiée. Jamais on n'observe ces suppurations diffuses, ces accidents de résorption, ces symptômes variés dont le chirurgien ne peut ni prévenir le développement, ni arrêter les progrès une fois qu'ils se sont développés. Je serais bien embarrassé s'il me fallait dire la cause de cette innocuité ; il est probable qu'elle tient à ce que les plaies par cautérisation sont en quelque sorte de véritables plaies sous-cutanées, à la chute de l'escarre ; il y a bien, il est vrai, une surface en contact avec l'air, mais le travail éliminatoire n'amène-t-il pas, dans les tissus, des modifications particulières qui rendent impossible le développement des accidents ? Je donne du reste l'explication pour ce qu'elle vaut, peu importe l'explication si le fait existe. Or je ne crois pas, en l'avançant, être sorti des limites de la plus rigoureuse observation.

Ce qui précède doit faire pressentir que ce n'est pas seulement un manuel opératoire particulier que je veux proposer, que ce n'est pas seulement un perfectionnement instrumental que je poursuis, c'est la réalisation d'une idée dont la portée est immense. L'honneur, je me hâte de le dire, d'avoir appelé sur elle l'attention, ne m'appartient pas. Le génie de Hunter avait déjà reconnu et constaté l'innocuité des plaies par cautérisation, mais son attention, absorbée par tant de travaux, ne s'est pas arrêtée sur ce fait, qu'il eût sans cela fécondé ; bien qu'on eût l'occasion de l'observer tous les jours, cette innocuité n'avait pas frappé l'attention des chirurgiens, et par conséquent ceux-ci n'ont pas cherché à en tirer des conséquences pratiques avant les beaux travaux de M. Bonnet. J'ai rappelé l'heureuse application qu'il en a faite dans le traitement des varices, je vais essayer de montrer celle que j'en ai faite dans le traitement des hernies inguinales.

Il y a longtemps que les termes du problème à résoudre ont été nettement formulés. Une opération, pour être acceptée, doit remplir les deux conditions suivantes : 1° amener l'oblitération du canal ou de l'ouverture qui livre passage aux intestins ; 2° produire ce résultat, sans faire courir au malade des dangers sérieux. *Innocuité* et *efficacité*, telles sont les deux qualités essentielles, indispensables qu'elle doit offrir. En laissant de côté pour un instant la question d'innocuité sur laquelle je me suis déjà expliqué, nous avons vu que les chirurgiens qui ont cherché la cure radicale des hernies ont procédé, les uns en agissant sur le sac herniaire seulement, les autres sur le canal lui-même. Tous les procédés, en effet, peuvent être divisés en deux catégories : les uns ont pour but d'amener l'oblitération du sac herniaire, en y faisant naître une inflammation à la suite de laquelle les deux faces de ce sac contractent des adhérences ; les autres ont pour but d'oblitérer le canal inguinal par l'introduction d'un bouchon organique. Sous le rapport de l'efficacité, il n'y a pas de comparaison à établir entre l'une et l'autre manière de procéder. En effet, à moins que la hernie soit très-petite, que le canal inguinal soit conservé, les premiers ne sauraient avoir une action efficace. Qu'importe l'oblitération du sac herniaire, si l'anneau reste dilaté, à moins que l'on n'admette que c'est le péritoine qui retient les intestins ! N'est-il pas évident que, même en supposant que les adhérences soient assez fortes pour ne pas se rompre, la séreuse sera peu à peu repoussée, et qu'un nouveau sac coiffera la hernie ? Procéder de la sorte, c'est, ainsi que l'a dit M. le professeur Malgaigne, mettre une pièce au devant du trou.

M. Gerdy, en proposant l'invagination dans le but d'oblitérer le canal, a ouvert une voie nouvelle et ingénieuse, mais son procédé, indépendamment des dangers qu'il présente, ne permet qu'une invagination incomplète et insuffisante. Il y a longtemps que cette remarque a été faite.

« Le procédé de M. Gerdy ne bouche pas le quart du canal et ne fait » que transformer une hernie inguinale externe en hernie intersti- » tielle. » (Malgaigne, Méd. opér., p. 544.)

J'ai dû chercher tout d'abord à obtenir d'une manière plus sûre et plus complète la réalisation de l'heureuse idée qui appartient à M. Gerdy. Le premier temps de l'opération que je propose et que je vais décrire consiste à refouler, dans toute l'étendue du canal et même au delà, un bouchon tégumentaire assez volumineux pour le remplir complètement.

Le point de suture appliqué par M. Gerdy ne maintient que bien imparfaitement la peau invaginée. Je me suis appliqué non-seulement à obtenir une invagination profonde, mais encore à maintenir en place, d'une manière fixe et solide, le bouchon organique pendant un temps suffisant. Mon opération présentera donc deux temps principaux :

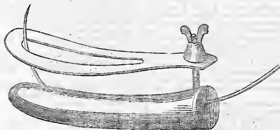
1° Invagination profonde des téguments, et maintien de cette peau invaginée pendant un temps plus ou moins long.

2° Cautérisation pratiquée dans le but de faire naître une inflammation essentiellement adhésive entre le bouchon organique ainsi tenu en place, et les parois du canal dans l'intérieur duquel il a été poussé.

Ceci posé, l'appareil instrumental se compose des parties suivantes :

1° Une cheville ou embout en bois d'ébène A B, que j'appellerai, si l'on veut, l'*invaginateur* ; sa longueur est de 12 à 14 centimètres ; sa grosseur, variable, est proportionnée à la dilatation de l'anneau. En moyenne, cette pièce de l'instrument a le volume du doigt médius, avec trois invaginateurs d'un diamètre différent, on peut parer à toutes les éventualités ; j'avais songé à n'en avoir qu'un seul d'un petit volume, mais qui aurait été susceptible de se dilater à volonté une fois qu'on l'aurait introduit ; mais cette construction, très facile à réaliser, eût rendu l'appareil plus coûteux, et, en somme, plus compliqué. Cet invaginateur est arrondi à son extrémité A ; l'autre B, est garni d'une virole métallique. Il est en outre creusé d'un canal courbe C D, pour le passage d'une longue aiguille E F ; l'ouverture de ce canal est en C, centre de l'invaginateur ; son ouverture de sortie est en D, sur la face intérieure de l'instrument et à 2 centimètres environ de l'extrémité A.

Lorsque j'ai pratiqué mes premières opérations, j'avais ajouté à cet instrument une plaque métallique fenêtrée, pouvant se visser sur la tige I, une fois que l'invaginateur était en place ; elle était destinée à assurer le contact de la paroi inguinale antérieure, avec la partie correspondante du bouchon organique ; l'instrument avait alors cette forme.



Depuis, j'ai supprimé cette pièce de l'appareil qui est au moins inutile; mais d'un autre côté j'ai dû apporter de nouveaux perfectionnements. En effet, malgré toutes les précautions que je pouvais prendre, l'invaginateur avait encore une grande tendance, soit à être repoussé en dehors, soit à se déplacer dans le sens de son axe. J'ai dû chercher à le maintenir complétement immobile. J'obtiens ce résultat à l'aide d'un moyen assez simple.

J'ai fait ajouter à la virole de l'invaginateur et sur la partie latérale une longue tige BH, contournée en pas de vis pour recevoir les deux écrous R et S, qui peuvent s'éloigner ou se rapprocher l'un de l'autre; la virole peut s'enlever à volonté, on peut, en la retournant, placer la tige, tantôt à droite, tantôt à gauche de l'invaginateur; la vis B fixe la virole qui entre, du reste, à frottement; cette disposition a pour but de permettre à l'invaginateur de servir soit que l'on pratique l'opération à gauche, soit qu'on la pratique à droite.

D'un autre côté, j'ai fait construire une ceinture qui présente les dispositions suivantes : une large bande de tôle, en forme le squelette; elle est convenablement garnie et rembourrée, afin de ne pas blesser le malade; elle est assez large pour pouvoir s'adapter à toutes les tailles. J'en ai fait construire deux, une pour les adultes, une autre pour les enfants; la première a une longueur de 80 à 90 centim.; la seconde n'a que 65 à 75 cent. Ces deux courroies en S permettent de la serrer à volonté; elle ne doit pas, du reste, exercer de compression sur l'abdomen, et c'est pour cela que je l'ai fait construire en métal, afin qu'elle pût offrir une certaine résistance sans gêner cependant les organes abdominaux.

A la partie postérieure de cette ceinture sont fixées en Z deux longues courroies ou bretelles qui viennent se boucler en avant en ZZ, et qui passant sur les épaules du malade, l'empêchent de descendre une fois qu'elle a été placée.

A la partie antérieure, elle présente en M et N deux pas de vis, pour recevoir la lame P qui, une fois placée, peut être rendue fixe au moyen de deux écrous à poulet. En N, cette lame présente une rainure qui permet à l'extrémité libre de la lame de décrire un arc de cercle dont le centre est en M; cette disposition permet à la lame de se porter, soit du côté gauche, soit du côté droit; son extrémité libre est disposée de façon à en recevoir une autre Q, qui s'articule de manière à pouvoir exécuter un mouvement circulaire; un écrou à poulet O la fixe dans la position que le chirurgien lui donne; elle présente, en outre, une fenêtre allongée pour laisser passer la tige BH de l'invaginateur.

Au moyen de cette combinaison, on a une tige droite, inflexible et solide, mais qui, en raison de la disposition des pas de vis, peut exécuter des mouvements de latéralité et de torsion sur elle-même, qui peut s'adapter à toutes les positions exactement comme si elle était composée d'une substance malléable, comme le serait, par exemple, une lampe de plomb.

Des boutons métalliques, 1, 2, 3, sont en outre fixés sur les parties latérales du segment antérieur de la ceinture.

La tige T, U, V, fixée sur la partie latérale de la ceinture, supporte un cuissard X; de cette façon on a encore un point d'appui sur la cuisse; l'appareil, une fois en place, ne peut pas descendre, parce qu'il est retenu par les bretelles. Il ne peut pas remonter parce qu'il est retenu par le cuissard. Il est inutile de faire remarquer que l'articulation U de la tige T, U, V a pour but de permettre les mouvements de flexion de la cuisse.

En résumé, l'appareil instrumental se compose : 1° d'un *invaginateur* destiné à refouler dans le canal un bouchon organique et à le maintenir en place jusqu'à ce que des adhérences aient eu le temps de se former; 2° d'une ceinture, de la partie antérieure de laquelle part une lame d'acier présentant dans son segment externe une fenêtre pour le passage de la longue tige perpendiculaire fixée à l'extrémité libre de l'invaginateur. Les articulations décrites permettent à cette lame de se porter à gauche, à droite, d'exercer un mouvement de torsion sur elle-même. Les écrous à poulet, une fois serrés, la maintiennent dans la position dans laquelle le chirurgien veut la placer. Les deux écrous qui courent le long de la tige de l'invaginateur pourront être rapprochés l'un de l'autre, et serrer fortement la lame dans la rainure de laquelle passe celle-ci. L'invaginateur est alors rendu immobile. Pour plus de sûreté, j'attache une petite ficelle à la tige, et je vais la fixer de chaque côté à l'un des boutons 1, 2, 3, placés dans cette intention sur la partie latérale et antérieure de la ceinture.

Je mets sous les yeux du lecteur mon appareil monté et les différentes pièces qui le composent. Ces figures corrigeront ce que ma description peut présenter d'obscur.

Ceci posé, voici comment je pratique l'opération :

La veille on administre un lavement purgatif, afin de vider l'intestin. Le malade étant couché sur le dos, la ceinture est appliquée et fixée à une hauteur convenable, les écrous M N sont desserrés afin que la lame P puisse être portée facilement à droite ou à gauche. L'écrou O est complétement enlevé, ainsi que la lame Q.

On procède alors à l'opération proprement dite :

Premier temps. La hernie étant réduite, ou refoulé, à l'aide de l'indicateur gauche, un bouchon tégumentaire que l'on pousse aussi haut que possible. Le testicule et le cordon sont laissés en arrière et en bas; le doigt ainsi introduit s'assure qu'il n'y a pas d'anse intestinale comprise entre le bouchon et la paroi antérieure du canal.

Deuxième temps. *L'invaginateur* est substitué au doigt du chirurgien; il est à peine besoin de dire que l'aiguille EF doit être complétement cachée dans son canal. Une manœuvre qui simplifie ce temps de l'opération et assure l'introduction de l'invaginateur consiste à glisser le long de l'indicateur gauche, qui n'a pas abandonné sa position, un gorgeret qui retient la peau invaginée lorsqu'on retire le doigt; rien de plus facile alors que de glisser l'invaginateur dans la rainure du gorgeret. Cette petite manœuvre s'exécute rapidement; elle simplifie l'introduction de l'embout en même temps qu'elle assure sa bonne position; elle m'a été conseillée par M. Desgranges, mon excellent et habile collègue, à l'Hôtel-Dieu. L'instrument est poussé aussi haut que possible; il est des cas où je l'ai fait pénétrer jusqu'à 7 à 8 centim., tout en cherchant à lui faire suivre la direction du canal inguinal. Il faut avoir la précaution de ne pas le placer trop obliquement, parce que son extrémité viendrait comprimer le canal de l'urètre et empêcherait le malade d'uriner.

Troisième temps. On fixe l'invaginateur, et pour cela un aide le saisit et le tient immobile dans la position dans laquelle le chirurgien l'a placé. L'écrou inférieur S est abandonné sur la tige; la lame Q est mise en place; les deux lames P, Q, qui n'en font plus qu'une, sont conduites de façon à ne pas gêner la tige de l'invaginateur, et les écrous M, N, O sont serrés; on place alors l'écrou R, et on le fait marcher en même temps que l'écrou S, de façon à ce que la lame Q soit fortement serrée. L'instrument est alors solidement fixé et ne peut pas sortir. Pour plus de sûreté, deux fils très-forts sont attachés soit à la tige de l'invaginateur, soit à la petite tige I d'une part, et de l'autre aux boutons 1, 2, 3.

Quatrième temps. On pousse alors l'aiguille EF, dont la pointe paraît bientôt en avant, après avoir traversé la peau invaginée et la paroi antérieure du canal.

On voit jusqu'à présent : 1° que l'invagination est faite très-profondément; 2° que le bouchon organique est solidement maintenu en place.

Cinquième temps. Il consiste à pratiquer la cautérisation; une traînée de pâte de Vienne est appliquée sur la peau de l'abdomen. L'aiguille est un indicateur très-sûr du point sur lequel doit être appliqué le caustique. La traînée a 2 à 3 millim. de largeur, 4 à 5 centim. de longueur; le trou de l'aiguille se trouve à la réunion des trois quarts internes avec le quart externe de cette ligne. Lorsque ce caustique a suffisamment agi pour dénuder les téguments, on l'enlève, et on applique sur le point noirci une bandelette de sparadrap de canqoin de la même dimension; rien de plus facile, du reste, que de la fixer. L'aiguille traverse ce sparadrap caustique qui a 2 à 3 millim. d'épaisseur; une ou deux bandelettes de diachylon suffisent ensuite pour l'empêcher de se déplacer.

Vingt-quatre heures après on enlève le caustique, on coupe avec précaution l'escarre dont il serait trop long d'attendre la chute, mais il est bien entendu que jamais le bistouri ne doit porter sur le vif. On se borne à faire une gouttière dans la partie morte, et on répète l'application du chlorure de zinc.

On renouvelle une troisième, une quatrième, une cinquième fois cette application, en prenant les mêmes précautions, jusqu'à ce qu'on aperçoive au fond de la plaie la face antérieure de l'invaginateur. Il est des cas où j'y suis arrivé en deux cautérisations; il en est d'autres où j'ai été obligé d'en faire huit. Lorsque l'on aperçoit au fond de la plaie la face antérieure de l'invaginateur, l'opération est achevée. On enlève l'appareil avec précaution, et on abandonne le soin de la cicatrisation à la nature. Des pansements simples sont faits jusqu'à guérison complète.

Voici ce qui se passe dans cette opération :

J'ai fait remarquer au commencement de ce travail que deux conditions anatomiques pouvaient se présenter :

1° Le canal inguinal est à peu près conservé.

2° Il a disparu, son orifice interne ayant été entraîné peu à peu derrière l'externe; il n'existe plus qu'un orifice, qu'un trou par lequel s'échappent les intestins.

Dans le premier cas, la pâte de chlorure de zinc intéresse successivement avant de mettre l'invaginateur à découvert :

1° La peau de l'abdomen;

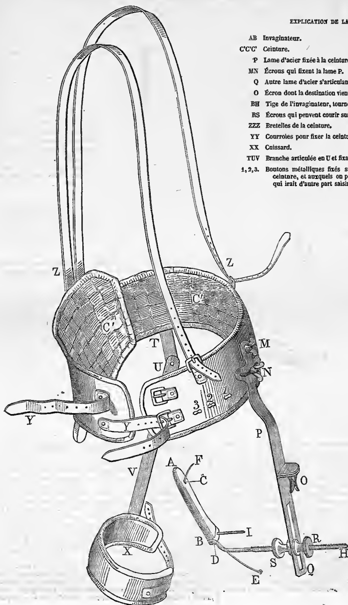
2° Le tissu cellulaire sous-cutané;

3° L'aponévrose du grand oblique;

4° La peau invaginée.

Ces différentes couches sont intéressées dans une étendue un peu variable, mais que l'on peut déterminer d'avance très-approximativement, d'après les dimensions que l'on donne au caustique.

APPAREIL COMPLET.



EXPLICATION DE LA PLANCHE.

AB Invaginateur.
C'C'C' Ceinture.
P Lame d'acier fixée à la ceinture en M. N.
MN Écrous qui fixent la lame P.
Q Autre lame d'acier s'articulant en O avec la lame P.
O Écron dont la destination vient d'être indiquée.
BH Tige de l'invaginatenr, tournée en pas de vis.
RS Écrous qui penvent courir sur la tige BH.
ZZZ Bretelles de la ceinture.
YY Courroies pour fixer la ceinture.
XX Cuissard.
TUV Branche articulée en U et fixant le cuissard à la ceinture.
1, 2, 3. Boutons métalliques fixés sur le segment antérieur de la ceintnre, et auxquels on peut attacher une petite ficelle, qui irait d'autre part saisir la tige BH.

PIÈCES DÉTACHÉES DE L'APPAREIL.

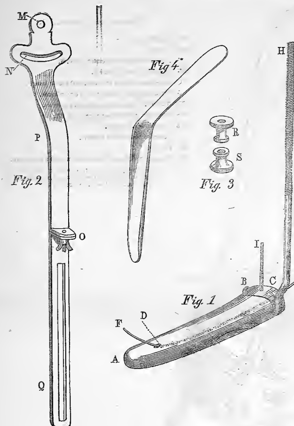


FIG. 1. — Invaginateur.

AB Corps de l'invaginateur.
BH Tige tournée en pas de vis.
EF Longue aiguille.
CD Canal pour le passage de l'aiguille EF.
I Petite tige à laquelle on peut fixer des ficelles pour retenir l'instrument.

FIG. 2. — Lame d'acier, brisée en O, se fixant d'une part sur la face antérieure de la ceinture en M et N. La portion Q présente une longue fenêtre pour laisser passer la tige BH de l'invaginateur.

FIG. 3. — Écrous RS pouvant courir sur la tige BH, voir la planche précédente.

FIG. 4. — Gorgeret destiné à faciliter l'introduction de l'invaginateur.

J'ai énoncé plus haut les dimensions exactes que l'on peut sans inconvénient lui donner. En même temps que les tissus subissent l'action de l'agent destructeur, la réaction s'établit dans la partie vivante qui touche à celle qui vient de mourir. Alors commence le travail qui a pour but l'élimination de l'escarre, dont le premier effet est de déterminer l'épanchement de lymphe plastique dans le tissu cellulaire interstitiel, et par suite, d'assurer la formation d'adhérences entre la portion invaginée et la paroi antérieure du canal. Ces deux phénomènes sont solidaires l'un de l'autre : il ne peut pas y avoir chute de l'escarre, sans que des adhérences se soient formées, par la raison toute simple que c'est le même phénomène vital, le même travail organique qui doit amener ces deux résultats.

Lorsque les choses en sont arrivées là, le bouchon organique a déjà contracté des adhérences solides. Mais ce n'est pas tout : en effet, l'inflammation produite par la cautérisation est toujours vive, franche, toujours limitée ; mais jusqu'où s'étendent ces limites? Évidemment, ce n'est pas seulement le point mathématique qui touche la partie mortifiée qui est le siége de cette inflammation ; celle-ci s'étend un peu dans tous les sens et dans un rayon qui varie entre 2, 6 ou 8 millimètres, les adhérences se feront donc dans une étendue déjà assez considérable pour en amener la solidité. Et ce n'est pas tout encore,

L'invaginateur, qui reste en place pendant plusieurs jours, suffirait à lui seul à excorier la peau invaginée, garnie encore de son épiderme ; mais il y a une autre circonstance qui assure ce résultat. En effet, au moment où le caustique intéresse les tissus qui sont immédiatement en rapport avec l'invaginateur, quelques molécules de caustique entraînées par les liquides exsudés glissent le long de sa surface et touchent la peau invaginée. Lorsque la suppuration commence à s'établir, elle a des qualités légèrement irritantes qui viennent de ce qu'elles délayent un peu de chlorure de zinc dont l'escarre est imprégnée ; il résulte de tout cela que, lorsqu'on retire l'invaginateur, on voit ce qui reste du bouchon organique présenter l'aspect de la peau dénudée par un vésicatoire ; à mesure que la cicatrisation de la plaie s'opère, des adhérences nouvelles s'établissent entre tous les tissus compris dans cette plaie, et au bout d'un certain nombre de jours, une cicatrice solide, résistante, retient le bouton organique qui ne saurait être chassé au dehors.

Si on suppose que le canal inguinal n'existe plus, si, en d'autres termes, la deuxième disposition anatomique se présente, rien n'est changé ni dans le manuel opératoire, ni dans l'évolution des phénomènes de réparation, rien, si ce n'est que l'épaisseur des parties molles à traverser pour arriver jusqu'à l'invagination est plus considérable, et qu'il faut en conséquence

un peu plus de temps pour y arriver et un plus grand nombre d'applications du caustique.

Je ne dis rien de l'innocuité et de l'efficacité de cette opération. J'ai exposé précédemment les principes sur lesquels je m'étais appuyé pour la concevoir et en préjuger les résultats. Les faits que je vais soumettre à l'appréciation du lecteur lui permettront d'établir son opinion à cet égard. Mais avant de faire cette revue clinique, je dois répondre à quelques objections que l'on ne manquerait pas de m'adresser, entrer enfin dans quelques détails qui doivent trouver ici leur place.

Le péritoine, que devient-il? Voici ce que des expérimentations cadavériques, faites avec mon instrument sur des individus qui, pendant la vie, étaient porteurs de hernies, m'ont appris.

Dans la très-grande majorité des cas, il est adossé à lui-même et est traversé par l'aiguille, intéressé par conséquent par le caustique; quelquefois cependant, et cela arrive lorsque la hernie est petite, il échappe, refoulé et décollé qu'il est, par les manœuvres que l'on est obligé de faire pour invaginer la peau.

A priori, on ne peut rien affirmer sous ce rapport; tantôt il est intéressé, tantôt il ne l'est pas; mais ceci importe peu. En effet, si les faits démontrent que mon opération est à la fois innocente et efficace, la connaissance de ce fait n'a plus qu'un intérêt de curiosité. Si, dans un cas de hernie de moyen volume, on refoule les téguments avec le doigt, ou mieux encore, si l'on introduit mon invaginateur, on aura la conviction qu'il doit être intéressé. Il l'a été évidemment dans presque toutes, sinon dans toutes les opérations que j'ai pratiquées; j'affirme ceci, en m'appuyant sur l'analogie et sur le résultat de mes expérimentations cadavériques qu'il est facile de répéter; or si sa lésion, par mon procédé, n'entraîne aucune espèce d'accident, il n'y a pas lieu de s'en occuper. Je renvoie donc à mes observations pour se rassurer sur ce point; que si on nie que le péritoine est intéressé, et si on explique par cette circonstance l'innocuité de mon procédé, je répondrai : Comment se fait-il qu'il puisse être refoulé sur le vivant, alors qu'il ne l'est pas sur le cadavre? Comment se fait-il que le procédé Gerdy, avec lequel on est beaucoup moins exposé à l'intéresser, soit dangereux? Peu importe, du reste, ce qui se passe, si le procédé est efficace.

J'ai exposé plus haut les raisons qui m'avaient engagé à pratiquer la cautérisation; c'est que, par ce moyen, on détermine des inflammations toujours franches et toujours circonscrites, qui ne jouissent pas du triste privilége de s'étendre au loin, de donner lieu à des péritonites, à des gangrènes, à des résorptions purulentes; à cette série d'accidents, en un mot, qui ne sont que trop souvent la conséquence des plaies par incisions, par piqûres, par ligatures, par étranglement de tissus. Et cependant, mon invaginateur présente une petite aiguille qui doit traverser les chairs, il semble qu'il y ait là une contradiction. Cette contradiction, je me hâte de le dire, n'est qu'apparente. En effet, cette aiguille, qui est très-fine, ne produit qu'une piqûre étroite, mais qui, à mon avis, ne serait pas sans danger, si ses effets n'étaient pas immédiatement neutralisés : ils le sont par les applications de caustique; et d'abord, la traînée de la pâte de Vienne entoure la base de l'aiguille; quelques molécules tendent naturellement à glisser, à pénétrer dans l'intérieur du petit canal qu'elle a creusé, et à en modifier les parois. En second lieu, le chlorure de zinc que l'on applique et qui entoure exactement la base de cette aiguille, puisque, pour le placer, on le fait traverser par elle, agit dans le même sens. Le caustique se ramollit, se liquéfie un peu en absorbant la sérosité des tissus sur lesquels il agit. Quelques molécules liquides, *cautérisantes*, s'insinuent dans le trajet de l'aiguille, et agissent sur l'intérieur de ce petit canal. Cette piqûre, au reste, ne saurait entraîner les dangers qui l'accompagneraient dans quelques cas, si elle était pratiquée seule, car les parties qui l'environnent, les tissus au sein desquels elle pourrait faire naître cette inflammation diffuse que je redoute tant, sont détruits par la cautérisation avant que celle-ci ait eu le temps de se développer.

(La fin au prochain numéro.)

REVUE DES JOURNAUX DE MÉDECINE.

JOURNAUX FRANÇAIS.

(Suite et fin.)

IV. REVUE MÉDICO-CHIRURGICALE.

Les numéros d'octobre, novembre et décembre 1850 contiennent les articles originaux suivants : 1° *Sur un cas de tétanos guéri par le sulfate de quinine à haute dose;* 2° *Mémoire sur le traitement du tétanos traumatique;* par M. Ricci. (Extrait du DUBLIN QUARTERLY JOURNAL OF MEDICAL SCIENCE, août 1850.) 3° *Deuxième mémoire sur les luxations coxo-fémorales en avant ou ilio-pubiennes;* par M. Malgaigne. 4° *Note sur la séparation des doigts palmés et sur un nouveau procédé anaplastique destiné à prévenir la reproduction de la difformité;* par M. Didot. (Extrait de la PRESSE MÉDICALE BELGE.) 5° *Mémoire sur l'usage du jus de plantain dans les fièvres intermittentes rebelles;* par M. A. Chevrense. 6° *Du traitement de l'urticaire compliquée de douleurs articulaires par le sulfate de quinine;* par M. Wickam. 7° *De l'amaurose dans la néphrite albumineuse;* par M. Landouzy. (Nous avons plusieurs fois indiqué les vues de l'auteur sur ce sujet.) 8° *Quelques observations relatives à l'emploi de la suture dans les réunions immédiates des plaies;* par M. Foucard. 9° *Du traitement de l'angine laryngée œdémateuse par les scarifications de la glotte et de l'épiglotte;* par M. Gardon Burck. (Extrait de THE TRANSACTIONS OF THE AMERICAN MEDICAL ASSOCIATION, vol. I, 1848.) 10° *Rapport sur les épidémies cholériques de 1832 et 1849, dans les hôpitaux et hospices de Paris;* par M. Blondel. (Il s'agit ici, non d'un extrait du rapport, mais d'une courte analyse.) 11° *De l'utilité de la belladone dans le traitement de la colique de plomb;* par M. Malherbe. 12° *Remarques et observations pour servir à l'histoire de l'anévrisme artérioso-veineux;* par M. Roux. (Mémoire lu à l'Académie de médecine le 26 novembre 1850. Voir la GAZETTE MÉDICALE.) 13° *Lettre sur deux cas peu communs de luxation coxo-fémorale;* par M. Goyrand (d'Aix). (Lettre adressée à M. Malgaigne. Un cas de luxation dans l'échancrure sciatique et un cas de luxation souspubienne.)

SUR UN CAS DE TÉTANOS GUÉRI PAR LE SULFATE DE QUININE A HAUTE DOSE; par le docteur FOUCARD (de Pont-Sainte-Maxence).

Il peut rester quelque incertitude sur la question de savoir si le tétanos était, dans le cas dont il s'agit, spontané ou traumatique. Mais, de quelque source qu'elle provienne, cette affection est ordinairement si grave, si réfractaire à la thérapeutique, qu'on doit un bon accueil à une tentative, même isolée, que le succès a couronnée. Voici, en abrégé, l'observation de M. Foucard.

OBS. — Une dame de Pont-Sainte-Maxence, âgée de 43 ans, d'une constitution affaiblie, portait depuis douze ans, à la partie postérieure de la tête, deux loupes du volume d'une grosse noix et de l'espèce mélicéris. Ces loupes étaient indolores à la pression. Cependant la malade leur rapportait des élancements qu'elle éprouvait, tantôt à la nuque, tantôt à la face; élancements que l'auteur est porté à considérer comme névralgiques.

Vers la fin de mars 1850, une de ces loupes ayant été blessée par des dents de peigne, s'enflamma, augmenta rapidement de volume et devint tellement sensible, que la patiente, agitée de tressaillements douloureux dans le cou et dans les mâchoires, paraissait menacée de convulsions. M. Foucard la vit le 7 avril. Il ouvrit la tumeur avec la lancette; il en sortit un liquide huileux, mêlé de grumeaux peu consistants, et paraissant composé de pus et d'humeur mélicérique ramollie. Un bourdonnet de charpie fut introduit dans le kyste. On renouvela le pansement tous les jours.

La malade se trouva immédiatement soulagée; elle ne cessa pas de se livrer aux travaux de son ménage, et le kyste ne donnait plus qu'une ou deux gouttes de pus de bonne nature et était prêt à se refermer, lorsque le 30 avril, à la suite d'une contrariété, elle fut prise d'une tension douloureuse dans les muscles de la partie postérieure du cou et d'un resserrement spasmodique et saccadé des mâchoires. Les symptômes s'étant aggravés, elle appela le docteur Foucard, qui la trouva dans l'état suivant :

Secousses dans les muscles du cou et des gouttières vertébrales; tension des sterno-mastoïdiens et des trapèzes. A chaque secousse, les mâchoires se resserrent et les dents se choquent. Dans les intervalles des rémissions, la malade peut ouvrir la bouche assez pour montrer la langue; constriction à l'épigastre; légère contracture des muscles abdominaux; pas de céphalalgie; pas de douleur à la pression sur les apophyses épineuses des vertèbres; liberté des mouvements des membres supérieurs et inférieurs; pouls peu développé, d'une fréquence moyenne. L'appétit est conservé. (90 grammes de sirop de morphine à prendre dans la journée, et un grand bain prolongé.)

Le lendemain 4, la malade prend 5 centigr. d'opium toutes les heures. Néanmoins l'affection fait des progrès. Un autre confrère est adjoint à M. Foucard. On a recours à la saignée, à une application de sangsues autour du cou, puis à 40 centigr. de tartre stibié puis à 80 grammes de sirop de morphine. Les vomissements sont très-pénibles et n'amènent que peu de résultat, comme si les muscles de l'abdomen, devenus plus tendus, ne concouraient pas à l'acte expulsif. On remarque aussi que, dans l'émission des urines, la malade n'a conscience d'aucun effort d'expulsion.

Le 7, même potion qui est tolérée. Les convulsions tétaniques augmentent, le corps se renverse en arrière à chaque contraction et les membres commencent à être envahis. On propose l'éthérisation à laquelle le mari ne veut pas consentir.

Les 8, 9 et 10, on essaye le calomel à dose réfractée, sans autre effet qu'un peu de diarrhée. La bouche se ferme complétement; il y a constriction à la gorge et, sans l'absence de plusieurs dents, il deviendrait impossible aux boissons de passer. Sueurs abondantes depuis deux ou trois jours.

Le 11, on prescrit 5 centig. de strychnine pour 100 grammes de sirop de sucre; à prendre une cuillerée à café toutes les quatre heures. Le lendemain on rapproche les doses; mais la malade n'avait pas pris 1 centig. de strychnine, que les secousses tétaniques devenaient beaucoup plus violentes, à tel point

qu'une incisive, depuis longtemps mobile, santa hors de la bouche. On donne pour la nuit *cent vingt-cinq grammes de sirop de morphine.*

Le 13, la malade a eu pour la première fois depuis quinze jours quelques moments de sommeil tranquille. On renouvelle la dose de sirop. Néanmoins la nuit suivante est moins bonne. Le sirop de strychnine est repris; les convulsions augmentent de nouveau, et l'on revient encore à la morphine. (Chaque jour 10 centigr. d'hydrochlorate à l'intérieur et 5 centig. par la méthode endermique.)

Jusqu'au 22 état stationnaire. Les secousses sont pourtant un peu moins douloureuses; dans leur intervalle les mâchoires se desserrent un peu, mais pas assez pour permettre à la langue de passer. L'insomnie continue.

C'est le 23 qu'on commence l'emploi du *sulfate de quinine* à la dose de *deux grammes* dans 150 grammes de véhicule, avec 30 grammes de sirop de morphine. Pas d'effet appréciable.

Le 24, *trois grammes* de sulfate de quinine dans 180 grammes de véhicule. Dans la soirée, un peu d'incertitude dans la vue; commencement de surdité. En même temps les secousses tétaniques diminuent de fréquence et d'intensité; le trismus lui-même est moins prononcé.

Le 25, *même potion que la veille.* A partir de ce jour, les convulsions tétaniques cessent complétement. Pouls plus déprimé qu'à l'ordinaire; brisement général. Muscles du cou moins tendus; les mâchoires commencent à s'écarter; plus de secousses. On suspend l'emploi du sel de quinine, et l'on se borne à quelques frictions avec un liniment opiacé et belladoné. Le sommeil revient; les membres se détendent d'abord, puis le cou.

Le 1er juin, les muscles de la mâchoire ne participant que faiblement à l'amélioration générale, on a recours au massage des masséters, et l'on obtient immédiatement un écartement qui permet d'allonger la langue. Le lendemain, ce bénéfice est perdu. On abandonne tout à la nature, et le 20 juin, époque où l'observation fut rédigée, la bouche s'ouvrait aux deux tiers. La malade faisait une promenade de 2 à 3 kilomètres.

On voit que si l'inflammation du kyste méliçérique avait déjà amené des *tressaillements douloureux* dans le cou et les mâchoires, ces accidents étaient dissipés depuis plus de vingt jours, quand le tétanos se développa à la suite d'une contrariété. Ce qui paraît le plus vraisemblable, c'est que l'affection externe avait fait naître une prédisposition qui a aggravé les effets de l'émotion morale, en même temps qu'elle en a déterminé la forme symptomatologique.

Au point de vue thérapeutique, qui est le seul où se place l'auteur, on peut regretter peut-être qu'on n'ait pas montré plus de persévérance dans l'emploi des narcotiques. Quand on sait quelles doses énormes d'opium ont pu être ingérées sans danger par des tétaniques (5, 6, 7 grammes et même plus par jour), un essai de deux jours pendant lesquels on n'a administré que 90 grammes de sirop de morphine et environ 1 gramme d'extrait thébaïque ne peut paraître suffisant. Nous savons bien qu'on y est revenu plus tard, mais avec un défaut de suite et des mélanges qui ont pu en compromettre les bons effets. Nous regrettons surtout que, sur l'avis du médecin consultant, on ait eu recours à des évacuations sanguines, peu appropriées, suivant nous, à la nature du mal et que rien d'ailleurs, dans le cas particulier, ne motivait: ni élévation du pouls, ni dyspnée considérable.

L'éthérisation a été proposée en vain à la malade. On sait que ce moyen a réussi déjà un assez bon nombre de fois contre le tétanos. Depuis 1846, la GAZETTE MÉDICALE a enregistré plusieurs exemples de guérison véritablement remarquables, sans dissimuler pourtant les insuccès. Il est donc fâcheux que l'anesthésie artificielle ait été repoussée; mais à défaut de l'inhalation, M. Foucard aurait pu essayer le chloroforme à l'intérieur. Dans un cas de tétanos assez grave, M. Cary a employé cet agent avec le plus grand succès. Quarante gouttes dans une potion amenèrent un narcotisme qui dura dix-sept minutes. Le spasme étant un peu revenu, on administra la même dose de chloroforme toutes les quinze minutes pendant une heure. Il en résulta un sommeil de deux heures. Dans la même journée, un léger spasme ayant reparu, nouvelle dose de chloroforme. Cette fois, la guérison fut définitive. Il ne faudrait pas fonder sur des faits pareils une espérance exagérée; mais on peut y puiser des indications au moins raisonnables.

Quant à l'effet du sulfate de quinine dans le cas relaté plus haut, bien qu'un léger amendement des symptômes en eût précédé l'administration, l'action curative du médicament nous paraît mise hors de doute par la résolution rapide du spasme; rapide, au moins relativement à la durée totale de la maladie, qui a été (par parenthèse) exceptionnelle, et offrait en cela une condition favorable à la guérison. Soit que le sulfate de quinine agisse en défibrinant le sang, comme on l'a cru, soit qu'il porte en partie ou en totalité son action sur le système nerveux central, sa vertu hyposthénisante (quand on l'emploie à haute dose) paraît *à priori* s'adapter assez bien à la nature du tétanos. Il y a là un sujet légitime et intéressant de nouvelles expériences thérapeutiques.

DU TRAITEMENT DE L'URTICAIRE COMPLIQUÉE DE DOULEURS ARTICULAIRES; par M. WICKHAM.

La mobilité des phénomènes locaux par lesquels se caractérise l'urticaire; le défaut de continuité des caractères visibles de la maladie; les plaques disparaissant ordinairement très-vite pour reparaître à la même place ou ailleurs; les exacerbations qui existent fréquemment le soir; la coïncidence parfois observée de l'urticaire avec la fièvre intermittente; tout cela a porté quelques praticiens à employer contre la première affection les antipériodiques, spécialement les préparations arsenicales (Cazenave). D'un autre côté, l'efficacité du sulfate de quinine contre le rhumatisme, également caractérisé par la mobilité des lésions locales, et surtout par des douleurs articulaires, qu'on rencontre aussi, bien qu'à un moindre degré, dans l'urticaire, a paru fortifier cette induction. Aussi M. Legroux, qui a fait des recherches suivies sur le traitement du rhumatisme articulaire aigu par le sel de quinine, emploie-t-il la même médication contre l'ortie.

C'est dans son service qu'ont été recueillies les deux observations qui constituent à peu près tout le travail de l'auteur. A ne considérer qu'elles, il serait difficile d'en recevoir une impression très-favorable à la méthode de traitement. En effet, dans le premier cas, bien qu'il y ait eu des douleurs articulaires, les plaques étaient médiocrement nombreuses, les unes rouges, les autres blanchâtres; il n'y avait pas de fièvre. Il y avait déjà trois jours qu'on administrait le sulfate de quinine quand de nouvelles plaques ont paru, et c'est seulement au bout de cinq jours qu'il ne s'en est plus montré. La malade est sortie guérie treize jours après le commencement du traitement. Or un grand nombre d'urticaires simples, abandonnées à elles-mêmes ou traitées par les tisanes rafraîchissantes, n'ont pas une durée plus longue. — Dans le second cas, les plaques étaient nombreuses, rouges, saillantes, indurées; il y avait de la fièvre. Il s'est passé six jours entre le début du traitement et la disparition définitive des plaques; mais celles-ci avaient déjà alors huit jours d'existence : total, quatorze jours de plaques, sans compter trois semaines de malaise antérieur.

On voit qu'il faudrait d'autres témoignages pour établir le fait thérapeutique admis par M. Wickham.

QUELQUES OBSERVATIONS RELATIVES A L'EMPLOI DE LA SUTURE DANS LES RÉUNIONS IMMÉDIATES DES PLAIES; par le docteur FOUCART (de Paris).

Le but de M. Foucart est d'établir : 1° que toutes les fois *qu'elle est possible*, la réunion immédiate des plaies doit être tentée; 2° que le plus sûr moyen de l'obtenir est l'emploi de la suture.

Sur le premier point, il ne lui est pas difficile d'établir qu'il y a toujours avantage à épargner au blessé les chances d'une inflammation consécutive et de la suppuration sur une surface plus ou moins grande. Ces principes, en termes généraux, sont incontestables et incontestés. Aussi l'auteur n'insiste-t-il pas; mais nous verrons tout à l'heure que l'application peut varier suivant les circonstances.

Pour ce qui concerne le second point, il rapporte plusieurs observations destinées à montrer que, par la suture entortillée, on obtient plus facilement l'adhésion immédiate que par les bandelettes agglutinatives ou par tout autre moyen de contention. Ces observations sont relatives à des plaies longitudinales occupant : 1° le doigt médius de la main gauche, au niveau de la seconde phalange, avec section des tendons fléchisseurs; 2° la face dorsale de la main droite avec section des tendons extenseurs du doigt indicateur, du médius et du petit doigt; 3° la partie latérale du crâne; 4° la partie interne et un peu postérieure du bras; 5° le prépuce par suite de l'opération du phymosis et du paraphymosis.

Dans tous ces cas, la réunion immédiate par la suture a eu les plus heureux résultats, et nous croyons, avec l'auteur, avec Serre (de Montpellier) et beaucoup d'autres, que l'emploi de la suture est un peu trop négligé de nos jours. Nous ferons seulement remarquer que l'auteur eût mieux établi le précepte qu'il préconise si, au lieu de se borner à rapporter un certain nombre de faits où l'application de ce précepte a été faite avec succès, et auxquels il serait toujours facile d'opposer un nombre équivalent d'insuccès, il se fût appliqué à déterminer les conditions où la réunion doit être tentée et celles où l'application de la suture lui paraît devoir être préférée aux autres moyens de réunion Par exemple, il est évident que la nature du plan sur lequel reposent les parties lésées influe notablement sur les indications. Il ne suffit pas de rapprocher les bords d'une plaie et de les maintenir en contact; il faut qu'il ne reste pas sous les parties rapprochées une dépression, une cavité dans laquelle l'air pénétrera toujours, quelque rigoureuse que soit la suture, et où le pus restera emprisonné. A la tête, où le plan sous-jacent à la plaie est indépressible, il est presque toujours facile d'obtenir la réunion immédiate par l'affrontation des bords de la solution de continuité, même quand celle-ci est très-étendue. On l'obtient surtout à l'aide de compresses qui servent tout à la fois à appliquer la peau détachée contre la surface du crâne et à maintenir rapprochés les bords de la plaie. Au contraire, supposez une large plaie dans la région sous-claviculaire ou au creux de l'aisselle, une réunion exacte exposera le plus souvent

à une suppuration profonde, à des fusées, et finalement à des accidents graves. Pourtant la réunion immédiate *est possible*, suivant les termes du mémoire, dans un cas comme dans l'autre, et l'on voit ainsi ce qu'il y a d'un peu trop absolu dans le premier précepte, formulé comme on l'a vu plus haut.

Pour ce qui est du choix à faire entre la suture et les autres moyens d'affrontation, il y aurait en aussi quelques règles à poser. A notre avis, comme la suture n'est pas entièrement exempte d'inconvénients, comme elle est suivie quelquefois d'inflammation, il est prudent de lui préférer les bandelettes agglutinatives, toutes les fois que celles-ci peuvent suffire à la réunion. C'est une obligation quand il y a lieu de craindre que la peau ne puisse adhérer au fond de la plaie, ou quand la force de rétractilité et la mobilité de la peau (qui varient suivant les parties du corps) sont assez considérables pour faire craindre la déchirure des bords enfilés par les épingles, comme nous l'avons vu après l'extraction de loupes à la région lombaire. Nous ne faisons que poser quelques exemples. M. Foucart, autant que personne, comprendra le sens et la portée de nos remarques.

On a vu que, dans plusieurs des observations citées, des tendons avaient été coupés. M. Foucart n'en a pas rattaché les extrémités avec un point de fil. Il le regrette, et se propose de tenir à l'avenir une conduite différente. Nous comprenons ce regret. La suture des tendons n'a pas les dangers qu'on redoute généralement; seulement il faut bien savoir que c'est à de certaines conditions, en tête desquelles nous plaçons l'absence de contact de l'air et un appareil destiné à placer le tendon coupé dans le relâchement et l'immobilité.

A. Dechambre.

TRAVAUX ACADÉMIQUES.

ACADÉMIE DES SCIENCES.

SÉANCE DU 12 MAI. — PRÉSIDENCE DE M. RAYER.

DES CORPS ÉTRANGERS DES VOIES AÉRIENNES.

M. Jobert (de Lamballe) lit un mémoire sur les corps étrangers des voies aériennes.

L'auteur résume son travail dans les conclusions suivantes :

1° Que les corps étrangers tendent à se loger de préférence dans le poumon droit précisément à cause de la direction de la bronche du même côté et de ses dimensions;

2° Qu'ils pénètrent dans les voies aériennes pendant que les cordes vocales ont subi le plus grand écartement possible, lorsque, par exemple, une colonne d'air forte se précipite dans la trachée, ainsi que cela a lieu pendant les inspirations et expirations fréquentes comme dans l'action de rire ;

3° Qu'ils traversent l'ouverture supérieure du larynx sans relever l'épiglotte qui n'est jamais abaissée sur elle, ainsi qu'on l'a prétendu ;

4° Que l'épiglotte est toujours relevée en vertu de l'élasticité qui lui est propre ;

5° Que ce dernier organe paraît servir principalement à diriger, en formant une sorte de gouttière, certains liquides et certains solides pendant l'acte complexe de la déglutition;

6° Que les corps étrangers parcourent rapidement les voies aériennes en raison des lois de la pesanteur, du volume, de la colonne d'air et de leur nature;

7° Qu'ils ne sont que momentanément arrêtés dans un point de la longueur du conduit aérien ; qu'ils peuvent en conséquence se mobiliser changer de place jusqu'à ce qu'ils aient déterminé un travail inflammatoire qui leur permette de se creuser une loge dans laquelle ils séjournent ;

8° Qu'ils s'arrêtent à une division ou à une subdivision des bronches en se plaçant obliquement, et qu'ils affectent la direction du tube aérien quand ils remplissent une ouverture normale ;

9° Qu'ils gênent plus ou moins la respiration, l'oxygénation ; qu'ils déterminent de la toux souvent intermittente, quelquefois intense ; qu'ils provoquent de la douleur et une sensation fixe qui indique leur siége;

10° Qu'un bruit particulier est déterminé par leur présence ;

11° Que la sécrétion bronchique est toujours augmentée, muqueuse et même sanguinolente;

12° Que le côté opposé au corps étranger fournit une respiration plus forte et un *murmure vésiculaire* plus étendu que dans le poumon où il séjourne ;

13° Que les corps étrangers souvent déterminent une asphyxie lente ou rapide, de l'emphysème ;

14° Que les corps étrangers qui ont plus de 4 lignes dans tous les sens ne laissent aucun espoir d'être expulsés par les seuls efforts de la nature, attendu que les diamètres transverse et antéro-postérieur de la glotte chez l'homme ne sont nullement égaux ;

15° Qu'ils n'ont été expulsés de la trachée de l'homme que lorsqu'ils étaient petits ;

16° Que chez les chiens, au contraire, chez lesquels la glotte est de niveau avec l'ouverture supérieure du larynx, l'expulsion des corps étrangers se fait facilement en raison de la dilatabilité de cette ouverture et de ses dimensions qui sont considérables dans tous les sens ;

17° Que sur le cadavre les corps étrangers ont de la peine à franchir la glotte, lors même qu'on les pousse avec un soufflet qui fournit un volume d'air considérable;

18° Que sur le vivant les corps étrangers ont non-seulement à vaincre cette résistance passive, mais encore celle très-active des muscles constricteurs de la glotte ;

19° Qu'il ne faut donc compter sur l'expulsion que de très-petits corps étrangers chez l'homme, et que l'on ne peut rien espérer des efforts de la nature lorsqu'ils ont un certain volume;

20° Que l'opération de la trachéotomie devient indispensable à peu près dans tous les cas d'introduction des corps étrangers, et ce n'est qu'exceptionnellement qu'on peut s'en dispenser;

21° Que l'opération doit être faite le plus tôt possible, afin d'éviter l'inflammation, tout travail local et l'asphyxie lente ou rapide;

22° Que l'ouverture des voies aériennes est une opération délicate qui doit être faite par une division successive de tous les tissus, et non par une incision qui comprendrait à la fois une grande partie ou la totalité des parties molles de la région, c'est le moyen de prévenir l'hémorrhagie, l'introduction de l'air dans les veines, la lésion du corps thyroïde ;

23° Que ce conduit doit être aussi largement ouvert que possible, afin que les corps étrangers puissent s'échapper facilement;

24° Que l'on n'est certain de la division de la trachée que lorsque l'air s'en échappe en produisant un bruit particulier facile à reconnaître pour l'homme habitué à ces sortes d'opérations. Nous insistons à dessein sur ce phénomène, auquel Dupuytren n'avait pas assez attaché d'importance, puisque, au rapport de MM. Marx et Brierre de Boismont, cet habile chirurgien n'avait encore pénétré que dans cette espèce de creux qui est situé au-dessus du sternum, et cependant il croyait être parvenu dans le conduit de l'air. On n'hésitera donc plus en se rappelant ce qui vient d'être dit, en attaquant la trachée dans le voisinage du larynx, endroit où elle est superficielle et facile à découvrir;

25° Que lorsque le corps étranger ne s'échappe pas par l'ouverture au moment de l'opération, il convient d'attendre et d'exciter la sensibilité trachéale par l'introduction d'un corps mousse, de manière à provoquer la toux et les efforts d'expulsion;

26° Que la trachée doit être plus largement ouverte lorsqu'un corps susceptible de se gonfler par l'humidité est déjà renfermé dans ce conduit depuis quelque temps.

27° Que la réunion peut être obtenue par première ou par seconde intention;

28° Que la réunion par seconde intention s'obtient par bourgeonnement, ce qui exige un temps toujours assez long pour obtenir une guérison complète;

29° Que la réunion par première intention peut être obtenue par la simple compression, ou par la suture entrecoupée. Ce dernier mode semble d'autant plus militer en faveur de la réunion immédiate que les expériences faites sur les animaux m'en ont démontré la possibilité;

30° Que la réunion immédiate peut être obtenue par la suture entrecoupée qui ne comprend que la lame dartoïde qui entoure la trachée.

31° Que l'agglutination peut être obtenue par un autre *modus faciendi*, qui consiste à traverser en partie la trachée, en laissant pendre les fils à l'extérieur;

32° Que les fils tombent du quatrième au treizième jour;

33° Qu'un produit plastique sert de moyen d'union entre les lèvres de la plaie;

34° Que la cicatrisation ne se fait que par un produit intermédiaire et non par la fusion directe des lèvres de la trachée ;

35° Que la suture qui comprend l'épaisseur des parois de la trachée expose à un travail inflammatoire à l'intérieur, et à l'extérieur de ce conduit à des trajets organisés et à des abcès enkystés;

36° Que la suture qui ne s'exerce que sur l'enveloppe ou une partie de l'épaisseur de la trachée ne détermine qu'une inflammation plastique et est préférable à celle qui serre les parois cartilagineuses du conduit.

INFLUENCE DE L'AGITATION DU SANG SUR LA PROPORTION DE LA FIBRINE DANS LES RECHERCHES HÉMATOLOGIQUES.

M. Alquié, ancien préparateur du cours d'anatomie pathologique au Val-de-Grâce, communique à l'Académie six expériences qui, par leurs résultats, viennent à l'appui de la loi formulée par M. Marchal (de Calvi), savoir: que l'agitation du sang hors des veines a pour effet de diminuer la fibrine.

L'auteur rappelle que cette loi a été contestée au nom d'expériences récemment adressées à l'Académie ; mais ces dernières expériences, fait-il remarquer, sont frappées de nullité parce que le sang tiré de la veine a été battu au lieu d'être agité pendant dix minutes dans un flacon hermétiquement bouché, comme l'avait fait M. Marchal (de Calvi), comme l'a fait ensuite M. le docteur Corne et comme il l'a fait lui-même.

SUR LA COMPRESSION DE L'AORTE ABDOMINALE DANS LES HÉMORRHAGIES UTÉRINES.

M. le docteur Duhamel communique quelques faits de compression de l'aorte abdominale au niveau de l'angle sacro-vertébral, qu'il oppose à l'opération de la transfusion du sang dont on a publié plusieurs observations depuis quelque temps. Dans trois cas d'hémorrhagie utérine qu'il a eu l'occasion de rencontrer dans sa pratique, l'auteur a constaté que la compression de l'aorte, en arrêtant la perte, avait rendu la transfusion inutile.

Le premier fait est celui d'une femme de 30 ans environ, qui, après un deuxième accouchement terminé rapidement et facilement, fut immédiatement prise d'une perte de sang tellement abondante, que la vie ne tarda pas à être

compromise. M. Duhamel pratiqua immédiatement la compression de l'aorte, qui eut un plein succès; la perte fut arrêtée et la femme se rétablit assez promptement.

Dans un deuxième cas également grave et où la compression était rendue difficile à cause de la résistance des parois abdominales, elle fut maintenue pendant quatre à cinq heures. Le résultat fut heureux. La perte de sang fut arrêtée immédiatement, et la femme fut rétablie en moins de quinze jours.

Le troisième cas est relatif à une femme chez qui, depuis quinze à vingt jours, de petites hémorrhagies s'étaient manifestées à plusieurs reprises et l'avaient obligée de garder le lit et le repos le plus absolu. M. Duhamel ayant reconnu que l'hémorrhagie était produite par l'insertion anormale du placenta sur l'orifice, procéda à l'accouchement artificiel; mais une heure après, l'hémorrhagie était revenue si abondamment, qu'en peu d'instants la malade devint exsangue. La compression de l'aorte fut pratiquée; l'hémorrhagie fut immédiatement suspendue; M. Duhamel crut néanmoins devoir continuer la compression pendant neuf heures de suite. Au moment où elle fut commencée, il existait un refroidissement général du corps, et la perte de sang avait été tellement abondante, que ce ne fut que vingt ou trente heures après la suspension de la perte que l'on commença à percevoir les battements des artères radiales.

— M. Geoffroy-Saint-Hilaire présente à l'Académie deux opuscules, l'un sur les monstruosités en général, l'autre sur la série animale et sur la question de l'espèce. Dans ce dernier opuscule, l'auteur résume ses vues sur les séries dites parallèles, sur les espèces et sur la définition de celles ci, qu'il fonde sur trois considérations principales: la possibilité de la distinction, la transmission naturelle et régulière, la stabilité et la permanence égales à celles de l'état actuel du globe.

ACADÉMIE DE MÉDECINE.

SÉANCE DU 13 MAI. — PRÉSIDENCE DE M. ORFILA

Le procès-verbal de la dernière séance est lu et adopté.

La correspondance officielle comprend :

Huit lettres du ministre du commerce, transmettant :

1° Un rapport de M. le docteur Anzouy, médecin inspecteur des eaux minérales de Cransac (Aveyron), sur le service médical de cet établissement pendant la saison de 1850;

2° Un rapport contenant les observations médicales qui ont été recueillies en 1850, par M. le docteur Privat, médecin inspecteur des eaux minérales de Lamalou (Hérault);

3° Un rapport rédigé par M. Bertrand, médecin inspecteur adjoint des eaux minérales du Mont-d'Or, et contenant les observations médicales qu'il a recueillies en 1850;

4° Un rapport rédigé par M. le docteur Tellier, contenant des renseignements sur les malades qui ont fait usage des eaux de Bourbon-Lancy (Saône-et-Loire), pendant la saison de 1850;

5° Un rapport contenant les observations médicales que M. le docteur Cavarve, médecin inspecteur des eaux minérales de Vic (Cantal), a recueillies pendant la saison de 1849;

6° Un rapport de M. le docteur Chapelain, médecin inspecteur des eaux minérales de Luxeuil (Haute-Saône), pour 1850;

7° Un mémoire que M. le docteur Morineau, médecin inspecteur des eaux minérales de Bilazais (Deux-Sèvres), a récemment publié sur ces eaux;

8° Un rapport de M. le docteur Barrié, médecin inspecteur des eaux minérales de Bagnères-de-Luchon (Haute-Garonne), sur le service médical de cet établissement pendant l'année 1850.

— M. le préfet de police adresse copie d'un rapport du conseil de salubrité sur les causes qui ont déterminé, en 1850, les coliques métalliques chez un grand nombre d'ouvriers, rapport qui renferme des renseignements importants sur les maladies des ouvriers cérusiers en général. (Comm. : MM. Rayer, Grisolle et Chevallier.)

ÉTRANGLEMENT INTESTINAL PAR L'APPENDICE CŒCAL.

M. Coze, médecin de l'hôpital civil de Saint-Omer, envoie une note sur ce sujet.

Il rapporte un cas d'étranglement interne par suite des adhérences contractées par l'appendice iléo-cœcal, qu'il a observé en 1846, chez un jeune homme de 17 ans et demi; il se place surtout au point de vue de l'anatomie pathologique et résume les résultats de l'autopsie.

Ventre ballonné, teinte noirâtre de la peau.

Intestin distendu par des gaz; couleur lie de vin; une anse de l'intestin iléon était prise dans un axe formé par l'adhérence de l'extrémité libre de l'appendice qui vient se greffer sur la partie du cœcum opposée à celle de son insertion. Cette anse était complétement noire et longue de 60 ou 80 centimètres. Le péritoine n'était pas malade.

Ce jeune homme avait eu en 1841, une péritonite qui s'était compliquée d'entérite grave, de sorte que l'adhérence doit remonter à cette époque. Une indigestion de cerises avalées avec les noyaux est la cause occasionnelle de l'accident. La gastrotomie fût-elle indiquée, elle n'eût dû, dans aucun cas, être faite que dans les trois ou quatre premiers jours, et encore les chances de succès eussent été bien minimes.

— M. A. Mocoret, médecin au Mans, adresse une observation d'accouchement difficile suivi de mort.

Par suite de manœuvres vicieuses et d'une application de forceps, il se développa un vaste abcès gangréneux des parois abdominales et de l'espace recto-vaginal. A l'autopsie, on constata une perforation du vagin avec fracture de la branche descendante du pubis. (Comm. : MM. Dubois, Danyau et Cazeaux.)

— M. Latour (de Trie) adresse une note sur l'eau sulfureuse de Labassère, près de Bagnères-de-Bigorre. (Comm. : MM. Henry et Boullay.)

— M. Devilliers fils rappelle, à l'occasion de la dernière communication de M. Renault (d'Alfort), sur l'épizootie des gallinacées, qu'à l'époque de la première apparition du choléra en France, en 1832, une épizootie offrant quelques analogies avec celle-ci vint dévaster les basses-cours des environs de Paris, et que M. le préfet de police ayant appris qu'un certain nombre de gallinacées morts de la maladie avaient été vendus sur les marchés de Paris, se préoccupa vivement de ces faits, voulut s'éclairer et savoir s'il y avait en là une cause de maladie pour la population. Une commission, dont M. Devilliers faisait alors partie, répondit au préfet que, d'après les expériences faites pour éclairer cette question, l'usage de la chair des gallinacées morts de l'épizootie n'avait été suivi d'aucun résultat fâcheux.

M. Devilliers ajoute qu'il est persuadé que ni dans l'épizootie dont il a été témoin à cette époque, ni dans celle qui vient d'être décrite par M. Renault, il n'y a aucun point de ressemblance avec le choléra qui atteint l'espèce humaine.

— M. Bouchardat lit, au nom de la commission des remèdes secrets, plusieurs rapports sur des demandes d'application de la loi de l'an XI et du décret de mai 1850 à divers remèdes secrets ou nouveaux.

M. le rapporteur propose de déclarer qu'il n'y a pas lieu à accorder le bénéfice demandé. (Adopté.)

COMPRESSION DE L'AORTE DANS LES HÉMORRHAGIES UTÉRINES.

M. Villeneuve, en son nom et celui de M. Velpeau, lit un rapport sur un travail de M. Chailly-Honoré, intitulé : De la compression de l'aorte dans les cas d'hémorrhagie après l'accouchement.

L'auteur, après avoir fait l'historique des divers procédés employés pour comprimer l'aorte, propose d'introduire la main droite en déprimant la paroi abdominale entre le fond de l'utérus et les intestins jusqu'à l'aorte, que l'on reconnaît facilement à ses battements, et que l'on fixe entre l'indicateur et le médius. L'hémorrhagie cessa à l'instant.

Le rapporteur propose d'ajouter la position horizontale de la malade.

M. Chailly-Honoré rapporte, à l'appui de son procédé, et pour contredire les objections qui lui sont faites, 17 observations tirées de sa pratique, dans lesquelles diverses circonstances avaient amené des accidents et des complications graves, et chez lesquelles la compression a été parfaitement supportée et a produit des résultats immédiats.

Dans un cas seulement, il a eu un résultat fatal, mais c'était chez une femme qui, par suite de l'implantation du placenta sur le col, avait eu, au sixième ou huitième mois et demi de sa grossesse, des pertes abondantes, par suite desquelles elle est morte après un accouchement par la version, dans un état anémique complet.

M. le rapporteur engage M. Chailly-Honoré à continuer ses recherches, et signale son travail à l'attention de l'Académie comme nouveau titre à l'appui de sa candidature. (Adopté.)

ÉPIZOOTIE DES GALLINACÉES.

M. Delafond lit un travail sur la maladie régnante des volailles.

L'auteur commence par faire un historique des principales épizooties qui ont sévi depuis un certain nombre d'années en France, et du rapprochement des faits qu'il énonce, il conclut, contrairement à l'opinion de M. Renault, qu'il n'existe aucune relation bien constante entre les deux époques 1832 et 1849, où le choléra épidémique de l'homme a régné et le choléra des poules qui n'a pas cessé, depuis vingt-cinq à trente ans, de sévir annuellement avec plus ou moins d'intensité. Je ne partage pas non plus l'opinion de M. Renault sur la relation qu'il s'est efforcé de rencontrer entre le choléra des poules et la grippe de l'homme.

M. Delafond reproche à M. Renault de n'avoir point dit un seul mot des travaux contemporains faits sur le choléra des poules.

A l'occasion des symptômes que M. Renault, dit-il, a très-bien tracés, M. Delafond fait remarquer que les phénomènes morbides qui se passent chez les animaux inoculés se manifestent presque tout à coup et se succèdent avec une grande rapidité jusqu'au moment de la mort. Il confirme la remarque faite par M. Renault, que, contrairement aux observations faites par la plupart des vétérinaires dans les précédentes épidémies, les cadavres ne se décomposent point avec rapidité.

En ce qui concerne les lésions cadavériques, les observations de M. Delafond confirment pleinement celles de M. Renault, ainsi que ses recherches sur l'état général du sang. Il a constaté que le sang retiré du cœur et des gros vaisseaux veineux après la mort ne laisse échapper aucune odeur fétide. Ce sang donne un caillot ferme, résistant, élastique, difficile à diviser; circonstance d'autant plus remarquable, que les vétérinaires qui, jusqu'à ce jour, ont fixé leur attention sur le sang contenu dans le cœur et les gros vaisseaux, l'ont rencontré noirâtre, incoagulé et répandant une odeur infecte.

Dans cet état de choses, le sang de tous les animaux qu'il a inoculés a été, pour M. Delafond, le sujet d'une étude constante. Dans le but de contrôler ses recherches les unes par les autres, il a observé d'abord avec soin le sang de poulets et de pigeons en bonne santé. Il a inoculé ces animaux et étudié leur sang pendant l'incubation du mal, au moment de son développement, quelques minutes avant l'extinction de la vie, aussitôt après la mort, et enfin plusieurs heures et même plusieurs jours après.

Voici les résultats de ces recherches :

1° La couleur du sang s'échappant du vaisseau par une piqûre pratiquée à la veine de l'aile, sa coagulation dans une petite éprouvette, sa température, l'état de son caillot, la couleur de sa sérosité, les caractères de ses principes organiques incolores et colorés se sont toujours montrés à l'état normal.

2° Le sang recueilli sur des volailles malades et celui retiré à des volailles bien portantes, laissé au contact de l'air pendant dix jours, n'a présenté quant à sa couleur, son odeur, la consistance de son caillot et sa décomposition putride, aucune différence avec le sang provenant des animaux en bonne santé.

3° Dans l'un comme dans l'autre cas, le sang parvenu à un état avancé de putréfaction, les globules se sont montrés avec leur auréole rougeâtre, en partie dissoute, et le centre albumino-fibrineux intact.

Dans l'un comme dans l'autre cas aussi, des cristaux en aiguilles déliées groupées en étoile caractérisaient la présence de carbonate et de sulfhydrate d'ammoniaque.

Quant à la proportion respective des principes organiques du sang avant l'inoculation, pendant l'incubation virulente et pendant l'existence du mal, M. Lassaigne se livre dans ce moment à une série d'analyses dont les résultats seront communiqués à l'Académie.

M. Delafond croit cependant pouvoir assurer, quant à présent, que le sang des volailles inoculées, recueilli soit pendant la vie, soit plus ou moins de temps après la mort, ne presente aucune altération physique appréciable aux moyens d'investigation indiqués.

M. Delafond, passant ensuite à la question de la nature de l'épizootie, décline l'opinion qu'il avait d'abord émise sur son analogie avec les maladies charbonneuses; mais il ne croit pas que son assimilation avec le choléra soit plus fondée.

Il termine en faisant connaître à l'Académie les résultats des inoculations auxquelles il s'est livré dans le but de démontrer que le sang, aussi bien que les liquides sécrétés, différents tissus et les matières excrémentitielles sont virulents.

Ces expériences sont les mêmes que celles que M. Delafond a déjà communiquées à l'Académie des sciences, et dont nous avons exposé sommairement le résultat.

M. Renault, après avoir fait remarquer que, dans le travail que l'Académie vient d'entendre, et qui n'est en quelque sorte qu'un long commentaire de celui qu'il a communiqué lui-même dans la précédente séance, aucun des faits qu'il avait avancés n'a été contredit, abordant quelques-unes des objections relatives aux points de doctrine en litige entre eux, s'exprime à peu près en ces termes :

M. Delafond a dit que j'avais représenté le choléra comme coïncidant avec la maladie des poules, et que j'avais commis une erreur en ce sens qu'il n'y avait pas toujours eu choléra quand il y avait eu maladie des poules.

J'ai dit que la maladie des poules avait coïncidé avec le choléra quand le choléra s'était montré, mais je n'ai pas dit que la maladie des poules ne sévissait qu'alors même où le choléra exerçait ses ravages. Ceci est bien différent. Seulement j'ai avancé que la maladie des poules avait été plus grave dans le moment où le choléra avait existé.

M. Delafond n'a rien ajouté ni rien changé à la symptomatologie que j'ai présentée de la maladie en question. En ce qui concerne les lésions cadavériques, il en a également trouvé la description exacte, sauf ce qui a trait aux ecchymoses, dont je n'ai signalé la présence que dans quelques organes, tandis qu'elles existeraient, suivant lui, d'une manière beaucoup plus générale. L'insistance que met M. Delafond sur ce point se conçoit d'autant mieux que c'est sur ces ecchymoses qu'il se fonde pour étayer l'analogie qu'il prétend exister entre la maladie actuelle des poules et les maladies charbonneuses. C'est précisément dans cette vue que j'ai étudié les ecchymoses, et je maintiens que, dans la majeure partie des cas, on n'en trouve pas ailleurs que là où je les ai indiquées, dans le cœur et dans les intestins.

M. Renault passe ensuite à l'examen de la question d'analogie entre l'épizootie actuelle et la maladie charbonneuse. Si nous examinons, dit-il, comparativement ces deux maladies, on ne trouve entre elles aucune analogie. Et d'abord, qu'est-ce que le charbon? Je ne crois pas qu'on puisse le distinguer d'aucune autre maladie. Admettons cependant qu'elle soit telle que M. Delafond le dit ; le caractère essentiel du charbon consiste en une altération particulière du sang, qui serait poisseux et qui ne se coagulerait pas quand on le tire des animaux. Dans la maladie actuelle, on ne trouve rien de semblable.

Dans aucun cas (j'ai ouvert peut-être plus de 100 cadavres), il n'y a la moindre altération ni des vaisseaux ni du cœur.

Toujours, quand du sang charbonneux est inoculé à des animaux d'espèce semblable, et même à des mammifères, et même à l'homme, il y a des accidents graves; on voit apparaître ce qu'on appelle la pustule maligne; il y a une infiltration séreuse considérable. Il y a souvent des épanchements de sang. Eh bien ! sur 80 et 100 animaux, je n'ai pas trouvé la plus petite infiltration.

M. Delafond a indiqué un autre caractère microscopique qu'il considère comme essentiel, c'est l'état des globules sanguins dont les bords sont déchiquetés. J'ai examiné les globules du sang des animaux morts de l'épizootie, et je n'ai point trouvé ce caractère. Je maintiens donc qu'il n'y a aucune analogie et encore moins identité entre l'épizootie actuelle et le charbon.

M. Delafond réplique qu'il n'a prétendu établir dans son travail qu'une seule chose, c'est qu'il a été le premier qui ait démontré, par des expériences d'inoculation, que le sang des animaux morts de l'epizootie était susceptible de transmettre la maladie à d'autres animaux. Quant à l'analogie qu'il avait cru pouvoir établir entre cette épizootie et le charbon, à une époque où il ne l'avait pas encore étudiée directement, il convient qu'elle n'est point justifiée. Mais l'assimilation qu'il avait cru devoir faire dans le principe était assez naturelle, en considérant d'une part les caractères si variables et si changeants des épizooties, et d'autre part, la variété même de l'affection charbonneuse suivant les climats et les pays.

La discussion est close, et la séance est levée à cinq heures.

BIBLIOGRAPHIE.

DES EAUX DE VICHY CONSIDÉRÉES SOUS LES RAPPORTS CLINIQUE ET THÉRAPEUTIQUE; par M. DURAND-FARDEL (1).

DE LA SOURCE SAINTE-MARIE A CUSSET PRÈS VICHY (notice extraite du rapport de la commission des eaux minérales de l'Académie de médecine).

Nous avons un long arriéré à solder envers nos lecteurs en ce qui concerne les publications d'hydrologie médicale. Le nombre et l'étendue des documents accumulés depuis près de deux années ne nous permettant pas de les réunir tous dans un seul article, nous nous bornerons en commençant cette revue, à l'analyse de deux publications récentes qui, bien que très-différentes par leur étendue et leur importance scientifique, devaient naturellement, à cause de l'analogie de leur objet, trouver place à côté l'une de l'autre et être soumises à un examen simultané. La première, de M. Durand-Fardel, œuvre d'une sérieuse portée au double point de vue dogmatique et pratique, a pour titre : DES EAUX DE VICHY, CONSIDÉRÉES SOUS LE RAPPORT CLINIQUE ET THÉRAPEUTIQUE, SPÉCIALEMENT DANS LES MALADIES DES ORGANES DE LA DIGESTION, LA GOUTTE ET LES MALADIES DE L'ALGÉRIE. La seconde, de M. Bertrand, est une courte notice purement indicative de la composition chimique et des propriétés médicales d'une source nouvellement découverte à Cusset (Allier) à proximité de Vichy, et qui emprunte son intérêt à la nouvelle richesse thermale qu'elle révèle dans cette contrée déjà si heureusement partagée sous ce rapport.

Dans les divers ouvrages publiés jusqu'ici sur les eaux de Vichy, et notamment dans ceux que nous avons eu à examiner dans ces derniers temps, les théories chimiques ont toujours eu la plus grande part, sinon une part exclusive, dans l'explication des effets physiologiques et thérapeutiques de ces eaux. L'œuvre de M. Durand-Fardel, remarquable d'ailleurs à d'autres titres, l'est en ceci surtout, qu'elle fait une éclatante scission avec les idées et les doctrines qui semblaient tendre à se généraliser de plus en plus depuis un certain nombre d'années. M. Durand-Fardel dont on a déjà pu apprécier la manière de voir à cet égard, par les communications qu'il a faites récemment à l'Académie de médecine et par les fragments qu'il a publiés dans les journaux, se pose nettement, dans cet ouvrage, en antagoniste de la méthode chimique et arbore avec hardiesse, dans le camp des eaux minérales, le drapeau de la méthode clinique.

Des deux méthodes principales susceptibles de guider dans l'étude des propriétés thérapeutiques des eaux minérales, l'une qui, prenant pour point de départ la nature du médicament et sa composition chimique, en déduit et son mode d'action et les applications qu'il réclame ; l'autre, qui consiste à étudier les modifications que ce même agent médicamenteux fait éprouver aux fonctions et aux organes sains ou malades des sujets qui en font usage, et à tirer de cette méthode les inductions relatives et à la nature de la médication elle-même et aux indications qui s'y rattachent, M. Durand-Fardel n'hésite pas à choisir cette dernière. Il procède, à l'égard des eaux de Vichy, à la manière de tous les bons observateurs, qui, lorsqu'ils ont voulu connaître de quelle manière agissaient sur l'organisme les modificateurs, soit hygiéniques, soit thérapeutiques, ont étudié les changements survenus sous leur influence dans les diverses fonctions de l'économie. Comme toutes les autres médications, les eaux minérales, dit-il, ne peuvent être étudiées et surtout appliquées utilement que si l'on a déterminé avec précision les indications auxquelles doit satisfaire leur emploi. Ainsi qu'il le fait très-judicieusement remarquer, on n'arrivera en effet à régulariser l'application de cette importante médication, qu'en suivant pour les eaux minérales la même méthode que pour tous les autres agents de la thérapeutique, c'est-à-dire en déduisant les indications, d'une part de la connaissance aussi parfaite que possible de la médication à employer, de sa nature intrinsèque, des circonstances variées qui peuvent en modifier ou l'action ou l'emploi, de ses différents modes d'administration, enfin des changements physiologiques, chimiques ou vitaux, qu'elle peut apporter à l'organisme; d'une autre part, de la connaissance des conditions physiologiques et morbides des malades auxquels on l'adresse.

Par suite de cette manière d'envisager la question, M. Durand-Fardel se trouve naturellement conduit à voir dans les eaux minérales un agent médicamenteux essentiellement complexe, et dans lequel on peut discerner deux sortes d'action : une action commune à toutes les eaux, quelle qu'en

(1) Un vol. in-8°. Paris, 1851. Chez Germer Baillière, 17, rue de l'École-de-Médecine.

soit la composition et quel que soit d'ailleurs l'élément minéralisateur qui y domine, action qui est due à l'ensemble et au concours de toutes leurs propriétés, l'action *excitante*, ou stimulante des principales fonctions organiques, et une action spéciale à chacune d'elles, plus ou moins particulièrement due à tel ou tel élément chimique prédominant, et qui en constitue le caractère différentiel.

Faisant l'application de ces principes aux eaux de Vichy, loin de n'y voir qu'une action alcalisante et fluidifiante, M. Durand-Fardel est frappé par-dessus tout de l'action de ces eaux sur l'ensemble de l'économie et plus spécialement sur la vitalité de certains organes, abstraction faite de l'action chimique qu'elles peuvent exercer sur nos humeurs, et souvent même nonobstant cette action.

Voici le résumé succinct des effets généraux que l'on constate, d'après lui, à la suite de l'administration des eaux de Vichy.

« L'ensemble des fonctions de l'économie présente une activité toute particulière, et qui se fait sentir surtout vers les organes digestifs et leurs annexes et vers la peau : augmentation de l'appétit, digestions plus faciles et plus promptes, assimilation plus complète, selles plus régulières, urines plus faciles et plus abondantes, augmentation de la transpiration cutanée, amélioration de la nutrition, accroissement des forces, sentiment général de bien-être. » C'est de l'interprétation de ces phénomènes qu'il déduit en grande partie les indications du traitement par les eaux de Vichy.

Comme sujets d'études cliniques plus particulièrement propres à faire ressortir les avantages de l'application des principes d'après lesquels il se dirige, M. Durand-Fardel a choisi la dyspepsie, maladie dans laquelle l'action des eaux de Vichy sur la vitalité de nos organes peut être constatée de la manière la plus manifeste; la goutte et les maladies de l'Algérie, qui lui ont paru spécialement aptes à mettre en lumière la part qu'il faut faire aux diathèses et aux cachexies dans l'étude des maladies chroniques.

Cette partie de l'ouvrage de M. Durand-Fardel renferme des considérations théoriques et pratiques d'un très-grand intérêt. Les lecteurs de la Gazette Médicale ont déjà été mis à même d'en juger par le mémoire sur la goutte, qui en forme l'un des plus importants chapitres. Nous nous bornerons à signaler ici quelques-uns des faits consignés dans le chapitre relatif aux maladies d'Afrique, dans lequel l'auteur appelle l'attention des médecins sur une nouvelle application des eaux de Vichy d'autant plus digne d'intérêt qu'elle révèle une ressource des plus utiles contre une grave affection, et qu'elle offre en même temps à M. Durand-Fardel un argument de plus contre le rôle exagéré attribué par les partisans des doctrines chimiques à la fluidification du sang : il s'agit de l'action de ces eaux sur l'état cachectique particulier qui succède si souvent aux maladies contractées sous l'influence du climat de l'Algérie. Tout le monde connaît maintenant, grâce aux observations des médecins de l'armée d'Afrique, le caractère de l'endémicité algérienne, qui se traduit par la fièvre intermittente, les maladies du foie et la dyssenterie, expressions variées d'une diathèse commune, laquelle, une fois acquise, survit aux influences climatériques qui l'ont produite, et finit par constituer cette cachexie paludéenne désignée encore sous le nom de chloro-anémie. M. le docteur Fiuot, ancien médecin des hôpitaux militaires d'Afrique et attaché temporairement à l'hôpital militaire de Vichy, avait déjà signalé les bons effets de ces eaux dans cette cachexie. M. Durand-Fardel en a également constaté l'action bienfaisante chez les malades civils venant de l'Algérie auxquels il a eu l'occasion de donner ses soins. Les engorgements viscéraux, suites de fièvres intermittentes contractées en Algérie, lui ont paru éprouver les mêmes améliorations que les maladies correspondantes contractées en France, et d'une manière plus rapide et plus frappante encore, par cela même que les phénomènes cachectiques étaient plus prononcés : d'où il semble résulter que c'est manifestement par une action dynamique s'exerçant sur l'ensemble de l'économie qu'agissent surtout, dans ce cas, les eaux de Vichy, et non pas seulement en favorisant le travail local de résorption ou de résolution des parties engorgées.

Cependant, tout en mettant en relief l'action dynamique générale du traitement thermal, M. Durand-Fardel ne méconnaît pas l'influence de son action chimique dissolvante, dont il importe d'autant plus ici de tenir compte, que lorsqu'elle se fait sentir dans cette circonstance, c'est d'une manière funeste; car elle agit précisément en sens inverse des effets que réclame l'état des malades, état dont l'un des caractères est la tendance à la défibrination du sang.

En ce qui concerne l'application du traitement par les eaux de Vichy aux dyssenteries et aux diarrhées chroniques, voici en quels termes M. Durand-Fardel en formule les indications : « Les eaux de Vichy sont indiquées dans les cas où les signes généraux de la cachexie dominent les phénomènes locaux, et ne devront être employées qu'après que ces derniers auront été atténués ou par la marche spontanée de la maladie ou par l'emploi d'une médication convenable. Chez les malades de ce genre, c'est surtout par les bains que l'on agira.... Chez les fiévreux, au contraire, c'est surtout à l'usage interne, à l'eau de Vichy en boisson, qu'il faut recourir, etc. »

Bien que nous n'ayons que très-rapidement parcouru dans cette analyse le livre de M. Durand Fardel, nous croyons en avoir dit assez pour caractériser les tendances qu'il révèle dans son auteur. Nous sommes heureux d'y reconnaître à chaque page un écho des idées et des principes que la Gazette Médicale s'est efforcée de faire prévaloir dans l'étude des eaux minérales. L'application de ces principes à l'étude de l'action thérapeutique d'une des sources les plus importantes de la France est un heureux précédent qui ouvrira, nous l'espérons, une voie nouvelle et féconde de recherches cliniques thermales, voie que M. Durand-Fardel vient de se montrer digne de parcourir avec honneur pour lui et profit pour la science.

— Aux sept ou huit sources de Vichy (y compris la source Brosson nouvellement découverte) et à la source d'Hauterive qui en est comme la succursale, il faut joindre désormais la nouvelle source de Cusset, désignée sous le nom de *source Sainte-Marie*, dont la composition chimique offre avec elles, ainsi qu'on va le voir, la plus grande analogie. Voici en effet, d'après le rapporteur de la commission des eaux minérales, les principaux caractères physiques et chimiques de cette source.

Cette eau, très-limpide au sortir du tube, est acidule, puis alcalescente et fort sensiblement atramentaire ; comme toutes les sources de Vichy et d'Hauterive, elle mousse en dégageant par jets fréquents des bulles gazeuses, et se trouble à l'air par un limon ocracé jaune clair qui tapisse les bassins et les conduits qu'elle parcourt. Elle dégage à distance une odeur sulfureuse prononcée, circonstance qui lui est encore commune avec toutes les sources de Vichy, et plus particulièrement avec les sources connues sous le nom de source des Acacias et source Chomel, avec lesquelles elle se rapproche en effet par la présence d'une certaine quantité d'acide sulfhydrique libre, appréciable seulement à la source. Sa température de 17° c., terme moyen, la place, sous le rapport de la thermalité, entre les sources alcalines thermales proprement dites (Grande Grille, Hôpital) dont la température moyenne est de 32° environ, et les sources non thermales dont la température est de beaucoup inférieure (de 10 à 13°). Quant aux principes minéralisateurs qu'elle renferme, il suffit d'indiquer l'énorme proportion d'acide carbonique libre (0,610 sur 1,000), de bicarbonate de soude (4,200), les proportions à peu près équivalentes de bicarbonates de potasse, de chaux, de magnésie, de fer et manganèse, de sulfates, de chlorures, de silicates et d'iodures alcalins, les traces appréciables de lithine, de principe arsenical et de matière organique azotée, pour se convaincre de l'identité d'origine de la source de Cusset et des diverses sources de Vichy et de leur complète ressemblance au point de vue chimique. Ajoutons que le produit de la source Sainte-Marie, de 27 à 28,000 litres environ par vingt-quatre heures, est capable de satisfaire aux besoins d'un grand nombre de malades et de suppléer au besoin à l'insuffisance des autres sources de Vichy.

Quels seront les effets thérapeutiques probables de l'eau de la source de Cusset? Nul doute qu'elle ne jouisse des propriétés communes à toutes les sources de Vichy et d'Hauterive, et qu'elle ne soit par conséquent applicable aux mêmes maladies. Mais est-il possible, *à priori*, de préjuger les indications plus spéciales de leur emploi à tel ou tel ordre de maladies que l'on traite à Vichy, à telles ou telles conditions morbides qui réclament plus particulièrement l'usage d'une source ou d'une autre? C'est là une question toute d'expérience et dont on ne saurait rechercher d'avance la solution d'après les seules données chimiques. Sans doute, à s'en tenir aux simples analogies, le degré de thermalité de la source de Sainte-Marie, la présence, en quantité appréciable, d'acide sulfhydrique, les quelques proportions de bicarbonate de fer et de manganèse qu'elle renferme sembleraient devoir la rapprocher plus particulièrement, pour les effets thérapeutiques spéciaux, des sources alcalines ferrugineuses et sulfureuses, telles qu'Hauterive ou la source dite du puits carré, par exemple. Mais on sait combien il faut être circonspect sur ces analogies. Aussi bornons-nous là les indications que nous avons cru devoir donner sur cette nouvelle source annexe de Vichy.

H. Brochin.

— Par décrets individuels du 1er mai ont été nommés dans l'ordre de la Légion d'honneur :

Commandeur : M. Bégin, président du conseil de santé des armées.

Officiers : M. Vital, médecin ordinaire de première classe aux ambulances de la division de Constantine; M. Saiget, chirurgien principal de deuxième classe à l'hôpital militaire de Rennes.

Le rédacteur en chef, Jules Guérin.

REVUE HEBDOMADAIRE.

ACADÉMIE DE MÉDECINE. — DISCUSSION SUR LA CONTAGION DE LA LÈPRE.

Si nous intervenons dans la discussion engagée mardi dernier à l'Académie de médecine, au sujet d'un rapport de M. Gibert sur un travail du docteur Echeverria, qui, lépreux lui-même, séquestré dans la léproserie de Quito (Équateur), a mis à profit, pour la science, le triste champ d'observation ouvert devant lui, ce n'est pas pour examiner si la lèpre est ou non contagieuse. Quels que soient en nous les suggestions de l'éducation médicale ou les conseils de la réflexion, nous ne sommes pas plus en mesure de décider la question expérimentalement, que ne l'étaient les divers membres qui ont pris la parole. Nous ne voulons que dire un mot du procédé logique à l'aide duquel on espère, l'observation aidant, arriver à une solution.

Oui, M. Velpeau a eu raison de le dire, des milliers de faits semblables à ceux qu'a invoqués le docteur Echeverria ne suffiraient pas à prouver la non contagion de la lèpre. La conclusion tomberait devant un seul fait contraire. Citez ce fait, dira-t-on ! Encore un coup, nous ne le possédons pas, et, pour notre part, nous nous abstenons de conclure, non sans nous permettre cette remarque (la discussion sur la contagion du choléra nous a édifié là-dessus), que si nous avions ce fait positif entre les mains, on ne manquerait pas de l'accabler sous la masse des faits négatifs. Ce que nous soutenons seulement quant à présent, c'est qu'il ne s'agit pas ici d'une question de nombre et de proportion, et que la méthode numérique, si excellente à beaucoup d'égards, pourrait conduire à nier la contagion la plus flagrante, et obscurcir même l'évidence de la transmission héréditaire. Que disons-nous, et pourquoi parler au conditionnel ? La chose a eu lieu dans la dernière séance, et l'on a vu un orateur invoquer contre l'hérédité un argument tout à fait cousin de celui qu'on lance depuis si longtemps contre la contagion. On substitue à la contagion l'*influence épidémique;* l'orateur a substitué à l'hérédité l'*influence endémique*. Un enfant de parents lépreux peut être lépreux lui-même ou ne l'être pas. Quand il l'est, c'est qu'il a subi la même influence morbide qui avait atteint ses parents, mais il n'a rien pris d'eux. Avec un tel raisonnement, nous nous chargerons, quand on voudra, de prouver qu'il n'y a pas une seule affection héréditaire, ni cancer, ni scrofules, ni tubercules. Nous ferons un plus grand tour encore, si on le désire. Nous aiderons ce raisonnement d'une petite opération arithmétique, et alors nous serons en mesure de prouver tout autre chose, et même tout le contraire, à savoir, la transmissibilité héréditaire d'un bon nombre d'affections insusceptibles, de par la raison et le bon sens, d'une semblable filiation. Qu'on nous en défie et nous tiendrons parole.

Quand on parle de contagion possible en présence des hautes prétentions de la médecine exacte, on s'expose fort à passer pour un spéculatif (grosse injure par ce temps-ci) et un nébuleux. Pourtant nous hasarderons cet aveu, que, dans notre opinion, beaucoup d'affections, d'affections générales principalement, qui ne sont pas contagieuses en l'état ordinaire, le deviennent exceptionnellement, tandis que d'autres affections, habituellement contagieuses, cessent de l'être dans certaines circonstances. Il est fait abstraction ici du degré de receptivité des individus soumis au contact suspect, et notre remarque ne s'applique qu'aux variations survenues dans la virulence de la maladie. Nous poussons même la hardiesse jusqu'à croire que ces propositions paradoxales sont tout simplement l'expression pure et exacte des faits, et que, s'il s'agissait de les discuter, ce seraient les adversaires de la contagion, et non ses partisans, qui seraient obligés de recourir aux hypothèses et à la subtilité. Qu'on se rappelle seulement que la fièvre puerpérale, *ordinairement* intransmissible hors du foyer épidémique, a été indubitablement inoculée plus d'une fois par le toucher vaginal avec un doigt encore imprégné de l'odeur du pus spécifique ; que, par contre, les anciennes inoculations de pus variolique étaient loin de donner des résultats identiques dans toutes les épidémies, et que tout récemment, dans les expériences de MM. Renault et Delafond, on a vu, par exception, des animaux impunément inoculés avec des liquides virulents.

Si donc il est une question qui échappe aux décisions de la méthode numérique, c'est à coup sûr celle de la contagion. La question de l'hérédité s'en arrangerait moins mal, parce que, le plus souvent, la proportion des filiations pathologiques est assez élevée pour constituer une présomption favorable à l'hérédité positive ; mais ce ne serait pas là encore un témoignage vraiment scientifique. Il n'y a qu'une méthode applicable à l'espèce, à l'hérédité comme à la contagion : c'est celle qui, ne s'inquiétant pas du nombre des faits, s'applique à rechercher dans celui qui est devant elle s'il y a entre la cause et l'effet présumés des caractères spéciaux qui en attestent la corrélation. Contagion et hérédité supposent l'une et l'autre deux termes qui se succèdent. Le second est-il né de rapports tels avec le premier qu'on n'en puisse contester la généalogie ? Y a-t-il entre celui-ci et celui-là similitude ou analogie de caractères, similitude ou analogie dans le siége du mal, dans ses caractères anatomiques, dans sa symptomatologie, dans sa marche, etc. ? S'il y a des différences, sont-elles essentielles ou accessoires, primitives ou consécutives ? Voilà, en gros, le problème. C'est en le comprenant de cette façon qu'on parvient souvent à établir de la manière la plus évidente, et à peu de frais, le caractère héréditaire d'un état pathologique. Un individu et son père sont affectés de pied-bot. Est-ce le père qui a transmis la difformité à son fils ? Examinons. Chez tous deux la difformité a lieu du même côté ; le pied est renversé dans le même sens ; les mêmes muscles sont rétractés ou absents. Il n'en faut pas davantage ; la filiation est évidente ! En matière de contagion, la chose est un peu plus difficile, surtout quand il s'agit de maladies aiguës comme le choléra. Mais d'où vient la difficulté ? De ce qu'on se trouve presque toujours, à l'instant de l'observation, au milieu d'une endémie ou d'une épidémie. Que le hasard vous débarrasse de cette complication ; qu'il rende à l'expérience toute sa simplicité, en amenant, par exemple, loin de tout foyer d'infection un cholérique dont le contact donnera la même maladie aux habitants du lieu ; et la conclusion pourra être tirée rigoureusement. Dans beaucoup d'affections contagieuses d'ailleurs, indépendamment des circonstances d'origine, les caractères extérieurs de la maladie, son mode de développement, sa marche, la distribution et la forme des altérations locales, une foule de circonstances, peuvent mettre en lumière la corrélation du mal produit avec celui qui l'a engendré. Il en serait ainsi notamment de la lèpre, si l'on produisait un seul cas dans lequel le contact d'un ulcère lépreux aurait été suivi du développement de pustules caractéristiques sur le point touché, ou si l'on constatait un rapport entre telle espèce de

---

Feuilleton.

ESSAI D'UNE NOUVELLE APPLICATION DES LOIS PHYSIOLOGIQUES.

« La médecine est utile à tous, et elle s'applique à tout. »
(Bordeu.)

Discite... et causas cognoscite rerum
Quid sumus.
(Perse, sat. III.)

Il y a près de deux ans que j'eus l'occasion d'avoir de fréquentes relations avec un médecin espagnol, dont j'avais connu le père à Madrid lors des grandes guerres de l'empire. Ce médecin était fort instruit et, ce qui vaut beaucoup mieux encore, il était doué d'un rare bon sens et d'une grande rectitude de jugement. Après avoir causé médecine, philosophie, etc., la conversation nous ramenait pour ainsi dire malgré nous sur les affaires publiques qui au fond ont toujours nos affaires. Non, je ne conçois pas, me disait cet excellent confrère d'au delà les Pyrénées, comment la France si riche, si éclairée, si industrieuse, puisse se condamner à vivre dans un état de crises continuelles qui, loin de contribuer au progrès, le retarde sur tous les points et dans toutes les professions.

Mon cher confrère, lui répondis-je, sans parler politique, ce qui n'est point ici le lieu et pour laquelle j'ai d'ailleurs une répugnance d'instinct, pour pénétrer le mystère qui vous étonne comme il en a étonné tant d'autres, il faut nécessairement recourir à la médecine, c'est-à-dire à la seule science peut-être qui pénètre au cœur de l'humanité par l'étude physiologique de l'homme. Or, dites-moi, la société n'est-elle pas tout simplement l'homme sur une plus grande échelle ? N'est-il pas vrai que les hommes sont dans l'homme ? N'est-il pas également vrai que réunis en masses ou en nations, ils n'en présentent pas moins ce qui constitue notre être physique et moral à les considérer isolément ; que le feu vital, que l'économie, la trame organique en un mot sont au fond les mêmes ? Il y a incontestablement des différences individuelles plus ou moins saillantes qui forment ce qu'on appelle la constitution, le tempérament, et même l'idiosyncrasie, si vous voulez préciser davantage. Mais il y a un fond commun qui appartient à tel ou tel peuple, il y a ces caractères distinctifs, ces habitudes, ces attachements, ces répulsions, enfin ces mille traits qui composent ce qu'on peut appeler le tempérament national. Ajoutez que ce tempérament, comme celui de chaque individu, en raison des circonstances, des événements, des chances bonnes ou mauvaises de la fortune, peut être modifié en divers sens, c'est-à-dire tantôt contenu, réprimé, tantôt au contraire surexcité, exalté, poussé à l'extrême. Ce sont là certainement des principes qu'on ne saurait contester, car leur base repose sur une expérience doublement consacrée par la science et par l'histoire.

lèpre développée après communication avec un lépreux et l'espèce que portait le lépreux lui-même. Le docteur Echeverria en compte quatre espèces : ce sont autant de moyens de vérification. En présence de faits comme ceux que nous venons de supposer, et que nous ne présentons qu'à titre d'exemples, on viendrait nous dire, avec M. Clot, que personne, dans les pays infectés, ne croit à la contagion ; que les nourrices lépreuses continuent à allaiter leurs enfants ; que les jeunes gens franchissent les murs des lazarets et se livrent impunément à un dégoûtant libertinage avec les jeunes lépreuses : on nous dirait tout cela et beaucoup d'autres choses, que nous n'en serions pas le moins du monde ébranlé.

Nous avons promis de ne nous livrer qu'à des considérations théoriques ; nous n'irons pas au delà. Sur les conclusions de M. Gibert, l'Académie a décidé qu'une copie du rapport serait transmis à M. Jules Bourcier, consul de la République à Quito, qui avait communiqué à l'Académie le travail de M. Echeverria, pour en faire l'usage qui lui paraîtra le plus favorable à ses vues. Elle a en outre, en adressant des remercîments à l'un et à l'autre, exprimé le vœu « que les léproseries soient désormais transformées en de véritables hôpitaux où les lépreux soient considérés comme des malades en traitement et non comme des sujets incurables et dangereux qu'il faut à tout prix séquestrer de toute communication et de toutes relations sociales. » Nous sommes personnellement en mesure de promettre à l'Académie que ses recommandations sont bien placées entre les mains de M. Bourcier, dont l'intérêt pour tout ce qui touche à la santé publique s'est activement manifesté pendant son séjour à l'Équateur.

A. DECHAMBRE.

THÉRAPEUTIQUE CHIRURGICALE.

DE LA CURE RADICALE DES HERNIES INGUINALES ET D'UN NOUVEAU MOYEN DE L'OBTENIR ; par M. le docteur AUG.-D. VALETTE, chirurgien de l'Hôtel-Dieu de Lyon.

(Suite et fin. — Voir les numéros 17, 19 et 20.)

Toute explication doit trouver sa justification dans les faits ; toute théorie, pour être acceptée, a besoin du critérium expérimental. Voyons donc ce que l'observation clinique m'a appris.

Je n'ai pas besoin de faire remarquer que tous les malades dont je vais rapporter l'histoire ont été opérés dans mon service de l'Hôtel-Dieu, devant un très-grand nombre de médecins, d'internes et d'étudiants en médecine ; deux d'entre eux ont été, ainsi qu'on le verra, opérés à la clinique et sous les yeux du professeur Bonnet, qui, dans cette circonstance, m'a prêté, avec une bienveillance que j'avais déjà depuis longtemps appréciée, l'appui de ses conseils et de ses encouragements. Quelques-uns de nos malades ont été vus par des médecins étrangers, de passage à Lyon ; les observations suivantes présentent, en un mot, un caractère d'authenticité capable, je l'espère, de satisfaire le lecteur le plus exigeant.

OBS. I (recueillie, salle Saint-Sacerdos, n° 1, par M. Dumay, interne à l'Hôtel-Dieu, aujourd'hui médecin à Bourg (Ain). — Claude Suchet, âgé de 47 ans, demeurant à Chessy-les-Mines, département du Rhône, où il exerçait la profession de tisserand, entre à l'Hôtel-Dieu vers la fin de septembre 1849.

Cet homme, d'un tempérament lymphatico-sanguin, d'une constitution un peu débilitée, porte, du côté droit, une hernie qui a le volume d'une tête de fœtus à terme : à l'état de repos, cette hernie est contenue assez bien par un bandage, mais lorsque Suchet se livre aux mouvements que doivent exécuter les membres pelviens, pour le tissage de la toile, les intestins s'échappent ; alors surviennent des coliques et des douleurs qui le forcent à suspendre son travail. C'est pour trouver un moyen qui le mette en position de gagner sa vie, qu'il vient réclamer les secours de la chirurgie.

La tumeur est entièrement réductible, l'ouverture qui lui livre passage permet l'introduction de trois doigts réunis qui pénètrent directement dans le ventre ; toute trace de canal inguinal a disparu.

Le 2 octobre 1849, M. Valette fait, sur ce malade, la première application d'un procédé opératoire qu'il a imaginé pour la cure radicale des hernies, en présence d'un grand nombre de docteurs et d'étudiants en médecine.

(Suit la description du procédé.)

Dans ce cas, j'avais pratiqué la cautérisation avec un fer conique rougi à blanc. J'y ai renoncé depuis ; mais cette circonstance ne change évidemment rien à la valeur de l'observation.

Le 3, aucun accident n'est survenu ; le ventre est souple et indolent dans tous les points ; le malade ne souffre pas ; apyrexie complète. M. Valette craignant que la cautérisation qu'il a pratiquée la veille avec le fer rouge n'ait pas été assez profonde, applique une bandelette de canquoin sur la partie qu'il veut détruire.

4, 5. Point d'accidents. Le caustique a causé une douleur assez vive. Point de fièvre.

La cautérisation ne paraissant pas avoir été assez profonde, on creuse, avec le bistouri, une gouttière dans l'escarre, que l'on enlève en partie, et on fait une nouvelle application de canquoin.

Très-légère douleur dans ce point cautérisé.

8, 9, 10. Pas l'ombre d'accident ; l'inflammation éliminatrice commence à se développer autour de l'escarre. Le malade, qui continue à ne pas présenter le moindre mouvement fébrile, et qui a pris des potages les jours précédents, est mis au quart de portion.

13. L'escarre est complétement détachée.

17. L'appareil est enlevé ; la plaie présente un très-bel aspect.

21. Celle-ci marche rapidement vers la cicatrisation. Le malade commence à se lever. Je lui fais porter un bandage, par précaution.

30. La cicatrisation est achevée.

A ce moment, si l'on examine la partie inférieure de la paroi abdominale, l'on trouve, dans la direction suivant laquelle on a pratiqué la cautérisation, une cicatrice peu étendue en largeur, d'une longueur de 4 centimètres, blanchâtre et venant se terminer au niveau de l'orifice inguinal externe, en pinçant entre les doigts les tissus sur lesquels elle repose, on sent un cordon épais et très-dur qui affecte la même direction que cette dernière et se continue en bas, jusque dans l'anneau.

Si l'on introduit le doigt dans le point où les téguments ont été invaginés, on pénètre dans un petit cul-de-sac peu profond, au fond duquel on trouve l'extrémité inférieure du cordon cicatriciel précédent. Si l'on engage le malade à tousser, on sent ses intestins repousser cette masse de tissus fibreux, comme on les sent repousser les parois abdominales, lorsqu'on applique la main sur elles, mais on peut s'assurer qu'ils sont parfaitement maintenus.

Le malade sort de l'hôpital vers la fin de novembre.

Au mois de mars 1850, Suchet revient à l'Hôtel-Dieu pour faire constater sa

---

Maintenant appliquez ces principes à chaque nation, à la vôtre ou à la nôtre en particulier, vous aurez la clef de bien des secrets, le mot d'une infinité d'énigmes. Ainsi ne perdons jamais de vue qu'un peuple est *un*, bien qu'il soit constitué en être collectif, qu'il a comme un individu ses mœurs, ses tendances, ses habitudes, qui ne sont qu'à lui, aussi bien que sa langue, ses lois, son gouvernement qui ne conviennent nullement à d'autres. Qu'y a-t-il de plus vulgaire que l'Espagnol diffère du Hollandais, de l'Anglais, du Français, dont il est à peine séparé par les Pyrénées ; que le Chinois diffère en tout de l'Européen et même du Japonais son voisin ? Il y a donc dans chaque peuple considéré comme une grande *unité* physiologique, cet ensemble de phénomènes physiques, puis moraux qui le constituent radicalement ce qu'il est, comment il est, qui expliquent son caractère, ses actions, son but, ses entreprises ; et plus les événements sont dans le sens du tempérament de ce peuple, plus ce tempérament acquiert de puissance et d'énergie, plus il se caractérise soit en bien soit en mal. Les siècles ont beau succéder aux siècles, les générations aux générations, la spécialité physiologique nationale reste la même. La vie d'un peuple et la vie d'un individu ont donc les plus frappantes analogies, cela doit être puisque les mêmes lois vitales les régissent (1) ; le commerce, dit-on, rapproche toutes les nations ; rien de plus vrai, mais remarquez qu'il ne les confond jamais. La conquête même n'opère point cette fusion : les Grecs, soumis pendant des siècles, n'ont jamais ressemblé aux Turcs leurs vainqueurs ; il en est de même aujourd'hui des Français et des Arabes. Le type juif ne s'est-il pas conservé à travers toutes les révolutions subies par ce peuple jeté depuis des siècles à travers les autres peuples dont il est néanmoins parfaitement distinct, quel que soient d'ailleurs la langue, le climat et les mœurs ? Ainsi la médecine, cette science du *corps et de l'âme*, comme dit Bacon, peut donc s'entendre de l'esprit, de l'âme d'une nation, pensant, agissant, fonctionnant, ainsi qu'une grande et forte individualité. On est forcé de revenir à ce principe fondamental que la société est l'homme même sur une grande échelle, que les passions de cette société, ses vertus, ses crimes, ses actes bons et mauvais, ont pour prototype l'être individuel tel que la nature l'a fait. Voulez-vous donc connaître, je dis plus, voulez-vous expliquer un peuple dans le sens historique, c'est-à-dire dans son passé, son présent et même son avenir, étudiez, approfondissez son tempérament, alors tout vous sera éclairci ; j'insiste à dessein sur ce point, car il est capital. Vous voyez, mon cher confrère, que les médecins ont un moyen de plus que les politiques, que les législateurs vulgaires comme base d'appréciation dans de graves circonstances, et que les *renvoyer à leurs malades*, comme on le dit parfois si dédaigneusement, si sottement, peut s'entendre de bien des manières. Passons maintenant à quelques exemples.

(1) Il y a des auteurs, même non médecins, qui ont aussi considéré le corps social comme un seul être. Hobbes, par exemple, présente une nation constituée en corps politique, sous l'image d'un grand individu dont les parties élémentaires sont tous les individus de cette nation. L'organisation de son *leviathan* est en grand ce qu'est en petit celle de chacun des hommes dont il se compose. Sa force est la somme de toutes leurs forces ; sa vue, la somme de toutes leurs vues ; son intelligence, la somme de toutes leurs intelligences, et son véritable intérêt, la somme de tous les intérêts véritables.

position; il avait repris ses travaux et avait eu la précaution de conserver un bandage, afin de soutenir la cicatrice. Les coliques, les douleurs d'autrefois ne s'étaient pas montrées un seul jour. A cette époque, la guérison ne s'était pas démentie. La cicatrice solide et résistante que j'ai décrite plus haut n'avait pas le moins du monde cédé, et les intestins étaient toujours parfaitement maintenus.

Obs. II (recueillie, salle Saint-Sacerdos, n° 13, par M. Dumay, interne). — Jacques Espervier, âgé de 43 ans, profession de mineur dans les puits de charbon.

Tempérament sanguin, constitution excellente, porte au côté gauche une hernie très-volumineuse, et dont les dimensions peuvent être comparées à celle de la tête d'un enfant de 3 à 4 ans. Lorsque le malade est debout, la tumeur dépasse la partie moyenne de la cuisse. Elle est facilement réductible, et lorsque toute la masse intestinale est rentrée dans le ventre, on peut facilement engager trois doigts réunis, dans l'anneau qui lui a livré passage. Cette tumeur est habituellement le siége de gargouillements et de coliques que la marche rend insupportables. Le malade, depuis longtemps, ne peut plus se livrer aux travaux de sa profession; il réclame avec instance une opération qui pourra mettre un terme à un mal qui le réduit à la mendicité. Il est inutile de faire remarquer que, dans ce cas, un bandage n'a aucune action. M. Valette pratique son opération le 28 février, devant un grand nombre de médecins, parmi lesquels nous pouvons citer M. Barrier, chirurgien en chef de l'Hôtel-Dieu, MM. Gensoul, ancien chirurgien en chef, Bonnet, professeur de clinique chirurgicale, Teissier, Girin, Peyraud, médecins de l'Hôtel-Dieu, etc.

1er mars 1850. La cautérisation a causé, comme toujours, des douleurs assez vives; le pouls n'a pas sensiblement augmenté de fréquence.

2, 3. Le ventre est partout souple et indolent; le pouls a son rhythme normal. On fait une seconde application de canquoin.

4. Même état général. La plaque avait été un peu fortement serrée; il en résulte un peu de rougeur érysipélateuse au pourtour de l'escarre.

5. Pouls à 80; la rougeur, que l'on n'a combattue que par des onctions mercurielles, diminue.

6, 7, 8. Même état; apyrexie complète.

9 au 13. L'escarre est détachée. La plaie est vermeille et bourgeonnante; une troisième application de chlorure de zinc est faite.

15. Ventre souple, indolent; apyrexie complète. L'appareil est enlevé.

22. La plaie est complétement cicatrisée.

Le malade reste un mois en observation. Il sort le 29 avril. Les intestins sont parfaitement maintenus dans le ventre. Un léger bandage est appliqué, afin de soutenir la cicatrice.

Obs. III (recueillie, salle Saint-Sacerdos, n° 35, par M. Bossu, interne du service). — Antoine Rogemond, âgé de 52 ans, habitant Colombier, département de l'Isère, entré à l'Hôtel-Dieu le 30 avril 1850.

Hernie inguinale gauche, du volume d'un œuf de poule, parfaitement réductible.

Le canal inguinal est conservé; on peut y introduire avec facilité le petit doigt.

L'opération est pratiquée le 15 mai. Dans la journée, douleur assez vive, mais parfaitement localisée; le pouls reste à 65.

17. Le caustique est enlevé.

22. L'escarre tombe; le malade n'a pas présenté le moindre symptôme inquiétant. Point de fièvre; une nouvelle application de chlorure de zinc est pratiquée.

25. La nouvelle escarre se détache et laisse voir la surface antérieure de l'invaginateur.

26. L'appareil est enlevé.

4 juin. La plaie est complétement cicatrisée; le doigt ne peut plus pénétrer dans le canal, dans le trajet duquel on sent le bouchon tégomentaire.

7. Le malade se lève.

20. Il sort de l'Hôtel-Dieu; on a beau le faire tousser, explorer l'anneau avec le plus grand soin, on constate que la hernie n'a pas la moindre tendance à se reproduire. Comme le malade n'habite qu'à quelques lieues de Lyon, on lui recommande de venir de temps en temps, se faire examiner.

Le malade a tenu sa promesse, il est venu me voir vers la fin de décembre 1850 (c'est-à-dire sept mois après l'opération). Depuis sa sortie de l'Hôtel-Dieu, il n'a pas cessé de se livrer aux rudes travaux de cultivateur. J'ai pu constater que la cure était radicale et ne s'était pas démentie.

J'ai présenté ce malade à M. Bonnet, qui l'a examiné avec le plus grand soin, ainsi que plusieurs docteurs qui suivaient ce jour-là sa clinique. Tous ont reconnu la solidité de la guérison.

Obs. IV (recueillie par M. Bossu). — Louis Noël, âgé de 20 ans, ouvrier, mécanicien, né à Paris, qu'il a habité jusqu'ici, entre à l'Hôtel-Dieu le 23 avril 1850.

Ce malade avait quitté la capitale quinze jours avant cette époque et se dirigeait sur Marseille. Il avait franchi la distance de Paris à Lyon en quinze jours, mais il a fait une partie de la route soit en chemin de fer, soit sur les bateaux à vapeur; il estime à 50 lieues ce qu'il a fait à pied; arrivé à Lyon, il est obligé de s'arrêter, parce que la hernie dont il est porteur ne peut pas être contenue par son bandage. Le malade a une connaissance parfaite de son état. Il nous dit que sa hernie est congénitale, qu'il savait que ces affections n'étaient pas susceptibles de guérison. Il nous demande seulement un appareil contentif plus parfait que celui qu'il possède.

Cette hernie, située du côté droit, a un volume considérable et que j'estime à la moitié de la tête du malade. Elle est parfaitement réductible, et le doigt pénètre avec la plus grande facilité dans l'anneau inguinal; il ne reste pas trace de canal. Les deux anneaux sont confondus.

Le 15 mai, l'opération est pratiquée en présence d'un grand nombre de témoins.

17. Le caustique est enlevé; le malade a souffert dans la journée du 16, mais la douleur est tout à fait locale et le pouls ne trahit pas la moindre reaction.

18. Jugeant que j'aurais à détruire une assez grande épaisseur de tissus pour arriver jusqu'à l'invaginateur, j'enlève avec le bistouri une certaine épaisseur de l'escarre, et je fais une seconde application du caustique.

19. A part la douleur, pas le moindre phénomène à signaler.

23. L'escarre commence à se détacher, l'inflammation est tout à fait localisée et ne s'étend pas au delà d'un rayon très-petit.

25. L'escarre tombe; une nouvelle application de caustique est faite.

30. Celle-ci se détache.

5 juin. L'appareil est enlevé.

20. La cicatrisation est complète.

Le malade se lève. On constate que la hernie ne se reproduit pas. M. Valette engage vivement le malade à rester quelque temps pour donner le temps au tissu inodulaire d'acquérir une certaine solidité. Mais mes recommandations sont inutiles, et malgré mes conseils, Noël sort de l'hôpital quatre jours après. Or voici ce qui est arrivé depuis.

Ce malade s'est mis en route immédiatement, et au lieu de prendre le bateau à vapeur pour descendre le Rhône, ainsi qu'il me l'avait promis, il fit la route à pied et se rendit à Toulon. Plusieurs mois après il est revenu. La hernie s'était reproduite bien moins volumineuse qu'auparavant, mais enfin elle avait le volume du poing; ce malade est rentré à l'Hôtel-Dieu, et malgré la récidive qui avait eu lieu, comme il avait pu suivre et qu'il savait dans quel état se trouvaient quelques-uns de mes opérés, il m'a supplié de ne pas lui laisser cette infirmité, qui le mettait dans l'impossibilité de se livrer aux travaux de sa profession. Je l'ai donc opéré de nouveau. Son observation se trouve plus loin. Je ferai remarquer dès à present que l'appareil a été enlevé sans que j'aie pu voir au fond de la plaie la face antérieure de l'invaginateur. Je présumais que la cautérisa-

---

A partir du principe physiologique dont nous avons parlé, où demande les caractères distinctifs du tempérament national en France. Laissons de côté les exceptions; eh bien! l'histoire et l'histoire la plus reculée nous apprend que ce tempérament est sanguin, nerveux, irritable, mobile; or le caractère moral répond parfaitement à cette disposition physique, quels que soient les époques, les changements de mœurs, les formes de la société, vous trouverez constamment chez nous une sensibilité vive, une imagination qui s'exalte facilement, une mobilité nerveuse susceptible de prendre tous les tons, de s'élever à tous les diapasons possibles dans le bien et le mal, en un mot un peuple impatient, inquiet, remuant, modéré, violent, sensé, inconséquent; l'élan, la fougue, ce qu'on appela jadis la *furia francese*, ce sont par cela même des traits marquants; puis, d'un autre côté, un sens si net, si pénétrant, si essentiellement pratique, que la plupart des autres peuples cherchent à l'imiter, quelquefois même en lui prodiguant l'injure. N'est-ce pas là ce que tous les historiens et les moralistes les plus graves comme les plus impartiaux ont remarqué chez nous dans tous les temps? et ils ont raison, car c'est l'essence même de notre manière d'être que les circonstances, les événements ont so modifier à la surface, mais jamais radicalement; les traits de la nature ne sont-ils pas toujours profonds et indélébiles?

Maintenant étant donné le tempérament national dont je viens de parler, imaginez ensuite que cet être *collectif*, le peuple français, soit lancé pendant de longues années dans la carrière orageuse des révolutions, qu'il soit soumis à des événements extraordinaires, stimulé par une gloire immense ou accablé par des malheurs inouïs, livré aux chances de la fortune les plus diverses, les plus contraires, indépendamment des effets d'une civilisation poussée jusqu'au raffinement d'une corruption élégante, et vous trouverez que le tempérament national surexcité dans tous les sens, tendant à devenir extrême, prendra les formes les plus saillantes, les plus prononcées de ce même tempérament; il peut en retirer quelques avantages, mais n'est-ce pas aussi d'incalculables malheurs. Dès lors vous cesserez d'être surpris de voir un peuple ainsi organisé passer soixante ans à faire et à défaire des rois et des lois, des gouvernements et des constitutions. Il n'est pas de toile de Pénélope comparable à un pareil travail. C'est bien à nous que peut s'appliquer le proverbe slave : « J'ai quitté un bord, et je n'ai pas encore atteint l'autre. » Remarquez qu'il ne s'agit nullement d'une hypothèse anthropologique ou philosophique, mais d'un principe physiologique appliqué à cette *unité* collective qu'on appelle une nation. Or, d'après cette mobilité nerveuse qui nous caractérise, ne soyez point surpris de voir dans notre nation un désir continuel de changement, de remettre tout en question, puis de demander des solutions qui ne se fassent pas attendre. On a comparé depuis longtemps le peuple français au peuple d'Athènes, parce qu'il est, dit-on, éminemment spirituel et léger, parce qu'il s'occupe beaucoup de la queue du chien d'Alcibiade, parce qu'il n'est pas de peuple qui se lasse plus vite d'Aristide, et de l'appeler le *juste*, parce qu'il est possédé de l'esprit de nivellement pris au plus bas degré, parce qu'il menace d'ostracisme toute supériorité. On ne saurait contester qu'il y a du vrai dans cette comparaison. Ne sommes-nous pas, en effet, comme le peuple qui fit retentir l'*Agora* de tant de clameurs, toujours disposé à s'arrêter à la surface et non à pénétrer le vif des questions? Oui, le peuple français est aussi, comme celui d'Athènes, fron-

tion avait été assez loin. C'est là une faute que j'ai commise. Depuis, l'expérience m'a appris que l'on ne pouvait compter sur une guérison complète que lorsque l'invaginateur avait été mis à découvert. Cette circonstance n'est pas étrangère à la récidive, et aujourd'hui que l'hésitation inséparable des premières tentatives a disparu, je ne m'arrête et n'enlève l'appareil que lorsque le résultat énoncé a été obtenu.

Obs. V (recueillie, salle Saint-Sacerdos, n° 32, par M. Jantel, interne du service). — Lombard (Pierre), âgé de 28 ans, cordonnier, entré à l'Hôtel-Dieu, le 21 janvier 1850.

Ce malade est d'une constitution détériorée; ses membres inférieurs grêles et bizarrement contournés indiquent que Lombard a été autrefois atteint de rachitisme.

Du côté gauche existe une hernie inguinale volumineuse. La tumeur a 22 centim. de hauteur, 30 centim. de circonférence à sa partie moyenne, 9 seulement à son pédicule; elle est, du reste, parfaitement réductible. L'anneau est prodigieusement dilaté; on pourrait, en forçant un peu, introduire quatre doigts dans la cavité abdominale. Le malade a cherché inutilement un bandage qui pût maintenir les intestins; ceux-ci s'échappent même dans la position horizontale. Des troubles assez graves existent depuis longtemps dans les fonctions digestives.

Le 1er juillet 1850, M. Valette pratique son procédé de cure radicale.

Les souffrances sont assez vives pendant six heures; aucun trouble général ne se manifeste; le pouls est calme, régulier; la peau est douce au toucher. La nuit est tranquille.

2 juillet. Nouvelle application de caustique; mêmes phénomènes que la veille.

6. Une troisième application de chlorure de zinc est faite.

11. Une dernière application.

Pendant tout ce temps-là et jusqu'au 22, jour de la chute de l'escarre, on n'observe pas le moindre phénomène inquiétant. Il n'y a jamais eu de fièvre. Dès le 2 juillet, le malade a mangé le quart de portion. La douleur est le seul symptôme pathologique que l'on ait dû noter, et encore celle-ci a-t-elle été toujours très-circonscrite, localisée dans le point cautérisé; elle n'a été un peu vive, du reste, que les jours où on renouvelait l'application du caustique.

24. L'appareil est enlevé.

5 août. La plaie est, à peu de chose près, cicatrisée. Les intestins sont parfaitement maintenus, et on sent l'ouverture complétement obturée par un bouchon volumineux. M. Amussat, qui se trouve de passage à Lyon, examine le malade et constate l'état qui vient d'être décrit.

Vers la fin de septembre, le malade sort de l'hôpital, bien que M. Valette l'engageât fortement à rester encore, afin de l'avoir en observation. A sa sortie, les choses n'avaient pas changé. La guérison était complète.

Deux mois après sa sortie, ce malade est revenu à l'Hôtel-Dieu faire constater l'état dans lequel il se trouvait; la cure ne s'était pas démentie.

Les observations qui précèdent, et sur la valeur desquelles je reviendrai, étaient sans doute au moins très-encourageantes. L'absence de symptômes généraux, la marche tout à fait simple des phénomènes locaux, suffisaient pour me démontrer ce que la théorie m'avait fait pressentir; mais telle qu'elle avait été exécutée, l'opération présentait encore d'assez grandes difficultés; elle réclamait des modifications, des perfectionnements. Le plus grand inconvénient que l'expérimentation m'avait fait reconnaître était la difficulté de bien maintenir l'invaginateur en place. Si l'on veut jeter un coup d'œil sur la figure 1, on verra que la disposition de l'aiguille et de la plaque suffisait, à la rigueur, à empêcher mon instrument de sortir; mais sa position n'était pas complétement fixe; il était un peu poussé au dehors; j'avais bien, il est vrai, la ressource de serrer l'écrou de la plaque; mais cette compression pour être efficace devait être assez forte; les tissus alors se trouvaient comme étranglés, et je retombais dans les dangers que je m'étais proposé d'éviter. L'observation II était de nature à me dissuader d'employer ce moyen; non-seulement l'invaginateur avait une tendance à sortir, mais il avait encore l'inconvénient de se déplacer dans le sens de son axe; il ne restait pas dans la position oblique dans laquelle j'avais la précaution de le placer; il se redressait en partie, son extrémité libre se rapprochant de la cuisse du malade; ces mouvements de descente et de déviation latérale, outre qu'ils pouvaient faire manquer l'opération, avaient toujours pour résultat de déchirer les adhérences, à mesure qu'elles se formaient, ou de les empêcher de se faire dans une grande étendue. Cette circonstance n'a pas peu contribué, je crois, à amener la récidive que j'ai signalée chez le malade de l'obs. IV; toujours est-il que je cherchai à assurer l'immobilité de l'invaginateur pendant toute la durée du traitement; et c'est pour l'obtenir que j'ai fait construire la ceinture que j'ai décrite, et que j'ai apporté à l'invaginateur quelques modifications sur lesquelles je ne veux pas revenir. Je me bornerai à dire que la plaque fenêtrée a été supprimée. L'opération a été par le fait simplifiée, son exécution rendue plus facile. Voyons les résultats que j'ai obtenus avec ces modifications.

Obs. VI (recueillie, salle Saint-Louis, n° 30, par M. Bossu, interne du service). — Jacques Serindard, âgé de 14 ans, demeurant à Sainte-Marguerite-de-Meaux, département de la Loire, d'un tempérament lymphatique, d'une constitution délicate, mais jouissant d'une bonne santé, est porteur d'une hernie inguinale droite volumineuse. Ses parents, qui l'amènent à Lyon pour le montrer à M. le docteur Roy, médecin de l'Hôtel-Dieu, ignorent complétement la nature de la maladie et racontent que, dès sa plus tendre enfance, une tumeur existe au pli de l'aine, mais qu'ils n'y ont attaché d'importance que lorsqu'ils ont vu qu'elle présentait un volume considérable et que la santé était menacée. M. Roy le fait entrer à l'Hôtel-Dieu, dans le service chirurgical de M. Valette, le 10 septembre 1850. La hernie est parfaitement réductible; elle présente, lorsque le sujet est debout, le volume de ses deux poings réunis. L'anneau est très-dilaté et laisse passer librement le doigt médius.

4 octobre. On procède à l'opération. Comme le petit malade est extrêmement craintif et paraît redouter beaucoup la douleur, on le soumet à l'inhalation de l'éther. Aussitôt qu'il est endormi, on applique la ceinture que l'on fixe à une hauteur convenable. L'invaginateur, présentant les dernières modifications que M. Valette lui a fait subir, est introduit dans l'anneau inguinal et enfoncé à une profondeur de 7 centim.; on le place dans une direction convenable, c'est-à-dire qu'on lui donne, autant que possible, celle du canal à l'état normal; on fixe l'invaginateur en serrant les écrous. Les lames qui partent de la ceinture ayant, au préalable, été placées de façon que lorsqu'on serre les deux écrous qui courent le long de la tige de l'invaginateur, celui-ci est solidement maintenu; on fait ensuite saillir l'aiguille, et les applications de caustique sont faites. La pâte de Vienne est mise sur une étendue de 5 centim. environ et sur une largeur de 4 à 5 millim.; quelques minutes après on remplace le caustique par une bandelette de diachylon de canquoin.

5. Le malade souffre; il est un peu agité; le pouls est légèrement accéléré. Ces phénomènes s'expliquent et sont plutôt le résultat de l'inhalation de l'éther que de l'opération elle-même.

6. La tranquillité la plus complète a remplacé l'agitation légère de la veille. Jusqu'au 13, le même état s'observe.

15. Chute de la première escarre qui présente une longueur de 6 centim. au moins, une largeur de 2 centim., une épaisseur d'un demi-centimètre. On fait immédiatement une seconde application de chlorure de zinc.

16. La douleur est moins vive que dans la première application. (C'est ce qui

---

deur par nature et par habitude, sceptique, railleur, indiscipliné; il est en outre amoureux du bruit, avide de mouvement et d'émotion, prompt à oublier toutes les leçons du passé, toujours mécontent du présent, toujours impatient de l'avenir et ne le prévoyant jamais comme il doit être, crédule dans ce qui flatte ses désirs, obstiné dans ce qu'il croit propre à les servir, auquel il n'a manqué jusqu'ici pour être le premier peuple du monde que de bien connaître ses intérêts, de juger ce qu'ils sont et là où ils sont. Ajoutez que la rapidité, la grandeur des événements, la succession infinie des émotions en sens opposés, la mobilité dramatique de toute la vie sociale, nous ont fait contracter l'habitude de cette curiosité inquiète, vivace, de cette turbulence brouillonne, qui ne cherchent, qui ne demandent qu'à changer d'objet. Alors n'êtes-vous pas frappé, cher confrère, des origines physiologiques et des conséquences qu'elles amènent? Du reste, cette frivolité athénienne qui nous est tant reprochée et qui tâche de s'allier le plus possible à la philosophie *benthamique* de l'utilité, est aussi compensée par de grandes qualités. Nos sympathies sont vives, nos affections généreuses et nos cœurs dévoués; attribuez nos torts à un enthousiasme peu réfléchi si vous voulez, à une tête ardente, jamais à un esprit calculateur et froid, se couvrant avec prudence du masque de la raison. En analysant ce caractère, vous le trouverez empreint d'idéalité et de réalité à la fois, libre et flatteur, enthousiaste et positif, héroïque et résigné, parfois grave et toujours brillant. On conçoit qu'avec de telles dispositions physiques et morales un peuple intelligent et actif, prêt à tout sacrifier à sa passion du moment quand on sait lui en faire un système, prêtera l'oreille à des sophistes qui mettant à profit les généreuses illusions des uns, les mauvais désirs des autres, érigeront en théorie cette impatience de toute autorité, cet esprit d'égalité extrême, cet amour aveugle du changement et du bien-être qui sont tout à la fois le penchant et la perte des sociétés actuelles. Hippocrate dit que *l'homme est malade dans le sens de son tempérament*; eh bien! appliquez cette sentence à l'unité d'un peuple comme à l'unité individuelle, et vous arriverez à la solution d'une infinité de problèmes. C'est là ce qui se retrouve dans chaque nation, dans la vôtre également, et l'histoire de votre pays, notamment celle qu'a écrite l'illustre jésuite Mariana, en est la preuve manifeste.

Voltaire, qui voit toujours juste quand la passion n'offusque pas son jugement, dit en parlant des Français: « C'est une drôle de nation, *quæ sola constans in levitate sua est*; elle ressemble à l'Euripe, qui a plusieurs flux et reflux sans qu'on ait jamais pu en assigner la cause. » (A M. de Belloi, 1772.) Vous voyez, si je ne me trompe, que cette cause n'est pas absolument difficile à trouver. Voltaire dit encore ailleurs: *Ah! si les Français n'étaient pas si Français!* Autant vaudrait dire: si les Français n'étaient pas des Français; peuvent ils agir, en effet, autrement que d'après les impulsions de leur nature et de leur manière d'être? Qu'on ne cherche pas plus loin la cause de leur légèreté, de cet abandon sur plusieurs points importants, surtout de leur peu de confiance dans cette force secrète et puissante qui forme, qui développe, qui affermit les institutions; de là aussi ces sophistes hardis soutenant que le monde est à refaire de la base au sommet, qu'ils en ont un tout confectionné à faire valoir. Malheureusement, comme dit saint Augustin, *væ cæcis sequentibus, væ cæcis ducentibus.*

Vous le voyez, mon cher confrère, la physiologie appliquée aux hommes réunis

arrive du reste toujours; la cautérisation de la peau est beaucoup plus douloureuse que celle des parties sous-jacentes.)

17, 18, 20. Le pouls est normal; le ventre est souple, tout à fait indolent, si ce n'est dans la partie malade et dans une très-petite étendue. L'état général est excellent. Depuis le lendemain de l'opération, le malade mange le quart de portion.

21. Chute de la nouvelle escarre.

22. Troisième application de caustique. Rien absolument à noter; la douleur a été presque nulle.

23. Le pouls est un peu fébrile; il y a de la chaleur à la peau; il n'y a pas, en un mot, une apyrexie complète. Le ventre est cependant indolent. Rien de ce côté n'explique à M. Valette ce petit mouvement de réaction qu'il n'a pas l'habitude d'observer chez ses opérés; aussi s'en inquiète-t-il et cherche-t-il la cause d'un trouble qu'il regarde comme une circonstance concomitante; il la trouve bientôt, car, en voulant explorer la poitrine, il s'aperçoit qu'une large brûlure avait été faite en ce point. Voici l'accident qui était arrivé: La sœur lui avait apporté une énorme soupe au pain, et en voulant la placer sur la planche qui se trouve à la tête du lit, le bol avait échappé de ses mains, et le potage était tombé sur la poitrine; il en était résulté une brûlure de 15 centim. carrés, brûlure au second degré dans la plus grande partie de son étendue, au troisième dans son centre. Craignant sans doute qu'on ne mît cet accident sur le compte de son inattention, la sœur avait recommandé au malade de ne rien dire; et celui-ci, qui ne se souciait pas de se brouiller avec elle, avait fidèlement observé la consigne. Quoi qu'il en soit, cet accident n'eut pas de suite; mais M. Valette ne manqua pas de faire observer aux élèves qui suivaient sa visite combien son procédé était innocent, puisqu'il n'amenait même pas les troubles légers qu'une brûlure de peu d'étendue avait suffi à produire.

25. Chute de la troisième escarre. L'invaginateur n'étant pas mis à découvert, une quatrième application de caustique est faite au fond de la plaie.

2 novembre. Chute de l'escarre; on aperçoit une petite surface noire au fond de la plaie; l'invaginateur était mis à nu dans un point.

3. Une cinquième application de caustique est faite dans le but de découvrir largement l'instrument.

8. Le but est atteint; l'appareil est enlevé; l'état général et l'état local sont très-satisfaisants.

20. La plaie marche rapidement vers la cicatrisation.

5 décembre. Celle-ci est achevée; le malade commence à se lever; il est tenu en observation jusqu'au 15 janvier 1851. Ses parents viennent le chercher et manifestent le désir de ne pas le laisser plus longtemps. La guérison est complète. Non-seulement les intestins ne sortent pas, mais bien que le malade n'ait pas cessé, depuis un mois, de courir, de jouer avec ses camarades, ils ne manifestent pas la moindre tendance à sortir, même sous l'influence d'une toux forcée.

J'ai rapporté avec détails cette observation, parce que c'est la première fois que j'ai pu appliquer ma méthode avec les perfectionnements dont l'expérience m'avait démontré la nécessité. Toutes les personnes qui ont pu voir ce malade ont été unanimes à reconnaître que la guérison était aussi parfaite, aussi complète qu'on pût le désirer.

M. Vulfranc Gerdy, de passage à Lyon, dans le courant du mois d'octobre, a examiné ce malade, et peut témoigner, non pas de l'efficacité de la méthode, puisque l'appareil était en place et que l'opération n'était pas achevée, mais de son innocuité absolue, dans ce cas-là au moins.

Je ne veux pas donner à ce travail trop d'étendue; aussi me bornerai-je à énoncer seulement les résultats obtenus chez trois autres malades qui sont, du reste, encore en traitement au moment où j'écris ces lignes.

M. le professeur Bonnet a bien voulu pratiquer mon opération dans son service; il a même eu l'extrême obligeance de la faire avec moi. Deux malades couchés, l'un au n° 12, l'autre au n° 13 de la clinique chirurgicale, ont été opérés, le premier, le 21 novembre 1850. L'appareil est resté en place jusqu'au 1er décembre; huit applications de caustique ont été faites. Le n° 13 a été opéré le 20 décembre. L'appareil a été gardé jusqu'au 27; il y a eu sept applications de caustique. Chez ces deux malades, absence complète d'accidents, innocuité en un mot comme chez ceux dont l'histoire se trouve plus haut. Aujourd'hui la cicatrisation n'est pas achevée chez le n° 13; le résultat ne peut donc pas être jugé.

Chez le n° 12, qui portait une hernie grosse comme les deux poings, la guérison a paru complète.

Pendant une quinzaine de jours, les intestins ont été parfaitement maintenus; mais depuis, je dois le dire, la maladie a reparu et le bouchon a été peu à peu refoulé au dehors: c'est donc un insuccès; je tâcherai tout à l'heure d'en trouver la raison.

Un troisième malade a été opéré dans mon service il y a huit jours; il est couché au n° 15 de la salle St-Sacerdos; c'est le nommé Noël qui fait le sujet de l'obs. 4. L'innocuité la plus absolue a été constatée. A part la douleur produite par la cautérisation, il n'y a pas eu le plus léger phénomène morbide à signaler; le pouls, qui, la veille de l'opération, était à 68 pulsations, à 74 au moment de l'opération, a oscillé entre 65 et 75 pendant le temps que le malade a gardé l'appareil. Les choses se sont passées en un mot avec la même simplicité que si on eût appliqué le caustique sur la cuisse ou sur la fesse.

Examinons maintenant les conséquences que l'on peut tirer des faits qui précèdent; mais je dois auparavant faire une remarque.

Tous les malades que j'ai opérés étaient porteurs de hernies très-volumineuses; la plupart même ne pouvaient être contenues par des bandages. Ce choix, je dois le dire, a été fait de propos délibéré. La théorie m'avait fait préjuger que mon opération était sans danger; mais il y avait loin de là à une conviction, et ce n'est pas sans émotion que j'ai fait mes premières expériences. Il était de mon devoir de ne les tenter que sur des individus sur lesquels les hernies étaient si volumineuses, qu'elles étaient la source de troubles sérieux. On s'abuse, du reste, le plus souvent sur la signification pathologique des hernies. A en croire certains optimistes, elles ne constituent qu'une infirmité désagréable, dont on peut parfaitement neutraliser les effets au moyen d'un bandage. Un bandage, et tout est dit!... Et d'abord le brayer n'empêche pas toujours l'étranglement, soit qu'il se relâche, soit que le malade néglige de le porter, soit que, dans un effort, il laisse glisser l'intestin; le brayer en un mot ne met pas d'une manière sûre à l'abri de tout accident; ce qui le prouve, c'est que tous les jours le chirurgien est obligé d'intervenir et de combattre des complications qui se sont manifestées chez des individus qui n'étaient cependant pas coupables de négligence. Sans parler de ceux chez qui le bandage est impuissant à contenir les intestins, il n'est pas indifférent de soustraire les malades à cette influence fâcheuse qui, d'un moment à l'autre, peut entraîner des accidents mortels.

Il faut pour qu'une opération de cure radicale soit acceptée qu'elle présente, je l'ai déjà dit, deux avantages:

1° L'innocuité;

2° L'efficacité.

L'innocuité est le plus indispensable de ces avantages; un procédé, fût-il efficace, ne passerait dans la pratique qu'autant qu'il ne ferait courir au malade aucun risque. Aussi les opérations proposées jusqu'ici ont-elles été

---

en société est aussi féconde en résultats importants, qu'appliquée à chaque homme en particulier, et cela doit être, puisque les lois de la nature sont les mêmes, sur une petite ou sur une grande échelle. Voulez-vous connaître la théorie politique d'un auteur médecin? la voici: les gens nerveux, dit-il, préparent les révolutions, les sanguins les accomplissent, les bilieux les exploitent. Il y a ici quelque chose d'évidemment paradoxal et de faux, mais le principe physiologique s'y découvre dans son énergique puissance. Toujours est-il qu'un homme à tempérament nerveux, irritable, sensible, passionné, blasé, facilement exalté et non moins facilement abattu, capable de grandes comme de petites choses, et un peuple civilisé à un suprême degré, excitable et inflammable, atteint de cette maladie chronique des vieux peuples qui, lassés de tout, subissent tout, parce qu'ils n'ont de goût pour rien, si ce n'est pour les excitations violentes, ont la plus grande, la plus frappante analogie. Quand cet homme ou ce peuple ont été longtemps et rudement battus de l'orage, ce qu'ils demandent avec instance, c'est que l'orage ne recommence pas; mais ce désir n'est pas de longue durée; un système nerveux longtemps irrité est singulièrement irritable, il n'y a point d'exception à ce grand principe de physiologie. Ceci vous explique également, cher confrère, les étonnants contrastes que présentent notre nation en raison de son tempérament. Chez nous, on fait la part à la logique, mais ce qui est actuellement gêne, discipline, importune toujours. Se hâter, se précipiter est la marche ordinaire; on veut arriver de plein saut au bonheur social le plus complet, sans égard aux difficultés, aux traditions, aux liens, aux sympathies du passé. On a foi au chiffre comme régulateur social, et l'on penche facilement pour des doctrines exorbitantes, de l'entraînement, toujours de l'entraînement, un certain idéal est toujours là pour exciter les imaginations, et l'*impatience du mieux* fait franchir le bien sans utilité; on s'efforce de croire que l'impossible est possible; en un mot, on voudrait l'accord parfait des opinions, l'ordre sans compression ni arbitraire, la liberté sans l'ombre de licence, puis enfin des contributions pour personne et des places pour tout le monde. Chaque progrès a son heure sur le cadran de l'humanité; voilà ce qu'on devrait comprendre, *si les Français n'étaient pas si Français!*

Ces contrastes se remarquent également dans le caractère moral. Les actions les plus héroïques, la vertu dans toute sa grandeur, le courage le plus indomptable sont communs parmi nous; mais aussi, une fois placés dans l'atmosphère enflammée des passions politiques, paraissent les crimes les plus révoltants, les plus condamnables actions. Le Français, plus que tout autre, est capable de s'élever aux dévouements les plus sublimes, mais il est très-rare qu'il ait le courage des réformes lentes, mûres, judicieuses, efficaces, à vingt ou à trente ans d'échéance. L'avenir, ce grand mot de tous les temps, base essentielle de tous les intérêts, des solutions de tous les problèmes, ne nous touche que médiocrement; il semble toujours et trop vague et trop loin. En raison de cette prompte initiative que nous avons en tout, résultat d'une imagination vive et pénétrante, nous voulons des résultats immédiats; et Mirabeau, l'illustre tribun, avait raison de dire: « C'est un pays où l'on est toujours prêt à secouer la racine du pouvoir deux jours après qu'on l'a plantée dans le sable. » De là ces essais continuels de régénération, de constitutions, de perfectionnements qui se font à des périodes de temps plus ou moins longues. Au reste, la maladie de vouloir être *autrement* remonte bien haut dans notre histoire; cependant elle n'a jamais en

rejetées, surtout parce qu'elles ne présentaient pas cette innocuité. Je ne crains pas d'avancer que mon opération présente cet avantage au plus haut degré; non-seulement je n'ai pas eu de mort à déplorer, mais encore je n'ai pas eu le plus léger accident à combattre, tout s'est passé avec une simplicité qui a étonné toutes les personnes qui ont voulu suivre mes opérés. Le nombre de mes observations, dira-t-on peut-être, n'est pas assez considérable pour être affirmatif. Une amputation de cuisse est dangereuse, et cependant un chirurgien peut être assez heureux pour avoir une série de dix, douze, quinze succès. Cela est vrai; mais je répondrai que c'est là une objection spécieuse. En effet, si un chirurgien venait me dire: J'ai un moyen quelconque de pratiquer les amputations de cuisse sans faire courir au malade aucun danger sérieux, qu'il me démontrât théoriquement que ce moyen doit être innocent, et qu'ensuite il me fit constater sur dix opérés que sa méthode non-seulement n'entraîne pas d'accidents graves, mais que pendant toute la durée du traitement, la fièvre est nulle, l'état général le même que dans l'état de santé, je commencerais à croire que ce chirurgien a raison, surtout s'il me faisait voir ces choses sur des individus d'âge, de constitution différents, et dans un grand hôpital où les opérations, quelles qu'elles soient, ont toujours plus de gravité que lorsqu'on les pratique sur des malades isolés. Plusieurs fois depuis deux ans nous avons eu, à l'Hôtel-Dieu de Lyon, des épidémies d'érysipèle traumatique; il y a quelques mois encore que cette fâcheuse complication s'est montrée dans nos salles. Comme tous les chirurgiens, j'ai autant que possible évité de faire des opérations avec l'instrument tranchant; et toutes les fois que l'état du malade me l'a permis, j'ai dû renvoyer à une autre époque les amputations, les ablations de tumeurs, etc. Eh bien! les faits que j'avais observés avaient été si simples que je ne me suis pas le moins du monde inquiété de la constitution médicale pour mes herniaires. J'ai appliqué mon procédé plusieurs fois, et l'innocuité a été tout aussi évidente que dans les premières observations; c'est donc avec la plus entière conviction que je dis: Mon procédé est complétement innocent, et sous ce rapport aucun autre ne saurait lui être comparé.

Que penser maintenant de son efficacité? C'est surtout pour répondre à cette question que des faits nombreux sont nécessaires. On en conviendra, toutefois, les résultats que j'ai obtenus sont singulièrement encourageants, surtout si l'on se rappelle que mes opérations ont été pratiquées dans des conditions très défavorables. Que l'on ne perde pas de vue, en outre, que j'ai eu à surmonter bien des difficultés opératoires, que j'ai dû procéder au début avec hésitation, que je ne pouvais pas, en un mot, opérer avec la hardiesse que j'ai aujourd'hui. Cette question d'efficacité sera, je l'espère, bientôt tranchée, et si quelque chirurgien veut bien répéter mes expériences, je puis lui promettre que, 99 fois sur 100, la hernie sera guérie radicalement, pourvu qu'il fasse l'invagination profondément, et pourvu, c'est là une condition essentielle, qu'il pratique la cautérisation avec hardiesse, et que la chute de la dernière escarre laisse voir la face antérieure de l'invaginateur. Sous le rapport de l'efficacité, quel procédé, quelle opération peut être comparée à la mienne? Que peut-on concevoir de plus efficace que l'introduction, dans l'ouverture, d'un bouchon volumineux poussé profondément et maintenu en place pendant un temps suffisant?

Quelle inflammation plus franchement adhésive, quelle cicatrice plus résistante peut-on désirer? Et si, dans quelques cas, les autres procédés ont pu amener la cure radicale, que sera-ce de celui-ci? Aussi je ne crains pas de l'affirmer de nouveau, toutes les fois que l'opération pourra être convenablement pratiquée, la guérison aura lieu; mais combien celle-ci durera-t-elle? C'est là une autre question qu'il importe de résoudre, si faire se peut; car ce n'est pas assez qu'une maladie guérisse, il faut encore que la guérison soit définitive, ou tout au moins que les récidives ne se manifestent ni trop souvent ni trop promptement; ici encore il faudrait, pour se prononcer, avoir un grand nombre de faits depuis longtemps observés. Les résultats cliniques que j'ai consignés dans ce travail sont de nature à inspirer, pour l'avenir, une grande confiance. Il est certain que quelques malades verront leur infirmité reparaître. Cela n'est pas douteux; il faut s'y attendre; et vraiment, quand on y réfléchit, on comprend qu'il est impossible qu'il en soit autrement. En effet, quelqu'efficacité que l'on suppose à une opération, il est certain que le malade sur lequel on la pratique ne sera pas dans des conditions meilleures que si la maladie n'eût jamais existé. Pour ce qui concerne les hernies, tout ce que l'invaginateur pourrait rêver de plus parfait, c'est une opération qui mît les parties dans l'état où elles étaient avant que la lésion ne soit déclarée. Or si celle-ci a pu se manifester alors que le canal inguinal présentait sa configuration normale, qu'y a-t-il d'étonnant qu'elle se montre de nouveau après qu'elle aura été guérie! l'important, c'est que cette récidive ne se montre ni trop tôt, ni trop souvent. Exiger davantage, ce serait vouloir non-seulement l'impossible, ce serait encore chercher l'absurde. On ne peut pas demander plus au chirurgien qu'on ne demande au mécanicien, au constructeur, à l'artisan. Quand une montre se dérange, qu'un rouage se brise, on n'exige pas de l'horloger qu'il fasse que la montre ne puisse plus se déranger à l'avenir; on est satisfait de la réparation, pourvu que ce moyen de réparation ne soit pas trop coûteux et qu'il donne à l'instrument à peu près la solidité qu'il avait auparavant. Les récidives pourront donc se montrer après mon opération; l'important, je le répète, c'est qu'elles ne se montrent ni trop tôt, ni trop souvent; c'est à la statistique à démontrer ce qu'elle offre d'avantageux sous ce rapport. J'ai exposé tous les faits que j'ai pu recueillir, et si je ne formule pas ma pensée d'une manière plus catégorique, c'est que je ne veux pas avoir, à l'avenir, à retrancher une syllabe à ce que j'ai avancé. Je ne crois pas m'aventurer en disant que mon opération est complétement innocente, qu'elle est toujours efficace, et que, sous le rapport des récidives, elle est dans les mêmes conditions que la plupart des opérations chirurgicales.

La récidive n'est à redouter, du reste, que dans les hernies excessivement volumineuses et qui ne peuvent pas être maintenues par un bandage; or, dans ce cas, le malade a encore un immense bienfait à retirer de l'opération. En effet, le résultat immédiat de celle-ci, c'est la guérison. Les intestins sont toujours retenus dans la cavité abdominale, lorsque cette opération a été bien faite. Qu'on fasse alors porter un simple brayer, et on s'opposera au retour de l'affection. Le bandage, complétement inefficace auparavant, sera tout puissant alors, car son action consistera seulement à soutenir une cicatrice, et le malade, qui ne pouvait même pas trouver d'appareil contentif auparavant, assurera sa guérison au moyen d'un appareil simplement préventif.

---

plus d'intensité qu'à notre époque, où tout se fait par secousse et par imprévu, par accès et par excès. Vous voyez pourquoi nous avons perdu une infinité de croyances, de convictions et d'illusions des temps passés. Ou tâche de les remplacer, tantôt en ne cherchant, en ne voulant que le positif, tantôt par une sorte d'idéalité de perfection chimérique à laquelle nous aspirons avec une pertinacité qu'aucun malheur n'effraye, qu'aucune déception ne décourage. Ne cherchez pas plus loin une des causes principales de ces révolutions qui tout à coup éclatent parmi nous, et toujours inutilement. Aspirer vers le bien, vers le mieux, et l'impossibilité de réaliser l'un et l'autre dans cette mesure que comportent la mobilité et la condition présente des choses humaines, est le caractère marqué de l'époque. Qui le croirait maintenant? aux yeux de nos contemporains, c'est une pauvreté, c'est une vieillerie, que les excellentes paroles du chancelier Duvair, « qu'on ne doit pas être plus sage que le temps. »

C'est également en raison de la disposition physiologique dont j'ai parlé, de cet esprit prompt, agile, pénétrant, qui voit vite et qui voit loin, que notre nation a un caractère d'initiative tout particulier. La remarque en a déjà été faite, mais j'en indique la véritable cause. La France a vaincu, éclairé, policé, civilisé le monde, on a dit que c'était le cœur de l'Europe; en effet, elle a souvent éclairé, dominé les autres peuples par ses idées, par ses armes, par ses modes, par ses mœurs, et il faut le dire aussi, par ses folies aimables ou sérieuses. Il y a en elle comme une sorte de *mission providentielle*, et un révolutionnaire germanique avait pris pour devise: *Nulla salus, sine Gallis*. Mais aussi Dieu sait à quel prix est cette mission; on ne saurait en douter, c'est pour sa gloire et son tourment que la France en agit ainsi. Toujours disposée, comme on dit dans votre belle langue, *hacerse a todos*, elle fait des expériences qui lui coûtent cher, c'est-à-dire qu'elle s'expose à un changement sans fin, qu'elle s'inflige la perpétuelle et orageuse instabilité de ses institutions, bien plus, qu'elle risque les plus effroyables désastres. Que voulez-vous? chaque nation, je le répète, comme chaque individu, a ses goûts, ses prédilections, ses tendances organiques, ce qui justifie ces paroles d'un célèbre légiste: *La nationalité n'est que le vêtement de l'humanité.* Ce principe est fondamental.

Vous avez raison, me dit l'excellent confrère espagnol; il est pourtant une chose que je suis loin de comprendre, ce sont les bouleversements, les crises politiques d'un État, quand d'ailleurs il est riche, puissant et florissant. Rien n'est pourtant, lui dis-je, plus facile à pénétrer quand on a bien saisi le caractère physiologique et moral d'un peuple. Rappelez-vous sans cesse que la France ressemble à un homme éminemment nerveux, comblé de biens par la fortune, mais insatiable d'impressions, de sensations, d'agitations, de jouissances, fussent-elles même douloureuses. Eh bien! notre pays, sous plus d'un rapport, ressemble à cet homme opulent et blasé. Or ceci n'est un paradoxe qu'aux yeux de ceux qui ne voient pas, qui ne savent pas voir ou qui examinent encore moins. C'est aujourd'hui une loi écrite sur nos organes, dans notre sang, dans notre cœur, nous aimons les crises, les agitations, les *journées*, les mouvements violents, l'imprévu, l'inconnu, les secousses, les vifs battements de cœur, et quand tout cela manque, la vie semble se retirer de nous, c'est un besoin presque transformé en habitude. Un état continu de paix et d'ordre, une *pléthore* de prospérité, passez-moi l'expression médicale, ne satisfait pas longtemps, tout jours elle finit par amener cette intolérable disposition qu'on appelle l'*ennui*,

REVUE DES JOURNAUX DE MÉDECINE.

JOURNAUX ANGLAIS.

I. MONTHLY JOURNAL OF MEDICAL SCIENCE.

Les numéros de janvier, février, mars, avril, mai et juin 1850 contiennent les articles originaux suivants : 1° *Cas de hernie*; par M. Syme. 2° *Des polypes intra-utérins*; par M. Simpson. 3° *Observations de maladies de poitrine*; par M. Hughes. (Observations isolées, sans lien direct.) 5° *Observations de maladies du cœur*; par M. Douglas. (Observations isolées.) 5° *De l'habitude instinctive et involontaire de tromperie*; par M. Kinglake. (Deux observations données comme formes spéciales de *corruption morale* et relatives à des individus ayant l'habitude irrésistible de la tromperie sans aucun motif apparent.) 6° *Cas d'empoisonnement par l'acide hydrocyanique*; par M. Christison. 7° *Sur le siége de l'action morbide dans les maladies des os*; par M. Goodsir. 8° *Sur la fièvre typhoïde et le typhus fever*; par M. Jenner. 9° *Cas de tumeur hydatique dans le foie et le rein droit*; par M. Heslop. 10° *Description d'une nouvelle machine électro-magnétique à courant d'induction*; par M. Wright. 11° *Nutrition anormale des cartilages des animaux inférieurs*; par M. Redfern. 12° *Du traitement de la phthisie pulmonaire*; par M. Bennett. 13° *Observations de chirurgie*; par M. Syme. 14° *Cas de cataracte congénitale, avec développement imparfait de la lentille*; par M. William Walker. 15° *Anévrisme inguinal; suicide par ouverture de la tumeur*; par M. Miller. 16° *Cas d'hydatides de l'utérus*; par M. Hislop. 17° *Remarques sur l'érythème noueux et sur ses rapports avec la diathèse rhumatismale*; par M. Begbie. 18° *Observation de cancer dans le thorax*; par M. Kilgour. 19° *Sur l'usage habituel de l'opium*; par M. Robert Little. 20° *Addition au travail précédent, avec indication d'un mode de traitement*; par M. Christison. 21° *Cas d'empoisonnement par l'acide sulfurique*; par M. Walker. 22° *Note sur la purification et les propriétés du chloroforme*; par M. Grégory. 23° *Observations sur l'action de l'acétate de potasse dans quelques maladies de la peau*; par M. Easton. 24° *Cas d'expulsion spontanée du fœtus*; par M. Dyce.

DE LA MISE A DÉCOUVERT ET DU TRAITEMENT DES POLYPES INTRA-UTÉRINS; par M. SIMPSON.

Beaucoup de chirurgiens — et principalement ceux dont l'éducation remonte à plus de vingt-cinq ans — professent encore que l'on ne doit tenter l'ablation des polypes que lorsqu'ils ont dépassé l'orifice utérin. Avec la plupart des modernes, M. Simpson conseille plus de hardiesse, et veut qu'on aille à la recherche, puis qu'on essaye d'extirper toute production dont on a pu soupçonner la présence dans la cavité utérine.

Le côté original de cette communication porte sur le choix et l'application des moyens dont on doit faire usage pour dilater le col, et par là mettre à découvert la masse polypeuse; car, quant aux signes rationnels d'après lesquels on pourrait présumer son existence — la métrorrhagie, les pertes blanches, l'augmentation de volume de l'utérus, la pression fatigante qu'il exerce alors sur les organes voisins — ces signes, s'ils suffisent à éveiller la sollicitude du praticien, ne lui fournissent aucune donnée positive sur le siége précis, la nature et les condition, d'*opérabilité* du polype. M. Simpson insiste justement sur le peu de valeur de ces indices.

C'est donc par le toucher qu'on acquiert les seules lumières capables d'éclairer la conduite de l'opérateur. Mais pour que le toucher permette d'atteindre la production morbide, il faut préalablement que le col soit dilaté. A ce sujet, M. Simpson fait d'abord observer qu'on trouve cet orifice plus dilatable immédiatement après l'époque menstruelle, ou après les hémorrhagies qui, dans ces cas, surviennent de temps en temps. Il faut, par conséquent, choisir ce moment pour l'exploration directe.

Quant à l'agent de dilatation, M. Simpson donne la préférence à l'éponge préparée. Mais, au lieu de la rouler dans la cire fondue — comme on le fait en France — il conseille de l'enduire d'une couche de solution gommeuse concentrée. Cette substance, en effet, est d'un emploi plus commode et plus sûr, vu que, pour se dissoudre et laisser à l'éponge la faculté de se développer, elle n'exige que de l'humidité, et non pas en même temps de la chaleur, comme la cire.

Les cônes qui serviront à la dilatation du col doivent être formés de morceaux d'éponge qu'on a enroulés autour d'un fil métallique. De cette manière, lorsque le cône est devenu solide, il se trouve percé à son centre d'une ouverture, qui sert à placer la tige destinée à le conduire entre les lèvres du col. — Cette tige conductrice ressemble par ses dimensions et sa courbure à la *sonde utérine* de M. Simpson, si ce n'est que celle de ses extrémités qui doit s'engager dans l'éponge est plus ténue, plus effilée.

Un cône bien préparé demande en général vingt ou trente heures pour se développer entièrement, et alors il agrandit l'ouverture du col de manière à lui donner un diamètre quatre ou cinq fois plus considérable qu'à l'état ordinaire. Quelques injections d'eau tiède hâteot et facilitent l'expansion du corps spongieux.

Un jour de cette manœuvre suffit en général pour dilater l'orifice extérieur du col; mais lorsqu'on veut pénétrer plus profondément, il faut un emploi plus persévérant et plus prolongé de cônes d'un volume graduellement augmenté. L'ampliation forcée des parties détermine quelquefois alors des douleurs qui ne peuvent être calmées que par l'opium.

Grâce à ces précautions fidèlement suivies, M. Simpson a pu constater la présence de plusieurs polypes situés très-haut dans la cavité du col utérin. Pour en faire l'ablation, il préfère à tous les instruments un fil d'argent dont il place l'anse autour du polype. Puis, après avoir fait remonter cette anse de manière à ce qu'elle embrasse le pédicule, il engage les deux bouts du fil métallique dans une canule, où le jeu d'une longue vis de rappel les attire de plus en plus, à mesure qu'on la tourne. Le fil qui encerclait la base du polype est ainsi converti peu à peu en une ligature qui l'étreint et le coupe, sans plus de danger et bien plus promptement que les procédés ordinaires de ligature.

SUR LA FIÈVRE TYPHOÏDE ET LE TYPHUS FEVER; par le docteur JENNER.

Il ne reste plus guère de doute aujourd'hui sur la différence qui sépare la fièvre typhoïde du typhus fever. Nous avons eu plus d'une fois occasion de nous prononcer à cet égard, notamment lors de la dernière grande épidémie d'Irlande que nous avons considérée avec raison (l'observation l'a prouvé depuis) comme un typhus, et non comme une fièvre typhoïde. Dans le présent travail, M. Jenner a réuni toutes les considérations qui peuvent

---

et un homme célèbre de nos jours en a fait la remarque. Si l'*artère* du crédit bat un certain temps avec régularité, cette égalité d'action finit par lasser, par affadir; on veut des hauts et des bas dans notre *idiosyncrasie* sociale. Le bon sens et les capitaux, dit-on, il n'y a rien de moins révolutionnaires que ces deux choses-là, sans doute, pourvu qu'ils n'amènent pas l'ennui, ce besoin d'être ému qui tourmente les peuples très-civilisés, comme les individus. On l'a vu, la France s'ennuyait, elle a fini par s'enivrer, c'est la marche ordinaire. Il arrive encore que ce peuple, ou cet individu, excité, agité, saturé de passions, d'excitabilité, éprouvé par des crises violentes et réitérées, soupire ensuite après le repos, invoque l'ordre et une forte autorité; il y a des enthousiasmes frénétiques suivis de découragements voisins de la prostration. Aussi depuis longues années voit-on notre nation passer de l'état inflammatoire, au marasme de la chronicité, comme on dit en médecine. C'est là ce que j'ai plusieurs fois silencieusement observé, moi qui, renfermé dans l'exercice de ma profession, me tiens en dehors de tout foyer incandescent, moi qui puis dire hardiment comme votre philosophe Sancho Pança : *No pongo, no quito rey* « Je ne fais ni ne défais les rois. » Avec la disposition physiologique d'un peuple telle que je l'ai décrite, vif, inquiet, impatient, il ne faut s'étonner de rien, et que tout *arrive*, ainsi que l'a si bien dit M. de Talleyrand. Le malheur est qu'un pareil peuple, ainsi qu'un individu, toujours en vertu de la grande loi physiologique de l'habitude, prend inévitablement celle des révolutions comme toute autre, or cette habitude devient à peu près irrésistible et périodique. Rappelez-vous qu'autrefois le peuple napolitain, soumis à des vice-rois d'Espagne, se révoltait si souvent, qu'on disait que c'était sa vie à lui, sa manière d'être habituelle. Aussi vit-on paraître un livre auquel l'auteur avait mis sérieusement le titre suivant : HISTOIRE DE LA TRENTE-NEUVIÈME RÉVOLTE DE LA TRÈS-FIDÈLE VILLE DE NAPLES.

Je préviens l'objection que vous êtes sur le point de me faire. Tous les Français n'ont pas le tempérament dont vous parlez. Est-ce que le Flamand et le Provençal, est-ce que le Picard et le Bourguignon ont une parfaite analogie organique? Non, sans doute, mais au fond le caractère générique est toujours le même. Ajoutons que tous reçoivent l'impulsion d'un centre où le tempérament national est le plus fortement prononcé. L'abbé Galiani dit que Paris est *la capitale de la curiosité*; il y a plus de vérité qu'on ne pense dans cette plaisanterie. En effet, dans aucun lieu de notre pays on n'éprouve davantage, qu'à Paris, cette fièvre de l'âme, cette ardeur d'émotions vives et répétées, ce besoin d'innover, de changer, de faire des ruines et des reconstructions qu'on a remarqué dans tous les temps; c'est le pays où il y a le plus de gens d'esprit, le plus de sophistes, race vaniteuse et parlière, et d'intrépides souffleurs de bulles de savon; or ces qualités se propagent et rayonnent au loin. Quoiqu'il n'y ait pas en Espagne une capitale prépondérante comme la nôtre, que l'habitant de la Galice, de la Biscaye, de la Guipuzcoa, diffère de l'Andaloux, de l'habitant de la *Huerta de Valencia* ou de la *Vega de Grenada*, on n'en remarque pas moins partout les grands côtés du caractère espagnol, d'être grave, tenace, sobre, résolu. Quand il s'agit d'humanité, l'*individualisme* et le *collectisme* ont les plus grands rapports. Votre nation est et sera toujours à bon droit, comme elle s'en vantait du temps que j'habitais l'Espagne, la nation *la mas pundonorosa* qu'il y ait. Remarquez encore que la constitution intime d'un peuple, comme celle d'un individu, présente toujours quelque côté faible. Souvent le corps social

militer en faveur de la distinction des deux états pathologiques, et dressé le tableau comparatif des caractères qui leur sont propres. Ces caractères, dans le travail de l'auteur, sont très-nombreux ; mais tous n'ont pas une égale importance. Nous nous contenterons de citer les principaux.

Le typhus fever débute plus brusquement et marche plus vite que la fièvre typhoïde. Les taches cutanées de la première affection, très-nombreuses, disposées par groupes, assez larges, de couleur violette ou rouge foncé, indélébiles par la pression du doigt, ne ressemblent aucunement aux taches de la fièvre typhoïde. Dans celle-ci, le *coma vigil* ne s'observe jamais ; on le rencontre dans un cinquième des cas du typhus fever. La fièvre typhoïde s'accompagne presque toujours de diarrhée, souvent d'hémorrhagie intestinale ; dans le typhus, la diarrhée se montre rarement, les hémorrhagies intestinales jamais ou presque jamais. Dans le domaine de l'anatomie pathologique, la différence la plus importante consiste en ce que les follicules intestinaux, si constamment malades dans la fièvre typhoïde, restent sains dans le typhus. Enfin, et c'est là peut-être le caractère différentiel le plus significatif, le typhus fever, qui est contagieux, ne communique jamais qu'une fièvre exempte de lésion des plaques de Peyer, d'hémorrhagies intestinales, et accompagné de taches groupées, rongeâtres, ne disparaissant pas sous la pression, etc. ; en un mot, une fièvre semblable à celle qui l'a engendrée par voie de contagion, et non une fièvre typhoïde proprement dite, telle que nous la voyons dans nos climats.

Il n'est question ici que du *typhus fever* des Anglais. Le typhus dit d'*Europe*, celui qu'on a pu voir en France à l'époque de l'invasion, et qu'on rencontre encore de temps à autre dans les prisons, est-il également différent de la fièvre typhoïde ? S'il en diffère, doit-on le rapprocher du *typhus fever*, ou constitue-t-il une espèce particulière ? Ici les données de la science sont assez confuses. L'épidémie de 1814 fournit quelques éléments favorables à l'identification du typhus d'Europe et de la fièvre typhoïde ; mais ces documents sont passablement incomplets. Toutefois la plupart des auteurs qui ont écrit sur cette épidémie parlent d'*ulcérations intestinales*. En 1839, M. Landouzy a constaté, à la prison de Reims, le gonflement, le ramollissement, l'ulcération des follicules agminés de l'intestin et l'engorgement des ganglions mésentériques ; mais ne s'agissait-il pas de la fièvre typhoïde, devenue seulement plus grave, plus rapide dans sa marche, comme il arrive à toutes les maladies aiguës qui prennent accidentellement le caractère épidémique ? Quelques auteurs l'ont pensé. Plus tard, en 1845, une épidémie grave se déclara au bagne de Toulon. Le docteur Faure la considéra comme un véritable typhus, et la symptomatologie de l'affection l'y autorisait certainement. Chose singulière ! les lésions intestinales caractéristiques de la fièvre typhoïde de nos climats furent trouvées seulement dans la moitié des autopsies. Ce n'était donc pas, du moins pour tous les cas, le *typhus fever* des Anglais, qui ne s'accompagne jamais de lésion des follicules intestinaux. Ce n'était pas uniquement la fièvre typhoïde de nos climats, qui présente à peu près constamment cette lésion. Il semble que le typhus d'Europe, et pour la symptomatologie et pour les caractères anatomiques, tienne le milieu entre ces deux dernières affections.

SUR LE TRAITEMENT DE LA PHTHISIE PULMONAIRE ; par le docteur BENNETT.

Il s'agit ici de vues théoriques auxquelles le traitement de la phthisie pulmonaire devrait être subordonné. En voici le court exposé :

La nutrition n'est parfaite que par l'assimilation d'éléments albumineux et oléagineux, les premiers fournissant l'azote, les seconds le carbone. Les aliments, avant de fournir à la nutrition ses matériaux essentiels, passe par diverses transformations. Convertis dans la partie supérieure du tube digestif en albuminose et en substance émulsive, ils sont absorbés à l'état liquide et subissent encore une transformation qui donne lieu aux corpuscules du chyle d'abord, puis à ceux du sang. Or, *le caractère particulier* de la phthisie pulmonaire consiste en *un excès d'acidité dans le canal alimentaire*, par suite duquel les aliments albumineux sont rendus facilement solubles, tandis que les sécrétions alcalines des glandes salivaires et du pancréas, *plus que neutralisées*, ne peuvent transformer les éléments carbonisés en huile et faire subir aux matières grasses la préparation nécessaire à leur assimilation ultérieure. Il entre donc dans l'organisme proportionnellement plus de matières albumineuses que de matières grasses, d'où résulte la diminution graduelle du tissu adipeux et l'émaciation. Les poumons « n'ayant pas beaucoup de carbone à excréter sous forme d'acide carbonique, deviennent spécialement exposés aux congestions locales (*not having so much carbon to excret in the form of carbonic acid, become especially liable to local congestions*) et aux exsudations albumininiformes qui constituent le tubercule.

Il suit de là que le traitement de la phthisie pulmonaire doit avoir en vue principalement de rendre à la nutrition les éléments carbonés qui lui manquent. C'est à quoi pourvoit très-bien l'huile de foie. Elle se combine avec les éléments albumineux en excès et forme dans les vaisseaux chylifères ces molécules élémentaires dont le chyle est essentiellement composé.

M. Bennett entre ensuite dans des détails assez circonstanciés sur les conditions secondaires d'une bonne thérapeutique de la phthisie pulmonaire, et rapporte quelques observations de guérisons (accompagnées de planches) ; mais la pensée fondamentale de son travail réside dans la théorie que nous venons d'exposer.

Les considérations physiologiques invoquées à l'appui de cette théorie sont conformes, comme on a pu voir, aux opinions généralement adoptées aujourd'hui. On aura reconnu, dans la division des aliments en carbonés et azotés, la doctrine de Liebig, et l'on sait que, des deux sortes de globules qu'on rencontre dans le chyle, il en est une qui est constituée par de la matière grasse (globules émulsifs). Quoi qu'il faille penser de théories toutes récentes sur les agents directs de la digestion stomacale, sur l'action uniquement dissolvante des acides et uniquement digestive de la pepsine, sur l'action émulsive du fluide pancréatique, sur l'action antiputride de la bile, les *produits* du travail digestif sont assez bien connus aujourd'hui, et il est permis de se prévaloir de ces notions dans la médecine pratique. Mais l'application qui en est faite par M. Bennett au traitement de la phthisie pulmonaire est-elle justifiable ? Il y a de fortes raisons d'en douter.

Il faudrait d'abord prouver qu'il y a excès d'acide dans le tube digestif des phthisiques ; car c'est là le fondement de la théorie. Or nous ne connaissons absolument aucune expérience qui témoigne en faveur d'une pareille opinion. Nous n'admettons pas même, en fait et indépendamment de toute explication, ce que dit l'auteur dans une autre partie de son travail, à savoir, que l'alimentation des phthisiques, alors même qu'ils accusent un bon appétit, pèche toujours ou par la quantité ou par la qualité. Beaucoup de phthisiques, surtout au début de la maladie, prennent une nourriture

---

renferme dans son sein des germes de décomposition qui amènent graduellement la mort, comme se dissout un organisme où l'activité vitale a perdu de son énergie. L'extrême d'un tempérament touche à la maladie. Hippocrate n'a-t-il pas signalé les inconvénients du tempérament athlétique ? En France, le tempérament national me semble avoir atteint les dernières limites de son développement ; c'est aussi l'arbre du bien et du mal rapportant des fruits selon la culture qu'on lui donne. Mais je m'arrête, il faudrait entrer dans un ordre d'idées que je n'ai ni l'intention, ni le droit de soulever et de discuter.

Cependant comment vivre, direz-vous, dans un état de crise à peu près permanent ? comment respirer librement dans une atmosphère enflammée par des passions toujours en effervescence ? A dire vrai, cher confrère, quand le vent souffle avec violence, le rôle du roseau n'est pas agréable, mais il a aussi ses avantages ; le roseau est petit, il est faible, on l'oublie dans la foule, puis on s'accoutume à tout, et, comme la salamandre, nous tâchons de vivre au milieu du feu. D'ailleurs, quand on est bien convaincu que le mot de la vie est épreuve et non bonheur, on se trouve parfaitement disposé pour supporter les douleurs et les mécomptes ; ainsi prudence et patience, telle est, chez nous, la devise des gens sensés. J'ajoute qu'une haute maxime fortement exprimée par un grand poëte du dernier siècle devrait être à jamais gravée dans la conscience de l'homme et du citoyen :

« Fais le bien, suis les lois et ne crains que Dieu seul. »

REVEILLÉ-PARISE.

— Nous lisons dans la REVUE THÉRAPEUTIQUE DU MIDI que la suette miliaire vient de faire explosion dans le département de l'Hérault. Elle a envahi à la fois, depuis sept ou huit jours, plusieurs communes des environs de Montpellier, affectant une sorte de privilége pour celles que baignent quelques cours d'eau. En ce moment elle gagne les bords de l'Hérault. Sa gravité est alarmante, à en juger par le bruit public, s'il est vrai qu'elle a enlevé déjà un grand nombre de malades, parmi lesquels on en cite plusieurs qui auraient péri en six ou huit heures.

M. le professeur Alquié accompagné de plusieurs élèves se sont empressés à mettre au service des populations effrayées leur zèle et leur dévouement.

Les services sanitaires sont organisés ; on espère que le fléau sera circonscrit aux localités qui en sont atteintes.

— Par un décret du président de la République, en date du 14 mai 1851, et sur le rapport du ministre de la marine et des colonies, ont été nommés, à la suite d'un concours qui a eu lieu à Rochefort, savoir :

Au grade de chirurgien de la marine de première classe : MM. Lépine (Pierre-Louis-Zacharie) ; Walther (Charles).

Au grade de chirurgien de deuxième classe : MM. Louvel (Charles-Élie) ; Barthelemy (Pierre-Hilaire) ; Théze (Jean-Baptiste-Auguste).

Au grade de chirurgien de troisième classe : MM. Roulland (Charles-Saint-Alban) ; Aze (Joseph-Théophile-Alfred) ; Senelle (Charles-Marie-Adolphe).

aussi abondante, aussi substantielle, aussi variée que celle des gens bien portants et la digèrent aussi bien.

Ainsi, premièrement, rien ne prouve que la phthisie pulmonaire ait son origine dans un état morbide de l'appareil digestif. En second lieu, la présence d'un excès d'acides dans l'estomac fût-elle démontrée, aussi bien que la rapidité anormale de la dissolution et de l'absorption des substances albuminiformes, aussi bien que la prédominance relative de ces substances sur les substances carbonées, on ne verrait pas comment on pourrait y trouver une explication, soit du dépôt de tubercules dans le parenchyme pulmonaire, soit de l'émaciation des phthisiques.

En effet, si les tubercules, chimiquement analysés, donnent pour produit des substances dites *protéiques*, procédant de la formation d'*albuminose* dans le tube digestif (fibrine, albumine, etc.), il ne faut pas oublier qu'on y rencontre aussi des substances *carbonées*, notamment de la cholestérine, en assez grande proportion. Ce fait est directement contraire à la théorie. De plus, quelle devrait être la conséquence de la prédominance relative, dans l'économie, des éléments albuminiformes, protéiques, sur les éléments carbonés? La diminution progressive de la graisse dans les tissus, répond M. Bennett. Soit; mais, à côté de cela, on devrait observer un dépôt de fibrine et d'albumine en excès; car les aliments fibrineux et albumineux transformés par la puissance digestive en albuminose, ne vont pas seulement au poumon, mais se répandent dans toute l'économie, et fournissent notamment les éléments de la nutrition au système musculaire. Par conséquent, dans la théorie de l'auteur, en même temps que les phthisiques perdraient leur embonpoint, ils devraient devenir plus vigoureux, *mieux musclés*. Or on sait trop que c'est le contraire qui arrive.

Nous nous bornons à ces remarques, qui suffisent, ce nous semble, pour montrer toutes les incertitudes que le travail de M. Bennett laisse derrière lui.

ANÉVRISME INGUINAL; SUICIDE PAR BLESSURE FAITE A LA TUMEUR; par M. J. MILLER.

Ce fait est doublement remarquable, d'abord par la rareté de l'exemple qu'il présente d'un suicide qui a cherché son moyen d'exécution en provoquant volontairement l'accident même dont l'appréhension lui avait inspiré le dégoût de la vie. Il offre, en second lieu, un intérêt clinique réel, en raison des conséquences que l'examen des parties fait après la mort a permis de déduire.

OBS. — Pendant sa visite du 3 janvier 1850, M. Miller reçut un malade âgé de 60 ans, robuste et de bonne complexion. Trois ans auparavant, à la suite d'un coup reçu sur l'aine droite, dans une rixe, il avait vu s'y développer une tumeur pulsatile.

La grosseur ayant continué d'augmenter de volume, et devenant gênante par son ampliation progressive, il se décida à entrer à l'hôpital de Glasgow, où on lui proposa l'opération, qu'il refusa par le motif que sa maladie ne lui causait aucune souffrance.

Sorti, et ayant recommencé à travailler et à boire, il vit bientôt les souffrances se produire et devenir intolérables. Le membre inférieur demeurait invinciblement fléchi sur le tronc. La tumeur ovale, comparable aux deux poings réunis, était située immédiatement au-dessous du ligament de Poupart, son grand diamètre étant dirigé transversalement. Les pulsations y étaient très-fortes et superficielles.

Aussitôt après avoir été reçu dans le service de M. Miller, il exprima le plus vif désir d'être opéré promptement, par la crainte de voir une rupture subite de l'anévrisme lui devenir fatale. Mais, soit à cause des fatigues du voyage qu'il avait été obligé de faire, soit par suite des nombreuses explorations pratiquées à l'hôpital, la tumeur devint plus tendue, plus douloureuse. Il se développa, en même temps, de la fièvre avec sécheresse de la langue.

Ces symptômes imposèrent nécessairement quelques jours de temporisation. On s'occupa de les combattre par des sédatifs locaux, des opiacées, puis une saignée. Le 12 janvier, l'excitation locale et générale s'étant apaisée, M. Miller, sur la pressante et continuelle instance du malade, fixa un jour rapproché pour l'opération.

Mais les choses changèrent de face la nuit suivante. A une heure du matin, le malade qui couchait à côté de celui-ci fut éveillé par un bruit étrange. Il l'entendit se frapper violemment la tête avec une bouteille à médecine, et déjà le sang coulait de trois ou quatre profondes blessures qu'il s'était faites à la tempe. Arrêté dans l'exécution de son projet, il répondit aux assistants qu'il était las de la vie. Plus tard il revint sur ces aveux, et prétendit que les plaies avaient été causées par un accident.

Il parut d'abord tranquille; mais on le vit se lever, prendre sa veste et la mettre dans son lit. Au bout d'une demi-heure environ, son voisin fut de nouveau éveillé par le bruit d'un liquide tombant à terre. Il vit alors ce malheureux couché sur le ventre en travers de son lit. Le médecin accourut, reconnut une petite ouverture faite à la tumeur anévrismale, et y appliqua immédiatement le bout du doigt. Le sang, qui sortait par un jet semblable à celui de l'urine coulant du cathéter, s'arrêta aussitôt. Mais le malade, s'étant remis de la syncope où il était plongé, recommença à se débattre si violemment qu'il provoqua le retour de l'hémorrhagie. Il tomba encore en faiblesse, et cette fois elle fut mortelle.

On chercha alors dans son lit, et on y trouva un petit tire-bouchon de poche, plié sur son manche. C'avait sans doute été là l'instrument dont il se servit; car, en examinant de près la tumeur, on vit à sa surface plusieurs égratignures superficielles, comme faites par une main qui avait hésité, ou s'était essayée avant de faire l'ouverture par laquelle le sang sortit; celle-ci avait près de 3 lignes de longueur.

A L'AUTOPSIE, on trouva une tumeur encore très-volumineuse malgré l'évacuation de sang causée par la blessure. Elle naissait de la face antérieure de la fémorale commune, qui s'ouvrait dans l'intérieur du sac par une large solution de continuité, de 2 ou 3 pouces d'étendue. L'artère iliaque externe était refoulée en arrière et en dedans de la tumeur.

Cœur du poids de 15 onces. Dépôts athéromateux sur les valvules aortiques et mitrales. L'aorte dilatée offre à sa surface des irrégularités résultant de la présence de dépôts semblables. L'iliaque externe a deux ou trois incrustations.

On essaya de lier plusieurs des principales artères du corps; sur toutes, le fil appliqué selon le procédé ordinaire coupait le vaisseau.

L'inspection des parties montre de combien de difficultés, de quelles chances d'insuccès eût été entourée cette opération, que rien, d'après l'examen sur le vivant, n'avait présentée comme compliquée. Ainsi la diathèse anévrismale s'est révélée manifeste par les lésions les plus caractérisées. « Et cependant, dit M. Miller, le stéthoscope appliqué par un médecin très-habile n'avait rien fait reconnaître d'anormal ni dans le cœur, ni dans les parois des gros vaisseaux. »

Ainsi, d'une part, la situation de l'iliaque externe profondément cachée derrière la tumeur; de l'autre, la sécabilité des vaisseaux, enfin l'existence d'altérations prononcées sur d'autres artères, menaçaient ce malheureux d'une triple éventualité fatale. Eût-on pu mettre l'iliaque externe à découvert, elle se serait probablement rompue sous la ligature, et une hémorrhagie mortelle aurait eu lieu. Eût-on même évité cet écueil, l'opération eût-elle réussi comme opération, ce n'était rien encore. Le système circulatoire, distendu par le sang qui n'enfilait plus l'iliaque, aurait vraisemblement cédé à cette nouvelle cause d'aggravation de la maladie déjà existante dans ses parois.

OBSERVATIONS SUR L'ACTION DE L'ACÉTATE DE POTASSE DANS QUELQUES MALADIES DE LA PEAU; par le docteur EASTON.

Conformément au désir exprimé par M. Easton lui-même, nous distinguons avec soin, dans ce travail, les faits et la théorie. Les faits consistent en huit observations de maladies plus ou moins anciennes de la peau (5 psoriasis, 2 eczéma impétigineux et 1 lèpre vulgaire), dans lesquelles l'emploi de l'acétate de potasse à l'intérieur, sans addition d'aucun autre moyen de traitement de quelque valeur, a été suivi d'une guérison assez prompte. Ainsi un *psoriasis diffusa*, datant de cinq mois, a été guéri en moins de deux mois; un autre datant de deux mois a été guéri dans le même espace de temps à peu près; un troisième, de date indéterminée, mais très-prononcé, en moins de quatre semaines; un quatrième, remontant à plus de quatre ans, en treize semaines; un *psoriasis palmaris*, remontant à cinq mois, en cinq semaines; un *eczema impetiginodes*, datant de deux mois, en trente-trois jours (la maladie a récidivé); un *eczema rubrum* datant de quinze jours, en trois semaines et deux jours. Quant à la lèpre vulgaire elle s'était montrée plus de cinq ans avant l'entrée du malade à l'hôpital. L'usage de l'acétate de potasse fut commencé au mois de décembre 1849; la guérison était complète vers la fin de janvier 1850. A la date du 16 mars, il n'y avait aucun signe de récidive.

La dose d'acétate de potasse était d'un gros environ par jour, dans une potion.

Ce qu'il y a eu de remarquable dans ces observations, ç'a été l'action diurétique constante de l'acétate de potasse. Et l'auteur a constaté, par des expériences chimiques, que l'augmentation de quantité avait porté non seulement sur l'eau de l'urine, mais encore sur les éléments solides (urée, acide lithique, différents sels), en sorte qu'il en était résulté une élimination assez considérable de résidus destinés par la nature à être en effet rejetés au dehors. M. Easton rappelle en outre que l'acétate de potasse, introduit dans la circulation, a dû passer à l'état de carbonate. Puis il ajoute, que c'est à ce travail chimique, à cette conversion de l'acétate en carbonate, à la transformation enfin du carbone de l'acide acétique en acide carbonique par l'action d'une certaine quantité d'oxygène (tirée, suivant Liebig, de l'air absorbé pour l'hématose) qu'est due l'efficacité du médicament. « L'acétate de potasse, dit l'auteur, augmente la quantité des éléments solides de l'urine; l'acétate de potasse est converti dans l'économie en carbonate de potasse; le carbonate de potasse n'accroît pas matériellement la quantité des matériaux solides de l'urine; *ergò*, l'action de l'acétate de potasse sur l'urine est due à la conversion de ce sel en carbonate. » Nous ne faisons que consigner cette vue théorique.

A. DECHAMBRE et P. DIDAY.

TRAVAUX ACADÉMIQUES.

ACADÉMIE DES SCIENCES.

SÉANCE DU 19 MAI. — PRÉSIDENCE DE M. RAYER.

PROCÉDÉ DE CONSERVATION DES SUBSTANCES ALIMENTAIRES VÉGÉTALES.

M. Morin lit, au nom d'une commission composée de MM. Bichard, Payen, Robinet, Morin (rapporteur), un rapport sur les procédés de conservation des substances alimentaires végétales de M. Massou, jardinier en chef de la Société centrale d'horticulture.

Ces procédés consistent d'abord en une dessiccation à une température modérée dans une étuve, prolongée pendant un temps suffisant pour enlever l'eau surabondante qui n'est pas indispensable à la constitution des végétaux, puis dans une compression énergique donnée par la presse hydraulique.

M. le rapporteur commence à rendre compte en détail des opérations et des expériences sur les appareils de chauffage et de ventilation auxquelles la commission s'est livrée, puis il expose en ces termes la relation des essais qui ont été faits par la commission de l'Académie et par diverses autres commissions.

Deux essais seulement ont été faits devant la commission : l'un sur des choux verts frisés dits *bricolis*, et l'autre sur des épinards.

820 kilog. de choux ont été épluchés en une journée, et ont donné à l'épluchage 725 kilog. de matière verte à dessécher; on les a étendus sur 710 claies. Après 28 heures de séjour dans l'étuve, à une température de 40 à 48°, ils se sont réduits à 69 kilog. de matière sèche, ayant ainsi perdu 656 kilog d'eau ou 87 pour 0/0 de leur poids primitif, soit les 7/8. On a consommé, dans ces 28 heures, 300 kilog. de charbon, qui n'ont ainsi vaporisé que 2 kilog. 18 d'eau par kilogramme de houille.

L'autre expérience a été faite sur des épinards. 829 kilog. d'épinards bruts ont été épluchés en un jour et se sont réduits à 639 kilog. de matière à sécher. Mis à l'étuve sur 710 claies, ils se sont réduits, en 22 heures de chauffage, à 40 ou 48°, à 71 kilog. de matière sèche; ayant ainsi perdu 568 kilog. d'eau ou 89 p. 0/0 de leur poids, soit un peu plus de 7/8.

Ainsi, dans ces deux expériences, on a enlevé aux légumes verts l'énorme proportion de 7/8 de leur poids. Le pressage à la presse hydraulique a ensuite réduit le volume de manière à rendre l'arrimage on ne peut plus facile et à amener la densité à 550 ou 600 kilog. au mètre cube.

Quant à la qualité de produits et à la conservation presque parfaite de la saveur, M. le rapporteur rappelle les rapports faits par diverses commissions de marine, et cite quelques passages d'un nouveau document authentique qui lui a été remis : c'est le rapport d'une commission formée dans le port de Cherbourg par M. le ministre de la marine pour examiner les produits préparés par les procédés de M. Masson.

Les légumes examinés par cette commission étaient des choux ordinaires, du cerfeuil, des choux de Bruxelles, du céleri, des épinards, des mélanges formant ce que l'on nomme des juliennes, des carottes et des pommes de terre.

Après avoir constaté par un examen préalable le bon état, l'apparence et l'odeur satisfaisants des produits présentés, on les a soumis à l'immersion dans l'eau chaude; on a pris leur poids avant et après l'immersion, et l'on en a conclu la quantité d'eau absorbée. Il est résulté de ces observations qu'après l'immersion ces légumes ont repris la plus grande partie de l'eau qu'ils contenaient avant la dessiccation.

Le rapport de la commission de Cherbourg constate que ces légumes avaient aussi repris leur flexibilité, leur couleur naturelle, et que les formes étaient si bien conservées chez quelques-uns d'entre eux, et notamment dans le cerfeuil et dans les choux de Bruxelles, qu'ils offraient l'aspect de végétaux récemment cueillis. La saveur et l'odeur s'étaient aussi considérablement développées par l'hydratation.

La cuisson de tous ces légumes a exigé d'une heure au quart à une heure trois quarts, et, après les avoir fait assaisonner et déguster, la commission de Cherbourg déclare à l'unanimité que tout a été trouvé très-bon, mais que les épinards et les choux de Bruxelles ont sur tous les autres légumes une supériorité marquée et rappellent à s'y méprendre les légumes à l'état frais.

En présence de cet accord de toutes les commissions, des épreuves que plusieurs membres de l'Académie ont faites eux-mêmes, il ne saurait rester de doute, dit M. le rapporteur, sur les succès obtenus par M. Masson dans ses persévérants efforts pour la conservation des substances végétales alimentaires.

Si l'on ajoute que, quand la fabrication en grand sera convenablement organisée, des légumes ainsi préparés coûteront probablement moins cher que la choucroûte, que le transport de ces produits peu encombrants se fera à des prix assez bas pour permettre de tirer les légumes des lieux d'abondante production, on reconnaîtra sans doute que M. Masson a résolu, d'une manière aussi satisfaisante que simple et économique, la question importante de l'amélioration de l'alimentation et par conséquent de la santé de nos marins. A cet avantage capital, on doit joindre l'utilité des mêmes procédés pour la formation des approvisionnements des places et des armées; et, comme ils s'appliquent immédiatement et sans aucune modification importante aux plantes médicinales, ils seront aussi d'une grande utilité pour le service médical des hôpitaux civils et surtout des ambulances militaires.

Les commissaires proposent en conséquence :

1° D'accorder l'approbation de l'Académie au mémoire de M. Masson sur la conservation des substances végétales alimentaires;

2° D'envoyer un exemplaire de ce rapport aux ministres de la marine et de la guerre. (Adopté.)

CONSERVATION ET REPRODUCTION DES SANGSUES OFFICINALES ET MÉDICINALES.

M. Fermond adresse sur ce sujet un mémoire dont l'objet est de faire connaître les conditions de bonne conservation et de développement des sangsues.

Voici, suivant l'auteur, les conditions nécessaires pour élever et conserver les sangsues.

L'exposition des bassins est un des points les plus importants de la conservation et du développement des sangsues; ils doivent être exposés au midi et garantis des vents du nord et du nord-est par un mur ou tout au moins une forte palissade, et de la chaleur trop vive de l'été par l'ombre de quelques arbres. Les bassins peuvent être doublés en plomb laminé, qui n'est point nuisible aux sangsues, et qui a l'avantage de s'opposer à leur perte. L'eau de Seine est préférable pour la conservation des sangsues à l'eau du canal de l'Ourcq, et celle-ci préférable à l'eau de puits. Le niveau de l'eau dans les bassins doit être constant, afin d'assurer la conservation des œufs jusqu'à leur entière éclosion. L'eau ne doit pas être renouvelée, mais seulement remplacée à mesure que l'évaporation spontanée en abaisse le niveau.

Parmi les végétaux qui doivent croître dans le bassin, l'auteur signale particulièrement les mousses d'eau (*tipha latifolia et angustifolia*), l'iris jaune des marais, les diverses charagnes. En général, plus on multiplie dans les bassins le nombre des plantes, plus on est assuré d'y attirer des insectes divers dont les larves sont autant d'éléments de nourriture pour les sangsues; mais aussi plus il y a de chances pour que l'on y introduise des larves qui, à leur tour, pourraient attaquer les sangsues. Voilà pourquoi l'auteur indique particulièrement les végétaux qui paraissent convenir aux bassins à sangsues.

Vers les mois de novembre ou décembre, selon l'état de la saison, les bassins doivent être couverts d'une bonne couche de paille que l'on ne retire que dans les premiers jours d'avril.

Les sangsues se reproduisent suivant les circonstances, par cocons ou par œufs composés, analogues à ceux des naïdes, des liphores, etc. Quand l'exposition est convenable, quarante jours suffisent pour l'éclosion des œufs; le soleil active cette éclosion, l'ombre et l'obscurité la retardent ou même l'empêchent tout à fait.

Les jeunes sangsues se nourrissent tout d'abord de matières muqueuses que l'on trouve à la surface des feuilles en voie de décomposition et de celles qui recouvrent les filaments de certaines conferves très-abondantes dans les eaux stagnantes. Plus tard, quand leurs dents ont pris assez de force, elles attaquent certaines larves aquatiques d'insectes dont elles peuvent alors percer la peau, et se nourrissent de leurs sucs. L'auteur pense même qu'elles ingèrent des animaux entiers, telles que certaines monodaires ou autres infusoires (Commissaires : MM. Valenciennes, Milne-Edwards, Bussy).

ACADÉMIE DE MÉDECINE.

SÉANCE DU 20 MAI. — PRÉSIDENCE DE M. ORFILA.

Le procès-verbal de la dernière séance est lu et adopté.

La correspondance officielle comprend des états de vaccination et quatre lettres du ministre du commerce adressant : 1° de nouveaux documents relatifs au choléra de 1848 et 1849; ces documents concernent les départements du Nord, du Pas de Calais, de la Seine inférieure, de l'Oise et de la Somme (comm. du choléra); 2° une demande d'avis et d'analyse relative à une source d'eau minérale de Saint-Julien (Herault) (comm. des eaux minérales); 3° un mémoire du docteur Chevreuse de Charmes (Vosges), relatif à l'emploi du suc de plantin dans le traitement des fièvres intermittentes (comm. des succédanés du quinquina); 4° un rapport de M. Thiriat, médecin à Épinal, sur une épidémie de fièvre scarlatine dans la commune de Romercy (comm. des épidémies).

ENGORGEMENT CONSIDÉRABLE DE LA RATE SANS FIÈVRE D'ACCÈS.

M. Durand (de Lunel), médecin de l'hôpital militaire du Gros-Caillou, adresse la lettre suivante : « J'ai en ce moment dans mon service, à l'hôpital militaire du Gros-Caillou, un malade, un officier au 7e bataillon de chasseurs à pied, qui est atteint d'un engorgement considérable de la rate, compliquant une affection dyspeptique grave. L'organe splénique descend jusqu'au niveau de l'ombilic et mesure 20 centimètres. Le malade n'a jamais éprouvé d'accès de fièvre, ni avant, ni depuis le commencement de sa maladie qui date de six mois et dont l'invasion a été lente.

Pour moi, qui ne considère pas avec MM. Audouard et Piorry, les accès de fièvres intermittentes comme des phénomènes sympathiques d'une affection quelconque de la rate, mais bien, quand ils sont d'origine paludéenne, comme les résultats morbides de l'impression générale d'une matière miasmatique qui s'est introduite dans l'appareil sanguin, et qui, le plus souvent, a pu, en qualité de matière fermentescible, s'élaborer dans cet appareil, et notamment dans la rate ou tout autre réservoir sanguin, pour moi, dis-je, je vois, dans un tel fait, une objection grave à la théorie des fièvres intermittentes de MM. Audouard et Piorry. »

M. Bonjean, de Chambéry, adresse un mémoire sur les teintures alcooliques (comm. MM. Guibourt et Soubeiran).

M. Privat, médecin, inspecteur des eaux de Lamelon, adresse un paquet cacheté contenant 1,535 grammes de la boue desséchée que l'on trouve à la source ferrugineuse dite source Copus à Lamelou (Hérault) (comm. des eaux minérales).

M. Girard (de Marseille) transmet un travail sur l'insuffisance aortique. (Comm. : MM. Louis et Mélier.)

M. Yvonneau (de Blois) informe l'Académie qu'après avoir constaté les bons effets de l'usage intérieur du chloroforme dans les affections nerveuses gastriques, il l'a essayé avec le même succès contre le mal de mer. Le mal de mer, dit-il, sitôt qu'on sent devoir en subir les effets, peut être prévenu par l'introduction dans l'estomac de 6 à 8 capsules de chloroforme environ prises de dix minutes en dix minutes. Chaque capsule contient, si nous ne nous trompons, une goutte de chloroforme. (Comm. : MM. Langier et Soubeiran.)

M. Plouviez adresse une note sur la compression de l'aorte abdominale contre les pertes utérines. (Comm. : M. Villeneuve.)

M. Orriot (de Tremilly) transmet une lettre qu'il vient de recevoir de M. Pyot (de Dôle), au sujet des effets salutaires de la spirée ulmaire dans l'hydropisie. (Comm. : MM. Bricheteau, Grisolle et Richard.)

M. Loze, chirurgien de la marine en retraite, adresse une note sur une formule d'huile de foie de morue solidifiée, qu'il propose de substituer à l'huile de foie de morue liquide en usage. (Commissaires : MM. Louis, Bérard et Bouchardat.)

M. Limousin (de Bergerac) adresse une note au sujet de l'emploi de l'arsenic, dans le but de mettre en évidence un accident encore inobservé dû à l'action de cet agent thérapeutique. Cet accident consiste en un œdème de la face et des parois du thorax. (Comm. nommée.)

M. Orfila dépose un paquet cacheté contenant un mémoire relatif à l'empoisonnement par la nicotine.

Le sujet de ce mémoire ayant trait à un procès qui se juge en ce moment (le procès Bocarmé), M. Orfila n'en fera la lecture qu'après le jugement.

— M. Clot-Bey, correspondant de l'Académie, résidant actuellement à Paris, est présent à la séance.

— L'ordre du jour appelle à la tribune M. Gibert, pour la lecture d'un rapport.

Lèpre d'Amérique.

M. Gibert (au nom d'une commission) lit un rapport sur un mémoire du docteur Echeverria, traduit du portugais et adressé à l'Académie par M. Jules Bourcier, ex-consul de la République à Quito (Équateur). — La lèpre proprement dite, dit M. Gibert, *éléphantiasis*, ou lèpre tuberculeuse, est naturellement le type de la description tracée par le docteur Echeverria, qui, atteint lui-même de la maladie, est enfermé avec soixante-cinq compagnons d'infortune dans le lazaret de Quito. Sur ces soixante-six malades, il en est soixante qui présentent les caractères de cette lèpre. La description du docteur Echeverria est d'ailleurs parfaitement en harmonie avec celle donnée par Schilling et les auteurs plus anciens. Avec le médecin hollandais, le docteur Echeverria admet comme deux formes de la même maladie l'*éléphantiasis grec*, ou forme tuberculeuse proprement dite, qui donne à la physionomie cet aspect monstrueux que les Grecs avaient désigné sous les noms de figure de lion ou masque de satyre, et l'*éléphantiasis arabe*, qui amène dans les membres inférieurs cette tuméfaction indurée qui les a fait comparer aux jambes de l'éléphant.

Dans ces deux variétés peuvent se montrer ces ulcères lépreux et ces mutilations qui ont été signalées particulièrement dans la lèpre des colonies.

Toutes deux d'ailleurs peuvent se trouver réunies sur le même sujet; l'auteur du mémoire en cite un exemple.

M. Echeverria a cru devoir admettre encore deux autres espèces de lèpre, savoir, la lèpre *écailleuse* et la lèpre *crustacée*, toutes deux beaucoup plus rares que la lèpre *tuberculeuse*.

On peut rapprocher la lèpre *écailleuse* du *leuce* ou *alphos* des Grecs, de la lèpre des Hébreux, signalée dans le Lévitique, de l'éléphantiasis anesthésique des médecins norwégiens Danielsen et Boek et des médecins anglais. Suivant Schilling, ce n'est qu'une première phase ou un premier degré de la lèpre tuberculeuse. L'alopécie et la perte progressive de la sensibilité sont ses caractères distinctifs.

La troisième espèce, on lèpre *crustacée*, a été admise aussi par les auteurs norwégiens dans leur traité classique de la Spédalsked; elle est caractérisée par des taches livides tirant sur le violet bleuâtre (*melas* des Grecs), qui s'ulcèrent et se recouvrent de croûtes.

En somme, on retrouve dans ces trois espèces les caractères généraux de la lèpre indiqués par tous les bons observateurs, savoir : les *taches* élémentaires, l'*insensibilité*, les déformations et les mutilations ultérieures, enfin la marche fatale de la maladie vers une terminaison funeste à mesure que l'altération de la santé générale vient se joindre aux désordres extérieurs..., ce qui s'observe bien plus rapidement dans la forme tuberculeuse léonine, beaucoup plus lentement dans les autres, et notamment dans l'éléphantiasis *arabe* ou mal des Barbades. Ce dernier, comme on sait, chez beaucoup de sujets, ne constitue pendant de longues années qu'une infirmité et une difformité partielles. Il est d'ailleurs bien extraordinaire de voir une maladie si essentiellement liée aux conditions climatériques qu'elle est aujourd'hui presque inconnue dans les contrées centrales et tempérées de l'Europe..., se montrer avec des phénomènes semblables dans des régions situées sous des latitudes aussi différentes que la Norwége, par exemple, et les côtes d'Afrique ou celles de l'Équateur.

Nous ne reviendrons pas ici sur ce que nous avons dit dans un précédent rapport (1) sur la chronologie, l'historique, la marche et la symptomatologie de la lèpre; mais nous dirons quelques mots de l'étiologie et du traitement.

On sait que la lèpre est regardée généralement comme une maladie contagieuse, et que, dans nos colonies, les lépreux sont, comme au temps des croisades, isolés et séquestrés du reste de la société.

Quelques auteurs cependant, et notamment votre célèbre collègue Alibert, se sont efforcés de lutter contre une opinion si ancienne et si invétérée.

Les observations qui me sont personnelles tendraient, comme celles d'Alibert, à repousser toute idée de contagion; mais de ce que, dans nos climats tempérés et dans le petit nombre de cas isolés et exceptionnels que nous avons pu observer à Paris, le mal n'a paru présenter aucun caractère contagieux, s'ensuit-il que, dans les conditions climatériques favorables et par suite d'une fréquentation intime et prolongée, on n'aura jamais rien à redouter au sujet de la transmission du mal? Je n'oserais l'affirmer.

M. le docteur Echeverria, victime lui-même des idées de contagion et séquestré dans un lazaret où sont abandonnés presque sans secours aucun les malheureux lépreux qu'on se hâte d'y renfermer dès qu'on vient à reconnaître chez eux les indices de cette triste et hideuse maladie, M. Echeverria, dis-je, se pose à son tour comme anticontagioniste, et appuie son opinion sur plusieurs faits que nous citerons brièvement.

« Francisca Parminio, âgée de 50 ans, a vécu quatorze ans dans cette résidence, et se conserve au milieu de soixante-cinq malades et dans le foyer de la corruption, parfaitement saine. »

« Manuela Suarez, veuve de deux maris atteints d'éléphantiasis, avec lesquels elle a vécu dans la plus étroite union jusqu'à leur mort, continue d'habiter le lazaret sans être malade. »

« Le sacristain Mignet Salos et le portier Antonio Lara ont vieilli dans cet asile, élevant leurs enfants parmi les malades, et aucun des individus de cette famille n'a eu le moindre symptôme de lèpre. »

« Enfin, il y a six ans que le R. P. Luis Surrita, religieux de l'ordre des augustins et aumônier de l'établissement, visite et fréquente les lépreux, confesse les malades, donne aux mourants les derniers secours de la religion, et reste sain et sauf au milieu de ces communications journalières, intimes et répétées. »

Il faut bien reconnaître que ces faits, observés dans les conditions propices à la manifestation du caractère contagieux de la maladie, sont de nature à faire suspecter ce caractère, ou du moins qu'ils doivent, quand on les rapproche de ceux que nous avons signalés nous-même, faire regarder comme très-exagérées les craintes que l'on a conçues sur la communication de la lèpre, et faire souhaiter à tous les amis éclairés de l'humanité que l'on modifie les mesures, presque barbares, qui sont prises encore aujourd'hui contre les malheureux lépreux.

L'*hérédité*, admise par tous les auteurs, est encore confirmée par le docteur Echeverria, qui a sous les yeux, dans l'hospice Saint-Lazare, quatre exemples de lèpre héréditaire.

Un fait curieux, cité par l'auteur, est celui qui se rapporte à deux sœurs, dont l'une, qui avait fui son père dès qu'avaient apparu chez ce dernier les premiers indices de la lèpre, fut plus tard amenée lépreuse au lazaret, tandis que l'autre, qui continua d'habiter avec son père et de le soigner jusqu'à sa mort, est restée saine, et a eu depuis elle-même des enfants bien portants.

Quant au *traitement*, l'auteur du mémoire déplore avec raison la triste coutume établie dans son pays de déclarer incurable tout individu atteint de la lèpre, et de le séquestrer comme un objet d'horreur et de dégoût, sans secours médical aucun, dans un établissement où tout manque, et où toute communication avec le dehors est rigoureusement interdite.

Nous ferons, avec notre malheureux confrère et avec M. Jules Bourcier, qui n'a pas craint d'user de son caractère officiel pour pénétrer dans ce séjour de désolation, des vœux pour que les autorités compétentes, mieux renseignées sur les difficultés de la transmission du mal et sur la possibilité de le guérir, ou du moins de l'arrêter dans ses progrès, prennent des mesures propres à concilier les devoirs de l'humanité avec les intérêts de la société, en défendant seulement les communications qui ne sont point indispensables au soulagement et au traitement des malades.

Plusieurs exemples authentiques prouvent, en effet, d'une part, que les rapports et des communications habituelles peuvent avoir lieu entre les lépreux et les individus sains, sans que ceux-ci contractent la maladie;

Et, d'autre part, que des tentatives, soit empiriques, soit rationnelles, ont réussi à arrêter les progrès du mal, et même, dans certains cas, à amener la guérison.

Ainsi M. Baumès (de Lyon) a publié dans sa Nouvelle dermatologie une observation d'*éléphantiasis grec* traité par lui avec succès, bien que parvenu à un degré grave et étendu. Ainsi Schilling a rendu à la santé quelques sujets atteints de *lèpre tuberculeuse*; ainsi nous-même, dans le rapport académique cité plus haut, nous avons signalé les bons effets obtenus de l'*assacou* (*hura brasiliensis*) par les médecins de la province du Para, au Brésil.

Nous croyons donc répondre aux vues philanthropiques de M. Jules Bourcier et aux vœux exprimés par notre malheureux confrère le docteur Echeverria, en vous soumettant les deux propositions suivantes, qui serviront de conclusions à ce court exposé :

1° Que ce rapport, ainsi qu'une copie de celui déjà publié dans le tome XIV du Bulletin (p. 114), soient transmis à M. Jules Bourcier, qui se dispose à retourner à l'Équateur, pour en faire l'usage qui lui paraîtra le plus favorable à ses vues;

2° Que des remercîments lui soient adressés, ainsi qu'au docteur Echeverria, et qu'on y joigne l'expression de nos vœux pour que les léproseries soient désormais transformées en de véritables hôpitaux où les lépreux soient considérés comme des malades en traitement, et non pas comme des sujets incurables et dangereux qu'il faut à tout prix séquestrer de toute communication et de toute relation sociales.

M. Clot-Bey demande la parole.

(1) Gazette Médicale, séance académique du 3 octobre 1848.

M. Clot-Bey : Dans le cours de mes voyages, j'ai vu cette maladie en grand; car elle est très-répandue dans toute l'Égypte, et particulièrement dans la Basse-Égypte. Cette maladie est d'autant plus intense que l'on se rapproche le plus des bords de la mer. Je l'ai observée à Rosette, à Damiette et sur tout le littoral. Aussi pourrai-je donner quelques renseignements à l'Académie sur son étiologie. Et d'abord j'aborde la question de la contagion.

J'ai vu de nombreuses familles de lépreux dans lesquelles la transmission par hérédité n'avait pas lieu. Le père ne donnait la maladie ni à sa femme ni à ses enfants. Le contraire arrive souvent aussi ; cependant on peut dire qu'elle n'est pas essentiellement héréditaire et qu'elle n'est nullement transmissible. Ces idées sont tellement répandues dans le peuple que l'on ne prend absolument aucune précaution pour se garer du contact et dans les rapports que l'on a avec les lépreux ; on n'y fait pas la moindre attention. Il y a des familles dans lesquelles on garde, alors même qu'ils sont atteints de la maladie, les domestiques, les bonnes d'enfants et même les nourrices. J'avoue que toutes les fois que l'on m'a consulté à l'égard des nourrices infectées de la maladie, je n'ai pas été d'avis qu'on leur laissât des enfants à nourrir ; cependant il n'a jamais été démontré qu'une nourrice lépreuse ait communiqué la lèpre. C'est certainement là le contact le plus immédiat ; eh bien ! jamais je n'ai vu un nourrisson contracter la lèpre.

Il y a sept ou huit ans, en voyageant en Grèce, j'ai retrouvé la lèpre dans plusieurs villes, et j'ai pu constater l'existence de tous les préjugés de la contagion. Aussi les malheureux lépreux, quand ils ne sont atteints que sur un point caché de la peau, dissimulent-ils le mieux qu'ils peuvent leur maladie, afin de n'être point séquestrés, renfermés comme des criminels. Ils restent ainsi en communication avec les autres personnes. On a vu de jeunes femmes infectées séparées, par suite, de la société, finir par s'abandonner au libertinage avec les jeunes gens, qui franchissent tous les obstacles et tous les dangers pour les aller trouver, sans que ceux-ci aient jamais contracté la maladie.

D'un autre côté, les pauvres lépreux se marient entre eux, et c'est là une des principales causes qui entretiennent cette maladie.

Quant aux remèdes, j'en ai tenté beaucoup, et je déclare n'avoir jamais constaté de résultat bien positif. J'ai reconnu quelque amélioration, mais je ne puis trop l'attribuer aux traitements employés.

M. Velpeau : Le rapport qui vient d'être lu soulève une question très-grave. Il y a, sans aucun doute, des dangers à admettre comme contagieuses des maladies qui ne le sont pas, mais il faut bien se garder de considérer comme non contagieuses celles qui sont susceptibles de se communiquer ; car les conséquences en seraient beaucoup plus graves.

Je ne suis nullement sûr que la lèpre soit contagieuse, je n'ai par devers moi aucune preuve, seulement j'ai remarqué dans le rapport une série d'observations qui auraient peut-être mérité qu'on s'y arrêtât. J'y ai remarqué, en outre, un raisonnement que l'on retrouve toujours quand il s'agit de discuter la question de la contagion. La maladie, dit-on, n'est pas contagieuse, car on a vu des hommes vivant longtemps au milieu d'autres personnes frappées de lèpre, sans en être atteints eux-mêmes.

Ce raisonnement me paraît vicieux ; on rapporterait dix mille cas de ce genre qu'on n'aurait pas prouvé que la maladie n'est pas contagieuse. Quand il s'agit de l'hérédité, par exemple, il suffit qu'on l'ait constatée pour quelques individus pour qu'on l'admette. Pourquoi raisonne-t-on différemment à l'égard de la contagion ?

Il n'y a pas de maladie, quelque contagieuse qu'on la suppose, qui ne frappe de préférence certains individus. Pourquoi un individu ne transmettra-t-il pas toujours la maladie ? Par une raison inconnue, et par la même raison qu'une maladie qui est contagieuse pour une personne ne l'est pas pour tous. C'est à tort qu'on s'attache à démontrer qu'il y a des individus qui n'ont pas contracté cette maladie, bien que se trouvant dans les conditions les plus favorables à l'infection.

Je ne puis approuver ce raisonnement, que l'on présente toujours quand il est question des maladies contagieuses.

M. Cloquet : Nous avons, en France, peu d'occasions d'observer des lépreux. Les personnes qui se présentent à nous viennent des pays étrangers. J'ai cependant eu l'occasion d'en voir un certain nombre.

Ce qui m'a frappé, c'est l'inefficacité de tous les traitements employés. A une certaine époque, il y a quinze ou seize ans, j'ai cru pouvoir guérir un lépreux ; c'était un malade venant de Cayenne. Après avoir recouru à certains remèdes, je l'envoyai aux eaux de Louèche ; il y passa une saison et revint avec une amélioration sensible ; j'avais la conviction qu'il guérirait. A la saison suivante, il retourna à Louèche, mais il en revint dans le même état qu'avant le traitement.

Depuis cette époque, j'ai vu tous les traitements échouer. Il y a deux ans, un négociant de l'île Bourbon, qui avait la lèpre, me fut envoyé. J'appelai à mon aide quelques-uns de mes collègues, avec qui nous arrêtâmes plusieurs moyens de traitement ; l'emploi du mercure, les frictions de toutes sortes, et, bien que le malade espérât beaucoup du climat de France, la maladie continuait toujours, lorsque des renseignements fournis par un médecin du Brésil nous firent connaître un remède employé avec succès sur quelques nègres, dont plusieurs avaient été parfaitement guéris ; le guano.

Notre malade a été envoyé dans le lieu même où l'on exploite ce produit, et soumis à ce traitement. Je ne sais quel en a été le résultat ; mais comme nous avons un correspondant à Rio-Janeiro, on pourrait écrire pour avoir des renseignements certains à cet égard.

M. Huzard : La lèpre règne parmi les nègres du Sénégal. J'en ai vu plusieurs, j'ai même eu l'occasion d'être consulté par l'un d'eux qui avait la lèpre à l'une des jambes. J'ai pris quelques renseignements sur la contagion de cette maladie ; j'ai demandé s'il y avait contagion ou non ; j'ai pu me convaincre que la population ne regardait pas la maladie comme contagieuse. Les nègres se marient, ont des enfants ; je ne sais s'il y a hérédité, mais ceux qui se mettent en contact avec les nègres ne contractent pas la maladie.

Cette maladie commence à 10, à 12 ans dans le Sénégal ; elle augmente successivement. Les personnes qui sont attaquées de la maladie ne sont jamais séquestrées.

M. Gérardin : Ce qui est le plus digne d'attention dans cette maladie, c'est de la voir régner indifféremment sous les températures les plus éloignées ; c'est là une grande difficulté pour les recherches étiologiques. Du reste, le sentiment unanime en Islande, où j'ai observé la lèpre, c'est qu'elle n'est point contagieuse.

M. Ricord : L'idée de la contagion de la lèpre remonte à une époque très-reculée, à l'époque probablement où cette maladie n'était pas encore différenciée de celles qui ont avec elle quelque analogie, de la syphilis par exemple, avec laquelle on la confondait. Depuis qu'elle est mieux connue et mieux diagnostiquée, on reconnaît qu'elle n'est point contagieuse. Il m'est arrivé assez souvent de voir des individus lépreux récemment venus en France, et d'être consulté pour des cas de diagnostic difficile. Je me rappelle notamment deux cas de ce genre, dont l'un me fut adressé par M. Orfila, et l'autre par M. Andral père. Dans ces deux cas, la maladie n'avait été communiquée à aucune des personnes qui accompagnaient les malades et qui n'avaient cessé d'être en contact avec eux. Quant à l'hérédité, les faits que l'on invoque ne prouvent rien. On peut être lépreux avec des parents lépreux comme des parents lépreux peuvent donner naissance à des enfants qui ne le deviennent pas. Je crois donc que la lèpre n'est ni contagieuse ni héréditaire.

Les conclusions du rapport sont mises aux voix et adoptées.

PATHOGÉNIE PHILOSOPHIQUE.

M. Collineau lit un rapport sur un travail de M. le docteur Grimaud, ayant pour titre : Pathogénie philosophique, ou exposition positive des causes, des symptômes, de la génération des maladies humaines et de leur traitement.

Le travail que la commission a eu à examiner n'étant que la première partie de prolégomènes, dans laquelle l'auteur ne conclut rien et où il ne fait connaître que très-incomplétement son but et nullement ses moyens, M. le rapporteur, en exprimant la pensée, à cette occasion, qu'il serait dans l'intérêt des auteurs, comme dans celui de la science, de ne présenter leurs travaux aux sociétés savantes que lors qu'ils sont suffisamment terminés, conclut en proposant le dépôt du travail de M. Grimaud aux archives. (Adopté.)

PHTHISIE PULMONAIRE A LA MARTINIQUE.

M. Louis fait un rapport verbal sur un mémoire de M. le docteur Rufz relatif à la phthisie de la Martinique.

M. le docteur Rufz a adressé en 1840 à l'Académie un mémoire sur la phthisie qu'il avait observée à cette époque, à Saint-Pierre de la Martinique, où il exerce la médecine.

Ce mémoire, dont l'importance a été justement appréciée par l'Académie, a été inséré dans le dixième volume de ses mémoires et a valu à son auteur le titre de correspondant de la compagnie.

M. Rufz s'est mis à recueillir de nouveaux faits relatifs à la phthisie, c'est-à-dire qu'il a recommencé ses premières recherches ; il les a continuées de 1840 à 1845.

Les résultats de l'analyse des faits dont il s'agit dans ce nouveau travail de M. Rufz, étant à très-peu de chose près les mêmes que ceux dont l'Académie a déjà été entretenue, M. le rapporteur n'a pas cru nécessaire de rentrer dans des détails qu'elle connaît déjà et il se borne à l'engager à renvoyer ce beau et remarquable travail de M. Rufz à son comité de publication, pour le faire insérer dans le premier volume de ses mémoires. (Adopté.)

AFFECTION SPASMODIQUE DE LA GLOTTE PARTICULIÈRE A L'ENFANCE.

M. Rendu, médecin à Compiègne, lit un court résumé d'un mémoire sur une affection spasmodique de la glotte particulière à la première enfance.

Ce mémoire a trait à une affection des voies respiratoires qu'il a observée sur des enfants âgés, les uns de quelques mois, les autres de 4 à 5 ans. Le caractère particulier de la maladie est une suffocation survenant brusquement pendant la nuit, alors que l'enfant paraissait jouir de la plus complète santé. Cette suffocation est de nature convulsive et à en juger par les deux dernières observations rapportées dans ce mémoire, elle revêt, alors qu'elle est abandonnée à elle-même, des caractères de la plus grande gravité ; elle s'accompagne alors de production de fausses membranes, en un mot le croup lui succède.

(Ce travail est renvoyé à l'examen d'une commission, composée de MM. Danyau et Gérardin.)

EXPÉRIENCES D'INOCULATION RELATIVES A L'ÉPIZOOTIE ACTUELLE DES ANIMAUX DE BASSE-COUR.

M. Delafond communique une nouvelle série d'expériences d'inoculations et de recherches anatomico-pathologiques, entreprises dans le but de décider la question de savoir si le sang des volailles actuellement atteintes de l'épizootie régnante charrie un principe semblable à celui des maladies charbonneuse des grands animaux domestiques. Bien que ces résultats soient, de l'aveu de M. Delafond, loin de trancher définitivement la question débattue entre M. Renault et lui, il les considère comme appelés à jeter une nouvelle clarté sur la pathologie comparée des maladies virulentes. S'il était vrai, dit M. Delafond en formu-

nant la relation de ces expériences encore en voie d'exécution, que la maladie régnante des volailles fût une des formes que revêt la fièvre charbonneuse, l'étiologie de cette affection pourrait, avec quelque fondement et dans certains cas, être rattachée à l'usage des produits cadavériques des animaux morts du charbon ou du sang de rate charbonneux, affections qui malheureusement font périr un très-grand nombre de chevaux, de vaches et de moutons dans beaucoup de départements du centre de la France et dont les cadavres ne sont point enfouis avec toutes les précautions voulues par les règlements sur les maladies contagieuses des bestiaux. M. Delafond se propose de se livrer à de nouvelles expériences avec le sang et autres débris d'animaux morts du charbon donnés comme aliments aux volailles dans le but d'élucider aussi cette question.

La séance est levée avant cinq heures.

BIBLIOGRAPHIE.

MÉMOIRES DE L'ACADÉMIE ROYALE DE MÉDECINE DE BELGIQUE (second fascicule du tome II). — In-4°. Chez Mortier, à Bruxelles.

Nous mettons un soin particulier à tenir les lecteurs de la GAZETTE MÉDICALE au courant du mouvement médical de la Belgique, bien convaincu qu'on ne s'étonnera pas de cette prédilection pour un pays qui se rapproche de la France par son esprit scientifique autant que par sa situation géographique et par sa langue. Il y a en outre une chose qui nous inspire un intérêt tout spécial pour les MÉMOIRES DE L'ACADÉMIE ROYALE DE MÉDECINE, c'est le contraste de la valeur de cette publication et de l'exiguïté, de l'état précaire, du budget de l'Académie. On n'a pas toujours été très-rassuré chez nous sur l'avenir de l'Académie de médecine ; on a plus d'une fois gémi sur l'insuffisance de ses ressources annuelles. Il est bien connu que l'Académie de Belgique a des racines moins profondes et trouve dans le budget de l'État un appui moins assuré. Il en était ainsi du moins dans les premiers temps de son existence qui ne remonte, comme on sait, qu'à une dizaine d'années. On ne saurait douter que la publication des Mémoires, témoignage irréfragable de l'utilité et de l'importance de l'institution, ne concoure puissamment à en assurer la consécration définitive.

Cette attention particulière que la GAZETTE MÉDICALE a toujours accordée à la médecine belge, simplifie beaucoup aujourd'hui notre tâche. Sur sept mémoires contenus dans le fascicule ouvert devant nous, il en est cinq dont nous avons déjà donné une analyse détaillée, en y joignant même les discussions dont elles ont été l'objet à l'Académie ; ce sont les suivantes :

1° *De l'opportunité de l'extirpation des tumeurs au cou non susceptibles de résolution; Réflexions sur l'introduction de l'air dans le cœur par des veines ouvertes accidentellement*; par M. V. de Lavacherie. (Voir GAZETTE MÉDICALE, 1849, p. 141.)

2° *Quelques réflexions sur la variole et la varioloïde*; par M. Van Berchem. (GAZ. MÉD., 1850, p. 514.)

3° *Essai sur un nouveau mode de délivrance dans les cas d'angustie extrême du bassin*; par M. Didot (de Liége). (GAZ. MÉD., 1850, p. 712.)

4° *Recherches sur les mouvements du cœur*; par M. Fossion. (GAZ. MÉD., 1850, p. 860.)

5° *Mémoire sur les médicaments ferrugineux, suivi de considérations sur l'emploi du manganèse en médecine*; par M. Martens. (GAZ. MÉD., 1850, p. 862.)

Les deux mémoires dont il nous reste à rendre compte pour épuiser le fascicule sont : 1° un travail de M. Mascart, *sur l'empreinte des pieds considérée au point de vue médico-légal*; 2° des recherches de M. Crauinx *sur les moyens préventifs de la fièvre typhoïde et du typhus*.

La détermination de la valeur médico-légale de l'*empreinte des pieds* sur le sol n'a jamais occupé les médecins légistes, par la raison toute simple que ce n'est pas à eux que la loi commet l'examen de l'empreinte. M. Mascart, considérant que cet examen doit s'éclairer de notions physiologiques et anatomiques, demande qu'il soit désormais confié aux hommes de l'art; et, pour joindre l'exemple au précepte, il se livre à une étude minutieuse de toutes les modifications de forme et d'étendue que peuvent imprimer à l'empreinte la consistance du terrain, la nature et la forme de la chaussure, le mode d'application du pied sur le sol, l'allure de la marche, la configuration du pied, etc.

Devant cette question, la première pensée qui vient à l'esprit est qu'il n'est pas besoin d'être un profond anatomiste, ni un profond physiologiste, pour reconnaître si un pied, nu ou chaussé de quelque manière que ce soit, s'adapte ou non à une empreinte donnée. Et, de fait, la chose ne présente pas ordinairement de grandes difficultés, de celles du moins qui intéressent la science ; mais, en y réfléchissant davantage, on reste convaincu que, pour des raisons de compétence et pour d'autres encore, il y aurait sécurité à introduire ce genre d'expertise dans le domaine ordinaire de la médecine légale.

De quoi s'agit-il en effet? D'une question d'*identité*. Or les questions d'identité, en tant qu'elles se rapportent, non à des preuves d'état civil ou de témoignage, mais à des particularités d'organisation, sont toujours déférées aux médecins. Ce sont eux qui sont appelés à décrire les cicatrices, les taches, tous les traits signalétiques des accusés qui cachent leur nom ou des cadavres non reconnus. Pourquoi ne pas s'adresser à eux quand il s'agit de décider si une empreinte traduit ou non la configuration du pied suspecté? Quelle différence sérieuse y a-t-il entre les premiers cas et le dernier ? Ce qui, dans la recherche de l'identité d'un accusé, sert de terme de comparaison aux constatations du médecin expert, les souvenirs, le signalement de police, c'est pour ainsi dire l'*empreinte* de la personne recherchée, comme la marque des pas sur le sol est l'empreinte du pied. On dira : les particularités d'organisation sont de véritables faits d'anatomie et de physiologie que l'homme de l'art seul peut bien caractériser, tandis qu'ici il ne faut ici que rapprocher physiquement un pied donné d'une empreinte également déterminée. Mais l'objection ne vaudrait que si la simulation, ou l'allure particulière de la marche, ou des difformités, ou toute autre circonstance, ne pouvaient amener une désharmonie réelle entre les caractères visibles de l'empreinte et la configuration et le volume du pied qui l'a réellement produite, ou faire que l'empreinte réduite à une petite surface perde toute signification. Or on comprend *à priori* qu'il n'en saurait être ainsi; et que dès lors l'intervention d'un homme de l'art pourra devenir nécessaire.

Nous avons un autre motif. Un certain nombre de difficultés dont nous venons de dire la source pourraient, sans doute, être levées par le magistrat aussi heureusement que par le médecin ; mais du moment où la question ne peut être résolue avec sécurité pour chaque cas particulier; du moment où elle a besoin d'être éclairée par des recherches expérimentales, il vaut mieux la mettre tout de suite entre les mains d'hommes spéciaux qui peuvent seuls se livrer et songent seuls à de semblables recherches. Il n'existe pas de GUIDE DU JUGE D'INSTRUCTION, où le magistrat puisse apprendre à reconnaître et à dissiper les obscurités d'une expertise de ce genre. La question est nouvelle pour lui à chaque cas nouveau, et il n'a d'autre sauvegarde contre l'erreur que son habileté. N'est-il pas plus simple de proposer le problème à la médecine légale, qui en trouvera bientôt la solution par la voie scientifique et tracera aux experts des règles générales d'appréciation?

C'est ce qu'a essayé de faire M. Mascart. Il explique très-bien, sauf peut-être quelques points contestables, les conditions susceptibles de raccourcir, d'agrandir, de déformer l'empreinte. Ne pouvant énumérer toutes ces conditions, qui sont assez nombreuses, ni exposer leur mode d'influence, nous citerons seulement quelques exemples.

L'empreinte peut être *raccourcie* quand la marche a eu lieu sur un sol sablonneux. Au moment où le corps est penché en avant, le membre qui le soutient est dirigé d'avant en arrière et exerce sur le sol une pression oblique. A ce moment, la couche de sable cède souvent à l'action du pied, dont la pointe fuit brusquement en arrière et ne se dessine sur le sol qu'en arrière de la ligne où elle eût porté si le pied avait porté à plat. La différence est d'autant plus sensible que la chaussure est plus relevée à son extrémité. Le même effet peut avoir lieu sur un sol glissant ou dans la marche ascendante. D'autres fois, l'empreinte se rétrécit dans tous les sens après que le pied l'a quittée. C'est quand le pied a pénétré dans un terrain boueux et y a laissé une dépression profonde dont les bords élevés, mous, tendent à se renverser en dedans, et, de plus, par une sorte d'élasticité, réagissent contre le refoulement qu'ils ont subi.

L'empreinte peut être *agrandie* dans la marche descendante, surtout si le terrain est glissant. « Le centre de gravité du corps se porte sur un point rapproché de la pointe du pied qui, par sa pression oblique, refoule souvent le terrain en avant. » Dans la marche à pas précipités sur une surface ferme, mais recouverte d'une couche peu épaisse de boue, de neige ou de poussière, le refoulement brusque de ces matières en dehors de la circonférence de la chaussure par l'application énergique du pied peut amener un agrandissement de l'empreinte dans le double sens de la longueur et de la largeur.

Enfin, l'empreinte peut être *déformée* de diverses manières. Ainsi, au lieu d'être allongée, son extrémité antérieure est arrondie toutes les fois qu'il y a raccourcissement par suite d'un déplacement de la couche superficielle du terrain ou de la fuite du pied en arrière. Dans ce dernier cas, la continuité de la surface de l'empreinte est même interrompue par un étranglement qui correspond au point de la chaussure où le glissement du pied a commencé à avoir lieu. La direction imprimée aux pieds pendant la marche, le plus ou moins de voussure qu'on donne à la plante et qu'on peut

faire varier surtout quand on marche pieds nus, etc., rendent parfois l'empreinte très-confuse ou très-différente de ce qu'elle serait dans la marche régulière et habituelle de l'individu.

L'appréciation des empreintes pouvant provoquer des contestations devant les tribunaux, l'auteur exprime le vœu qu'elles soient toujours recueillies et mises à la disposition des magistrats et des accusés. Il a déposé, dans les collections scientifiques de l'Académie, des moules destinés à montrer que cette indication pourrait être aisément remplie à l'aide du plâtre coulé.

— Le travail de M. Crainux, sur *les moyens préservatifs de la fièvre typhoïde et du typhus*, est une véritable codification de toutes les mesures, publiques ou privées, qui pourraient contribuer à diminuer, peut-être à éteindre, les affections typhiques. Le code contient *près de trois cents articles*, sous forme de *conseils* adressés successivement au gouvernement, aux administrations communales des villes et des villages, aux généraux, à l'intendance militaire, aux chefs des corps d'armée, aux médecins militaires, aux maîtres de pension, aux instituteurs, aux directeurs des séminaires et des colléges, aux administrateurs des prisons, aux médecins chargés de la direction hygiénique de ces établissements, aux administrateurs des hospices et aux directeurs des hôpitaux, aux manufacturiers et industriels, aux visiteurs des pauvres et à tous ceux qui prennent à tâche de leur distribuer des secours et d'organiser la charité, aux ecclésiastiques, aux étudiants en médecine et à toutes les personnes que leurs devoirs obligent à entretenir des rapports avec les malades atteints du typhus ou de la fièvre typhoïde, à toutes les classes de la société en général, aux riches en particulier, aux ouvriers et aux paysans.

De pareilles instructions, où l'accessoire est réglé comme le principal, si elles annoncent de la souplesse et de l'étendue d'esprit, ont à nos yeux l'inconvénient d'affaiblir, en les délayant, les vues essentielles de la prophylaxie, comme aussi de provoquer, de la part de ceux à qui on les destine, autorités ou individus, une résistance (quelquefois motivée) contre les voies et moyens; résistance qui, tout en s'adressant aux applications des principes, risquerait de compromettre les principes eux-mêmes. Ajoutez que, dans sa réglementation universelle, l'auteur ne craint pas de trancher les questions les plus graves de législation et d'administration publiques. Souvent même, si l'on nous permet cette remarque assez malséante, il y fait voir un goût de réforme sociale qui, en France, dans l'état actuel des esprits, lui vaudrait peut-être (à tort, comme le démontrent plusieurs passages du mémoire) une épithète peu recherchée en ce moment. On aura une idée du caractère envahissant des *conseils* de l'auteur, quand nous dirons qu'il propose d'importantes modifications à la loi qui régit l'impôt des portes et fenêtres; qu'il veut que l'État *se fasse logeur*, en bâtissant des demeures pour les ouvriers; qu'il détermine la composition des commissions sanitaires; qu'il indique les moyens d'utiliser les bras des prolétaires sans ouvrage, par exemple, en instituant des *veilleurs de nuit* « sur des bases propres à procurer une ressource contre la misère à ceux qui ne connaissent pas de métier » ; qu'il cherche un remède contre les doctrines perverses des journalistes; qu'il demande la suppression des octrois, et des garanties contre les caisses d'épargne, etc., etc., etc.; le tout, on se le rappelle, à l'occasion de la prophylaxie du typhus et de la fièvre typhoïde.

Les exemples qui précèdent font déjà pressentir que M. Crainux ne s'en tient pas même à une minutieuse énumération des mesures qui se rapportent au but spécial déterminé par le titre du travail, mais qu'il pénètre par mille détours dans toutes les parties de l'hygiène publique, y compris l'hygiène morale; en sorte qu'il finit par établir, non plus la prophylaxie des fièvres typhiques en particulier, mais celle, à peu près, de toutes les affections épidémiques, voire même de toutes les maladies privées. En veut-on quelques exemples? CONSEILS AU GOUVERNEMENT. *Art.* 16 : Faire établir partout des bains publics gratuits ou tout au plus sujets à un léger rétribution, comme étant spécialement destinés à l'usage de l'ouvrier. *Art.* 18 : Créer dans les villages des commissions de salubrité publique composées des médecins de la commune ou des environs, du bourgmestre, de l'instituteur communal, du curé et de quelques fermiers choisis parmi les plus notables. *Art.* 19 : Prescrire l'enseignement des principes d'hygiène et d'architecture rurale dans les établissements de l'État. CONSEILS AUX ADMINISTRATIONS COMMUNALES DES VILLES. *Art.* 6 : Faire visiter par un médecin vétérinaire les bestiaux envoyés à l'abattoir. *Art.* 20 : Établir dans chaque paroisse, sur une petite échelle, des dépôts mortuaires. CONSEILS AUX ADMINISTRATIONS COMMUNALES DES VILLAGES. *Art.* 3 : Établir le cimetière à une certaine distance du village. On pourrait multiplier ces exemples par centaines; on y verrait des dispositions contre l'oisiveté, la débauche, la mauvaise nourriture, le manque de soins hygiéniques et médicaux, etc., toutes choses qui ne se rapportent pas spécialement à la fièvre typhoïde.

Nous regrettons presque la longueur de ces critiques, à cause du peu d'espace qu'elles nous laissent pour rendre à la pensée fondamentale du travail toute la justice qu'elle mérite. M. Crainux, dans les longues considérations qui sont comme l'*exposé des motifs* de son projet, fixe d'abord, comme base de la prophylaxie, les conditions étiologiques qui amènent et le développement et la propagation des affections typhoïdes : il en attribue le développement à des miasmes végétaux et animaux, et met en tête de ces derniers les miasmes qui s'échappent du corps des hommes rassemblés ou de leurs déjections; il en attribue la propagation à des contages émanés du corps des individus typhiques, et répandus dans l'atmosphère ou attachés aux effets de literie, d'habillement, etc. Cette doctrine est développée avec beaucoup de force et de clarté. Prévenir la concentration des miasmes par des lavages, la ventilation, des habitations propres et bien aérées, l'espacement des lits dans les hôpitaux et autres établissements publics; isoler autant que possible les malades de ceux qui n'ont pas encore payé leur tribut et sont ainsi accessibles à la contagion, tout en plaçant les malades eux-mêmes dans de bonnes conditions d'aération; purifier par le blanchissage ou d'autres moyens tout ce qui a servi à leur usage, etc., voilà les données fondamentales de la prophylaxie. M. Crainux a si bien compris les moyens de les adapter utilement à la pratique, que nous regrettons encore un coup qu'il ne se soit pas borné à les résumer dans quelques courtes et fermes dispositions qui en eussent mieux fait ressortir l'excellence. Nous aurions pu nous-même les reproduire ici, tandis que nous sommes obligé, ne sachant où choisir, de renvoyer le lecteur au mémoire, en lui laissant la peine de découvrir, comme nous, les parties essentielles du système sous les détails qui les défigurent. Nous signalerons pourtant quelques dispositions. Il en est de fort analogues à celles qui sont déjà en vigueur dans notre pays : ce sont les dispositions relatives aux logements insalubres, aux maisons modèles (cités ouvrières), aux vidanges et immondices de toute nature. D'autres sont pratiquées ailleurs qu'en France ou sont proposées pour la première fois. L'*art.* 29 des CONSEILS AUX ADMINISTRATIONS COMMUNALES DES VILLES, porte qu'il sera établi dans chaque paroisse, sur une petite échelle, des *dépôts mortuaires* qui présenteront aux familles pauvres le moyen de se soustraire au danger qui les menace lorsqu'un des leurs vient à succomber à une maladie contagieuse. D'après l'*art.* 34, l'on ouvrirait dans chaque commune des registres où seraient inscrits les noms de ceux qui auraient subi les atteintes du typhus ou de la fièvre typhoïde, et un autre article dispose que ce serait dans cette catégorie, désormais à l'abri du fléau, qu'on recruterait, autant que possible, les personnes préposées à la garde des malades.

Cet appareil préventif, dont nous ne donnons ici qu'une idée incomplète, est-il de force à retrancher un jour les affections typhoïdes du cadre de la nosologie? Assurément non, et M. Crainux, qui en attend beaucoup de bien, ne pousse pas, à ce que nous croyons, ses prétentions si loin. L'étiologie de la fièvre typhoïde n'est sans doute pas tout entière extérieure; il est vraisemblable que le principe du mal peut s'engendrer dans l'organisme lui-même; c'est du moins ce qu'on peut conjecturer en le voyant se développer si souvent dans les meilleures conditions d'hygiène. Mais nous croyons qu'une prophylaxie sévère serait très-puissante contre l'extension épidémique et la propagation contagieuse du typhus et de la fièvre typhoïde, parce que, s'il y a quelque chose de démontré, c'est l'activité que reçoivent ces maladies des conditions d'insalubrité signalées plus haut.

A. DECHAMBRE.

VARIÉTÉS.

— La note suivante a été adressée à plusieurs journaux par la légation du Brésil :

« Une dépêche télégraphique, datée de Londres, 15 mai, et que plusieurs journaux de Paris ont publiée, annonce qu'au départ du dernier paquebot, *la fièvre jaune sévissait à Rio-de-Janeiro avec une rigueur extrême*. Dans l'intérêt des nombreux Brésiliens qui résident en France, et qui ont pris l'alarme à cette nouvelle, comme aussi dans l'intérêt du commerce, nous devons déclarer que ni les journaux ni les lettre de Rio, à la date du 14 avril, ne disent un mot de ce fait, qu'on a toute raison de croire controuvé. Les statistiques de la mortalité n'avaient éprouvé à Rio aucune différence sensible; à peine parlait-on de quelques rares cas de fièvre qui avaient eu lieu en rade, mais qui ne paraissaient pas de nature à préoccuper la population. »

— COURS DE PHYSIOLOGIE COMPARÉE. — M. FLOURENS, membre de l'Institut, secrétaire perpétuel de l'Académie des sciences, ouvrira ce cours mardi 27 mai 1851, à midi précis, et le continuera les mardi, jeudi et samedi de chaque semaine, à la même heure.

Les leçons auront lieu au Muséum d'histoire naturelle, dans l'amphithéâtre de géologie.

Le rédacteur en chef, JULES GUÉRIN.

REVUE HEBDOMADAIRE.

ACADÉMIES DES SCIENCES ET DE MÉDECINE. — MODIFICATIONS IMPRIMÉES A LA CHALEUR ANIMALE PAR LES AGENTS THÉRAPEUTIQUES. — DE LA PESTE. — DES MALADIES DU FOIE.

Malgré l'importance des questions qui ont occupé cette semaine les Académies des sciences et de médecine, nous aurons peu de choses à en dire pour le momedt, et ce, pour des motifs divers.

Nous avons déjà présenté quelques remarques au sujet des expériences de MM. Aug. Duméril, Demarquay et Lecointe sur les modifications imprimées à la température animale par les agents médicamenteux, et nous avons dit par quelles voies ces expériences pouvaient conduire à des résultats profitables tout ensemble à la physiologie et à la thérapeutique: Le nouveau mémoire que les auteurs viennent de porter à l'Académie des sciences, consacré, comme le précédent, à l'exposé d'une série de faits empiriques, ne montre pas encore le but vers lequel tendent ces recherches isolées; mais nous savons de bonne source que ce but est marqué dans la pensée des auteurs, et qu'il se rapproche beaucoup de celui que nous avons nous-même indiqué (p. 92). Attendons qu'il ait été exposé, et nous ne manquerons pas de l'examiner avec attention.

La communicatiod de M. Clot à l'Académie de médecine aurait pu nous fournir un thème de grand intérêt. L'étiologie de la peste est un beau sujet de dissertation, et la position particulière de M. Clot était de nature à ed relever l'intérêt; mais l'inexpérience de la tribune, le défaut d'habitude dans l'art de coordonner, au courant de la parole, les idées et les faits, ont trahi le bon vouloir de l'orateur; qui s'est perdu dans une pénible confusion et n'a pu réussir même à poser nettement les questions dont il désirait provoquer l'examen. Ce que nous avons compris de plus clair, c'est que nous ne savons rien, absolument rien, de l'étiologie des épidémies; que la peste est une épidémie, et, comme telle; indépendante de toutes les conditions locales d'insalubrité; qu'elle vient et s'en va sans cause connue, et que nous sommes encore, à l'heure qu'il est, aussi menacés de la peste qu'aux quinzième et seizième siècles. Tout cela suppose que les progrès de l'hygiène publique n'ont pas élevé la plus faible barrière contre le fléau : assertion difficile à admettre; ainsi que l'a fait remarquer M. Londe. En tout cas, le génie épidémique de la peste, s'il est indépendant et si rien ne l'arrête, n'est pas bien méchant à notre égard; car il est certain qu'il nous épargne de plus en plus à mesure que nous avançons dans le temps. Mais il n'est pas l'heure d'edgager là-dessus de discussion. M. Clot doit rédiger un travail sur la matière et en donner lecture à l'Académie; il est convenable d'attendre que ses opinions aient reçu une forme plus précise et plus considérable pour y établir la discussion:

L'Académie de médecine a encore entendu un rapport de M. Collineau sur un travail de M. Monneret relatif aux maladies du foie. Quand, il y a plusieurs mois, M. Monneret est venu donner lecture de ce travail, nous avons dit que nous n'avions pu, à une simple audition, en saisir le but et l'utilité pratique. Nous nous en rapportons donc sur ce point au rapport, et voici comment nous comprenons maintenant la pensée de l'auteur. La fièvre se lie à divers états pathologiques du foie. Déterminer positivement les maladies qui la présentent, celles où on ne la rencontre pas; fixer les caractères particuliers de la fièvre hépatique : voilà le premier problème que s'est proposé M. Monneret. Il est arrivé à cette solution que la fièvre hépatique est le siége d'un état inflammatoire du viscère; qu'elle accompagne les congestions actives, la suppuration, le ramollissement phlegmasique, la phlébite de la veine porte et les phlegmasies de l'appareil biliaire; qu'elle manque, au contraire, dans l'ictère spasmodique, dans l'hypertrophie simple, dans l'induration, dans le cancer, etc., à moins qu'il n'y ait complication de phlegmasie; enfin que le caractère propre de la fièvre hépatique est la rémittence ou l'intermittence, bien qu'elle puisse être continue. M. Monneret s'est proposé un second sujet d'étude : c'est la relation étiologique des hémorrhagies avec les affections du foie, et il a trouvé qu'elles se liaient plus ou moins souvent à la congestion inflammatoire, à l'hypertrophie, au cancer, à la cyrrhose chronique, à la phlébite de la veine porte.

Nous sommes convaincu que ce résumé, fidèlement tracé d'après le rapport, ne donne pas une idée suffisante de l'importance pratique du travail de M. Monneret; et ce n'est pas la faute du rapport qui, si nous nous souvenons bien, ne fait que reproduire les résultats généraux énoncés dans le mémoire original. A ne juger que ces résultats, on serait en droit de se demander s'ils renferment, sous la forme particulière où ils sont présentés, quelque vue nouvelle, quelque fait inaperçu. La question paraîtrait surtout naturelle, appliquée à ce qui concerne la fièvre hépatique. Les affections pyrétiques du foie et les affections apyrétiques se classent-elles autrement pour M. Monneret que pour les autres pathologistes? N'est-il pas généralement admis que l'ictère spasmodique, l'ictère saturnin, les hydatides, n'occasionnent pas la fièvre par elle-même et indépendamment de toute complication inflammatoire? Cette distinction, admise pour le foie, ne l'étend-on pas à tous les viscères, aux poumons, aux reins, au cerveau, etc.? Et quant aux caractères de la fièvre hépatique, tout le monde ne sait-il pas qu'ils sont fréquemment ceux d'une fièvre paroxystique?

Mais, nous nous hâtons de le répéter, ces remarques ne s'adressent justement qu'aux résultats généraux du travail. On reconnaît, aux termes et par quelques détails du rapport, que l'auteur, joignant ses observations à celles de médecins anciens, a pénétré plus avant que les modernes dans la symptomatologie, et mieux établi la séméiotique des affections du foie. Nous croyons fermement que la lecture du travail, qui sera sans doute bientôt publié, justifiera sur ce point les assertions de M. le rapporteur, et nous prenons volontiers une idée de ce qu'a fait dans ce genre M. Monneret sur ce que nous le savons capable de faire.

A. DECHAMBRE.

PATHOLOGIE GÉNÉRALE.

DE LA NATURE LOCALE OU GÉNÉRALE DES TUMEURS; par M. le docteur LEBERT. (Mémoire communiqué à la Société de biologie en octobre 1850.)

Dans un ouvrage étendu sur les maladies cancéreuses, qui vient d'être

Feuilleton.

CHRONIQUE MÉDICALE.

Du concours. Droits et devoirs de la presse. Une comparaison vicieuse. *Oratio pro domo nostrâ.* — Un scandale. Energie de M. le doyen. — Les médecins des hôpitaux et la nouvelle loi sur la garde nationale. — Baudelocque et Koreff.

Une question qui a été traitée plusieurs fois, dans ce journal et à cette même place, vient d'être ramenée par les circonstances sur le terrain de la discussion : c'est celle des droits de la presse en matière de concours. On s'en est emparé dans les journaux; on l'a surtout vivement agitée *per orbem*. Comme il ne serait pas impossible que le rôle si décidé de la GAZETTE MÉDICALE dans le dernier concours eût contribué un peu à cette émotion, nous n'hésitons pas à entrer dans quelques explications bien nettes et bien franches.

Il n'est peut-être pas hors de propos de constater tout d'abord que personne ne dénie absolument à la presse le droit d'intervenir dans un concours. Pendant qu'on était en train de lui rogner les ongles, on eût pu avoir la fantaisie de les lui arracher. Heureusement, on a bien voulu lui épargner cette douloureuse opération. Mais si on souffre l'intervention de la presse, on se récrie contre la mesure dans laquelle elle croit pouvoir user de la permission, et voici l'argument à la mode. Nous prions qu'on le retienne bien; car c'est la grande machine avec laquelle on nous bat depuis bien longtemps, sans nous avoir fait jamais grand mal.

Un concours est une sorte de débat judiciaire. Les juges sont le tribunal, les concurrents sont les plaideurs. En justice, il n'est permis à la presse que de reproduire les éléments d'un procès, pièces écrites, dépositions orales, expertises, plaidoiries, réquisitoire, etc.: il lui est interdit de discuter ni les faits de la cause, ni la composition du tribunal ou du jury, ni la position des plaideurs. La presse peut raconter; elle n'a pas le droit de juger.

Voilà l'argument dans toute sa force : c'est celui dont nous poursuivaient, il y a trois ans, deux journaux de Montpellier, à l'occasion de nos comptes rendus des concours alors ouverts à Montpellier même et à Paris. Nos honorés confrères nous adressaient, à cette occasion, des remontrances paternelles d'une certaine vivacité. Hélas! le temps ne nous a pas corrigés, comme on a pu voir tout récemment, et il est à croire que nous mourrons impénitents. Aujourd'hui comme alors, nous regardons cette assimilation d'un concours à un débat judiciaire comme parfaitement inexacte, et ce que nous tenons pour bon à interdire à la presse en matière de procès, nous trouvons bien qu'on le lui permette, et qu'elle s'en fasse même un droit et un devoir, en matière de concours.

Sur quoi repose, dans un procès civil ou criminel, le jugement à intervenir?

livré à la publicité, j'ai exposé le résultat de toutes mes études sur l'histoire générale et spéciale du cancer proprement dit et des maladies curables confondues avec lui.

Je publierai de plus, prochainement, dans le troisième volume des MÉMOIRES DE LA SOCIÉTÉ MÉDICALE D'OBSERVATION, quelques-uns des faits les plus importants qui m'ont servi à établir mes doctrines générales sur le cancroïde.

Au moment de présenter ces travaux au public, j'éprouve le besoin de développer spécialement ici le point de doctrine des maladies cancéreuses que je regarde comme de beaucoup le plus important pour la science aussi bien que pour la pratique : c'est celui qui est relatif à la nature locale ou générale du cancer et des tumeurs avec lesquelles on le confond.

Pendant des siècles on a cru, et aujourd'hui encore on imagine, que les termes de *malignité* et de *bénignité* désignent la différence fondamentale entre le cancer et les autres produits accidentels. Mais quelle déplorable absence de philosophie médicale dans une division aussi peu rationnelle! On ne saurait douter que cette division des tumeurs a exercé une influence très-fâcheuse sur les progrès de la chirurgie. En faisant de ces termes vagues et élastiques un principe de classification, un n'a pas mieux fait la science que le vulgaire qui divise les maladies en celles qui guérissent et celles qui tuent, ou les bergers, qui classent les plantes en herbes de pâturage et en herbes vénéneuses.

Ce qui prouve encore toute l'inconsistance scientifique d'une pareille division, c'est que la même tumeur peut être tour à tour bénigne ou maligne, selon qu'elle est placée à 1 centimètre plus haut ou plus bas. Citons un exemple : une tumeur fibreuse de l'utérus donne lieu à des hémorrhagies abondantes qui épuisent les forces de la malade; cette tumeur est-elle accessible aux moyens chirurgicaux, on l'extrait et la malade guérit; mais si cette même tumeur est située dans une partie de l'utérus où l'on ne puisse l'atteindre, a-t-elle par cela même changé de nature, et de bénigne est-elle devenue maligne?

La maladie connue par les chirurgiens sous le nom d'ulcère cancéreux de la face est regardée comme incurable lorsqu'elle a acquis de grandes dimensions. Quoi de plus malin par conséquent que cette maladie, qui tôt ou tard doit entraîner la perte du malade? Eh bien! nous avons vu M. Manec guérir solidement de ces ulcères, déclarés au-dessus de toutes les ressources de l'art par des chirurgiens très-renommés.

Il est donc temps d'abandonner un terrain si peu solide, si peu en harmonie avec l'esprit sévère qui doit dominer aujourd'hui les sciences d'observation.

Pour nous, la grande question, dans le pronostic et dans le traitement des tumeurs, est, nous le répétons, la considération de la nature locale ou générale de ces productions accidentelles. Ce principe ne nous est point venu à l'esprit par intuition. Nous ne donnons point ici une théorie nouvelle; nous constatons seulement le résultat de l'étude de faits nombreux et l'analyse de plus de quatre cents observations sur les maladies cancéreuses proprement dites, et de près de six cents observations sur les tumeurs non cancéreuses.

Nous allons en quelques mots exposer nos doctrines sur ce point.

Le cancer est, à n'en pas douter, une maladie de l'économie tout entière. Telle a été l'opinion des médecins depuis l'antiquité, et si l'opinion contraire a pu un moment s'accréditer, c'est qu'on ne suivait pas assez longtemps les malades atteints de cancer, et que l'on confondait en outre avec celui-ci beaucoup d'affections qui lui ressemblaient par quelques caractères, mais qui en différaient par beaucoup d'autres. Il y a eu d'ailleurs de tout temps un certain nombre de médecins qui jugeaient les questions pathologiques d'après des idées théoriques, les prévisions de l'esprit ayant pour eux plus d'attrait que les résultats de l'observation.

Mais lorsque l'on a étudié le cancer chez un grand nombre de malades et dans toutes ses principales variétés, un sait que malheureusement la première apparition de la plus petite tumeur cancéreuse est déjà l'expression et la manifestation d'une diathèse générale, bien que la santé pendant quelque temps encore reste intacte, et que les souffrances, durant les premiers temps, puissent être à peu près nulles. Il en est de ces tumeurs cancéreuses naissantes, pour l'œil exercé du chirurgien, comme de ces petits nuages qui apparaissent sur l'horizon lorsque la mer est calme et le ciel encore pur, et que le spectateur ordinaire croit à peine dignes de quelque attention, tandis que, pour le marin exercé, ils sont le présage certain d'un orage qui va bientôt envelopper l'horizon tout entier.

Quelle que soit la partie du corps sur laquelle le cancer se localise primitivement, le mal a non-seulement de la propension à s'étendre, mais en outre, qu'il donne lieu ou non à des dépôts secondaires, sa tendance infectante générale est constante et toujours progressive jusqu'à la terminaison fatale, à moins que les accidents locaux prennent assez de gravité pour trancher plus tôt le fil de l'existence. Aussi ne suffit-il pas d'extirper de bonne heure et de la manière la plus complète une tumeur cancéreuse; elle reviendra tôt ou tard, et si ce n'est dans le point primitivement affecté, ce sera sur quelque point plus éloigné du corps. Si, dans un certain nombre de cas, la période ultime du cancer, le dépérissement et le marasme surviennent sans dépôts cancéreux secondaires, nous n'avons pas moins la preuve que le mal s'était emparé de l'organisme tout entier. Une femme atteinte d'un cancer de l'utérus qui ne donne pas lieu à des hémorrhagies abondantes, un homme atteint d'un cancer de l'estomac placé de façon à ne presque pas provoquer de vomissement, ne succombent pas moins l'un et l'autre à cette maladie, et cela après avoir présenté la perte des forces et de l'embonpoint, l'étiolement du teint, des troubles de toutes les grandes fonctions organiques. Il est clair alors, pour l'observateur attentif, que la masse tout entière du sang, toute l'économie dans son ensemble, a été frappée, bien que l'examen pendant la vie et le scalpel après la mort ne découvrent point de cancers secondaires. On trouvera un jour bien plus d'analogie entre ces maladies diathésiques et les empoisonnements qu'on ne s'en doute encore aujourd'hui.

Parmi les nombreuses affections que l'on a confondues avec le cancer, il n'y en a pas une pour laquelle un examen attentif ne soit capable de démontrer des différences fondamentales. Plus on mettra de précision dans l'observation, plus on se convaincra que ces caractères différentiels ne sont point isolés ni exceptionnels, qu'il ne s'agit pas d'artifices du scalpel ni d'arguties du microscope, et que le début, le développement, la marche, toute la physiologie pathologique, en un mot, aussi bien que l'étude des altérations, concourent à tracer les lignes de démarcation, et à ces limites naturelles correspondent aussi des circonscriptions thérapeutiques toutes différentes; car dès que le mal est tout local, tous les efforts du médecin ou du chirurgien ne sont plus frappés de cette fatalité des récidives comme dans le cancer. Le champ est ouvert aux plus grands efforts de l'intelli-

---

Sur les lois du pays et sur les faits particuliers de la cause. De ces deux termes, l'un est fixe, immuable, obligatoire pour toutes les opinions, pour toutes les classes, pour tous les individus; il n'est permis de l'attaquer ni en paroles ni par écrit, dans aucun lieu public, pas même dans l'enceinte où se font les lois. C'est bien le moins que cela soit interdit également à la presse. L'autre terme est mobile et appartient à la contradiction; mais (et c'est là un point capital) il touche ou à la considération ou à l'intérêt privés; deux choses que la loi a eu soin de garantir, d'une manière générale et constante, contre toute lésion publique. C'est par une application naturelle et très-conséquente de cette disposition tutélaire que défense a été intimée à la presse de discuter les faits particuliers d'un procès. Discuter les faits d'un procès, c'est rechercher de sa propre autorité si un individu a tué, volé, diffamé, manqué à la bonne foi, détenu le bien d'autrui, etc. Or il n'était pas possible que ce qu'il est défendu de dire tout haut, devant quelques témoins, on eût le droit de l'imprimer dans un journal; et la presse, en le faisant, si elle n'eût contrevenu à une législation spéciale, fût tombée, pour le même chef, sous le coup des articles du Code. Ajoutons qu'il importait à la dignité et à l'autorité de la magistrature, auxquelles se lie si étroitement le respect de la justice elle-même, que ses décisions fussent placées au-dessus de la controverse.

Rien de semblable dans un concours. Suivez le parallèle : Quels sont ici les éléments d'appréciation? Les concurrents sont des plaideurs; donc celui-là devra l'emporter, devra gagner le procès, qui aura la loi pour lui. Qu'est-ce que la loi dans un concours de médecine? C'est l'ensemble des doctrines scientifiques. Nous avions, pour les débats judiciaires, le Code et les faits de la cause. Nous avons, pour le concours, les doctrines et le talent individuel. Nous avons montré qu'on ne pouvait discuter dans la presse ni le Code ni les éléments d'un procès; peut-on discuter des doctrines médicales et le talent d'un compétiteur? On s'étonne vraiment d'être amené à poser une semblable question. Comment! ce qu'il y a au monde de plus controversable et controversé, de plus tributaire de l'opinion, une doctrine, même la plus fausse et la plus dangereuse, deviendrait inviolable en touchant le domaine du concours, comme un condamné du moyen-âge réfugié dans une église! Cela n'est pas sérieux. Les doctrines sont libres, donc elles sont justiciables de la critique scientifique, où qu'elles se produisent. Même droit à l'égard du talent individuel. Il ne s'agit plus ici de l'honneur ou de l'intérêt privé, tels qu'ils sont définis dans le monde et par la loi. Littéralement, si l'on veut, le candidat a *intérêt* à gagner une place de dix mille francs, et il est de son *honneur* de réussir dans les épreuves; mais nous ne présumons pas qu'on veuille user de cette équivoque. On discute un candidat du même droit qu'un auteur dont l'œuvre engage, au même titre, et son honneur et son intérêt. Enfin la nature controversable des éléments d'appréciation, dans un concours, ne permet pas de supposer que l'intervention de la presse puisse porter atteinte à la dignité et à l'autorité du jury. Aucun membre du jury n'a la prétention d'enchaîner personne à son opinion; le jury, dans son ensemble, sait bien qu'il n'est pas un concile. Quel mal y a-t-il à ce que la presse mette son avis à côté du sien?

On voit à quoi se réduit cette comparaison des concours et des débats judiciaires. Si l'on voulait assimiler le concours à quelque autre genre de luttes, sait-on où il faudrait s'adresser? Aux tournois. Si nous ne reculions devant un rap-

gence, et le domaine des maladies curables est susceptible d'être considérablement agrandi.

Mais si telle est notre conviction, si telle est, dans la généralité, la différence philosophique entre la maladie locale et la maladie générale, n'oublions pas que l'observation nous fait reconnaître, dans les détails de cette esquisse tracée à grands traits, des différences notables dans la marche et la gravité des diverses affections locales confondues avec le cancer.

Nous allons envisager un instant les produits accidentels, principalement au point de vue de la nature locale ou générale. Nous arrivons à un premier groupe de tumeurs pour lesquelles la nature strictement locale est la règle générale. Dans cette catégorie se trouvent les tumeurs enkystées de la peau, les tumeurs érectiles, les tumeurs graisseuses, fibreuses et cartilagineuses. L'économie tout entière reste intacte, et ne paraît point prendre part à l'altération nutritive, toute locale, toute circonscrite. Mais déjà, dans ce groupe de tumeurs, qu'il ne viendrait à l'esprit de personne de rapprocher du cancer, nous trouvons d'assez grandes variétés dans cette manifestation locale. Les tumeurs enkystées qui tirent leur origine de glandes sébacées ne peuvent point, à coup sûr, infecter l'économie; mais on peut en trouver de disséminées sur divers points du cuir chevelu. Nous avons vu dernièrement un ancien militaire qui portait plus de quatre-vingts de ces tumeurs sur divers points de la surface du corps, et l'examen d'une d'entre elles nous a donné les preuves de la nature athéromateuse de ces diverses tumeurs. M. Rouget a présenté, l'année dernière, à la Société de biologie le crâne d'une femme qui portait depuis longtemps une tumeur enkystée à la tête, tumeur qui, à la suite de plusieurs chutes, s'était développée outre mesure et avait subi un travail d'inflammation et d'ulcération, et en outre de nombreuses glandules sébacées s'étaient développées au point de creuser des petites fossettes à la surface du crâne. On voit donc, par ces exemples, que cette maladie toute locale peut atteindre un certain nombre de points du derme à la fois; mais aucun organe de l'économie n'en est atteint en dehors de celui qui est primitivement affecté; aucune infection de la masse entière du sang n'a lieu et la santé reste intacte. Dans l'exemple de M. Rouget, nous voyons le mal local devenir grave avec le temps, perforer les os du crâne, entraîner une phlegmasie chronique des méninges, conduire le malade au tombeau, et pourtant se montrer à l'autopsie, très-soigneusement faite, comme un mal qui est resté tout à fait local. Nous avons ici le plus bel exemple de la différence qui existe entre la nature locale et la nature bénigne d'une maladie. A coup sûr cette pauvre femme n'était pas atteinte d'un mal bénin; mais la malignité ne résidait pas dans une détérioration de l'économie: les violences extérieures répétées y avaient la principale part.

Les tumeurs érectiles sont quelquefois multiples; mais elles occupent toujours le même ordre de tissus, le même organe, et restent, quelle que puisse être leur gravité, un mal tout à fait circonscrit. En effet, nous voyons quelquefois ces tumeurs prendre par la suite un certain accroissement; les vaisseaux dilatés augmentent de nombre et de calibre; le tissu cellulaire qui leur est interposé se développe notablement; une violence extérieure ou le frottement habituel des vêtements peut produire à leur surface un travail subinflammatoire et ulcéreux; en un mot, la maladie peut prendre un accroissement tel que, par la suppuration, par les hémorrhagies répétées, etc., les jours du malade soient mis en danger et qu'une opération très-étendue devienne nécessaire. Beaucoup de chirurgiens diraient alors que la tumeur a dégénéré, et que de tumeur érectile elle est devenue fongus hématode et cancer. Il n'en est rien cependant, et déjà Maunoir (1), dans son beau travail sur les fongus médullaire et hématode, a démontré combien la différence était profonde et constante entre ces deux affections, dont l'une, cancéreuse, était générale et diathésique, tandis que l'autre était tout à fait locale et susceptible d'être guérie complétement par l'opération, ce dont il cite des exemples remarquables. Ici encore nous voyons que la maladie locale peut devenir fort grave, mais qu'à aucune époque de son existence, elle ne dément sa différence fondamentale d'avec la tumeur diathésique par excellence, d'avec le cancer.

Les tumeurs graisseuses constituent, sans nul doute, un des produits accidentels les plus bénins, les plus strictement localisés, et encore connaissons-nous dans la science des exemples de lipômes qui se sont enflammés ou ulcérés par suite d'une pression prolongée. Plusieurs fois alors on a prononcé le nom de dégénérescence; mais pourquoi, au lieu de recourir à cette hypothèse non démontrée, n'a-t-on pas cherché à mettre en rapport ce qui se passait dans ces lipômes, avec le travail inflammatoire et ulcéreux qui peut survenir dans toute espèce de tissu à nutrition vasculaire? Nous avons observé également des cas dans lesquels un certain nombre de tumeurs graisseuses existaient sur divers points du tissu cellulaire sous-cutané, et ici encore nous rencontrons cette variété de l'état local que l'on pourrait désigner sous le nom de multiplicité locale, que l'on a souvent confondu avec une diathèse générale. Nous admettrions bien, dans ce cas, que la nutrition du tissu adipeux a subi une altération dans une plus grande étendue que sur le point strictement circonscrit qui occuperait une tumeur unique. Mais d'un autre côté nous constatons l'absence d'altération de tous les autres tissus, à l'exception du tissu adipeux, et nous trouvons également l'absence de toute réaction fâcheuse sur l'économie, absence en un mot de cette action toxique générale, dont le cancer est tour à tour l'effet et la cause.

Dans l'étude des tumeurs fibreuses, nous rencontrons des faits analogues à ceux que nous venons de citer. J'ai observé deux fois des tumeurs fibreuses sous-cutanées multiples. Tout le monde connaît la fréquence de l'existence de plusieurs tumeurs fibreuses dans une seule et même matrice. C'est dans cet organe que la présence de ces produits accidentels peut entraîner des hémorrhagies répétées et abondantes et constituer une maladie fort grave; mais lorsqu'on compare les observations de femmes atteintes de corps fibreux de la matrice avec celles de femmes atteintes de cancer, on trouve une différence énorme, pour les deux affections dans la force de résistance de l'organisme, dans la durée, dans la marche de la maladie, et la nature locale de l'une par opposition à l'altération générale dans l'autre sera si bien démontrée par l'observation clinique, que plus tard il ne restera d'autre rôle à l'examen anatomique que d'en donner la confirmation.

L'étude des tumeurs cartilagineuses vient encore confirmer tout ce que nous venons de dire sur la nature locale des tumeurs homœomorphes. Quoique cette maladie soit bien décrite depuis treize ans seulement, depuis le beau travail de Müller sur l'enchondrome, nous possédons cependant aujourd'hui déjà plus de soixante observations authentiques sur ces tumeurs. Sur ce nombre, il y en a plusieurs où des tumeurs cartilagineuses multiples existaient sur l'une ou plusieurs des extrémités, surtout

(1) J.-P. Maunoir, MÉMOIRE SUR LES FONGUS MÉDULLAIRE ET HÉMATODE. Paris et Geneve, 1820.

---

prochement malséant, nous dirions: Aux courses d'hippodrôme. Dans ces luttes, en effet, les conditions sont presque identiquement les mêmes que dans les concours: un prix à gagner, des compétiteurs, des juges, un public, des journaux. Que fait le public? On lui défend de siffler dans l'intérêt de l'ordre public, mais il applaudit; il prend parti, il se passionne pour tel ou tel adversaire. Que font les journaux? Ils rendent compte de la lutte, ils ne se font pas faute de peser les mérites des concurrents et de juger les juges. Voilà le vrai concours. Puisqu'on cherche un modèle, on ne saurait mieux trouver que celui-là.

Peser les concurrents, porter un jugement motivé, discuter celui du jury, voilà surtout ce qu'on ne veut pas admettre. On appelle cela d'un mot à la mode: une *pression*. Ce système de réserve — ou de prudence — est très-logique, venant de ceux qui n'accordent à la presse d'autre droit que celui de dresser le procès-verbal des épreuves. Mais ce n'est que par une grosse inconséquence qu'il peut plaire aux partisans de la liberté d'examen. Il y a, en effet, une subtilité singulière à distinguer entre le contrôle des épreuves et l'option pour un candidat, entre le jugement porté sur les doctrines, sur les titres scientifiques, sur le talent de parole ou de plume, et l'évaluation du mérite relatif des concurrents; à permettre de dire, à chaque épreuve, que tel d'entre eux a été supérieur aux autres, et à défendre de le mettre, en fin de compte, en première ligne. On exerce une pression sur les juges! Entendons-nous. Il y a plusieurs sortes de pression, au moral comme au physique. Il en est, par exemple, qui procèdent de la menace ou de la captation et qui placent un juge entre son intérêt et son devoir. Personne ne plaide pour celle-là et, quand elle a lieu par hasard, on sait bien qu'elle ne vient pas des journaux. Mais la presse pèse du poids de son opinion sur le jury! Vraiment? Et qui force le jury à fléchir? De deux choses l'une: ou la presse a raison, et c'est bien heureux qu'elle ait entraîné le jury; ou elle a tort, et c'est un pauvre jury que celui qui tombe dans l'erreur sur un signe de la presse; il y a gros à parier qu'il se serait trompé tout seul, quoique peut-être d'une autre manière.

Dans tout ce qui précède, nous sommes allés prendre la question là où on l'avait placée; que ce soit l'excuse de notre rabâchage. Au fond, il nous importe peu qu'il y ait ou non analogie entre un concours et un débat judiciaire, et nous ne craignons jamais que notre opinion exerce une trop forte pression sur un jury. Plus elle est forte, et plus notre vœu est rempli. *Habemus reum confitentem*. Nous ne tenons une plume que pour exprimer les idées qui sont les nôtres; nous n'avons des idées que pour les faire prévaloir, des doctrines que pour en aider la propagation. De là vient que si nous rencontrons un candidat qui ait nos sympathies scientifiques, nous n'avons rien de plus à cœur que de lui prêter assistance, et nous le faisons ouvertement, en plein soleil. Nos idées sont peut-être fausses, nos doctrines mauvaises, nos goûts vicieux, mais naturellement nous n'en croyons rien, puisque nous les défendons. Nous avons ceci de commun avec le genre humain tout entier: c'est déjà quelque chose. Que si nous échouons parfois dans notre dessein, nous avons du moins l'*honneur de l'avoir entrepris*, et nous nous en contentons, faute de mieux.

Que la presse dépose ces scrupules intempestifs qui pourraient servir de prétexte à la faiblesse! Elle n'a d'existence sérieuse, quoi qu'on en puisse dire, qu'à la condition d'une initiative hardie dans les voies de la science aussi bien que dans

les mains et les pieds. Mais en parcourant ces observations, on se convaincra bientôt que, malgré cette apparente multiplicité, la maladie était toute locale, que la santé restait toujours bonne et que la marche bénigne ne se démentait point. Une fois de plus cette appréciation doit montrer toute la différence qui existe entre l'altération de la nutrition d'un seul tissu et l'altération de la nutrition générale, entre le mal local et les tumeurs diathésiques.

On a souvent confondu avec le cancer des hypertrophies glandulaires diverses. Parmi les méprises de ce genre d'une importance secondaire, nous citerons l'hypertrophie des glandes lymphatiques; et ici nous rendons hommage à la perspicacité de M. Velpeau, qui professe depuis longtemps que les tumeurs, quelquefois énormes, qui se développent dans le creux axillaire, n'exercent point d'influence fâcheuse sur l'état général de la santé, et sont, malgré la proximité des gros vaisseaux et des troncs nerveux volumineux, bien plus faciles à extirper qu'on ne devrait le croire. La dissection de plusieurs pièces de ce genre m'a démontré qu'il ne s'agissait en effet que d'une hypertrophie considérable des glandes lymphatiques, et toute la marche de la maladie démontre sa nature purement locale.

L'hypertrophie partielle de la glande mammaire est journellement encore prise pour une affection cancéreuse; mais il est impossible de retrouver à un plus haut degré toutes les différences qui séparent le mal local d'une tumeur par cause générale et spécifique, qu'en comparant la tumeur mammaire hypertrophique avec le cancer de la mamelle. Cette comparaison est encore des plus démonstratives pour la thèse que nous soutenons, savoir qu'à des caractères anatomiques et microscopiques différentiels correspond ordinairement un ensemble de phénomènes cliniques non moins distincts.

Dans l'hypertrophie partielle de la mamelle, nous rencontrons tantôt une tumeur unique, tantôt des tumeurs multiples, et le caractère saillant de la multiplicité locale ressort bien évidemment du fait que le mal s'épuise dans cet organe lui-même. Nous ne connaissons point d'exemple d'une hypertrophie de la mamelle qui aurait produit des altérations secondaires dans des organes éloignés, abstraction faite des glandules axillaires qui s'engorgent d'une manière sympathique, lorsqu'un travail phlegmasique se fait dans la partie hypertrophiée. La santé générale reste intacte, et ici encore la nature locale de la maladie se caractérise par le fait que la nutrition d'un organe ou de deux organes symétriques et homologues peut souffrir sans que le reste de l'économie en soit directement influencé, en tant que la nutrition générale et celle de tous les autres organes conservent leurs caractères physiologiques. C'est par cette viciation de la nutrition plus strictement localisée que l'on peut se rendre compte pourquoi les tumeurs homœomorphes altèrent proportionnellement bien moins la nutrition des tissus ambiants que le cancer.

Que tout praticien se rappelle à présent l'ensemble des caractères cliniques du cancer de la mamelle, sa tendance envahissante, sa propagation locale et générale, sa propension aux récidives, l'altération profonde de la santé générale qu'il provoque, et nul ne doutera de l'énorme différence qui existe entre cette maladie de l'économie tout entière et l'hypertrophie locale.

Si nous passons maintenant à la comparaison anatomique, nous trouvons que dans l'hypertrophie partielle la tumeur est bien circonscrite et composée dans son intérieur de lobes et de lobules glandulaires, et que le microscope y démontre les cœcums terminaux de la mamelle. Dans le cancer, au contraire, la dissection fait voir une tumeur plus diffuse; on constate dans celle-ci la destruction des éléments normaux de la glande, et on retrouve les cellules caractéristiques du cancer, qu'un examen superficiel seul peut faire confondre avec l'épithélium glandulaire.

Parmi les tumeurs que j'ai séparées du cancer dans ma PHYSIOLOGIE PATHOLOGIQUE, se trouvent les tumeurs de nature fibro-plastique. Je leur ai donné ce nom, parce qu'elles se composent d'éléments que l'on retrouve dans le développement embryonnal, dans les tissus à l'état complet et dans la formation des produits accidentels, chaque fois qu'un tissu fibreux ou dérivant de ce tissu doit prendre origine. A l'état normal, nous trouvons ces cellules oblongues, à noyaux étroits, ces corps fusiformes, ces fibres incomplètes, dans la formation et dans la structure faite du derme et de plusieurs membranes muqueuses, ainsi que dans le périoste. Aussi voyons-nous souvent des tumeurs fibro-plastiques tirant leur origine du derme, du tissu cellulaire sous-cutané, du périoste, des membranes séreuses et fibreuses. Dans les méninges, elles forment des tumeurs ordinairement uniques, dont la base large ou le pédicule étroit fait reconnaître le point d'origine; elles ont cela de particulier qu'elles peuvent se creuser des loges profondes dans la substance encéphalique, sans faire corps avec elle. Les tumeurs kéloïdes de la peau sont également de nature fibro-plastique; il en est de même de certaines tumeurs très-volumineuses et bien circonscrites qui se développent dans les membres, et dans la cuisse surtout. Mais ce qui a jeté le trouble dans l'esprit d'un certain nombre d'observateurs sur la nature de ce tissu, c'est que lorsque ces tumeurs tirent leur origine du périoste, elles peuvent être très-diffuses, et l'ostéosarcome fibro-plastique peut jusqu'à un certain point simuler quelques-uns des caractères du cancer; nous avons même vu des spicules osseuses se développer dans son intérieur. Est-ce à dire pour cela qu'il s'agit d'un cancer, parce que la tumeur a avec celui-ci quelques points de ressemblance? Nous répondons nettement par la négative. La structure microscopique d'abord est tout à fait différente dans la tumeur fibro-plastique et le cancer; mais nous aurions sacrifié peut-être ce caractère si la marche clinique était celle du cancer, et nous en aurions fait alors une forme spéciale; mais il en est tout autrement. La tumeur fibro-plastique est une maladie locale. Nous avons observé nous-même, il est vrai, un cas dans lequel des tumeurs fibro-plastiques s'étaient développées dans un grand nombre d'organes. Dans ce cas, la maladie avait affecté la marche du cancer; mais ce fait est trop exceptionnel pour changer les doctrines générales sur la nature de ces tumeurs. Aujourd'hui le nombre des tumeurs fibro-plastiques que nous avons observées est très-considérable, et d'un côté nous avons par-devers nous des guérisons solides après des opérations pratiquées depuis plusieurs années; d'un autre côté, nous avons constaté maintes fois par l'autopsie l'unicité et la nature purement locale de ces tumeurs. Ici nous avons cependant à relever une objection bien légitime que pourraient nous faire les praticiens; on nous dira, et nous avons observé ce fait nous-même, que des tumeurs fibro-plastiques, et celles des os surtout, se reproduisaient quelquefois après des opérations étendues et bien faites. Cela est vrai, mais en pareil cas la récidive est toujours locale; elle est la continuation plutôt que la reproduction de la maladie première, dont la guérison a rencontré un puissant obstacle dans ce que nous appelons la diffusion locale de la maladie. Le périoste, qui a donné naissance à la tumeur, est malade dans une plus grande étendue que le toucher et l'exploration ne l'ont fait constater, et malgré l'opération bien faite, on a laissé le germe de la repullulation. On ne rencontre

---

celles des institutions; et comment compterait-on avec elle si elle n'osait élever la voix dans les questions les plus graves? Fille des mœurs publiques, elle doit porter le caractère de son origine. Elle a en main le mandat de l'opinion; elle doit compte à l'opinion de ce qu'elle fait dans l'intérêt de tous. Elle n'a donc pas seulement les droits qu'on lui conteste; elle a des devoirs, et, parmi eux, en première ligne, celui de préparer autant qu'il est en elle, dans toutes les occasions, le triomphe des idées, des doctrines, des tendances qu'elle croit les meilleures et les plus utiles. Qu'on ne demande pas d'où vient le pouvoir de la presse et qui lui a donné l'investiture: c'est le temps, c'est tout le monde! Le pouvoir de la presse, dans les sciences et ailleurs, a la même légitimité que beaucoup de pouvoirs d'un autre ordre: la légitimité du consentement universel. L'opinion politique dit son mot chaque matin sur les choses du gouvernement; l'opinion scientifique peut et doit dire le sien sur les choses de la science. Et nous avons la ferme conviction qu'en cela, plus spécialement en matière de concours, elle peut rendre de grands services. A Dieu ne plaise que nous supposions une sorte d'antagonisme entre les journaux de médecine et les représentants des hautes institutions médicales. Mais la presse, dans son incessante activité, dans sa jeunesse perpétuelle; la presse, qui vit de la vie de tous, qui reçoit et communique toutes les impulsions, qui a la première le sentiment des besoins nouveaux, peut être appelée à plaider, devant les institutions, des intérêts scientifiques que les institutions ne comprennent pas ou n'acceptent pas encore. Elle échouera quelquefois, souvent même, mais cela ne veut pas dire qu'elle aura manqué complétement son but; elle aura peut-être indiqué une voie où de plus clairvoyants s'engageront un jour; elle aura du moins réservé les droits du progrès. Tout cela, il est vrai, la presse ne peut le faire, ni seulement le tenter, sans heurter des susceptibilités; elle aggravera, par exemple, la position déjà difficile d'un candidat; elle suscitera des mécontentements. Qu'est-ce que cela prouve? que la presse, en exerçant un droit de cette nature, fait preuve de courage. Et, en vérité, c'est à elle, on le sait très-bien, qu'en reviennent les plus graves inconvénients. Que les candidats l'imitent, qu'ils sachent comprendre que leur personnalité s'efface dans l'importance de l'intérêt public, et que la bienveillance (dont nous serons toujours heureux de pouvoir user) n'exclut pas la fermeté et l'indépendance de l'appréciation. *Ainsi soit-il!*

— A propos de concours, l'une des dernières séances de celui qui est actuellement ouvert à la Faculté de Paris a été marqué par un épisode que nous ne donnerons pas comme un spécimen de la manière dont nous comprenons l'intervention du public en ces sortes d'affaires. Un candidat, qui n'a besoin que de son mérite personnel pour compter parmi les plus sérieux, mais qui passe, à tort ou à raison, pour avoir de chauds amis parmi les hautes influences du corps médical, a été accueilli par une fraction de l'auditoire d'une façon peu respectueuse, que n'auraient pas même autorisée, à nos yeux, des billets *à la porte achetés en entrant.* A ce bruit, la douceur habituelle de M. le doyen, président du concours, a fait place à une indignation qui s'est traduite par une apostrophe des plus véhémentes. Les perturbateurs, pris en flagrant délit de *lâcheté* (le mot leur a été jeté par M. le doyen), se sont tus aussitôt, et peut-être ont-il pris leur part dans la salve d'applaudissements dont l'apostrophe a été suivie. De pareilles manifestations, si on pouvait s'en offenser, ne seraient pas seulement injurieuses pour le candidat qui les mérite moins que personne, elles le seraient

point, dans ces circonstances, des récidives éloignées du siége primitif de la maladie, ni l'infection circonvoisine des glandes lymphatiques, ni enfin l'infection de l'économie tout entière avec ses dépôts secondaires. Dans le cas même dont nous avons parlé plus haut, la multiplicité des tumeurs offrait cela de particulier que, dans le principe, une tumeur fibro-plastique du testicule s'était étendue au delà de l'anneau inguinal et avait envahi largement le péritoine, et toutes les tumeurs secondaires se trouvaient sur le péritoine et sur la plèvre.

En résumant toutes nos notions sur la généralité des cas de tumeurs fibro-plastiques, nous ne pouvons donc les envisager que comme l'expression d'une altération nutritive toute locale. Une fois de plus nous rencontrons ici une différence énorme entre la nature locale et la nature bénigne d'une maladie; car telle tumeur fibro-plastique qui aurait entraîné la perte du malade et qui, en ce sens, aurait été tout à fait maligne, ne serait nullement pour cela une affection de l'économie entière, et ne sortirait point du cadre des affections purement locales.

Ici encore les saines doctrines dirigeront et perfectionneront la pratique ; car ce qu'il serait téméraire de faire contre un mal qui serait l'expression d'une diathèse implacable, pourrait devenir un devoir pour le chirurgien lorsque, par une tentative hardie, il serait à même d'atteindre ou de dépasser les limites du mal, et de le couper ainsi à sa racine.

Nous arrivons à un dernier groupe de maladies qu'on l'on a de tout temps assimilées avec le véritable cancer : ce sont ces tumeurs végétantes ou ces ulcères rongeants que l'on rencontre surtout à la surface cutanée, ainsi que sur les membranes muqueuses les plus rapprochées de cette superficie, telles que la muqueuse de la langue, de la portion vaginale du col utérin, et même, d'après une de nos observations récentes, dans la membrane muqueuse des fosses nasales.

L'étude des opinions qui ont régné à diverses époques sur ces tumeurs est très-instructive, en ce sens qu'elle nous montre, d'un côté, qu'il y a un certain bon sens pratique qui peut aller au-devant des découvertes scientifiques, tandis que, d'un autre côté, nous voyons également à quel point l'observation incomplète et superficielle conduit à la fois à l'intolérance et à la fausse interprétation des découvertes.

Les plus grands chirurgiens du dernier siècle savaient déjà très-bien que le cancer cutané offrait un bien meilleur pronostic que celui des autres organes, et déjà, antérieurement à cette époque, les guérisons de cette maladie, obtenues par l'application de la pâte du frère Côme, étaient des preuves vivantes de la nature souvent bénigne du cancer cutané, terme sous lequel on confondait le véritable carcinôme dermatique et ces tumeurs papillaires et les ulcères qui, sous tant de rapports, en diffèrent, et doivent nécessairement en être séparés.

Lorsque plus tard les doctrines sur le cancer ont plus particulièrement préoccupé les pathologistes, on tenait bien compte de ce fait, et on disait qu'à la peau le cancer était une maladie moins grave qu'ailleurs. Mais c'est une erreur; car le véritable cancer cutané ne le cède en rien, quant à la malignité et à la marche fatale et rapide, aux cancers des autres organes, et l'idée si naturelle que l'on pouvait confondre deux affections différentes sous le même nom venait à peine aux chirurgiens.

Lorsque, il y a six mois environ, M. Ecker, en Allemagne, et moi, en France, nous démontrâmes que beaucoup de tumeurs, prises pour cancéreuses dans les diverses parties du derme, n'étaient autre chose que des altérations hypertrophiques ou autres des papilles, de l'épiderme, des glandules et du derme lui-même, on reçut cette découverte avec méfiance, et on nous fit l'objection que ces tumeurs étaient cancéreuses, quoi qu'en dise le microscope, parce qu'elles pouvaient récidiver après l'opération. En poursuivant, pour ma part, sans interruption mes recherches sur ces maladies, je pouvais signaler à mes adversaires des objections bien plus fortes encore; j'insistais non-seulement comme eux sur le fait que, dans certaines régions, à la lèvre inférieure et à la verge surtout, les récidives locales de ces affections, auxquelles j'avais donné le nom de cancroïdes, n'étaient pas rares, mais encore sur ce que le mal local pouvait même infecter les glandes lymphatiques voisines qui étaient avec lui en connexion anatomique directe, et que de plus le mal pouvait gagner de proche en proche les tissus, au point d'atteindre, à la figure par exemple, les os voisins de la face.

Lorsqu'on a l'habitude de ne se tenir qu'à la superficie des questions, on peut envisager tous ces faits, que je me suis empressé, le premier, de signaler, comme des concessions faites à ceux qui ne voyaient dans ces affections qu'une variété du véritable cancer. Il en est tout autrement cependant en réalité. Si nous comparons d'abord la structure du cancer et du cancroïde cutané, nous trouvons dans l'un la substitution d'un tissu nouveau, dans l'autre l'exagération de tissus normaux, dans l'un les cellules cancéreuses à aspect spécial, dans l'autre les cellules connues de l'épiderme, ou les autres éléments microscopiques que l'on trouve dans la peau à l'état physiologique. La marche dans le cancroïde est bien autrement lente, et lorsqu'on l'a opéré largement, ou il ne revient pas, ou la récidive a lieu sur place. On n'a pas assez tenu compte, en chirurgie, du point où une récidive peut avoir lieu, et nous n'exagérons certainement pas en affirmant que lorsqu'un mal, après des opérations, n'offre jamais d'autre récidive que dans la région même ou dans le proche voisinage du mal primitif, on peut déjà par cela même présumer qu'il s'agit d'un mal purement local, et par conséquent d'une affection non cancéreuse. La tendance aux récidives dénote bien qu'une maladie n'est pas bénigne, et derechef nous constatons ici la grande différence qu'il peut y avoir entre une maladie locale et une maladie bénigne.

Si nous tenons compte des éléments anatomiques qui composent ces cancroïdes, nous trouvons que l'épiderme ou l'épithélium y entrent pour une large part; et, de même que les éléments fibro-plastiques, on les rencontre sur un grand nombre de points différents de l'économie ; de plus, leur disposition histologique locale est diffuse et étendue. Il s'ensuit que leurs altérations morbides doivent pouvoir présenter également cette même extension. L'anatomie normale explique donc ainsi la diffusion locale de la maladie, de même que la structure multilobaire de la mamelle nous rend fort bien compte de la multiplicité locale de certaines hypertrophies partielles de la glande mammaire. Une récidive locale d'un cancroïde n'est souvent que la continuation de la maladie première qui existait à l'état naissant lors de l'opération antérieure. La diffusion physiologique des éléments fibro-plastiques et épidermiques nous explique donc pourquoi, à l'état morbide, ces tissus sont plus envahissants que des tumeurs composées d'éléments qui, à l'état physiologique, sont toujours plus nettement circonscrits. Nous savons en outre que l'épiderme naît d'un blastème d'abord liquide, dans lequel plus tard se forment des cellules. Quoi d'étonnant alors que, lorsque ce blastème est sécrété en surabondance, il puisse arriver au moyen des lymphatiques les plus voisins dans les ganglions les plus rapprochés du siége du mal? Mais quant aux récidives éloignées, aux tumeurs secondaires,

---

encore pour les savants confrères dont les sympathies présumées sont faites pour attirer sur celui qui en serait l'objet l'estime et la considération, et non une ridicule et perfide animosité.

— Dorénavant, MM. les médecins du bureau central et des hôpitaux ne seront plus tenus d'être sourds ou borgnes, de manquer de nez ou de posséder une migraine ancienne et incurable. Tous ces avantages avaient été jusqu'ici obligatoires pour ceux qui désiraient ne pas faire le service de la garde nationale. Sur la proposition de M. Bixio, il a été décidé que toute cette partie du corps médical appartiendrait de droit au corps de réserve. C'est par oubli sans doute que la même faveur n'a pas été accordée aux médecins des bureaux de bienfaisance, dont le service est plus pénible parfois que celui des médecins d'hôpitaux.

La question qui vient d'être tranchée par la nouvelle loi sur la garde nationale avait été souvent posée devant les conseils de recensement, par suite de demandes d'exemption que la loi d'alors ne permettait pas d'accueillir. Les conseils en général n'étaient pas pour l'immunité. On faisait remarquer que les fonctions de médecins des hôpitaux et hospices et des bureaux de bienfaisance, fonctions très-recherchées, constituaient déjà un notable avantage, auquel on en voulait ajouter un second ; que, d'ailleurs, le service de l'hôpital pouvait se concilier avec celui de la garde, moyennant une autorisation d'absence temporaire délivrée par le chef du poste, etc. Toutes ces raisons sont assez spécieuses; mais elles tombent devant des considérations plus importantes. Ainsi, dans le système suivi jusqu'à présent, par une exception qui n'attaquait que les médecins des établissements sanitaires, on leur demandait à la fois, et le même jour, deux services publics, celui de l'hôpital et celui de la garde, tandis que les employés des administrations quittent la plume le jour où on les force de prendre le fusil. Cette considération, sous un régime d'égalité, ne manque pas d'importance. En outre, quelque ambitionnées que soient les positions dont il s'agit, quelque avantage qu'elles procurent, n'est-ce pas l'État qui en profite le premier, et ne doit-il rien en retour de la peine qu'on se donne, des dangers qu'on brave souvent en secourant la population indigente? Dans les temps de guerre civile, le médecin ne paye-t-il pas sa dette au chevet des blessés? et, dans les temps d'épidémie, alors que les autres citoyens peuvent échappper au service de la garde nationale en fuyant à la campagne, le médecin n'est-il pas sur la brèche, plus exposé à des atteintes mortelles que dans une grande bataille? L'assemblée a sans doute compris toutes ces raisons; car la proposition de M. Bixio n'a rencontré aucune opposition.

— Un mot sur deux confrères que la mort vient d'emporter, et qui, l'un et l'autre, à des titres divers, avaient fixé l'attention publique : Baudelocque et Koreff. Sous sa forme arrondie, dans le négligé de ses amples vêtements, avec son air de savant campagnard, Baudelocque avait su se créer une riche clientèle dans le monde de l'élégance et des hautes manières. L'activité, le bon sens, le coup d'œil, un savoir positif, avaient sensiblement fortifié la recommandation déjà attachée à un nom célèbre dans la pratique obstétricale. Koreff était une tout autre figure. Sa vie a été pleine d'accidents comme son esprit était plein de ressources. Médecin d'une reine de la main gauche, initié aux secrets d'État par les indiscrétions de sa cliente, exilé de Prusse pour ses propres indiscrétions, admis dans les cercles choisis de Paris, où il savait se faire remarquer, frappant volontiers aux portes de la clientèle quand on ne les lui ouvrait pas à son gré,

quant à l'affection de l'économie tout entière, nous n'avons rien observé de semblable jusqu'à ce jour, dans le cancroïde, bien que nous ayons recueilli plus de cent observations, dont près d'un cinquième avec autopsie cadavérique complète. Le cancroïde, par conséquent, diffère, sous bien des rapports, du cancer, et encore une fois, l'ensemble de toutes ces différences se résume dans sa nature locale.

Voilà le véritable point de vue sous lequel le pathologiste doit toujours envisager les tumeurs et les produits accidentels. Abandonnant la routine surannée qui consiste à ne considérer que la bénignité ou la malignité de ces maladies, on doit avant tout se rendre compte si une maladie est générale ou locale ; ce point déterminé, il faut encore distinguer les diverses variétés des maux locaux telles que l'unicité locale, la multiplicité locale et la diffusion locale ; et, dans cette dernière, il faut tenir compte d'une plus grande possibilité de la propagation locale.

Le parti que la pratique tirera de l'appréciation juste de ce point de vue, est immédiat. Il évitera à quelques malades des opérations inutiles, et il encouragera à en pratiquer avec hardiesse et avec persévérance, dans des cas où une connaissance moins approfondie de la pathologie les aurait peut-être fait rejeter, au grand détriment des malades.

L'esprit philosophique ne trouve pas moins son compte dans cette distinction, qui met en évidence la cause fondamentale de la marche pathologique différentielle des produits accidentels.

THÉRAPEUTIQUE GÉNÉRALE.

CONSIDÉRATIONS GÉNÉRALES SUR L'ACTION PHYSIOLOGIQUE ET THÉRAPEUTIQUE DES ACIDES VÉGÉTAUX ; par M. le docteur Joseph Delioux, professeur de matière médicale à l'École de médecine navale de Rochefort.

I.

Les acides végétaux, vaste embranchement des acides organiques, sont appelés à rendre à la thérapeutique des services tout à fait distincts de ceux qu'elle peut obtenir de l'emploi des acides inorganiques ou minéraux.

Les dissemblances qui existent sous le rapport chimique entre les uns et les autres se reproduisent jusqu'à un certain point dans l'ordre des faits pharmaco-dynamiques, et conséquemment il ne faut point en attendre des effets médicateurs identiques.

L'action chimico-physiologique de ces deux espèces de substances acides se différencie et se caractérise sous deux chefs principaux.

1° Il serait inexact d'avancer que les acides minéraux coagulent l'albumine, car à ce principe absolu on pourrait opposer de nombreuses exceptions. Il faut dire seulement que la plupart des substances qui sont désignées par les pharmacologistes sous le titre générique d'*acides minéraux*, coagulent l'albumine et la coagulent énergiquement ; à ce titre, ils se présentent comme des caustiques plastifiants à l'état pur, comme des astringents plus ou moins puissants à l'état de dilution. Tels sont les acides sulfurique, chlorhydrique, azotique ; mais tel n'est point l'acide phosphorique, que l'on a souvent à tort confondu avec eux et qui ne coagulant point l'albumine, jouit d'une action toute différente et se range dans les caustiques fluidifiants.

(Cette distinction faite par M. Mialhe entre les deux modes de l'action caustique est très-judicieuse et digne d'être consacrée.)

Les acides végétaux, au contraire, comme tous les acides organiques, ne coagulent point l'albumine ; il en résulte qu'à nul degré de concentration ils ne peuvent agir comme plastifiants ; que les plus énergiques, employés purs, cautérisent à la manière des caustiques fluidifiants, et qu'étendus ils sont incapables d'astringenter les tissus. Il n'y a d'exception à faire que pour l'acide tannique et ses dérivés ; ceux-ci coagulent l'albumine, mais bien moins que les acides minéraux, et encore leurs coagulums peuvent être redissous par un excès d'une liqueur albumineuse ; toutefois il faut ajouter que le tannin coerce fortement la gélatine ; de sorte que, mis en rapport avec les membranes animales tissues à la fois d'éléments albumineux et gélatineux, il y détermine un degré de condensation et d'astriction tel qu'il n'est surpassé par aucun autre corps comme astringent, et qu'il mérite même une certaine prééminence sur les astringents minéraux, parce que, à la différence de ces derniers composés, son action s'exerce sans irritation et sans douleur.

2° Les acides minéraux introduits dans le sang ne subissent aucune décomposition, qu'ils y restent libres ou combinés, ou qu'ils en sortent plus tôt ou plus tard.

Les acides organiques, et particulièrement les acides végétaux, introduits dans le sang, y sont toujours, au moins en partie, détruits et brûlés.

Les premiers peuvent ralentir le cours du sang en diminuant sa fluidité par la condensation de son albumine ; les seconds, n'ayant aucune action coercitive sur l'albumine et la fluidifiant souvent souvent, au contraire, ralentissent la circulation par un artifice tout différent et qui sera exposé tout à l'heure en montrant quel est le résultat ultime de leur décomposition et de leur destruction.

II.

Concentrés, les acides végétaux puissants, ceux qui ont une forte affinité pour les bases, qui rougissent vivement le tournesol, qui possèdent une saveur aigre prononcée, — ceux-là ont une action caustique énergique ; à un moindre degré de concentration, ils sont cathérétiques ; quand ils sont très-étendus, ou quand ils sont naturellement faibles, ils n'ont plus qu'une action irritante légère ou nulle. Peut-on alors aussi les compter comme astringents ? — Non, si l'on ne reconnaît comme astringents réels que les substances qui condensent les tissus albumineux ; à ce titre, les tannins seuls parmi les acides végétaux devraient être tenus pour astringents. Cependant, si l'on considère que quelques-uns de ces acides, tel que l'acétique, sont volatils, et que la volatilisation entraîne toujours un certain abaissement de température, on pourra admettre que leur application à la surface des tissus a pour effet secondaire une réfrigération, cause elle-même d'une astriction fibrillaire analogue à celle produite par les astringents purs ; on peut enfin faire une concession aux idées vitalistes, et supposer qu'en irritant les radicules nerveuses, ils mettent en jeu la contractilité orga-

---

héros d'un procès bruyant, interdit comme médecin, puis réintégré dans le droit d'exercice, mourant enfin, à ce qu'on rapporte, en disant un bon mot, Koreff pourrait fournir un chapitre aux contes d'Hoffmann, dont il a été l'ami. Que la tombe soit légère à cet agréable, spirituel et original confrère !

A. Dechambre.

— Le dernier numéro de la Revue médico-chirurgicale renferme une critique des articles que nous avons publiés sur le concours de clinique chirurgicale de la Faculté. Cet article est, d'un bout à l'autre, une attaque personnelle où la trivialité de l'injure rivalise avec le cynisme de la mauvaise foi. Nous n'avons aucune réponse à faire à cette attaque. Si M. Malgaigne avait le cœur placé comme tout le monde, il aurait compris depuis longtemps que toute polémique entre nous est désormais impossible.

Jules Guérin.

— Nomination du professeur d'histoire naturelle a la Faculté de Montpellier. — A la suite du concours pour la chaire de botanique, vacante à la Faculté de médecine de Montpellier par le décès de M. R. Delille, M. Ch. Martins, agrégé de la Faculté de médecine de Paris, a été nommé, le 13 mai, professeur à la majorité de six voix sur neuf.

— On écrit de Pézénas (Hérault), le 16 mai :

« L'épidémie de suette miliaire cause une grande panique à Pézénas ; l'exaltation de la peur est à son comble, et la désertion complète de la part des habitants qui ont le moyen de voyager. Il y a beaucoup de mal sans doute, mais encore plus d'irréflexion et de peur. On cite cependant quelques-uns de ces hommes d'élite, au cœur généreux, qui trouvent tout naturel d'oublier le danger pour eux-mêmes, alors qu'ils se sacrifient pour en affranchir les autres.

» Les secours s'organisent sur une échelle aussi large que pourrait l'exiger le développement du fléau. Deux associations de bienfaisance existent : l'une d'elles était présidée par le digne négociant L. Delmas, qui a eu le mérite de l'organisation, et qui, l'une des premières victimes de l'épidémie, a été aujourd'hui même accompagné au champ du repos par toute la population en pleurs.

» Les médecins sont arrivés de Montpellier ; le dévouement de ceux de la localité trouvera en eux des émules, des soutiens : ils sont là au poste d'honneur. »

nique; mais en somme on ne trouvera jamais en eux des astringents aussi francs et aussi efficaces que dans les acides minéraux.

III.

Absorbés, ils ne condensent point les éléments albumineux du sang; ils augment plutôt sa liquidité; toujours, sauf l'acide tannique. Ils saturent les bases alcalines du sang; mais ces nouveaux sels sont bientôt transformés en carbonates, leur acide organique étant détruit et comburé par l'oxygène introduit dans la circulation par la fonction respiratoire. Pour que cette combustion s'opère, ces acides, formés la plupart de carbone, d'hydrogène et d'oxygène, absorbent ce qu'il leur faut d'oxygène pour former de l'eau avec leur hydrogène, ce qu'il leur en faut encore pour former de l'acide carbonique avec *une partie* de leur carbone, — eau et acide carbonique que l'expiration emporte, — jusqu'à ce que l'autre partie du carbone reste en présence de l'équivalent d'oxygène dans les proportions voulues pour faire de l'acide carbonique et finalement un carbonate alcalin. Or l'oxygène consommé pour cette réaction est emprunté à la quantité de ce gaz destinée à artérialiser le sang; la revivification du sang en sera d'autant retardée; et comme la rapidité du mouvement circulatoire est en raison directe du degré d'oxygénation du sang, le ralentissement de ce mouvement sera la conséquence immédiate de la combustion des acides végétaux.

Voilà l'explication vraie de l'*action tempérante* de ces acides, basée, non plus sur des théories spéculatives, mais sur les résultats les plus positifs de l'analyse chimique. Et ce fait de la destruction des acides végétaux, établi surtout par les beaux travaux de Woehler et de Liebig, est bien digne de fixer nos méditations en nous apprenant quelle est la puissance des forces chimiques que l'organisme tient en réserve, puisque nous voyons là, sous leur empire, avec une température + de 38° c., s'opérer une réaction que nous ne sommes capables de reproduire dans nos laboratoires qu'à l'aide de la chaleur rouge.

IV.

On n'est pas forcé de croire cependant que la totalité des acides végétaux, surtout quand ils ont été absorbés en grande quantité, soit transformée en acide carbonique et en carbonates. Il y a deux appareils organiques spécialement chargés de l'élimination des acides: ce sont la peau et les reins. En effet, la sueur est acide, et l'on y trouve notamment l'acide acétique; on pourrait admettre qu'une certaine quantité de cet acide absorbée dans les premières voies est rejetée en nature par les glandes sudoripares. L'urine, d'un autre côté, est normalement acide, et doit ce caractère principalement à l'acide urique, terme de la combustion de l'azote; elle ne revêt au bout d'un certain temps le caractère alcalin que lorsque les produits uriques ont été transformés par la fermentation ammoniacale. Mais, de plus, sous l'influence des médications acides, on a vu apparaître dans l'urine des proportions plus ou moins considérables des acides ingérés, et ce fait a excité à un certain point l'étonnement des observateurs. On a dit que les acides organiques pouvaient seuls passer dans les urines; M. Mialhe (1), qui a soutenu cette opinion, avance que les acides organiques ne coagulant pas les éléments albumineux du sérum, passent seuls et facilement à travers les reins, tandis que les acides minéraux qui sont retenus, tant par les bases alcalines que par l'albumine qu'ils plastifient, ne peuvent jamais arriver dans l'urine. On peut, jusqu'à un certain point, admettre que le passage des premiers dans l'urine se fait plus aisément que celui des seconds; mais ce passage ne doit pas être nié absolument pour les acides minéraux. Il résulte en effet des expériences de M. Orfila (2) que, dans les cas d'empoisonnements par les acides concentrés, non-seulement on peut retrouver dans l'urine des traces des acides acétique, tartrique, oxalique, mais aussi des acides sulfurique, azotique et chlorhydrique.

Ce qui reste à expliquer, c'est que les acides minéraux puissent échapper à une neutralisation complète par les alcalis du sang, et que les acides organiques puissent se soustraire en partie à la combustion qui s'en opère d'ordinaire dans le poumon.

Je crois que cette explication se déduit d'une particularité anatomique spéciale au système veineux abdominal, et qui sera signalée comme l'une des découvertes les plus remarquables et les plus fécondes en applications physiologiques de M. Cl. Bernard.

On sait que cet habile expérimentateur a constaté l'existence, entre la veine porte et la veine cave, de communications directes assez considérables qui versent immédiatement le sang de la première dans la seconde; qu'il a reconnu en outre dans la texture de la veine cave : 1° au-dessous des veines sus-hépatiques des fibres musculaires destinées à opérer un reflux du sang, et 2° au niveau des veines rénales des valvules qui empêchent ce reflux d'aller au delà; de sorte que le sang est obligé de pénétrer dans les veines rénales, qui alors jouent le rôle d'artères. Cette disposition explique le passage rapide de certaines substances dans l'urine; elle démontre en même temps que, dans le cas d'absorption de quantités excessives de boissons, capables d'augmenter la masse du sang au point de troubler les circulations hépatique et cardiaque, la nature s'est ménagé un diverticulum qui assure en toutes circonstances le maintien du cours régulier du sang. Or, comme le phénomène se produit précisément lorsque de grandes quantités de boissons aqueuses ont été ingérées, et comme les acides sont ordinairement administrés, en thérapeutique, dissous dans de fortes proportions d'eau, il me paraît hors de doute qu'une partie de ces acides doit, avec l'excès de leur véhicule, passer par ce diverticulum, en se soustrayant, dans ce rapide parcours, tant à la neutralisation par les bases alcalines qu'à la combustion pulmonaire, et c'est ainsi, sans autre artifice, que ces acides réapparaissent, tels que l'absorption les avait pris, au milieu du fluide sécrété par les reins.

Et ce n'est pas seulement à l'interprétation de quelques-uns des résultats des médications acides que la connaissance de cette disposition anatomique sera applicable; elle rendra compte aussi de la prompte apparition de beaucoup d'autres substances dans l'urine et de l'innocuité ou de la nocuité moins grande de certains poisons, de l'action variable ou différentielle de certains médicaments, suivant qu'ils sont administrés dans des véhicules plus ou moins abondants, ou qu'ils trouvent dans le canal gastro-intestinal une plus ou moins grande quantité de matières tant solides que liquides en pleine digestion : point de vue duquel on appréciera bien plus philosophiquement des faits réputés exceptionnels ou étranges que si on les attribuait, comme l'ont fait jusqu'ici les toxicologistes, à l'état de plénitude ou de vacuité des vaisseaux, ce qui n'est vrai, dans l'espèce, que secondairement ou relativement, ou à des idiosyncrasies individuelles, ce qui n'est souvent qu'une fin de non-recevoir.

V.

Il est un autre ordre de considérations physiologiques que le médecin praticien doit avoir présent à l'esprit quand il institue une médication acide.

Dans l'économie animale, la grande majorité des humeurs revêtent le caractère alcalin; le caractère acide ne s'y montre que rarement et comme par exception.

Dans l'économie végétale, c'est le contraire qui s'observe : l'acide y prime l'alcali.

Voyez les trois humeurs dominantes de l'organisme humain, le sang, la lymphe, la sérosité : elles sont fortement alcalinisées. Il en est de même du plus grand nombre des fluides émanés du sang. Voyez enfin combien notre organisme est antipathique aux acides, combien la nature a pris de précautions, mis en nous de correctifs contre leur influence : toutes les humeurs récrémentitielles sont alcalines; la réaction acide ne se montre que dans les excrémentitielles, dont la sécrétion, pour plusieurs du moins, semble avoir pour but principal l'élimination des acides, telles l'urine et la sueur. Objecterait-on que la sécrétion acide s'opère sur de larges surfaces, tant à la peau que sur les muqueuses tégumentaires dont le mucus normal est acide? Mais combien est petite la somme de ces produits sécrétés en comparaison de la masse des humeurs alcalines enfermées dans la duplicature de notre double tégument ou épanchées à sa surface! D'ailleurs, presque partout à côté de la sécrétion acide nous retrouvons la sécrétion alcaline : ainsi, auprès de la sueur acide, nous trouvons l'humeur sébacée qui est alcaline, et qui même efface complétement l'acidité transpiratoire dans certains replis cutanés; auprès de la liqueur acide qui exsude des follicules mucipares, des glandes et des glandules versent sur les muqueuses des humeurs alcalines, salive, sucs pharyngiens, œsophagiens, intestinaux, biliaire, pancréatique. On a, pour le dire en passant, exprimé d'une manière beaucoup trop absolue l'antagonisme qui existerait entre les sécrétions acides du tégument externe et les sécrétions alcalines du tégument interne. Comme je viens de l'indiquer, la séparation est loin d'être aussi nette; partout l'antagonisme existe réellement, mais sur place, et non à distance. Enfin toutes les humeurs qui transforment, dédoublent, digèrent, en un mot, les substances alimentaires ou médicamenteuses, doivent leur puissance à un albuminoïde qui n'agit qu'en présence des alcalis, non-seulement dans le canal digestif, mais jusque dans le sang, où l'œil pénétrant et sagace de M. Cl. Bernard a vu le sucre se transformer, non pas seulement sous l'influence des alcalis, comme on l'avait dit avant lui, mais

(1) Considérations chimico-thérapeutiques sur les acides, par M. Mialhe (Union méd., 1848, p. 88.)

(2) Traité de toxicologie, 4e éd., t. I, p. 86.

là comme ailleurs, grâce à l'intervention combinée des alcalis et d'une matière animale, d'une matière albuminoïde. Une seule exception se présente devant cette grande loi physiologique : dans le suc gastrique, la pepsine agit en présence des acides.

Bien imprévoyant alors serait le thérapeutiste qui, méconnaissant la constitution chimique de nos humeurs, abreuverait indéfiniment un malade de boissons acides, et hors le cas d'indications précises et rationnelles. Autant leur usage modéré peut amener de calme, de bien-être dans certains états inflammatoires et fébriles où on les prescrit journellement avec avantage, autant elles peuvent produire des résultats mauvais et même désastreux quand on les administre à faux ou inconsidérément. Les acides végétaux, plus souvent employés, du reste, que les minéraux, commandent encore plus de réserve ; leur abus entraîne l'anorexie ou la dyspepsie avec ses formes si variables et si douloureuses, des flux muqueux et séreux plus ou moins difficilement coercibles, l'atonie, la pâleur, l'œdème des tissus, le ralentissement du mouvement circulatoire avec petitesse et dépression du pouls, l'allanguissement, en un mot, de toutes les fonctions assimilatrices. Et comment en serait-il autrement, puisqu'ils ne tendent à rien moins qu'à altérer la crase constitutionnelle de toutes les humeurs vivantes, et surtout, fait capital, à enlever aux humeurs digestives les qualités indispensables à l'accomplissement de leurs fonctions élaboratrices, sans l'intégrité desquelles la nutrition ne peut s'opérer dans sa norme physiologique ? Enfin, si l'abus allait jusqu'à produire l'acidification du sang, le diabète pourrait en être la conséquence fatale, ainsi que tendraient à le faire craindre les idées théoriques de quelques auteurs modernes sur la pathogénie de cette affection.

VI.

Sur ce sujet si grave et si généralement méconnu, l'hygiéniste doit aussi quelques conseils aux personnes qui, dans la plénitude de leur santé, font un usage immodéré des boissons acides. Il leur dira que, si elles ont moins d'inconvénients pendant l'été et pendant l'exercice de rudes travaux que pendant l'hiver ou dans l'inaction des forces corporelles, parce que, dans le premier cas, la sueur dépouille l'économie des principes dont l'excès lui serait nuisible, elles n'ont pas tous les avantages que semble promettre l'attrait séduisant d'une réfrigération passagère ; car, après l'apaisement de la soif, elles laissent l'individu atone et sans ressort, tandis qu'une boisson légèrement touillée par un spiritueux ou un cordial, quand la fatigue surtout, d'où qu'elle vienne, enraye les forces, le ranime à la fois, le stimule, le corrobore et le désaltère. Une réforme intelligente a été réalisée dans ce sens à bord des navires de l'État, quand on a substitué au vinaigre l'eau-de-vie dans l'eau que boivent, hors le temps des repas, nos matelots dans les saisons chaudes ou dans les régions intertropicales. Rien ne saurait mettre plus pertinemment en évidence l'action pernicieuse qu'exerce sur la nutrition l'emploi obstiné des substances acides, que l'expérience faite sur elle-même par la coquette menacée d'une obésité qui la désespère. Le vinaigre, arme vulgairement dirigée contre cette ennemie de la beauté, au bout d'un certain temps altérera si bien les réactions qui s'opéraient dans ses humeurs que la sécrétion adipeuse disparaîtra, mais avec sa santé ; elle maigrira, il est vrai, mais en s'empoisonnant.

VII.

Des physiologistes, des toxicologistes, des thérapeutistes distingués d'ailleurs à plus d'un titre, ont fait, dans l'interprétation de l'action bienfaisante ou nuisible des acides végétaux, une part plus large que celle que je viens d'accorder à leurs effets topiques ; ils ont attribué, par exemple, à l'astriction provoquée par leur contact toutes les modifications que l'absorption et la nutrition subissent par suite de leurs abus. Mais j'ai démontré précédemment que cette astriction est une hypothèse démentie par les faits chimiques, et à leur appui viennent se joindre les faits physiologiques et pathologiques rigoureusement observés. Les acides végétaux non coagulants ne peuvent tanner les tissus, ni par conséquent fermer leurs pores absorbants ; ils ne passent donc que trop facilement, au contraire, dans la circulation, et c'est au sein du fluide sanguin que, comme cela a lieu pour tant d'autres médicaments, se développe leur action dynamique.

Si l'on a parfois réussi par leur emploi à réprimer des flux intestinaux, il n'y a pas lieu davantage d'en faire honneur à leur prétendue vertu astringente ; les cas de cette espèce auront probablement été mal interprétés ; et l'on serait d'autant mieux autorisé à le croire que l'on sait aujourd'hui que la diarrhée est entretenue parfois par une suralcalisation des sucs intestinaux ; l'usage des acides corrigerait ce vice humoral par une action entièrement chimique.

Il est des gens d'ailleurs qui semblent considérer le canal digestif comme un tube inerte que les substances ingérées par la bouche traversent de bout en bout, sauf à supposer à l'occasion, pour le besoin d'une théorie ou l'explication d'un effet médicateur, leur arrêt sur tel point de ce canal où l'on veut les voir agir. Mais que l'on retienne donc une bonne fois ce qu'apprennent les notions les plus élémentaires de physiologie, savoir, que les médicaments solubles dans l'estomac et les liquides, lorsqu'ils ne sont pas ingérés en grande quantité, sont absorbés sans franchir le pylore ; qu'il n'arrive dans l'intestin que les médicaments insolubles ou un excès des liquides ingérés, que ces liquides sont assez promptement absorbés par les veines, et que les boissons aqueuses ne descendent dans les anses inférieures de l'intestin grêle que lorsque, par exception, l'absorption n'a pu s'en faire plus haut, cas auquel elles agissent par une véritable indigestion. Il est donc impossible d'admettre que les acides, non coagulants surtout, agissent localement sur les parties du tube intestinal, d'où transsudent ordinairement les flux diarrhéiques.

VIII.

Les acides ont deux glorieuses époques : au temps de la chémiatrie, quand toute la pathogénie, dualistiquement constituée, reposait sur l'acidité ou l'alcalescence des humeurs ; alors les acides n'étaient rien moins que la moitié de la thérapeutique ; c'était fort beau ; — sous le règne du broussaisisme, quand l'irritation dominait toute la pathologie et que la gastrite était au fond de toute irritation ; alors la limonade partageait avec la diète et la saignée l'honneur de concourir au traitement uniforme et facile de toutes les maladies ; c'était trop beau.

Aujourd'hui la raison et l'expérience ont réduit les acides à un rôle plus modeste, et ils sont loin de rendre à la matière médicale des services aussi éminents que les médicaments alcalins. Les acides, les acides végétaux surtout, ne répondent qu'à un petit nombre d'indications, indications assez formelles toutefois pour justifier leur emploi raisonné ; mais l'inopportunité et l'abus en détruisent promptement le mérite. Les alcalins, au contraire, entrent de plus en plus dans les médications rationnelles ; le danger n'est pas si voisin de leur emploi, et l'on comprendra sans peine qu'il y a moins de danger à suralcaliser les humeurs organiques qu'à y introduire un élément incompatible avec l'exécution régulière des fonctions qu'elles sont appelées à remplir.

IX.

En étudiant les acides végétaux au double point de vue physiologique et thérapeutique, on peut les partager en trois groupes caractérisés par des propriétés assez distinctes et susceptibles d'applications spéciales ; au point de vue chimique, cette division est également rationnelle.

X.

1° Acides purs.

Ce sont ceux qui offrent nécessairement, dans l'expression la plus vraie, les propriétés physiologiques et thérapeutiques des acides végétaux. Tout ce qui a été dit précédemment leur est donc immédiatement applicable, et il ne reste plus qu'à résumer leurs qualités.

Concentrés, ils agissent comme caustiques, mortifiant les tissus sans les plastifier, les corrodant, les perforant souvent. Administrés à l'intérieur dans cet état, ils produiraient tous les symptômes des poisons irritants et caustiques ; leurs contrepoisons seraient alors ceux de tous les acides, la magnésie, la craie, l'eau de savon, les dissolutions alcalines, toutes substances qui, en les saturant, donneraient lieu à la formation de sels incapables de nuire.

A mesure qu'on les étend d'eau, ils perdent leurs propriétés irritantes ; ils peuvent alors, à la surface des plaies, produire plutôt une action détersive qu'astringente ; toutefois, la réfrigération causée par leur évaporation, l'irritation qu'ils suscitent dans la contractilité organique, soit à la surface des plaies, soit plus souvent à la surface des muqueuses ou de la peau, peuvent déterminer un certain degré de froncement et d'astriction fibrillaire, en même temps qu'agents rafraîchissants, ils modèrent la chaleur périphérique du corps.

Administrés à l'intérieur, à dose thérapeutique, dissous dans de grandes proportions d'eau, ils rafraîchissent et désaltèrent, surtout si leur véhicule est à une basse température ; promptement absorbés, ils sont promptement aussi éliminés par les reins et par la peau, ou transformés dans le sang en eau et en acide carbonique, acide carbonique qui lui-même est en partie éliminé par le poumon et par la peau, en partie saturé par les bases alcalines du sang. Cette combustion a pour résultat de diminuer l'artérialisation du sang ; elle semblerait maintenir le sang artériel à un état plus ou moins voisin du sang veineux, ainsi que l'a vu du moins M. Orfila dans ses expériences toxicologiques sur l'acide acétique (*loc. cit.*) ; l'impulsion qui anime ce fluide vivifiant en est diminuée proportionnellement, et c'est ainsi que

s'explique l'action tempérante des acides végétaux. Giacomini, en les appelant *hyposthénisants veineux*, a eu le tort de particulariser pour une portion du cercle circulatoire une sédation qui s'exerce sur la totalité de ce système. Cette tempérance, cette hyposthénie est aidée par une diurèse que rend encore plus active l'ingestion simultanée de boissons abondantes; et elle est souvent accrue par des effets diaphorétiques secondaires en rapport avec la fonction dépuratoire de la peau à l'égard des acides, effets qui se produisent surtout quand les boissons acides sont bues chaudes, ou même lorsque, étant fraîches, elles sont consommées par des individus soumis à l'influence d'une haute température extérieure; dans cette dernière circonstance, le rafraîchissant va précisément à l'encontre de ce qu'on lui demande, puisque, en provoquant des sueurs profuses, il ne fait qu'ajouter à la débilitation antérieure de l'individu.

Enfin, si les acides végétaux ont quelquefois une utilité directe en modifiant une constitution humorale trop alcalisée, il faut, en toute occurrence, n'en user qu'avec réserve et sans insistance, et en instituant les médications acides, avoir toujours présent à l'esprit la nature de la crase normale des humeurs adaptées aux conditions de la vie animale.

XI.

2° FRUITS ACIDES.

Ils contiennent un ou plusieurs acides organiques, particulièrement le tartrique, le malique et le citrique, et leur doivent une partie de leurs propriétés thérapeutiques, mais non pas toutes. Ici, en effet, à côté des acides, il y a d'autres substances douées également de propriétés tempérantes, sédatives, diurétiques, neutralisantes, substances actives d'une autre manière, aussi efficaces, moins pernicieuses: ce sont les bases alcalines. L'ingestion des fruits acides est loin d'avoir les mêmes inconvénients que celle des acides libres; en eux le remède est à côté du mal; les sucs acides, ingérés, purs ou étendus dans des quantités variables d'eau, livrent aux forces assimilatrices des acides en plus ou moins grande partie combinés avec la soude, la chaux et principalement la potasse, et mitigés encore par la pectine et par le sucre, de sorte que c'est principalement sur un sel à acide végétal que s'opérera l'oxydation intra-sanguine, et que sa transformation aura pour résultat un carbonate alcalin. Tandis que les fruits non mûrs, où les acides libres dominent les proportions de sucre et de bases alcalines, ont sur les fonctions digestives et sur la nutrition des inconvénients dont la connaissance est vulgaire, et suracidifient nos humeurs, les fruits arrivés à leur maturité, au contraire, contiennent de telles proportions de sels alcalins qu'ils agissent autant et plus par leurs bases que par leurs acides, si bien que les raisins, par exemple, riches en bitartrate de potasse, vont jusqu'à rendre l'urine alcaline, et ont pu être employés avec un avantage manifeste dans les maladies où l'on a intérêt à prescrire des boissons minérales alcalines.

La composition chimique des fruits acides en fait donc un groupe à part, et les propriétés physiologiques et thérapeutiques sont tout à fait en rapport avec cette composition.

XII.

3° TANNINS ET SUBSTANCES TANNIFÈRES.

Ce groupe se caractérise encore parfaitement. On a vu combien les propriétés de l'acide tannique diffèrent de celles des autres acides végétaux. On le rencontre, plus ou moins modifié, dans un grand nombre de substances médicinales qui lui doivent des qualités astringentes toutes particulières. L'acide tannique, seul acide organique coagulant parmi tous ceux qu'emploie la thérapeutique, peut à ce titre agir localement d'une manière bien plus efficace que tous les acides végétaux. On pourra accorder à celui-là seul la faculté de modifier les propriétés absorbantes des tissus en les tannant véritablement; aussi nul doute que si l'on y insistait outre mesure, on pourrait altérer gravement l'absorption et l'exhalation. Mais il ne plastifie pas tellement les tissus qu'il ne puisse pénétrer dans les vaisseaux; car, dissous au moment de son ingestion dans un véhicule abondant, ou, s'il est administré solide, dissous plus tard par les liquides gastriques ou intestinaux, il plastifie d'autant moins qu'il est plus étendu, et ses coagulums sont susceptibles de se redissoudre sous l'influence des sels alcalins des humeurs digestives; introduit dans le sang, il y peut donc avoir aussi une action dynamique, dont le mode, il faut l'avouer, est moins connu que celui des autres acides organiques; il doit s'y brûler comme eux, et un certain degré d'hyposthénie circulatoire peut en être la suite; mais les effets thérapeutiques obtenus ordinairement par son emploi, et caractérisés par un état général d'astringence et de tonicité dans l'organisme, s'accordent mieux avec l'hypothèse d'une action coercitive sur les éléments albumineux de la liqueur du sang.

CORRESPONDANCE MÉDICALE.

CAS DE VICE DE CONFORMATION DE L'UTÉRUS ET DU COL UTÉRIN; ACCIDENTS PRODUITS PAR LA RÉTENTION DU SANG DES RÈGLES; TENTATIVES CHIRURGICALES POUR REMÉDIER A CE VICE DE CONFORMATION; ANGINE COUENNEUSE; PÉRITONITE; MORT; AUTOPSIE; observation communiquée par M. ARMAND TRUMET.

A MONSIEUR LE DOCTEUR DEBROU, CHIRURGIEN DE L'HÔTEL-DIEU D'ORLÉANS.

Monsieur,

J'ai lu avec beaucoup d'intérêt, la curieuse relation d'un cas d'oblitération complète et congénitale du vagin avec imperforation du col de la matrice, dont vous venez d'enrichir les colonnes de la GAZETTE MÉDICALE (voir les nos 3 et 4); j'ai pu moi-même recueillir l'année dernière pendant mon internat à l'Hôtel-Dieu de Paris, dans le service de M. Jobert (de Lamballe), un cas analogue à certains égards. Cette observation, sans avoir la même importance que celle qui vous appartient, me semble être pourtant aussi de quelque prix. J'espère qu'il vous sera peut être agréable de la rapprocher de la vôtre, pour aider à l'historique des vices de conformation de l'appareil génital féminin.

Comme votre malade, celle que j'ai pu étudier avait joui d'une parfaite santé jusqu'à l'âge de la puberté qui vit éclore, subitement et sans cause connue, des accidents qui furent à peu près semblables dans l'un et l'autre cas.

Elle eut à subir à plusieurs reprises diverses tentatives chirurgicales essayées pour permettre la libre évolution des fonctions menstruelles; malgré cela les règles ne parurent point et les mêmes accidents continuèrent à se produire.

Le mariage conseillé alors comme moyen thérapeutique, ne parut guère avoir de conséquences plus heureuses. Votre malade à qui vous aviez rendu les règles se maria aussi, elle devint enceinte et succomba à une métro-péritonite consécutive à l'accouchement arrivé à terme.

La mienne ne pouvait point être mère, elle portait en elle-même un obstacle matériel et physique qui rendait la conception impossible, obstacle que l'anatomie pathologique nous permit d'apprécier exactement, lorsque cette pauvre jeune femme eut succombé à une angine couenneuse compliquée d'une péritonite, quelques jours après une dernière opération pratiquée par M. Jobert (de Lamballe) dans le but encore d'instituer la menstruation, cette fonction si importante que l'on a pu dire qu'elle domine à la fois la physiologie et la pathologie de la femme.

Je pense, monsieur, que ma communication ne vous sera point importune, et que vous accueillerez volontiers cette observation écrite avec vérité sous l'œil bienveillant du maître qui dirigeait alors mes études cliniques.

OBS. — Le 27 avril 1850, une femme âgée de 23 ans, ravandense, mariée depuis dix mois et venant de province, fut reçue à l'Hôtel-Dieu, dans le service de M. Jobert à qui elle était adressée, et couchée au n° 11 de la salle Saint-Roch.

Elle raconta que son père et sa mère jouissaient d'une très-bonne santé, ainsi que ses deux sœurs qui, réglées toutes deux à l'âge de 15 ans, n'avaient jamais été malades.

D'une bonne santé habituelle, non sujette à des écoulements leucorrhéiques, cette femme s'était toujours bien portée jusqu'à l'âge de 15 ans. C'est à cette époque seulement que divers accidents vinrent ébranler sa santé intacte jusque-là. De la pesanteur dans le bassin, de la tension, du gonflement de l'abdomen, des douleurs vives dans les aines, dans les reins, dans les cuisses, des coliques, de la céphalalgie, des étourdissements, tels furent les premiers symptômes qui se montrèrent.

Une fois déclarés, ces accidents revinrent à peu près régulièrement chaque mois; ils duraient chaque fois cinq, six, huit jours, pendant lesquels la malade, en proie à de vives souffrances, était obligée de garder le lit; après quoi tout rentrait dans l'ordre pendant deux à trois semaines, et la santé paraissait rétablie lorsque de nouveau les mêmes accidents se manifestaient. Leur périodicité presque mensuelle, leur nature, l'âge de la malade, l'absence du flux menstruel qui ne s'était point encore établi, tout se réunissait pour faire croire qu'ils reconnaissaient pour cause le défaut d'excrétion du sang des règles qui s'accumulait à chaque époque en un point du canal utéro-vulvaire.

Pendant plusieurs années, la malade demeura dans le même état, exposée ainsi régulièrement, chaque mois, aux accidents dont il vient d'être parlé.

Elle avait 21 ans, quand pour la première fois elle consulta un chirurgien

qui essaya par une opération de rendre aux fonctions utérines leur exercice régulier et complet.

Quelle fut cette opération? Sur quel point du canal utéro-vulvaire a-t-elle porté? C'est ce qu'il fut impossible à la malade d'indiquer; tout ce qu'elle put dire, c'est que l'opérateur agit par la vulve; qu'il fit une ou plusieurs incisions avec l'instrument tranchant; après quoi des tampons de charpie furent placés à demeure dans le vagin, sans doute pour empêcher la réunion immédiate des incisions qui avaient été faites.

Ces tentatives furent renouvelées par trois fois différentes; mais il ne s'en-suivit aucune amélioration; les mêmes accidents reparaissaient tous les mois et les règles ne se montraient toujours point.

Lassée des souffrances périodiques qu'il lui fallait endurer, la malade voulait prendre le parti de se faire saigner tous les mois pour suppléer à l'évacuation des règles, et aux accidents que déterminait leur rétention, lorsqu'intervint le même chirurgien qui depuis longtemps lui donnait des soins; il lui conseilla le mariage, en l'assurant qu'elle trouverait dans ce nouvel état la guérison de ses maux et le rétablissement de sa santé. Confiante en cette promesse, elle se maria au mois de juillet 1849, dix mois avant son entrée à l'Hôtel-Dieu.

Le mariage n'eut aucun résultat immédiat; cependant, au bout de quatre mois, les règles parurent pour la première fois; elles furent très-abondantes et durèrent huit jours; mais depuis cette époque, elles ne se sont plus montrées qu'une fois, ce fut deux mois avant son entrée à l'Hôtel-Dieu. Il y eut donc deux menstruations seulement en dix mois de mariage, et les mêmes accidents dont nous avons déjà parlé continuèrent à se montrer dans l'intervalle de l'une à l'autre.

M. Landouzy, consulté en septembre 1849 après le mariage, mais avant la première menstruation, avait aussi voulu tenter la guérison par des moyens chirurgicaux, dans ce même mois de septembre; il fit aussi une opération sur la nature de laquelle je ne pus avoir d'autres détails que ceux-ci: en un point du conduit génital, il enleva un lambeau de tissus et laissa dans ce conduit un instrument en place pendant trois semaines, après quoi il se retira sans rien faire de plus.

Cette nouvelle opération laissant comme les autres reparaître aux époques menstruelles, les mêmes souffrances, les mêmes accidents de congestion utérine, la malade se décida à venir à Paris demander les secours de M. Jobert, qui l'admit dans son service le 27 avril.

Elle était alors dans l'état suivant: figure bonne, naturelle, peu colorée, sans nulle expression de souffrance; embonpoint moyen. Le développement général du corps était celui d'une jeune femme de cet âge, bien constituée; la mollesse et la blancheur des chairs, des cheveux blonds et la couleur bleue des yeux indiquaient nettement un tempérament lymphatique prononcé. La santé était parfaitement bonne en dehors des époques qui correspondaient à la sécrétion menstruelle; mais à ce moment, douleurs vives dans la région hypogastrique et dans tout l'abdomen qui retentissaient et s'irradiaient dans les aines, les reins et les cuisses, pesanteur au fondement, constipation, perte d'appétit, malaise général, fièvre et même vomissements. Les règles ne venaient toujours pas. Dans l'intervalle d'une époque à l'autre, au contraire, état satisfaisant, appétit conservé, toutes les fonctions dans l'état normal; le ventre, souple et indolent dans presque toute son étendue, était assez sensible à la pression dans la région hypogastrique. On pouvait sentir à cet endroit, dans la cavité pelvienne, une tumeur qui s'élevait légèrement au-dessus du niveau de la symphyse pubienne et qui appartenait très-probablement au corps de l'utérus augmenté de volume. A droite et à gauche, la pression dans les fosses iliaques n'était point douloureuse et ne faisait rien constater de particulier. L'aspect extérieur de la vulve était normal. Par le toucher vaginal, on trouvait un vagin assez étroit ayant peu de profondeur et terminé en cul-de-sac supérieurement, où il offrait quelques cicatrices, résultant sans doute des diverses opérations qui avaient été pratiquées antérieurement. Le col de l'utérus ne faisait point de saillie dans le vagin. On sentait à la place qu'il occupe au fond de ce canal un tissu dur et ferme, de forme globuleuse, arrondi, non douloureux à la pression. Le toucher rectal permettait de sentir en avant de l'intestin cette même tumeur qui dépassait le pubis en avant et qui appartenait au corps de l'utérus.

Rien de particulier du côté des fonctions urinaires. Les selles ordinairement régulières, étaient rares et difficiles au moment des accidents qui accompagnaient la congestion mensuelle de l'organe utérin. Du reste, la respiration était bonne, les fonctions intellectuelles et sensoriales intactes.

La deuxième menstruation, qui avait eu lieu deux mois auparavant, avait laissé à sa suite une douleur assez vive qui, fixée d'abord pendant quelques jours à la cuisse droite, l'avait ensuite abandonnée pour envahir tout le membre abdominal gauche qui, dans la station debout et dans la progression, était plus faible et plus paresseux que l'autre.

Une nouvelle opération chirurgicale parut à M. Jobert le seul moyen de remédier à tous ces désordres; voici comment il la pratiqua le 10 mai 1850: La malade étant couchée horizontalement sur le bord de son lit comme pour l'opération de la taille, convenablement soutenue par des aides et soumise d'ailleurs à l'inspiration du chloroforme, le vagin fut maintenu béant à l'aide de leviers qui écartaient ses parois latérales et du spéculum à une valve qui déprimait fortement la cloison recto-vaginale; après quoi M. Jobert, armé d'un trois-quarts de gros calibre, enfonça cet instrument vers le fond du vagin, à l'endroit qui répond au col de l'utérus.

Rien ne s'écoula d'abord, mais au bout de quelque temps on vit tomber en certaine quantité, par la canule, du sang épais, noirâtre, poisseux, assez semblable à celui qui remplit le système vasculaire des cholériques, ou encore à cette espèce de sucre qu'on connaît sous le nom de mélasse. Il s'en écoula ainsi une ou deux cuillerées environ.

Lorsque ce liquide cessa de s'écouler, le chirurgien agrandit l'ouverture faite par le passage de l'instrument avec le bistouri et les ciseaux portés alternativement à droite et à gauche.

Cela fait, pour maintenir écartés les bords du canal qu'il venait de créer ainsi artificiellement, M. Jobert fixa, par trois points de suture entrecoupée, la circonférence de son orifice avec les points correspondants de la muqueuse vaginale, puis une sonde de gomme élastique à fort diamètre fut introduite dans le col pour le maintenir béant.

La malade, qui avait supporté l'opération avec beaucoup d'impatience et d'indocilité, fut alors reconduite à son lit.

Pendant les premiers jours, un écoulement de sang, pareil à celui qu'avait déterminé la ponction, continua à se faire par l'orifice de la sonde laissée à demeure dans la cavité du col, et saillante en dehors de la vulve; mais il fut peu abondant.

La réaction fébrile était très-modérée, et tout permettait d'espérer une terminaison heureuse.

Le 15 mai, on enleva les fils qui servaient à la suture. La malade était bien et demandait instamment qu'on lui donnât quelques aliments; deux potages légers furent accordés.

Le 17, sans cause connue, il y eut du frisson; le ventre devint un peu douloureux; la langue fut moins bonne; l'appétit disparut, et le pouls reprit de la fréquence.

Le 18, la douleur parut se circonscrire à la fosse iliaque droite.

19. Trente sangsues sur le point douloureux; fomentations émollientes; 2 pilules d'opium de 0,03. A ce moment, des vomissements verdâtres surviennent avec des coliques et un peu de dévoiement.

20. Même état. Les vomissements, les coliques, le dévoiement persistent. Il y a de la faiblesse et de la fréquence du pouls; le ventre et tendu, ballonné, douloureux à la pression, surtout à droite.

20. Nouvelles sangsues; onctions avec le cérat mercuriel; fomentations souvent renouvelées; diète; grand bain.

21. Pas d'amélioration jusqu'au 26 mai; à cette époque, les accidents diminuent un peu; il n'y a plus de vomissements, mais il reste encore des coliques et un peu de dévoiement.

26. La malade se plaint de souffrir à la gorge et de ne pouvoir pas avaler sa tisane.

On ordonne un gargarisme astriogent.

28. La gêne de la déglutition est devenue extrême, les amygdales sont énormes, et quelques fausses membranes apparaissent sur elles et sur le voile du palais. (Cautérisation avec un pinceau imprégné de nitrate acide de mercure; gargarisme.)

29. Les plaques pseudo-membraneuses se sont étendues jusqu'en arrière des amygdales et du voile du palais; le dessous de la mâchoire et les côtés du cou sont infiltrés, œdémateux; et le gonflement s'étend jusqu'à la partie supérieure de la poitrine.

La malade est excessivement faible, elle est prise le même jour d'une hémorrhagie nasale assez abondante; les boissons ne peuvent plus être introduites et refluent par le nez; il se déclare un peu de toux, et malgré des cautérisations avec le nitrate acide répétées deux fois le jour, les accidents ne cessent d'augmenter, et la malade succombe le 31 mai dans un état d'asphyxie évidente; les coliques et le dévoiement avaient persisté jusqu'au dernier moment.

La malade s'éteignit lentement, en parfaite connaissance, sans présenter aucun phénomène digne d'être noté.

A l'autopsie, péritonite intense avec pus et fausses membranes dans la cavité abdominale.

Congestion des poumons à la partie postérieure; fausses membranes épaisses qui tapissent l'arrière-bouche et ferment l'orifice du larynx. Les ventricules du larynx en sont effacés.

Ces fausses membranes ne s'étendent point dans la trachée; elles existent d'ailleurs sans ulcération des parties sur lesquelles elles reposent.

L'appareil génital offre des lésions fort intéressantes.

A l'exception des annexes de l'utérus qui, à droite et à gauche sont confondus par le travail inflammatoire, et qu'il est impossible de reconnaître, on retrouve parfaitement bien toutes les autres parties de cet appareil.

L'utérus est plus volumineux qu'un utérus normal, fendu, ainsi que le vagin, dans sa longueur et sur la ligne médiane, il offre à considérer:

1° Une texture fibreuse très-développée;

2° Une petite cavité arrondie, circonscrite de la dimension d'une grosse noisette de Provence, creusée au milieu du corps de l'utérus et dans l'épaisseur de son tissu; cette cavité contient plusieurs caillots sanguins, et ne communique nullement avec une autre cavité que nous allons voir tout à l'heure creusée dans l'intérieur du col;

3° Le col de l'utérus a sa longueur et son apparence normales, mais il est imperforé à sa partie supérieure, et ne communique point avec la cavité utérine proprement dite; il ne présente pas de museau de tanche, enveloppé qu'il est dans toute sa longueur par le vagin, qui lui adhère intimement, et qui avant l'opération se terminait en vrai cul-de-sac à sa partie supérieure.

Dans l'épaisseur du col, on rencontre aussi une cavité allongée de haut en bas comme le col lui-même, et ne communiquant nullement avec la cavité de

l'utérus signalée plus haut, non plus qu'avec celle du vagin, si ce n'est pour ce dernier cas, depuis l'opération qui a été faite.

C'est dans la cavité du col seulement qu'a pu pénétrer le trocart pendant l'opération, et si la malade dit vrai, en affirmant que depuis quelques mois elle a eu ses règles deux fois abondamment, il faudrait donc admettre que, dans des conditions particulières, le sang menstruel peut être excrété par transsudation à travers l'épaisseur des tissus, puisqu'ici la cavité du col ne communiquait point avec le vagin. L'adhérence du vagin à toute la longueur du col imperforé explique en même temps l'absence du museau de tanche et la brièveté du vagin signalée dans le cours de l'observation.

Le péritoine n'avait nullement été intéressé par l'instrument.

REVUE DES JOURNAUX DE MÉDECINE.

JOURNAUX ANGLAIS.

II. LONDON JOURNAL OF MEDICINE.

Les numéros de janvier, février, mars, avril, mai et juin 1850 contiennent les travaux originaux suivants : 1° *Emploi de l'acide tannique dans différentes maladies ;* par M. Scott Alison. (M. Alison recommande l'usage interne de l'acide tannique dans le catarrhe bronchique chronique, la consomption pulmonaire, la leucorrhée, la diathèse hémorrhagique, l'albuminurie, etc. La dose est de 10 grains et plus par jour.) 2° *Observation de ramollissement de la substance grise de la moelle ;* par M. William H. Madden. 3° *Cas de tétanos idiopathique traité avec succès ;* par M. Peacock. 4° *Observation d'hémorrhagie intestinale liée à une maladie cardiaque et survenue pendant l'emploi du mercure ;* par M. White Cooper. 5° *De la curabilité de la phthisie pulmonaire ;* par M. James Turnbull. 6° *Varice anévrismale dans le moignon, après l'amputation du pied ;* par M. William Cadge. 7° *Déchirure du vagin et de l'utérus ;* par M. John C. W. Lever. 8° *Causes, conséquences et traitement de l'inflammation des veines ; expériences sur le mélange de matières étrangères avec le sang ;* par M. Henri Lee. 9° *Sur le pouvoir procréateur ;* par M. Routh. 10° *Du chloroforme dans les accouchements, employé comme sédatif des douleurs utérines ;* par M. Henry Bennett. 11° *Remarques sur les maladies organiques du cœur ;* par M. C.-J.-B. Williams. 12° *De la médication térébenthinée ;* par M. Thomas Smith. 13° *De la connexité des maladies de l'ovaire et de celles de l'utérus.* 14° *Des lésions de l'estomac dans le diabète ;* par M. William Macintyre. 15° *De la conicité de la cornée ;* par M. White Cooper. 16° *Exemples de* delirium tremens ; par M. James Bird. 17° *Observations de maladie du système nerveux ;* par M. Semple. 18° *Cas d'entérite avec abcès de l'ombilic ;* par M. Alexandre Knox. 19° *De la hernie étranglée chez les vieillards ;* par M. Carling. 20° *Cas de ramollissement général de la moelle ;* par M. William H. Madden. 21° *Cas simulant une maladie du foie ;* par M. Alexandre Knox. 22° *De l'état sanitaire de Londres pendant les six mois antérieurs au mois d'avril 1850 ;* par M. John Webster.

DE LA CURABILITÉ DE LA PHTHISIE PULMONAIRE, par le docteur JAMES TURNBULL.

A l'appui de la curabilité de la phthisie pulmonaire, M. Turnbull invoque des considérations générales, anatomiques, physiologiques, etc., et des observations. Les considérations sont tirées presque toutes des auteurs qui ont écrit sur le même sujet, plus spécialement des auteurs français ; nous ne nous y arrêterons pas. Les observations sont au nombre de quatre ; c'est quelque chose quand il s'agit d'une maladie dont la guérison est au moins assez rare. Voyons quelle valeur il convient de leur attribuer.

Dans la première, il y avait des douleurs dans le côté gauche de la poitrine, une respiration courte, de l'obscurité du son sous la clavicule droite, une véritable matité sous la gauche ; sur ce même point, respiration rude et bronchique, résonnance très-forte de la voix. Il n'y avait pas eu d'hémoptysie. La maladie paraissait remonter à trois mois, lors de l'entrée à l'hôpital, le 1er octobre 1849. L'observation va jusqu'au 14 décembre. La santé générale était alors meilleure ; il y avait encore des douleurs sous les fausses côtes du côté gauche ; mais « la présence de tubercules dans les poumons aurait pu être à peine reconnue par qui n'aurait pas vu le malade auparavant ». On n'entre dans aucun détail sur les signes plessimétriques et stéthoscopiques constatés à cette époque. Cette observation est évidemment incomplète et n'accuse d'ailleurs qu'une *amélioration* et non une guérison.

Dans le second cas, la maladie remontait à un an. Il y avait : émaciation, sueurs profuses ; expectoration puriforme et fétide ; craquements muqueux sous la clavicule gauche ; gargouillement sous le sein du même côté. Sept jours après l'entrée du malade, à l'endroit où s'était fait entendre le gargouillement, on constate un abcès qui est ouvert les jours suivants et laisse échapper de l'air avec le pus. Cette cavité se ferme peu à peu, la poitrine se rétrécit du même côté, la santé s'améliore ; on constate, au lieu d'un gargouillement, « le souffle sec de l'air traversant une cavité vide » (souffle caverneux). Le 16 février, après six mois et demi environ de séjour à l'hôpital le malade reprit ses occupations et partit pour New-York. —Rien ne prouve qu'il se soit agi, dans ce cas, d'une véritable phthisie pulmonaire ; la nature purulente et fétide des crachats, le siége du gargouillement (au-dessous du mamelon), l'absence de lésion du côté opposé, tout nous fait penser qu'on n'a eu affaire qu'à un abcès.

Troisième cas : Maladie remontant à trente-huit jours environ. Emaciation, fièvre hectique, sueurs abondantes le jour et la nuit ; toux violente ; expectoration formée d'une matière mucoso-purulente ; poumon droit sain ; à gauche, au contraire, matité à la partie supérieure, avec gargouillement au même niveau, en avant comme en arrière ; dans le reste du poumon gauche, râles muqueux et sons-crépitants ; ceci était constaté le 2 février 1849. Dans le commencement de juillet, nouvel examen. La partie supérieure du côté gauche du thorax était encore mate, mais moins qu'autrefois ; le bruit respiratoire dur et bronchique, mêlé de râles sibilants, mais sans gargouillement. L'auteur a revu le malade peu de temps avant la publication de son travail ; l'état local n'avait pas varié.— Ainsi, comme dans la première observation, la maladie s'est améliorée, mais ne peut passer pour un exemple de guérison. Nous devons ajouter que, si nous sommes disposé à croire qu'il s'agissait bien ici d'une phthisie pulmonaire, nous pensons aussi que les accidents auxquels s'adressait le traitement, et qui ne remontaient guère qu'à un mois, étaient accidentels et s'ajoutaient à la phthisie. Ce sont ces accidents qui ont disparu, les tubercules sont restés.

Enfin, dans la quatrième observation, l'affection remontait à trois mois. Consomption, diarrhée ; sueur, toux fréquente ; crachats puriformes ; matité et gargouillement sous la clavicule droite. Après quarante-cinq jours de traitement, amélioration très-marquée dans la santé générale ; expectoration devenue verdâtre ; presque plus de toux. La région sous-claviculaire droite est mate, très-déprimée, et ne fait plus entendre qu'un souffle caverneux. — A-t-on eu affaire à une phthisie, ou, comme dans le second cas, à un abcès ? Le doute est au moins permis, et il nous paraît surtout légitimé ici par l'absence de signes locaux de tubercules dans le reste de l'appareil pulmonaire. Néanmoins, nous devons reconnaître que cette observation mérite une considération particulière.

CONNEXION DES MALADIES DE L'UTÉRUS ET DE CELLES DE L'OVAIRE ; par M. JOHN TILT.

Pourquoi, dit l'auteur, le pronostic des maladies utérines est-il plus difficile que celui des autres affections ? Pourquoi très-peu de maladies de la matrice sont-elles suivies d'une réaction prononcée ? Pourquoi arrive-t-il parfois que, lorsqu'on a guéri la lésion locale apparente de la matrice, les femmes souffrent ensuite autant qu'auparavant ?.... C'est sans doute parce que les *spéculisateurs* circonscrivent trop aisément le désordre au champ limité de leur observation, qu'ils ont trop de tendance à considérer l'utérus comme un organe isolé. Aussi échouent-ils souvent dans leurs tentatives thérapeutiques ; car on ne peut guérir la matrice si l'on oublie qu'il y a à côté d'elle un organe qui la précède dans le développement de l'appareil de la reproduction, qui gouverne ses fonctions pendant toute l'existence, organe qui fréquemment participe à l'inflammation utérine et parfois en est la cause.

Cet énoncé suffit à peu près pour donner une idée des opinions que M. Tilt expose sur la coexistence fréquente des troubles de l'ovaire avec ceux de l'utérus. Mais afin de mieux prouver sa thèse, il divise les considérations qui y sont afférentes en deux ordres, selon qu'elles peuvent établir le fait de la transmission de l'inflammation de l'utérus aux ovaires, ou celui de la transmission de l'inflammation des ovaires à l'utérus.

Sans le suivre dans des développements qu'il emprunte lui-même à divers auteurs, nous rappellerons seulement qu'il invoque judicieusement à l'appui de sa thèse les exemples nombreux de ces cas où l'on voit une inflammation catarrhale de la cavité du col se propager à l'un des ovaires. Cette extension est tantôt spontanée, tantôt due à l'application sur le col d'un topique irritant ou d'une manœuvre explorative qui l'a congestionné. Il est remarquable qu'alors les alternatives en plus ou en moins de l'inflammation de l'utérus sont accompagnées d'une répétition semblable dans l'état de la tumeur douloureuse que l'ovaire enflammé forme au niveau de

la région iliaque. L'influence du traitement décèle mieux encore toute la force de cette corrélation; car en calmant la phlegmasie de la matrice, on l'apaise à coup sûr dans l'ovaire.

DE LA CONICITÉ DE LA CORNÉE; par M. WHITE COOPER.

On connaît cette singulière altération du globe oculaire, chronique dans sa marche, souvent produite sans cause appréciable, presque irrémédiable, que les Anglais surtout ont bien étudiée sous le nom de *conicité de la cornée* (*conical cornea*). M. White Cooper a entrepris de la soumettre à une investigation encore plus complète, et pour cela, sans faire abstraction de ses propres travaux sur la matière, il a institué une sorte d'enquête générale, en adressant un appel spécial à tous les praticiens qu'il savait s'être occupés de la pathologie et de la cure de cette affection. C'est le résultat abrégé de ces recherches que nous allons faire connaître à nos lecteurs, du moins en ce qui concerne la partie la plus importante, le traitement.

Les divers moyens qu'on a proposés contre la conicité de la cornée sont :

1° L'ÉTABLISSEMENT D'UNE PUPILLE ARTIFICIELLE. En général et malgré deux cas où cette opération a produit une certaine amélioration de la vue, M. Cooper lui accorde peu de confiance. Elle paraîtrait cependant indiquée si, au milieu des irrégularités de la cornée, on découvrait quelque point libre d'altération. Il serait sans contredit alors rationnel de chercher à ouvrir, dans le point correspondant de l'iris, un passage aux rayons lumineux. En définitive, la pupille artificielle n'a guère de chances de succès et n'est guère pratiquée que conjointement avec

2° L'ABLATION DU CRISTALLIN. A propos de ce procédé, si préconisé par sir W. Adams, M. Cooper fait justement remarquer que, lorsque la cornée est conique, l'imperfection de la vision tient moins à l'*augmentation* de la puissance réfractive de la cornée qu'à la *manière vicieuse* dont cette fonction s'exécute; car la configuration anormale de la cornée empêchant la formation des foyers aux points convenables, cause une confusion extrême dans les images qui vont se peindre sur la membrane sensitive. Ainsi, pour rétablir l'ordre dans les conditions de ce phénomène, il ne s'agit point de compenser le trop de réfraction de la cornée en supprimant un autre organe réfringent, le cristallin; il faudrait plutôt rétablir la fonction propre à la première de ces membranes dans son état naturel. Et c'est ce que l'abaissement ou l'extirpation de la lentille est impuissant à produire.

Malgré ces considérations, l'ablation du cristallin a quelquefois rendu des services. M. Cooper en cite lui-même un exemple tiré de la pratique de M. Butter (de Plymouth); mais ce sont là, selon lui, des exceptions, et il borne l'indication de cette opération aux cas où la lentille est simultanément avec la conicité devenue opaque.

3° ABLATION D'UN SEGMENT DE LA CORNÉE. Ceci a été pratiqué, mais infructueusement, par M. Maling, en vue de procurer une diminution de capacité de la chambre antérieure. M. Fario (de Bologne) paraît avoir tenté une opération semblable avec plus de succès.

4° PONCTION DE LA CORNÉE. Cette méthode a été essayée un très-grand nombre de fois, mais sans réussite. Elle fournit une preuve frappante de la rapidité que l'humeur aqueuse met à se reproduire. Une fois la ponction faite, l'humeur s'écoule librement et le cône cornéen s'affaisse. Mais si l'on examine l'œil au bout de vingt-six heures, le cône a repris sa saillie. Quant à la vision, elle est ordinairement améliorée au moment où la chambre antérieure est aux deux tiers remplie; mais l'espoir de guérison que donne cette circonstance s'évanouit en quelques heures à mesure que le liquide continue à être sécrété.

5° PRESSION. — La pression exercée après la ponction de la cornée paraît à M. Cooper, comme à M. Desmarres, susceptible d'être employée avec beaucoup d'avantages. Mais il veut qu'on se contente de donner à la cornée un *soutien*, un *point d'appui*, sans déterminer une pression violente qui, surtout avec l'amincissement qui coexiste ordinairement avec la conicité, ne pourrait que lui être très-préjudiciable.

La pression doit porter sur toute la cornée et non pas sur son sommet seulement. Il faut en outre qu'elle s'exerce constamment. L'action de l'eau peut seule remplir ces conditions. M. Cooper a essayé de les réaliser de la manière suivante, chez un de ses malades. Après avoir évacué le liquide de la chambre antérieure par ponction, un petit coussin à air, fait avec une membrane très-fine et rempli d'eau, fut immédiatement ajusté sur la cornée et maintenu pressé par un ressort qui allait prendre son autre point d'appui sur l'occiput. Si le coussin avait été imperméable, le bénéfice obtenu après trois semaines de durée de cette tentative fait augurer à l'auteur qu'il aurait obtenu un succès complet. Malheureusement l'appareil perdait du liquide au bout de quelques jours. (Nous ne pouvons nous empêcher d'intervenir ici pour faire observer qu'une petite vessie en caoutchouc volcanisé remplie d'air, ou d'eau si on le préférait, satisferait parfaitement à toutes les indications de ce procédé qui nous semble, à nous aussi, le plus rationnel.)

6° TRAITEMENT PAR LES ÉMÉTO-PURGATIFS. On devait effectivement s'attendre à trouver, dans une nomenclature anglaise, une place réservée à ce mode de traitement. Le docteur Pickford s'en est constitué le partisan et lui attribue une grande supériorité. Il administre tous les matins, ou moins souvent, selon les cas, 12 décigrammes de sulfate de zinc, associés à 15 grammes de sulfate de magnésie.

M. Pickford insiste sur les avantages de sa méthode. Il ne cache point cependant qu'elle paraît être particulièrement désagréable à ceux qu'on y soumet, et que la plupart d'entre eux préfèrent sans hésiter la maladie au remède. — Alors il arrive que, le médicament étant suspendu, le cône cornéen s'allonge de plus en plus, et que le sommet de cette membrane devient plus opaque.

7° APPLICATIONS LOCALES. Elles comportent l'emploi, soit des astringents, soit des caustiques. En général, sauf de rares exceptions, il n'y a que peu ou point de bénéfices à espérer de l'usage de ces remèdes. Toutes les combinaisons paraissent avoir été essayées et l'avoir été sans succès. M. Gervais (de Tiverton) a cependant réussi à guérir une femme de 25 ans, au bout d'un an et demi de soins. Mais le traitement local, qui consista en attouchements de la cornée avec le nitrate d'argent, répétés trois fois par semaine, fut puissamment aidé par des vésicatoires, l'administration à l'intérieur du carbonate de fer, une diète généreuse, et plusieurs ponctions de la cornée.

Des lotions faites sur la cornée avec une solution d'acétate de zinc ont réussi à M. Dalrymple pour combattre une opacité du sommet de la cornée qui était venue compliquer un cas de conicité ancienne de cette membrane.

Chez deux sujets scrofuleux, où la maladie était compliquée de photophobie, M. Smith (de Southam) a fait cesser ce phénomène incommode, en barbouillant tous les jours l'extérieur des paupières avec de la teinture d'iode.

8° APPAREILS OPTIQUES. Les appareils les plus variés, les plus bizarres, ont été conseillés contre cette maladie. M. John Herschell conseille d'adapter à l'œil une lentille ayant le même pouvoir réfringent que la cornée, et dont la surface postérieure soit l'exacte reproduction, le *fac-simile* des irrégularités de la cornée malade.

Le docteur Hull veut qu'on fasse porter un instrument composé de deux lentilles, l'antérieure large et convexe, la postérieure plus petite et biconcave.

En définitive, et pour donner au praticien un meilleur guide qui doit lui être indispensable après l'incertitude que la revue des moyens précédents a sans doute jetée dans son esprit, M. Wh. Cooper engage surtout à pratiquer la ponction de la cornée, immédiatement secondée par la pression. Il faut aussi veiller à l'hygiène, à la santé générale, et, chez les malades qui auront assez de courage pour s'y prêter, ne pas négliger le secours qu'apporte l'emploi des éméto-cathartiques. — Comme moyens palliatifs, qui peuvent aider à la vision tant qu'on en use, on pourra employer la belladone, de manière à dilater la pupille. De même le malade y verra mieux s'il regarde à travers une carte noircie et percée d'un trou fait avec une grosse épingle.

III. THE EDINBURGH MEDICAL AND SURGICAL JOURNAL.

Le numéro d'avril 1850 contient les articles suivants : 1° *Observations relatives à la pathologie, au diagnostic et au traitement de certaines maladies chroniques du cœur*; par M. Charles Ritchie. (Observations détachées, relatives à plusieurs sortes d'affections.) 2° *Sur la nature et le traitement de l'irritation spinale*; par M. Georges Paton. (Non terminé.) 3° *Sur les effets du* rhus venenata; par M. Thomas Stratton. 4° *Sur la statistique des affections valvulaires du cœur considérées dans les différents orifices, et sur les effets particuliers de certaines causes reconnues*; par M. Whyte Barclay. (Extrait des TRANSACT. MED.-CHIR. DE LONDRES, vol. XXXI, 1848.) 5° *Sur l'anatomie fine des poumons emphysémateux*; par M. Georges Rainey. (Extrait des TRANSACT. MED.-CHIR., vol XXXI, 1848.) 6° *Observations, réflexions et vues sur quelques affections de la veine porte, spécialement sur l'inflammation, l'oblitération et l'ossification du tronc vasculaire*; par M. Raikem. (Extrait des MÉM. DE MÉD. DE BELGIQUE.) 7° *Cas intéressants de pratique*; par M. James Stark. (Non terminé.) 8° *Des corpuscules du sang considérés dans les différentes phases de leur développement dans la série animale*; par

M. Warthon Jones. (Deuxième mémoire, relatif aux invertébrés. — Extrait des TRANSACT. PHILOS. DE LA SOCIÉTÉ ROYALE DE LONDRES, 1846.) 9° *Cas d'occlusion et d'obstruction de la cavité de la veine porte*; par M. David Craigie.

SUR LES EFFETS DU RHUS VENENATA; par le docteur THOMAS STRATTON.

La plante appelée ici *rhus venenata* n'est autre que le *sumac* ou *rhus toxicodendrum*, de la famille des térébinthacées. Comme les occasions ne sont pas très-fréquentes de rencontrer des exemples d'empoisonnement par cette plante, nous recueillerons ceux que rapporte aujourd'hui M. Stratton.

OBS. — En 1843, l'auteur habitait les bords du lac Huron (Amérique du Nord) où croissent différentes espèces de rhus. Le 22 novembre on vient le chercher pour voir un cultivateur du Canada français, demeurant à une distance de deux milles, atteint de rhumatisme aigu. Pendant la route, le messager lui apprit que le fils du cultivateur avait été empoisonné la veille par une plante; mais il n'attachait aucune importance à cette communication, et n'était pas chargé de demander pour cela le secours d'un médecin. Après avoir visité le père, M. Stratton voulut voir le fils, et le trouva au lit.

Ce jeune homme, âgé de 16 ans, de taille courte et de forte complexion, étant à labourer un champ, dans l'après-midi du 21 novembre, rencontra quelques arbrisseaux qu'il écarta avec les mains, où existaient plusieurs écorchures. Une heure plus tard, les mains, la face, les jambes étaient enflées; ce gonflement était accompagné d'une légère rougeur de la peau. Il y avait de la soif mais pas de nausée ni de céphalalgie.

Le 22, le gonflement avait beaucoup augmenté. On en observait en outre, ainsi qu'une légère rougeur, sur les parois de la poitrine. Pouls et langue à l'état normal. M. Stratton envoya chercher de la plante touchée par le malade et reconnut le *rhus venenata*.

La tuméfaction augmente encore jusqu'au soir, époque à laquelle elle devient stationnaire; puis elle diminue dans la journée du 24, en même temps que le rouge de la peau. Le 28, les deux symptômes avaient complétement disparu.

Pendant les quatre jours pleins qu'a duré la maladie, l'appétit a été le même que dans l'état de santé, et si le sujet gardait le lit, c'était uniquement à cause du gonflement qui l'empêchait de mouvoir les jambes et de plier les genoux. On n'eut recours à aucune application externe, ni à aucun autre moyen interne qu'un laxatif.

L'auteur raconte plus loin que lui-même, après avoir cueilli de la même plante eut la main droite très-gonflée et rouge; que les symptômes augmentèrent pendant vingt-quatre heures, puis diminuèrent et disparurent dans le même espace de temps. Il n'y eut pas de desquammation.

On sait aujourd'hui, par les recherches de M. Van Mons, de M. Lavini et surtout de M. Orfila, pour qui les propriétés vénéneuses du *rhus toxicodendrum* ont été l'objet d'expériences très-précises, que cette action est due principalement à un principe âcre, volatil, qui se dégage de la plante lorsqu'elle n'est pas exposée aux rayons du soleil. Dans le jour et sous l'action solaire, elle ne dégage que de l'azote et de l'eau. L'auteur, qui ne mentionne pas les travaux des médecins du continent, renvoie à ceux de Kalm, Lyon, Pursch et Martyn (voir LONDON ENCYCLOPEDIA et REES' CYCLOPEDIA), qui ont étudié les effets comparatifs des diverses espèces de rhus, et affirment que certains individus sont réfractaires à l'action de ce genre de poison.

Nous ne savons si ces auteurs ont tenu compte des résultats indiqués plus haut, et qui expliquent certaines variations observées dans les effets de la plante aussi bien que dans la manière dont peut se faire l'intoxication. L'effet pourra être nul ou très-prononcé, suivant que la plante sera touchée dans le jour ou après le coucher du soleil. On a vu que chez le malade de M. Stratton, le contact avait eu lieu *dans l'après-midi*. Il faut dire cependant que l'auteur rapporte un cas dans lequel la même plante, qui avait amené un gonflement chez un Canadien qui l'avait seulement touchée, n'a communiqué aucun mal à deux autres personnes qui s'étaient amusé à s'en frotter les mains.

M. Stratton rapporte aussi que, dans l'opinion de beaucoup de gens du pays, on peut enfler rien *qu'en regardant* la plante. L'interprétation du fait est, sans doute, ridicule; mais il paraît certain qu'on peut être rapidement empoisonné à distance; la grande volatilité du principe âcre explique très-bien ce phénomène.

Enfin, l'observation ci-dessus relatée est en rapport avec ce qu'on sait des effets peu dangereux du poison, malgré l'apparence assez inquiétante de certains symptômes. C'est chose curieuse que de voir un gonflement assez considérable pour empêcher le mouvement des jambes et la flexion des genoux, coïncider avec une santé générale parfaite. Aussi ne prend-on communément aucune précaution contre cette nature d'empoisonnement.

A. DECHAMBRE et P. DIDAY.

TRAVAUX ACADÉMIQUES.

ACADÉMIE DES SCIENCES.

SÉANCE DU 26 MAI. — PRÉSIDENCE DE M. RAYER.

RECHERCHES EXPÉRIMENTALES SUR LES MODIFICATIONS IMPRIMÉES A LA TEMPÉRATURE ANIMALE PAR L'INTRODUCTION, DANS L'ÉCONOMIE, DE DIFFÉRENTS AGENTS THÉRAPEUTIQUES.

MM. Aug. DUMÉRIL, DEMARQUAY et LECOINTE communiquent un troisième mémoire sur les sédatifs et sur les altérants.

1° SÉDATIFS (*digitale* et *digitaline*). Neuf expériences ont été faites sur ces substances si bien étudiées dans leur action physiologique par MM. Bouchardat et Sandras, Homolle et Quévenne, Bouley et Reynal. L'*extrait de digitale* a été introduit dans l'estomac trois fois à la dose de 1 gramme et quatre fois à celle de 4 grammes dissous dans 100 ou 50 grammes d'eau chauffée à 35°, et dans ces expériences comme dans toutes celles où il fallait empêcher le vomissement, la ligature de l'œsophage a été pratiquée. Le résultat général fut toujours une élévation de la température. Dans une période de onze à douze heures, elle ne fut qu'une fois de 0°.7 seulement; trois fois elle dépassa un peu 1° et atteignit même, dans une expérience, 1°,8. Dans un cas cependant, avec 1 gramme, et dans un autre avec 4 grammes, elle avait été précédée d'un abaissement de 0°,5 et de 1°,4. Au bout de deux heures et demie environ, cette dépression avait cessé, et l'on notait une augmentation de la chaleur.

Est-ce à l'action vomitive, presque constamment produite par cette substance quand elle vient d'être ingérée dans l'estomac, que ce refroidissement, au début, peut être attribué, ou bien doit-il l'être à une influence directe qu'elle exercerait sur le cœur, fait sur lequel, au reste, les observations faites par les auteurs de ce mémoire, relativement au pouls des animaux soumis aux expériences, ne jettent pas encore une clarté suffisante? Quoi qu'il en soit, il y a constamment, en dernière analyse, comme ils ont tenu à le constater cinq fois, une élévation de la température déterminée par un médicament destiné à ralentir la circulation.

L'identité de ces résultats avec ceux que la *digitaline* a fournis est frappante. Tant qu'on ne dépasse pas 25 milligrammes, on voit cette substance, introduite dans l'estomac à cette dose et à celles de 1 et de 2 centigrammes, augmenter la chaleur animale dès le début, puis d'une façon graduée pendant dix à douze heures, et sans refroidissement initial. On a noté 1° avec la quantité la plus faible, 1°,9 avec 25 milligrammes, et 2° avec 2 centigrammes. Aucun des chiens n'a succombé. Le quatrième, au contraire, est mort en une heure avec 5 centigrammes, dose énorme en raison de l'énergie du poison, et l'abaissement fut de 1°,7.

En laissant de côté cette intoxication, pendant laquelle le ralentissement du pouls a été considérable, on voit que la digitaline, dont les effets physiologiques ont le plus grand rapport avec ceux de la digitale, produit, comme cette dernière, un accroissement de température plus considérable même, en raison de la puissance de son action sur l'économie. Les expérimentateurs reviendront plus tard sur ces faits curieux au double point de vue de la thérapeutique et de la théorie relative à la production de la chaleur animale.

2° ALTÉRANTS (*iode*, *iodure de potassium*, *acide arsénieux*, *deuto-chlorure* et *proto-chlorure de mercure*). Six expériences ont été faites avec l'*iode*, qu'on a, chaque fois, rendu soluble dans l'eau par l'addition indispensable d'une quantité d'iodure de potassium égale à la quantité d'iode employée. Aussi a-t-il été nécessaire, plus tard, d'administrer isolément la première substance, afin de démêler ce qui, dans les résultats, devait être attribué soit à l'une, soit à l'autre.

0g,50 d'iode introduits dans l'estomac avec 0g,50 d'iodure de potassium et 50 gr. d'eau à 35 degrés ont, dans deux expériences successives, amené une élévation de 1°,8 et de 1°.9. Une dose double a, dans un cas, déterminé d'abord une dépression de 0°.4 à laquelle a succédé, au bout des quatre premières heures, une élévation de 2°,2 qui, avec quelques oscillations, était encore, onze heures après, de 1°,1. Dans un second cas, l'abaissement a été beaucoup plus considérable, c'est-à-dire de 2°,1 et n'a pas été suivi d'une aussi forte réaction, car treize heures après le début, le thermomètre qui n'était remonté que lentement était encore à 0°,3 au-dessous de son point de départ.

Cette action déprimante de l'iode, quand on élève les doses, s'est manifestée d'une façon plus évidente à dose toxique, comme l'ont prouvé deux expériences où 2 gr. d'iode ont été donnés avec 2 gr. d'iodure de potassium.

Dans la première, l'abaissement fut en une heure de 1°,1, et après un retour momentané du thermomètre au chiffre initial qu'il dépassa même de 0°,4, le refroidissement reparut, et il était de 1°,4 au bout de neuf heures. La mort d'ailleurs survint dans la nuit. La seconde expérience a fourni des résultats encore plus tranchés, puisqu'en six heures il est survenu une diminution graduelle de 3°,8 qui, ne cessant qu'avec la vie, était au bout de neuf heures, l'animal étant mourant, de 7°,8.

IODURE DE POTASSIUM. Les doses ont été deux fois 1g,15 et deux fois 4g,60, quantités exactement correspondantes pour l'iode qu'elles contiennent à celles qui furent employées quand l'iode était uni à l'iodure de potassium.

Contrairement aux effets obtenus dans les expériences précédentes, cette substance employée seule a toujours élevé la température. Cette élévation a été de

0°,6 et de 0°,7 avec les doses les plus faibles et de 1°,1, puis de 1°,3 avec les plus fortes. La mort n'a été la conséquence d'aucun de ces essais.

ACIDE ARSÉNIEUX. 1° Il a été administré cinq fois par *l'estomac* aux doses successivement croissantes de 5, 10, 15 et 85 centigr. et de 1 gr. Avec les deux plus faibles, une élévation régulière a toujours été obtenue; elle a été en cinq heures de 1°,9 avec 0gr,05, et avec 0gr,10 de 2°,2 en sept heures. Avec 0gr,15, le thermomètre monte de 2°,4; mais il y a comme de l'hésitation dans les premières heures. Avec 0gr,85, la scène change: il descend de 0°,7 en deux heures et demie, et le refroidissement devient plus considérable encore avec 1 gr., car il est de 1°,5 en trois heures. La mort a été fort prompte dans ces deux dernières expérimentations confirmatives de celles que M. Demarquay a consignées dans sa thèse inaugurale.

2° Guidés par les expériences de M. Orfila qui a vu l'intoxication survenir quand l'acide arsénieux est introduit dans le *tissu cellulaire sous-cutané*, les auteurs du mémoire ont obtenu, dans des essais du même genre, des résultats identiques aux précédents, car tandis que le thermomètre avait monté de 1°,2 avec 0gr,15 seulement de cette substance placée dans le tissu cellulaire de la région dorsale, il descendit de 2°,4 quand la quantité fut portée à 0gr,30, ce qui d'ailleurs détermina de prompts accidents, suivis de mort au bout de douze heures.

MERCURIAUX. 1° *Calomel*. Il a pour effet général de déprimer la température: 1 gramme introduit dans l'estomac avec 50 grammes de mucilage à 35° a produit, en quarante-cinq minutes, un abaissement de 1°,7; mais la réaction vitale prenant le dessus, on trouve, au bout de six heures et demie, 1° de plus qu'au début. Avec 2 grammes, les phénomènes sont plus marqués: en trente minutes, le thermomètre baisse de 1°,5, et la réaction ne survenant qu'avec lenteur et incomplétement, la température est encore, à la quatorzième heure de l'expérience, à 0°,8 au-dessous de son point de départ.

2° *Sublimé corrosif*. Son action déprimante est encore bien plus manifeste, comme l'ont prouvé trois expériences faites avec de faibles doses introduites dans *l'estomac* et successivement augmentées. Ainsi, 0gr,10 font éprouver à la chaleur animale une diminution de 2°,9 en une heure trois quarts, puis elle est de 1°,3 au bout de douze heures, et l'animal, qui est alors mourant, succombe dans la nuit. Avec 0gr,30, quoique les effets toxiques aient été également produits et suivis de la mort en treize heures, l'abaissement a été moins considérable: il a atteint, à la deuxième heure de l'expérience, sa limite la plus extrême qui fut de 2°,1, et à partir de ce moment, il y eut une faible réaction; mais jusqu'aux derniers instants, la température resta au-dessous du chiffre primitif. Le refroidissement enfin fut de 1°,4 en deux heures, lorsqu'on porta la dose à 0gr,50, et à la sixième heure, l'animal étant dans un état de prostration extrême, la température initiale était descendue de 5°.

Le sublimé corrosif porté dans l'estomac déprime donc évidemment la température, et si cette dépression a été surtout remarquable avec 0gr,10, c'est sans doute parce que la vie s'étant prolongée davantage, les effets de cet agent toxique ont eu plus de temps pour se produire, et, par suite, ont été plus complets.

Deux expériences où il fut placé dans le *tissu cellulaire sous-cutané*, semblent montrer, par le léger abaissement constaté dans un cas, que si les doses avaient été moins faibles, les résultats auraient été complétement identiques aux précédents.

ACADÉMIE DE MÉDECINE.

SÉANCE DU 27 MAI. — PRÉSIDENCE DE M. ORFILA.

Le procès-verbal de la dernière séance est lu et adopté.

La correspondance officielle comprend:

1° Sept lettres du ministre du commerce, transmettant: 1° la formule et l'échantillon d'une liqueur de table à laquelle sont attribuées des propriétés médicinales, etc. (Comm. des remèdes secrets et nouveaux.) 2° Une recette d'une poudre fébrifuge. (Même comm.) 3° Une recette d'un spécifique pour les maux d'yeux. (*Id.*) 4° Un remède contre la rage. (*Id.*) 5° Une demande en autorisation d'exploitation d'une source minérale sise à Saint-Denis-sur-Loire, près de Blois. (Comm. des eaux minérales.) 6° Un rapport rédigé par M. le docteur Gaudet, médecin-inspecteur des bains de mer de Dieppe, et contenant des observations sur les malades qui ont fréquenté ces bains pendant l'année 1849. (Même comm.) 7° Une notice rédigée par M. le docteur Bassereau, sur les eaux minérales de la Moldavie. (*Id.*)

La correspondance manuscrite ne comprend que les deux pièces suivantes:

Un mémoire intitulé: EXAMEN CRITIQUE DE LA MÉDICATION ÉMOLLIENTE, par M. Delioux, professeur de matière médicale à l'École de médecine navale de Rochefort. (Comm.: MM. Bricheteau et Bouchardat.)

Une observation de M. Abauzit, élève en médecine, sur les douleurs de la parturition. (Comm.: M. Cazeaux.)

EAUX MINÉRALES.

M. CAVENTOU lit, au nom de la commission des eaux minérales et pour M. O. Henry, absent, les rapports suivants:

1° Sur l'eau ferrugineuse naturelle d'Auteuil. Cette eau a, par sa composition chimique, des rapports avec celle des sources de Passy, situées dans le voisinage, et paraît avoir la même origine. Le principe ferrugineux, d'après M. le rapporteur, s'y trouverait à l'état de sel double alumineux (sulfate alumino-ferreux). M. le rapporteur est d'avis qu'en raison de la nature et des proportions des principes que renferme l'eau ferrugineuse d'Auteuil, qu'il désigne sous le nom d'*eau alumino-ferreuse sulfatée*, il y a lieu d'en autoriser l'exploitation. (Adopté.)

2° Sur l'eau sulfureuse des Batignolles, près Paris. (Conclusions favorables.)

Une discussion s'élevant à ce sujet, en l'absence du rapporteur, le vote des conclusions est ajourné.

3° Sur les eaux minérales thermales de Viterbe (États romains.) Les résultats de l'analyse faite par les membres de la commission, sur les échantillons envoyés à l'Académie, étant complétement différents de ceux annoncés dans le mémoire qui fait le sujet de ce rapport, la commission conclut en engageant le ministre de la guerre à faire demander de nouvelles analyses aux chimistes placés près des sources dont il désire connaître la composition. (Adopté.)

4° Sur une eau minérale ferrugineuse découverte à Mâcon (Saône-et-Loire.)

L'eau minérale découverte à Mâcon appartient au groupe des eaux ferrugineuses; mais, vu son degré de richesse très-faible en principes ferrugineux, la commission propose d'attendre, pour accorder l'autorisation d'exploiter cette eau, que des preuves positives aient démontré l'efficacité qu'on lui attribue. (Adopté.)

— M. CLOT-BEY a la parole pour une communication.

ÉTIOLOGIE DE LA PESTE.

M. CLOT-BEY: Il vous paraîtra étonnant, messieurs, que je vienne encore parler de la peste dans cette enceinte, alors que l'Académie a consacré près de deux années consécutives à l'étude de cette question, dans laquelle, je dois m'empresser de le reconnaître, elle a élucidé un grand nombre de points, fait justice de beaucoup d'erreurs, et obtenu enfin des résultats immenses au point de vue des réformes sanitaires. Mais vous voudrez bien pardonner à un homme qui a vécu vingt-six ans en Égypte, et qui a fait de la peste l'objet d'une étude spéciale, de ne pas être d'accord avec l'Académie sur un principe fondamental relatif à l'étiologie.

Les noms ont souvent plus d'importance qu'on n'imagine: ainsi, tant qu'on a laissé à la peste son nom ancien, le nom que lui ont donné tous les auteurs, ce nom n'impliquait aucune idée sur la nature et sur les causes des épidémies pestilentielles; mais dès qu'on a voulu lui donner un nom moderne, dès qu'on s'est plu à l'appeler le typhus d'Orient, ce nom a eu une influence plus grande qu'on ne peut l'imaginer. On a trouvé qu'il était tout simple d'expliquer le développement de la maladie par des causes locales.

Je dis, messieurs, que la peste n'est point une affection typhoïde, et je crois pouvoir le prouver.

Le typhus existe en Égypte comme en Europe; il a les mêmes caractères. Jamais le typhus ne prend le caractère de la peste, pas plus que le choléra ne prend le caractère de la grippe, de la variole ou de la rougeole.

Ainsi il est certain que la peste n'est pas le typhus, puisque le typhus n'est pas une maladie épidémique. Le typhus tient à des causes locales plus ou moins appréciables. Le typhus se développe dans les hôpitaux, dans les armées. Le typhus n'est transmissible que dans les foyers où il se développe; mais il ne va ni à droite ni à gauche: il se concentre dans certaines contrées, et ne franchit pas les espaces comme la grippe, la rougeole et la petite vérole.

Je ferai naître le typhus qu'on voudra; il suffit pour cela de réunir les conditions d'insalubrité requises. Il suffira de placer des individus dans un local trop petit pour produire le typhus, parce qu'il y aura encombrement; eh bien! personne n'osera dire qu'il pourra donner naissance ni au choléra ni à la grippe, ni à aucune autre maladie épidémique.

Sans vouloir entrer dans les détails, je dis qu'il y a de grandes maladies épidémiques qui tiennent à des causes que nous ne connaissons pas. Il n'est personne qui puisse dire pourquoi nous avons une inflammation qui se borne à la partie supérieure de la gorge, pourquoi nous avons la coqueluche, la rougeole. On ne composera jamais ces maladies de toutes pièces, parce qu'on ne sait rien sur leurs causes. Eh bien! la peste est dans la même catégorie; elle ne tient à aucune des causes qu'on a voulu lui assigner, telles que la misère, les inondations du Nil, le mode d'inhumation usité en Égypte.

Quand elle se développe, elle n'attaque pas un individu isolé, elle franchit les espaces, elle envahit toute une contrée sans que l'on sache comment, sans que l'on sache pourquoi.

Par conséquent, je crois qu'il y a une grande importance à bien réfléchir sur cette question de l'étiologie pour ne pas toujours rester dans les hypothèses. Et n'a-t-on pas vu le choléra atteindre les classes les plus riches et épargner les quartiers les plus insalubres?... Lyon, qui est une des villes les moins salubres, en était complétement exempt, alors qu'il exerçait d'affreux ravages à Marseille, à Paris.

Nous avons vu, dans le choléra de 1835, les habitants de Livourne décimés par le choléra abandonner cette ville pour aller habiter Pise; pas un habitant de Pise n'en fut victime.

Tel est le point capital sur lequel je voulais entretenir l'Académie.

J'ai déjà traité cette question dans un ouvrage; mais depuis la publication de cet ouvrage, j'ai été à même, par de nombreuses observations faites pendant l'épidémie de 1835, de corroborer tout ce que j'ai écrit.

Je désirerais porter la conviction dans le sein de l'Académie; je prie en conséquence messieurs les membres qui auraient quelques objections à faire, de vouloir bien m'adresser quelques questions auxquelles je m'efforcerai de répondre...

M. LONDE: Je suis surpris d'avoir entendu dire à M. Clot-Bey que nous ne sommes pas plus à l'abri de la peste qu'autrefois. Autrefois la peste était très-

fréquente en Europe; Paris a été plusieurs fois le théâtre d'épidémies de peste meurtrière. Ces épidémies ne se sont plus reproduites depuis l'assainissement de nos villes.

M. Clot-Bey: C'est une erreur; c'est là une vue purement théorique, mais qui n'est point fondée en fait. Ce que j'ai dit de la peste peut identiquement s'appliquer au choléra. Nous n'avions pas eu le choléra en Europe avant 1817, et l'on pensait qu'il ne s'y était introduit que par suite de nos communications avec l'Europe, et cependant ne l'avons-nous pas vu survenir à des époques où il ne sévissait pas sur d'autres points?

Le choléra vient, il s'en va et revient, sans que nous sachions ni pourquoi il est venu, ni ce qu'il est, ni d'où il vient; et ce qu'il y a de plus déplorable, c'est que nous ne savons rien sur son traitement.

Il a plu autrefois à la peste d'apparaître en Europe sans savoir pourquoi ni comment, puis, comme le choléra, elle s'en est allée.

Qui peut dire quand elle reviendra ou ne reviendra pas? La peste viendra en Europe quand il lui plaira. Qu'il s'agisse de la peste, du choléra ou de la fièvre jaune, nous ne savons rien, absolument rien sur les épidémies.

Jusqu'ici on a attribué ces maladies au manque de salubrité; je n'ai point repoussé les mesures hygiéniques, mais je n'ai jamais cru qu'elles pussent quelque chose sur leur développement. En voici une preuve:

Il y a eu en Égypte une épizootie effroyable qui a enlevé 700 mille bœufs; eh bien! la plus grande quantité de ces bœufs a été jetée dans le Nil. Il y avait plus de 400 mille bœufs en putréfaction; une infection épouvantable se répandit à la ronde, et cependant la peste ne parut pas.

En 1832, une épidémie a enlevé 35 mille individus au Caire, ce qui suppose plus de 60 mille individus frappés de l'épidémie; tous les cadavres ont été mis à fleur de terre; une infection effroyable se répandit partout, et la peste cessa.

M. Bégin: La discussion ne peut s'établir sur cette base. M. Clot-Bey pense que, dans le rapport de l'Académie sur la peste, il y a des erreurs à redresser et des vérités à ajouter. Eh bien! que M. Clot-Bey veuille bien rédiger un travail dans lequel il précisera les points à discuter, et l'on discutera alors avec avantage.

M. Clot-Bey consent à renvoyer la discussion, et s'engage à présenter un travail écrit.

— M. Collineau lit, en son nom et celui de MM. Espiaud et Gérardin, un rapport sur un mémoire de M. Monneret, ayant pour titre: Description et valeur séméiotique de quelques symptômes des maladies du foie.

M. Monneret est parvenu à observer et à retrouver des symptômes qui, passés sous silence ou à peine indiqués dans un grand nombre d'écrits modernes, sont cependant étudiés dans des ouvrages anciens.

Dans ce travail, il s'agit particulièrement de la fièvre et des hémorrhagies liées aux affections du foie.

« La fièvre hépatique peut être continue, rémittente ou intermittente. Dans ces deux dernières formes, qui ont fixé plus particulièrement l'attention de l'auteur, les symptômes sont variables en nombre, en durée et en intensité, à tel point qu'il faut quelquefois toute l'attention, toute la sagacité du malade et du médecin, pour les reconnaître, les observer exactement, et ne pas les confondre avec ceux des fièvres paludéennes ou de quelques mouvements fébriles nés de causes différentes et diverses. »

Des observations qu'il a faites, ainsi que de ses recherches dans les auteurs, M. Monneret arrive aux propositions suivantes, savoir: que les maladies hépatiques peuvent être séparées en deux classes très-distinctes, les unes déterminant la fièvre, les autres restant apyrétiques; que les premières indiquent toujours un état inflammatoire plus ou moins complet, suivant le type et l'intensité de l'état fébrile, en exceptant toutefois les congestions si communes dans le foie pendant le cours des fièvres intermittentes, congestions qui sont de même nature que celles qui, par la même cause, se forment dans la rate ou dans d'autres parties, et dont les fièvres pernicieuses offrent de funestes exemples; que le type de la fièvre intermittente hépatique se retrouve dans les abcès du foie et dans ces phlegmasies disséminées que produit le pus qui a pénétré dans le torrent circulatoire; que toutes les fois que cette fièvre devient continue, la congestion devient plus étendue et plus évidemment inflammatoire.

Après avoir appuyé ses propositions de plusieurs exemples, et reconnu l'importance de la fièvre paroxystique comme signe de la nature inflammatoire des affections du foie, M. Monneret termine la première partie de son mémoire par le résumé suivant:

La fièvre hépatique présente les caractères indiqués dans les congestions inflammatoires, dans la suppuration, dans le ramollissement phlegmasique du foie, dans la phlébite de la veine porte et dans les phlegmasies de l'appareil d'excrétion biliaire.

Elle manque, au contraire, dans l'ictère spasmodique, saturnin, dans l'hypertrophie simple, l'état gras, les kystes, les indurations, les hydatides et le cancer, tant que le produit morbide déposé n'a pas excité d'inflammation.

Passant ensuite aux hémorrhagies, assez fréquentes dans les maladies du foie, M. Monneret les regarde comme très-souvent dépendantes de ces maladies. Les hémorrhagies les plus fréquentes, sans parler de l'épistaxis, ont lieu, dit M. Monneret, par la membrane muqueuse du rectum et des autres parties de l'intestin; par l'estomac, la bouche; par l'utérus; plus rarement par la voie respiratoire et le tissu cellulaire des organes. Sur vingt observations de ces hémorrhagies qu'a recueillies M. Monneret, il les a rencontrées: 1° chez des sujets affectés d'une congestion inflammatoire fébrile accompagnée d'ictère; 2° dans les hypertrophies avec ou sans induration de tissus; 3° dans le cancer du foie plus fréquemment que dans toute autre affection; 4° dans la phlébite de la veine porte; 5° dans cette forme de la cirrhose qui s'accompagne d'atrophie, d'induration et affecte une marche chronique.

M. le rapporteur résume son jugement en ces termes:

Ce mémoire nous a offert beaucoup d'intérêt, et nous semble de nature à devenir très-utile aux praticiens, et surtout à ceux qui voudront se livrer à des recherches analogues: les exemples sont bien choisis, les conséquences générales bien déduites, et les opinions particulières de l'auteur sont exposées avec la réserve que commande l'extrême difficulté du sujet, qu'il considère d'une manière plus exacte, plus étendue et plus approfondie qu'on n'a coutume de le faire. Toutefois nous ne pouvons pas dire que quelques augmentations et quelques corrections ne soient pas à désirer.

En conséquence, votre commission a l'honneur de vous proposer le dépôt aux archives et des remerciments à l'auteur, avec recommandation de continuer ses travaux, qui lui paraissent dignes de toute l'attention et de toute la bienveillance de l'Académie. (Adopté.)

— M. Huguier présente une jeune fille chez laquelle il a pratiqué la resection partielle du maxillaire inférieur.

La séance est levée à cinq heures.

SOCIÉTÉ DE BIOLOGIE.

Présidence de M. Rayer.

Compte rendu des séances pendant le mois de mars 1851;
par M. le docteur Brown-Séquard, secrétaire.

I. — Physiologie.

1° Influence de la cinquième paire de nerfs sur la sécrétion salivaire,
par M. Louis Vella (de Turin).

Depuis longtemps on connaît l'influence que le nerf trijumeau exerce sur la nutrition de la face, et particulièrement les altérations qui surviennent dans l'œil après que ce nerf a été coupé; mais on n'avait pas examiné l'influence spéciale que la cinquième paire pouvait avoir sur la sécrétion des glandes salivaires.

Plusieurs physiologistes ont donné des raisons plus ou moins plausibles pour démontrer que la troisième paire ou le grand sympathique peuvent influencer exclusivement la sécrétion de la salive; mais leurs opinions ne sont basées sur aucune expérience directe, seul moyen cependant de résoudre la question. C'est ce moyen que M. Vella a employé. Il résume ainsi les résultats qu'il a obtenus:

« J'ai expérimenté sur le chien et sur le lapin, et voici ce que j'ai observé:

» 1° Sur un chien adulte, j'ai coupé la cinquième paire dans le crâne, et le lendemain, les symptômes consécutifs à la section du nerf étant très-manifestes, c'est-à-dire que l'œil commençait à s'enflammer, la cornée à devenir opaque et que l'insensibilité de tout le côté de la face était bien apparente, j'ai découvert, du côté où se trouvait la section du nerf, le conduit parotidien, dans lequel j'ai introduit un petit tube pour recueillir de la salive. J'ai ensuite excité la sécrétion salivaire en versant du vinaigre dans la bouche, et j'ai bientôt vu qu'il y avait écoulement d'une salive qui était alcaline et présentait les caractères de la salive normale. Les jours suivants, j'ai fait des observations semblables sur l'écoulement de la salive, et j'ai remarqué que la sécrétion allait en diminuant, et que, le quatrième jour, elle était devenue presque nulle lorsque l'animal mangeait et mâchait des corps durs, ou bien quand on introduisait dans sa gueule des substances acides comme le vinaigre. Le septième jour, après avoir constaté que la sécrétion salivaire avait à peu près disparu, j'ai sacrifié l'animal, et l'autopsie m'a clairement montré que le nerf était bien coupé.

» 2° Sur un lapin adulte, j'ai coupé la troisième paire dans le crâne du côté gauche. Immédiatement après, les symptômes de la section se sont montrés, et dès le lendemain, la cornée a commencé à devenir opaque. Le huitième jour, l'animal étant du reste assez bien portant, j'ai mis à nu et j'ai ouvert le conduit parotidien des deux côtés de la face. J'ai ensuite fait manger l'animal, qui était à jeun depuis vingt-quatre heures. J'ai observé avec soin l'écoulement de la salive des deux côtés, et j'ai vu qu'il y avait à peine un suintement léger du côté de la section, tandis que du côté sain la salive coulait en abondance comme dans l'état normal.

» 3° Sur une chienne adulte, j'ai découvert sur les joues les deux conduits parotidiens, dans lesquels j'ai introduit des tubes pour recueillir la salive; puis j'ai pratiqué la section de la cinquième paire du côté gauche. Avant cette section, j'avais constaté que l'écoulement était également abondant des deux côtés. Après la section, j'ai fait la même observation en introduisant du vinaigre dans la gueule de l'animal, et j'ai constaté à plusieurs reprises que l'écoulement était beaucoup plus considérable du côté où le nerf était coupé. Le lendemain, cette augmentation persistait. Je n'ai point encore tué le chien pour m'assurer par l'autopsie de la section complète du nerf; mais les symptômes d'insensibilité de la face donnent lieu de croire que cette section existe.

» D'après ces expériences, il est évident que la section de la troisième paire a influencé la sécrétion salivaire. J'ai en effet constaté:

» 1° Que quelques jours après la section de la cinquième paire, la sécrétion salivaire diminue et finit par disparaître complétement, tandis qu'elle continue du côté où le nerf n'a pas été coupé;

» 2° Que cette disparition n'a pas lieu immédiatement après l'opération, et sur le chien qui fait le sujet de la troisième expérience, la sécrétion a paru augmenter dans les premiers moments;

3° Que, dans tous les cas, la sécrétion de la parotide est restée alcaline et a présenté les caractères physiques de la salive dans l'état normal.

» Je ne tirerai pas d'autres conclusions de ces faits, parce qu'ils sont encore trop peu nombreux. » (8 mars.)

2° SUR UN NOUVEAU PRINCIPE IMMÉDIAT DE L'ÉCONOMIE ANIMALE; par M. VERDEIL.

« J'ai découvert dans le tissu pulmonaire des principaux mammifères un nouveau principe immédiat. Cette substance existe aussi dans le sang : c'est un corps cristallisable, azoté, ayant une réaction acide; il est très-soluble dans l'eau, peu soluble dans l'alcool et insoluble dans l'éther. N'ayant pas encore terminé l'étude chimique de cette substance, je me bornerai là pour aujourd'hui ce que j'ai à dire de ce nouveau corps. » (22 mars.)

II. — PATHOLOGIE ET ANATOMIE PATHOLOGIQUE.

1° TUMEUR DU VOLUME D'UN OEUF DE PIGEON COMPRIMANT LE CÔTÉ DROIT DE LA MOELLE ALLONGÉE ET LES NERFS QUI EN PARTENT; observation recueillie par M. CHARCOT.

Une femme âgée de 48 ans, entrée le 28 février à l'hôpital de la Charité, est, dit-on, malade depuis trois mois environ; elle a été soignée, au début de son affection, par M. le docteur Gubler, qui a bien voulu nous donner les renseignements qui suivent. M. Gubler a vu cette malade quinze jours environ après le début de la céphalalgie occipito-temporale très-violente dont elle se plaignait. La nuque était alors un peu douloureuse à la pression, ce que la malade attribuait elle-même à une violence extérieure qu'elle avait subie auparavant; mais M. Gubler n'a pas trouvé les points douloureux circonscrits des névralgies proprement dites. Les organes des sens offraient une très-grande susceptibilité; le moindre bruit, l'impression d'une faible lueur, étaient impatiemment supportés et semblaient exaspérer les douleurs de tête.

Chaque mouvement du corps réveillait des envies de vomir qui étaient quelquefois suivies d'effet; aussi la malade éprouvait-elle la plus grande répugnance à quitter le repos absolu auquel elle s'était condamnée, pour répondre aux questions qu'on lui adressait.

A ces symptômes s'ajoutaient un resserrement considérable de la pupille et une constipation opiniâtre, sans ballonnement ni sensibilité exagérée du ventre. La langue était un peu blanche, mais humide; le pouls n'avait point de fréquence; la peau était sans chaleur fébrile. Il n'y avait aucune douleur dans le tronc ni dans les membres, ni paralysie dans un point quelconque. Jamais il n'y avait eu ni vertiges ni convulsions épileptiques.

D'après cet ensemble de circonstances, M. Gubler s'arrêta à l'idée d'un ramollissement superficiel et circonscrit de la substance grise, et mieux encore à une tumeur intracrânienne. (Dix sangsues furent appliquées derrière chaque oreille; on administra un purgatif : calomel, 1 gramme; rhubarbe, 4 grammes. En outre, du chloroforme fut employé en applications topiques pour calmer la céphalalgie.)

Il en résulta un soulagement très-considérable; mais au bout de deux jours, cette femme fut emmenée par son fils, et M. Gubler la perdit de vue. D'après les renseignements qui nous ont été donnés par le fils de la malade, peu après l'époque où M. Gubler cessa de la voir, se manifestent une grande hébétude, de la faiblesse dans tous les membres, avec résolution et sans douleur, et enfin un embarras très-remarquable de la parole. La céphalalgie se reproduit bientôt avec la même intensité que par le passé; les vomissements et la constipation persistent opiniâtrement.

Un séton à la nuque, des vésicatoires aux cuisses, restent sans effet, et on se décide enfin à faire entrer la malade à l'hôpital. Nous la trouvons alors dans l'état suivant :

Ce qui frappe tout d'abord, c'est l'air hébété de cette femme. Après avoir assez nettement répondu aux questions qu'on lui adresse, elle ne tarde pas à montrer d'elle-même que ses facultés intellectuelles sont profondément affaiblies et perverties. Elle se plaint de douleurs très-vives dans la région du cervelet; sa tête est sans cesse penchée vers l'épaule droite, mais sans aucune roideur ou contracture des muscles du cou. Tous les membres sont dans la résolution; cependant, quand on dit à la malade de remuer ses bras et ses jambes, elle le fait sans trop de difficulté. D'ailleurs, ni douleurs ni contracture dans les membres supérieurs ou inférieurs; ceux du côté droit ne paraissent pas plus faibles que ceux du côté gauche. Quand on la pince, elle sent assez vivement et assez rapidement.

Pas de strabisme; pas de chute de la paupière; pas de surdité. Les pupilles ont une dilatation égale. La malade dit n'avoir jamais éprouvé de vertiges, n'avoir jamais eu de bluettes, n'avoir jamais eu de bourdonnements d'oreille ou autres hallucinations.

La bouche est un peu pendante; mais il n'y a pas réellement paralysie du facial, et la malade peut siffler et souffler. Quand on lui dit de tirer la langue, elle le fait rapidement, mais la pointe de cet organe est immédiatement portée à droite; cependant elle peut la faire tourner dans sa bouche, et en porte aisément la pointe du côté gauche quand on lui ordonne de le faire. Mais si on lui répète l'injonction de tirer la langue, elle en porte de nouveau la pointe à droite. Nous n'avons pas recherché si le goût persistait ou était aboli, s'il y avait quelque modification dans la sensibilité de la face. Les mouvements de la déglutition sont conservés intacts. Pendant tout le temps que la malade est restée dans la salle, les vomissements n'ont cessé d'exister et la constipation a été extrêmement opiniâtre. Le traitement a consisté en l'apposition de boutons de feu à la région de la nuque. Nonobstant la prostration a augmenté; il est survenu une sorte de coma, et la malade est morte le 9 mars, sans avoir jamais éprouvé de phénomènes convulsifs.

En raison des phénomènes que nous venons de décrire, il paraissait probable qu'il s'agissait ici d'une tumeur difficile à déterminer, laquelle aurait comprimé le nerf hypoglosse. Ajoutons que l'absence d'accidents syphilitiques ou tuberculeux, que l'absence de cachexie cancéreuse, permettaient déjà d'éloigner l'idée de l'influence de l'une de ces diathèses. L'autopsie fit reconnaître qu'une tumeur, du volume et de la forme d'un gros œuf de pigeon, était située à la partie antérieure du lobe droit du cervelet, dans lequel elle s'était creusé une logette. Cette tumeur comprimait également le pédoncule droit du cerveau, et repoussant vers la gauche la moelle allongée, elle aplatissait très-manifestement tous les nerfs qui en partent, ceux du côté droit seulement, bien entendu (auditif, facial, pneumogastrique, glosso-pharyngien, et en particulier l'hypoglosse). La cinquième paire elle-même était considérablement aplatie. Le moteur oculaire commun et le moteur oculaire externe, placés sur la ligne médiane, étaient parfaitement intacts.

Cette tumeur, comprise entre la tente du cervelet, d'un côté, et le cervelet lui-même, de l'autre, n'avait contracté que de très-faibles adhérences avec ces différentes parties, et on pouvait l'énucléer avec la plus grande facilité en détruisant un tissu cellulaire très-lâche.

Considérée en elle-même, la tumeur paraissait recouverte à l'intérieur par une sorte de tunique fibreuse difficile à enlever. Son tissu propre était dur, criant sous le scalpel, sec, un peu mamelonné. L'examen microscopique y démontrait tous les caractères du tissu fibro-plastique, avec prédominance du tissu fibreux.

Voici donc un exemple dans lequel la déviation de la pointe de la langue paraît bien nettement déterminée par la compression exercée sur l'hypoglosse par une tumeur extra-encéphalique; mais il reste à se demander comment la compression simultanée de la plupart des nerfs qui naissent du côté droit de la moelle allongée ne s'est pas accompagnée de phénomènes plus saillants que ceux qui ont été observés. Nous avons dit, en effet, qu'il n'existait pas de vraie paralysie faciale (du mouvement), pas de vives douleurs d'un côté de la face. L'audition ne paraissait pas abolie ni même modifiée. Aucun phénomène anormal du côté de la déglutition n'était appréciable. (15 mars.)

2° SUR QUELQUES ALTÉRATIONS DES CARTILAGES D'ENCROUTEMENT; par M. BÉRAUD.

« On sait que les cartilages, examinés au microscope, présentent deux choses : d'un côté, c'est une substance fondamentale, homogène, sans fibres d'aucune espèce; d'un autre côté, c'est une espèce de cavité qu'on appelle vésicule ou cellule, et qui est épaisse en plus ou moins grand nombre et avec plus ou moins de régularité dans cette substance. Nous allons donc examiner les altérations que nous avons vues dans chacun de ces éléments du tissu cartilagineux.

» 1° *De la substance fondamentale.* — Quand un cartilage est sain, on n'y voit ni tissu cellulaire ni vaisseaux, d'après les opinions les plus répandues; cependant, quand on examine au microscope, comme je l'ai fait, un fragment de cartilage qui appartient à une tumeur blanche, on peut y trouver une organisation plus avancée. J'y ai vu du tissu cellulaire et des vaisseaux s'y développer sous l'influence du travail particulier qui a produit la tumeur blanche.

» Le tissu cellulaire m'est apparu dans un fragment de cartilage pris sur un condyle fémoral compris dans une tumeur blanche. Ces fibres de tissu cellulaire étaient bien caractérisées par des filaments cylindriques, à contours lisses et clairs. Les réactifs chimiques m'ont encore prouvé qu'il s'agissait bien du tissu cellulaire. Ces fibrilles étaient insolubles dans l'acide acétique.

» Les vaisseaux des cartilages d'encroûtement ont été niés à l'état sain par Béclard et par M. Velpeau; je ne veux pas aborder cette question aujourd'hui : je ne veux parler que des états pathologiques. Eh bien! dans ce cas, j'ai vu des vaisseaux dans les cartilages. Voici quelle est leur disposition sur le dessin que je vais vous montrer.

» Vers le point où le cartilage cesse sur le condyle fémoral, il existe un rameau artériel assez volumineux, ayant presque 1 millimètre de diamètre. De sa convexité partent des ramifications qui s'en vont dans l'épaisseur du cartilage. Sur la partie postérieure du condyle externe, il y a un rameau artériel extrêmement bien injecté, qui s'avance, en se ramifiant, jusque vers la partie moyenne du condyle, et vient presque s'anastomoser avec le vaisseau qui part du côté opposé du condyle. Ainsi chaque condyle est enlacé par un cercle artériel d'où partent des rameaux qui traversent la substance du cartilage.

» J'ai d'abord douté que ce fût dans l'épaisseur du cartilage que l'injection eût pénétré, et j'ai cru avoir trouvé un fait d'injection de la synoviale existant sur les cartilages; mais en examinant avec attention, j'ai bien vu que c'était dans le cartilage même que ces vaisseaux existaient. J'ai rendu M. Robin témoin de ce fait. Voici comment j'ai pratiqué l'injection.

» J'ai pris du chromate de potasse et de l'azotate de plomb; j'ai mis ces deux substances dans l'eau. Il s'est formé, par double décomposition, du chromate

de plomb, qui, restant suspendu dans l'air, a été ainsi injecté par l'articulaire moyenne.

« J'ai parlé de ce fait à M. Broca, prosecteur à la Faculté de médecine, qui m'a fait voir des dessins de cartilages d'encroûtement malades injectés. On sait, d'un autre côté, que Sanson (JOURNAL DES CONNAISSANCES MÉDICO-CHIRURGICALES, p. 143, année 1835) dit avoir injecté des cartilages articulaires pendant qu'il était prosecteur de Dupuytren, et avoir plusieurs fois trouvé sur le cadavre de sujets morts à la suite de tumeurs blanches, des cartilages articulaires avec ramollissement fongueux dans une partie de leur épaisseur, tandis que d'autres couches du même cartilage n'étaient que rouges et ramollies.

» Dans une thèse soutenue, en 1841, à la Faculté de Montpellier, on parle encore de l'injection des cartilages articulaires, mais c'est à l'état sain. Ces injections ont été faites par M. Vergès, prosecteur de cette Faculté.

» Ainsi, sans vouloir discuter la question des vaisseaux à l'état sain, nous pouvons dire qu'il y a des vaisseaux, dans les cartilages, à l'état pathologique.

» 2° *Altérations des cellules et des corpuscules cartilagineux.* — En même temps qu'il se forme des productions nouvelles dans la substance fondamentale du cartilage, ces autres éléments se ressentent de cette nouvelle vie. Les cellules deviennent opaques et les corpuscules cartilagineux se divisent, et finissent même par se présenter sous la forme d'une poussière noirâtre, extrêmement fine; de sorte qu'on croirait avoir sous les yeux un corpuscule osseux, mal délimité. Je n'ai pas encore examiné les propriétés chimiques de cette poussière. Quoi qu'il en soit, il est très-facile de constater au microscope ces plaques noirâtres disséminées dans la substance du cartilage. Les parois de la cellule semblent détruites, à cause de l'irrégularité que présente ce corpuscule noirâtre.

» Ainsi voilà un organe qui tend à revêtir une autre forme : il se vascularise, il tend à s'élever dans son degré d'organisation, mais ce n'est que pour être mieux détruit, et avec cette nouvelle vitalité du cartilage, nous pouvons nous expliquer toutes les altérations de ce tissu avec une très-grande facilité. Quand ce cartilage aura toutes les propriétés d'un os, par exemple, pourquoi ne pourrait-il pas en avoir les maladies? Aussi il pourra être atteint d'ulcération et d'inflammation, et si l'on vient à le diviser, ou s'il est le siége d'une solution de continuité quelconque, il pourra se cicatriser.

» On sait aussi que ceux qui admettent la non-vitalité des cartilages prétendent que les altérations de ce tissu sont toujours consécutives aux altérations de l'os correspondant au point malade; mais si nous admettons, comme nous croyons l'avoir démontré, que les cartilages peuvent s'organiser, nous nous rendrons compte de leurs altérations indépendamment de celles des os. J'ai vu très-souvent des ulcérations, des ramollissements du tissu cartilagineux, avec une intégrité parfaite de l'os situé au-dessous. Cependant je ne prétends pas dire que si l'os est malade, le cartilage ne le deviendra pas : loin de là. (22 mars.) »

3° NOUVEAUX CAS D'ALTÉRATIONS DES CARTILAGES; par le même.

Dans la communication qui précède, M. Béraud avait avancé que les cartilages peuvent être altérés indépendamment de l'os situé au-dessous; il présente de nouvelles pièces à l'appui de cette proposition. Il montre d'abord deux rotules qui offrent dans un point bien déterminé, large comme une pièce de 1 franc, une altération qui donne au cartilage l'aspect d'un velours à fils très-longs. Ces filaments, séparés les uns des autres, sont mous et non élastiques. En coupant la rotule perpendiculairement à la surface articulaire, on voit que la lamelle osseuse sous-cartilagineuse est non-seulement intacte, mais encore il reste un liséré du cartilage qui ne paraît pas avoir perdu de ses propriétés normales.

La même disposition se rencontrait sur deux condyles de deux tibias.

Mais sur une tête fémorale, il a constaté vers le point le plus élevé de cette éminence, non loin du ligament rond, une plaque qui avait les caractères suivants : elle présentait un gonflement assez marqué, large comme une pièce de 50 centimes. Ce gonflement était encore plus appréciable quand on fendait la tête fémorale. Alors on pouvait voir que, dans ce point, le cartilage avait une hauteur de 1 millimètre et plus au-dessus des parties circonvoisines. D'ailleurs, ce gonflement allait en diminuant d'une manière insensible. Mais partout où existait ce gonflement mal limité, il y avait aussi une rougeur très-vive qui était mal circonscrite. On ne pouvait pas dire qu'elle tenait à une imbibition d'un liquide coloré; car alors les autres points de la surface cartilagineuse auraient eu la même coloration. Dans cet endroit, le cartilage était ramolli, mais n'avait pas encore perdu complétement son élasticité. L'os correspondant au point malade du cartilage n'a offert aucune altération appréciable, et il avait les mêmes caractères que dans les points correspondants à des cartilages sains. Il faut ajouter que la synovie n'était ni augmentée ni colorée. (29 mars.)

4° VÉGÉTATIONS DES VALVULES AURICULO-VENTRICULAIRES GAUCHES, AVEC HYPERTROPHIE DU COEUR ET HYDROPISIE ASCITE; ULCÉRATIONS MULTIPLES DE LA MUQUEUSE DE L'ESTOMAC; TUMEURS GÉLATINEUSES DANS LE FOIE, CHEZ UN CHIEN AGÉ DE 12 ANS; par M. CHARCOT.

Un chien de garde, mâtin, d'assez forte taille, et qui avait éprouvé la maladie dans les premières semaines de sa vie, s'était ensuite toujours bien porté, lorsqu'il y a quatre à cinq mois, il tomba tout à coup malade, cessa de manger régulièrement et maigrit d'une manière très-prompte. Il était alors âgé de 12 ans moins quelques mois. Sa maladie fut attribuée à ce qu'il avait mangé avec avidité des étoupes servant au pansement d'une plaie suppurante d'un cheval. Quoi qu'il en soit, ce fut quelques semaines après que la maladie éclata. Dès le début, outre l'amaigrissement et l'inappétence, il faut encore noter une soif que rien ne pouvait satisfaire, et à cette époque déjà, les excréments, qui étaient toujours secs, farineux et d'une teinte grisâtre, devinrent habituellement noirs et semi-liquides. Peu à peu le train de derrière s'affaiblit considérablement et ne peut plus supporter l'animal, qui ne se déplace plus guère. La maigreur devient excessive; mais le ventre reste volumineux et présente tous les signes de l'hydropisie ascite. Dans les dernières semaines de sa vie, l'animal refuse toute nourriture; il boit sans cesse avec avidité, rend des excréments liquides jaunâtres et teints de sang. La veille de sa mort, il éprouve quelques vomissements, et rend de nouveau des excréments colorés en rouge. On note que le cadavre n'éprouva pas de roideur.

Le cerveau et la moelle épinière ne présentent à l'autopsie aucune altération qui puisse expliquer la paralysie des membres postérieurs. Le cœur est très-volumineux; les parois du ventricule gauche surtout sont fortement épaissies. Le bord libre des valvules auriculo-ventriculaires gauches présente une série de végétations volumineuses, transparentes, très-adhérentes aux valvules. Ces végétations ont toutes leur extrémité libre dirigée vers la cavité de l'oreillette. Ces végétations, examinées au microscope par M. Lebert et M. Davaine, paraissent essentiellement composées de fibrine à l'état amorphe, contenant des granulations de caractère indéterminé, insolubles dans l'acide acétique. Pas de traces de vascularisation. Les valvules auriculo-ventriculaires droites présentent au niveau de leur bord libre un épaississement et quelques végétations analogues aux précédentes, mais bien moins importantes. Rien aux valvules sygmoïdes; rien de notable non plus dans les autres points de l'endocarde. Les poumons étaient sains.

L'abdomen était distendu par une grande quantité de sérosité jaunâtre, transparente, sans flocons albumineux.

Les intestins, examinés dans toute leur étendue, ne présentaient aucune lésion, leur muqueuse était tapissée par un mucus d'un brun rouge très-fétide. L'estomac, un peu revenu sur lui-même, présentait à sa face interne de nombreux plis; mais en outre sa muqueuse présentait une coloration çà et là rouge brique, et par places d'un violet foncé; on y voyait un nombre considérable d'ulcérations ovalaires, d'étendue variable, mais dont quelques-unes étaient aussi larges qu'une pièce de 1 franc. De ces ulcérations, les unes paraissaient en pleine activité et étaient entourées d'une auréole violacée; d'autres semblaient en voie de réparation et ne présentaient plus à leur pourtour ou dans leur fond de vascularité anormale. Quelques-unes d'entre elles mettaient à découvert la tunique celluleuse; d'autres, au contraire, n'avaient pas attaqué toute l'épaisseur de la membrane : c'étaient de simples exulcérations.

Le foie, assez volumineux et un peu bosselé, était semé de noyaux blanchâtres, diaphanes, de consistance gélatineuse, dont quelques-uns atteignaient le volume d'une grosse noisette. (22 mars.)

5° HÉPATITE SUPPURÉE, LOBULAIRE, AVEC CIRRHOSE GÉNÉRALE; par M. LABOULBÈNE.

M. Laboulbène présente à la Société le foie d'un malade qui a succombé dans le service de M. Monneret, à l'hôpital de Bon-Secours.

Le malade est resté un mois et demi environ dans le service; il offrait des signes non équivoques d'une cirrhose ancienne et d'une maladie du cœur caractérisée par un souffle au premier bruit; l'œdème était considérable. Il fut ponctionné deux fois, et la paracentèse fournit un liquide, clair, sans grumeaux; enfin on lui a pratiqué des mouchetures très-superficielles aux deux jambes, et il s'est écoulé pendant *douze* jours une sérosité extrêmement limpide fort abondante; il n'y eut pas de signes d'hépatite.

Le foie avait toujours été difficile à limiter à cause d'un son clair, intestinal, qui dominait dans la région hépatique; néanmoins l'organe ne paraissait occuper qu'un minime espace. La digestion s'est très-longtemps accomplie d'une manière régulière; il n'y avait jamais eu d'ictère.

AUTOPSIE. Le *foie*, profondément attaché dans l'hypocondre, adhère dans toute son étendue au diaphragme et à une portion de l'estomac. Il a diminué d'un tiers de son volume naturel. Il est lobulé, fortement mamelonné sur ses deux faces.

La capsule de Glisson est épaissie, blanchâtre, surtout au niveau des dépressions; elle est doublée par une fausse membrane continue qui s'enlève et se détache avec elle (péritonite périhépatique). Dans quelques portions, la capsule seule existe sans fausses membranes.

Face supérieure inégale, sillonnée par de profondes dépressions, isolant de grosses saillies mamelonnaires; face inférieure plus inégale et plus bosselée et comme divisée en une foule de lobules.

Le tissu du foie est constitué par de grosses granulations jaunes semblables à du tissu graisseux, laissant apercevoir entre elles un réseau vasculaire très-abondants, de nouvelle formation, qui les sépare en une foule de granulations secondaires. De nombreuses ecchymoses interstitielles s'observent partout.

A l'extrémité du bord tranchant et droit du foie existe une petite induration blanchâtre formée par un abcès qui a son siége dans le tissu hépatique, sans connexion avec ses conduits; un second abcès plus central, de la grosseur d'une noisette, est plus manifestement encore que le premier le résultat de la suppuration de lobules hépatiques. Un kyste ou une membrane commence à se former autour de cet abcès.

Plus loin encore, dans le centre du foie, se trouve un troisième abcès formé

par l'agglomération de plusieurs grains du foie qui ont suppuré. La collection purulente est enkystée.

Un peu plus loin enfin et en avant un quatrième abcès, situé près de la vésicule du fiel (mais sans connexions avec elle), renferme un pus verdâtre, phlegmoneux. Le tissu hépatique environnant est fortement enflammé, dur, rougeâtre, sillonné par de petits vaisseaux de nouvelle formation et de petites ecchymoses. Cette partie enflammée est assez dure et tranche ainsi sur le reste du foie qui est d'une mollesse extrême. Le tissu de l'organe se réduit partout en une bouillie jaunâtre.

Il est digne de remarque toutefois que, dans un grand nombre de points éloignés des abcès, le tissu est fortement congestionné, et cette congestion est par-ci par-là portée jusqu'à l'hémorrhagie.

La veine porte a été poursuivie avec grand soin et, sauf une coloration d'un rouge livide, suspecte, qui ne paraît être qu'un résultat d'imbibition cadavérique, elle ne présente aucune trace d'inflammation; elle ne renferme aucun caillot.

Rien dans les conduits biliaires, ni dans la vésicule du fiel.

Cœur. Cavités et valvules droites normales. Cœur gauche avec la valvule mitrale saine; mais sur deux des valvules sigmoïdes, dans leur épaisseur même, sont déposées de grosses granulations ostéocalcaires, faisant saillie sur l'une et sur l'autre face; elles n'empêchent point les valvules de jouer et d'être suffisantes. L'eau projetée dans l'aorte ne s'écoule point dans le ventricule gauche.

L'aorte est altérée, athéromateuse; elle est revêtue, surtout dans sa portion pectorale, de plaques crétacées pour la plupart et faisant saillie dans le vaisseau. (1er mars.)

6° SUR UN CORPS ÉTRANGER DE L'ARTICULATION COXO-FÉMORALE; par M. BÉRAUD.

Aujourd'hui on peut rattacher les corps étrangers des articulations à quatre sources. Les uns les font venir des surfaces libres de la synoviale, d'autres des cartilages, d'autres encore du sang organisé; les derniers enfin de l'agglomération des cellules épithéliales qui revêtent les surfaces articulaires. Il existe des exemples de chacune de ces origines, de sorte qu'il ne faudrait pas être exclusif. Sur la pièce montrée par M. Béraud, on voit un fragment de cartilage libre dans l'articulation et encore placée dans le point d'où il s'est détaché. Ce fragment a la forme et le volume d'un grain de blé un peu aplati; ses bords sont arrondis, de même que les bords de la solution de continuité du cartilage. Il est deux fois plus petit que l'espace d'où il s'est détaché, de sorte qu'il offre par rapport au cartilage le même aspect que l'os nécrosé par rapport à la portion d'os encore vivante. On voit un peu plus haut d'autres petits fragments de cartilage qui sont sur le point de se détacher, et qui ne sont plus adhérents que par un point très-circonscrit de leur face profonde. (29 mars.)

7° ALTÉRATIONS DES ARTICULATIONS DANS LE RHUMATISME ARTICULAIRE CHRONIQUE; FAUSSE CONTRACTURE RHUMATISMALE; ANKYLOSES; par M. CHARCOT.

L'observation et les pièces anatomiques que j'ai l'honneur de présenter à la Société sont de nature à éclairer plusieurs points de l'histoire du rhumatisme articulaire chronique. Les articulations présentent en effet à tous les degrés possibles, depuis la simple érosion du cartilage jusqu'à l'ankylose celluleuse, les lésions qu'on a désignées dans ces derniers temps sous le nom d'arthrite sèche. Nous voyons en outre une roideur avec obstacle à l'extension complète de l'avant-bras sur le bras, considérée pendant la vie comme due à une contracture *rhumatismale* siégeant dans les muscles, mais que l'autopsie démontre tenir tout simplement à une lésion particulière de l'articulation du coude. Voici d'abord quelques détails sur les phénomènes observés pendant la vie.

Le 3 mars 1851, entre dans la salle Saint-Michel, service de M. Rayer, à l'hôpital de la Charité, le nommé Maul-Laurier Beaufils, tailleur, âgé de 56 ans. Cet homme n'a pas eu de parents goutteux ou rhumatisants; il se nourrit habituellement mal et ne boit jamais de vin. En 1828, il habitait un rez-de-chaussée tellement humide que les murs en sont continuellement mouillés et qu'ils sont couverts de cristaux; au bout d'un an de séjour dans ce lieu, Maul éprouve tout à coup pendant la marche une douleur tellement vive dans l'articulation de la première avec la deuxième phalange du gros orteil droit, qu'on est forcé de le ramener chez lui. Cette douleur, il la compare a un engourdissement très-intense. Quelques mois après cette première attaque, toutes les articulations des orteils du pied gauche deviennent simultanément rouges, tuméfiées, et causent des douleurs analogues à celles qui avaient existé dans le pouce; cette nouvelle invasion est d'ailleurs précédée de frissons et accompagnée de fièvre; bientôt après le pied droit se prend lui-même, et enfin les articulations des doigts des deux mains. D'abord bornées aux petites articulations, la tuméfaction, la rougeur et la douleur se montrent bientôt aux articulations tibio-tarsiennes et aux deux articulations du poignet. Cette période d'acuité dure huit jours environ pendant lesquels le malade ne pouvant plus marcher était transporté chaque jour à l'hôpital Saint-Louis où il fait usage des le début de bains de vapeurs et de fumigations. Au bout de ce temps survient une rémission, suivie bientôt de nouveaux accès venant irrégulièrement de temps à autre, lesquels étaient précédés par de légers frissons et s'accompagnaient de sueurs abondantes. Les choses restent ainsi pendant cinq ans environ.

En 1835, Maul, qui habite cependant alors un logement sec, voit le mal qui s'était borné presque exclusivement aux petites articulations des pieds et des mains envahir les coudes, et à cette époque déjà se manifeste une certaine difficulté dans l'extension de l'avant-bras sur le bras. Ce sont surtout les membres supérieurs qui sont le siége du mal à cette nouvelle période de la maladie. C'est alors qu'il commence à apercevoir une déformation dans les articulations des doigts de la main; à cette époque aussi il fait remonter les diverses ankyloses que nous observerons dans diverses articulations des extrémités inférieures. Enfin, après une série de rechutes pendant lesquelles augmentent les difformités articulaires et la perte ou la diminution des mouvements de certaines d'entre elles, une douleur se manifeste pour la première fois dans l'épaule gauche sans rougeur ni gonflement cette fois.

Lors de son entrée à l'hôpital, cet homme nous paraît d'une constitution entièrement détériorée; il est faible, cacochyme, pâle et maigre. Il assure ne tousser que depuis un mois environ, et n'avoir jamais craché de sang. Il y a dix jours qu'à la suite de frissons il éprouva un point de côté avec oppression au côté gauche de la poitrine; bientôt surviennent de l'insomnie et de l'inappétence. Il assure que lors de l'invasion du point de côté, les articulations des mains qui étaient gonflées et rouges cessèrent subitement d'être tuméfiées et douloureuses. D'ailleurs pas d'antécédents syphilitiques, jamais aucun phénomène notable soit du côté de l'estomac, soit du côté du cœur ou des intestins. L'urine est habituellement très-claire.

Cet homme, outre les bains de vapeurs dont il a fait usage à une certaine époque, se contentait de prendre lors des attaques de huit à dix gouttes de teinture de colchique, médicament qui le soulageait toujours, mais dont il était bientôt forcé de suspendre l'usage à cause d'hallucinations et de maux de gencives qui ne tardaient pas à survenir.

Dans l'état actuel nous avons à étudier chez ce malade: 1° les vestiges de l'affection habituelle des articulations qui est en ce moment dans une période de rémission; 2° une affection pectorale.

Voici d'abord dans quel état nous trouvons les diverses articulations:

PIED GAUCHE. — Aucune ankylose; seulement quand on met les surfaces articulaires les unes sur les autres on entend un léger craquement dans les diverses articulations des orteils, et en particulier du gros orteil. L'articulation tibio-tarsienne paraît déformée, c'est-à-dire que les enfoncements naturels paraissaient remplis, et quand on en palpe les contours, la mollesse habituelle des parties est remplacée par une résistance très-grande; il semble que tout le pourtour de l'articulation se soit incrusté d'une matière solide; d'ailleurs immobilité complète de cette articulation; le pied est fixé à angle droit sur la jambe. Cette soudure était déjà complète il y a une dizaine d'années.

Dans toutes les autres articulations du pied et dans celles des orteils, les mouvements paraissent conservés; les différentes pièces du tarse paraissent cependant soudées entre elles.

Au pied droit, pas d'ankylose soit aux orteils, soit au tarse, soit dans l'articulation tibio-tarsienne; ni déformation ni rougeur ni gonflement de ces diverses articulations; cependant le frottement des surfaces articulaires fait entendre un certain craquement. Le malade assure n'avoir jamais souffert dans les articulations fémoro-tibiale ou coxo-fémorale.

MEMBRE SUPÉRIEUR GAUCHE. — En général, les articulations du métacarpe avec les doigts et des différentes phalanges entre elles sont gonflées, déformées, mais sans rougeur pour le moment. La déformation paraît tenir à un gonflement des tissus osseux mêmes, ou bien à des productions osseuses périarticulaires de nouvelle formation. Les doigts ont par suite un aspect fusiforme avec des renflements au niveau de chaque article.

On remarque dans l'articulation, entre le premier métatarsien et la première phalange du pouce, une sorte de luxation de cette dernière en avant et en dedans de la tête du métatarsien; en même temps les mouvements provoqués de cette articulation sont obscurs; il y a une sorte de demi-ankylose, ce qui n'empêche pas que le frottement des surfaces articulaires ne détermine un craquement très-sensible; d'ailleurs déformation et gonflement analogues des articulations des deuxième, troisième et quatrième métatarsiens avec les phalanges correspondantes, avec craquement des surfaces articulaires, mais sans ankylose; les phalanges paraissent en outre déformées un peu en avant de la tête des métacarpiens; déformation analogue, mais plus légère dans les articulations des différentes phalanges entre elles; crépitation sensible dans les mouvements provoqués dans ces diverses articulations.

La main considérée en général est en outre déformée; ainsi les diverses phalanges des doigts sont habituellement dans l'extension, mais les doigts sont légèrement fléchis sur les métacarpiens; de plus, ils sont légèrement inclinés vers le bord interne de la main. Les mouvements volontaires sont pour la plupart conservés, mais difficiles; les mouvements provoqués sont limités. C'est ainsi qu'il y a un obstacle à l'extension de tous les doigts sur les métatarsiens, et que les mouvements divers dans l'articulation du premier métacarpien avec la première phalange sont très-faibles par suite de la demi-ankylose déjà notée.

ARTICULATION RADIO-CARPIENNE. — Elle est déformée; les saillies osseuses sont peu prononcées; les enfoncements sont comblés. La main est immobile dans l'axe de l'avant-bras; les mouvements provoqués ou spontanés sont tout à fait nuls. L'ankylose paraît complète; elle remonte, dit-il, à une dizaine d'années.

ARTICULATION HUMÉRO-CUBITALE. — L'avant-bras fait un angle de 35 à 40 degrés avec le bras; l'avant-bras et la main sont en outre dans une pronation habituelle. Quand on cherche à étendre l'avant-bras sur le bras, ou à provoquer la supination, on ne peut y parvenir, car aussitôt les muscles paraissent agir violemment et des cordes correspondantes à leurs tendons se dessinent dans les téguments. Ces cordes paraissent dues aux tendons des muscles long supinateur, grand et petit palmaires, cubital antérieur, grand pronateur. D'ailleurs elles existent à un certain degré, alors même qu'on ne cherche pas à détruire

la flexion. Quand on dit au malade de fléchir l'avant-bras sur le bras, il le fait d'ailleurs sans douleur ou difficulté. Le biceps brachial et le brachial antérieur ne paraissent jouer aucun rôle dans l'obstacle à l'extension. Ajoutons que le frottement des surfaces articulaires de l'articulation du coude s'accompagne d'un craquement très-sensible.

L'épaule est douloureuse depuis trois mois environ; cependant il n'y avait pas de craquements sensibles, et les mouvements en sont assez libres.

Tout ce que nous avons dit du membre supérieur gauche s'applique exactement au membre supérieur droit.

Tel est l'état des diverses articulations. Mais nous l'avons dit, le rhumatisme n'est pas actuellement la maladie principale. Nous avons parlé du début de l'affection pectorale.

Le 3 mars, jour d'entrée, nous constatons, par l'auscultation, des râles très-abondants, muqueux, de grosses bulles des deux côtés de la poitrine, pas de matité par la percussion. Souffle au premier temps au cœur et à la base; ce souffle est doux. Souffle vasculaire au col; expectoration de crachats muqueux, verts, larges, arrondis; oppression assez forte; fièvre.

Les jours suivants, même état. (Pot. gom.; diète.)

10, 11. Potion stibiée, 0,010 centigr.

12, 13, 14. Pot. kermès, 0,10 centigr.; légère amélioration.

14. Application d'un vésicatoire sur le côté gauche de la poitrine. Ce jour-là, on avait observé de l'obscurité du son sous la clavicule gauche et quelques râles suspects; et en outre de la matité relative à la partie folliculeuse et inférieure du poumon gauche. En ce point, il n'existait pas de souffle, mais les râles muqueux qui occupaient toute l'étendue du lobe inférieur résonnaient en ce point avec un timbre tout particulier, analogue à celui qu'ils acquièrent quand ils éclatent au milieu du souffle bronchique.

Les jours suivants, l'amaigrissement se prononce, la fièvre s'accroît, la langue se sèche, la dyspnée augmente. Enfin, il survient du dévoiement, et le malade meurt le 16 mars.

A l'autopsie: 1° état des articulations; 2° état des viscères.

Les articulations présentent tous les degrés imaginables de l'affection qu'on a appelée, dans ces derniers temps, du nom d'*arthrite sèche*.

Dans un premier groupes, nous voyons les cartilages présenter en certains points des dépressions, d'autres fois de véritables pertes de substance, des ulcérations dont le fond est rugueux. Déjà la membrane synoviale est épaissie et injectée elle-même. Une espèce de synovie très-épaisse, très-visqueuse, remplit la cavité articulaire. C'est dans cet état que se trouvent les articulations fémoro-tibiales.

Au deuxième degré, le pourtour du cartilage est pour ainsi dire érodé. Il est anfractueux et irrégulier. Au centre même du cartilage existe un tassu, soit simplement des abrasions, des érosions, soit des ulcérations plus ou moins profondes, dont quelques-unes mettent à nu la substance osseuse. Il semble qu'en même temps la texture du cartilage lui-même ait changé de nature; il paraît s'être ajouté à la substance cartilagineuse propre, du tissu fibreux qu'on enlève sous forme de lamelles. Dans ce degré, la synoviale est très-épaissie; elle a une coloration d'un violet foncé; sa face interne est couverte de bourgeons charnus, dont quelques-uns sont pédiculés. Un liquide épais et visqueux, mais transparent, remplit la cavité synoviale; mais dans quelques articulations, on rencontre une sorte de substance blanche albumineuse, un peu concrète, complétement libre au milieu de la cavité droite.

Notons qu'en outre la face externe de la membrane synoviale est doublée par une couche *fibreuse très-résistante*, qui la sépare des ligaments articulaires proprements dits. Cette couche nouvelle, qui semble due au tissu cellulaire sous-synovial épaissi et devenu fibreux, joue un grand rôle dans l'obstacle des mouvements exécutés par certaines articulations. Nous avons parlé de l'obstacle qui existait pendant la vie à l'extension de l'avant-bras sur le bras; nous avons dû rechercher sur le cadavre à quoi tenait cet obstacle. Aussi avons-nous disséqué avec soin: 1° le tissu cellulaire sous-cutané; 2° les muscles eux-mêmes; 3° les ligaments périarticulaires. Après avoir coupé successivement ces différentes parties, nous ne vîmes pas cesser le moins du monde l'obstacle à l'extension; mais sous les ligaments périarticulaires que nous enlevâmes avec précaution, nous rencontrâmes une couche épaisse, fibreuse, qui les séparait de la synoviale. Quand cette couche eut été coupée, et qu'il ne resta plus que la séreuse elle-même, tous les mouvements s'exécutèrent dans l'articulation comme à l'état normal. C'était donc, non pas dans l'articulation même, non pas non plus précisément en dehors d'elle, que gisait la cause de cette contracture apparente, mais bien dans la couche intermédiaire à la synoviale et aux ligaments périarticulaires, laquelle s'était épaissie et rétractée, ce qui ne veut pas dire que, *pendant la vie*, les muscles ne jouaient pas un certain rôle dans la difficulté qu'on éprouvait à étendre l'avant-bras; mais ce rôle cessa complétement après la mort.

Les articulations qui présentaient les altérations que nous venons de décrire étaient les plus nombreuses. C'étaient la plupart des articulations métacarpo-phalangiennes et métatarso-phalangiennes, celles des phalanges entre elles aux doigts comme aux orteils. Les deux articulations du coude rentrent dans le même groupe.

Quelques-unes de ces articulations présentaient en outre, en dehors de la synoviale, dans la couche même dont l'épaississement avait causé au coude une sorte d'ankylose intraarticulaire, une espèce de productions osseuses, lesquelles étaient, pour certaines articulations, une des principales causes de leur gonflement anormal.

Enfin, dans un dernier groupe, nous assistons au début de l'ankylose intra-articulaire celluleuse, et quelques articulations de notre malade présentent le degré le plus élevé de cette altération; dans les articulations du premier métatarsien avec la première phalange des deux pouces, on rencontre, au sein même de la cavité articulaire des brides fibro-celluleuses qui s'étendent du métatarsien à la phalange. Dans ces mêmes jointures, où la synoviale est rouge, villeuse, couverte de bourgeons charnus, on rencontre aussi, en dehors de cette synoviale, des brides celluleuses intermédiaires à la séreuse et aux ligaments périarticulaires. Il y a donc, dans ce cas, ankylose intraarticulaire et extra-articulaire.

En règle générale, c'est du fond d'une ulcération du cartilage, laquelle a mis l'os à nu, que partent les brides celluleuses intraarticulaires. Ces dernières vont de l'autre côté se rendre, soit au fond d'une ulcération analogue du cartilage opposé, soit à la face interne d'un point quelconque de la synoviale, elle-même. Mais, dans d'autres cas, à ce qu'il nous a semblé du moins, c'est le cartilage lui-même transformé, devenu fibro-cartilage, que l'on voit partir ces ligaments interarticulaires de nouvelle formation. Ces derniers, tantôt friables, minces et transparents, tantôt plus épais et plus résistants, permettent d'ailleurs encore certains mouvements; ils permettent, par exemple, dans les articulations métacarpo-phalangiennes des pouces, un certain degré de flexion, mais limitent complétement l'extension et l'abduction; aussi le muscle court abducteur du pouce a-t-il subi complétement la transformation graisseuse, ce qui contraste avec l'état des autres muscles de la main qui ont conservé, à peu de chose près, leur volume et leur coloration normales.

Un degré de plus, et l'ankylose celluleuse *intraarticulaire* est complète. Les liens celluleux de nouvelle formation sont solides, résistants, et les mouvements de flexion ou d'extension sont devenus tout à fait nuls; c'est ce qui existe pour les articulations radio-carpienne, tibio tarsienne du côté gauche.

Dans quelques articulations phalangiennes, le but ou le résultat de la maladie a été tout différent de ce que nous venons de voir; le cartilage a presque entièrement disparu, il n'en reste plus que quelques îlots. L'os mis à nu est rugueux, mais presque sans altération. Mais ce qui est surtout à noter, c'est qu'il n'existe ici aucune production celluleuse intraarticulaire. C'est dans ces articulations surtout que le frottement des surfaces déterminait pendant la vie une crépitation très-sensible.

En résumé:

Le gonflement et la déformation des articulations tenait dans ce cas: 1° à l'épaississement de la synoviale; 2° à l'épaississement avec transformation fibreuse du tissu cellulaire sous-synovial; 3° à la formation dans ce tissu cellulaire de productions cartilagineuses et osseuses.

La diminution de la mobilité des os les uns sur les autres, tenait, soit à la formation de liens celluleux développés entre les deux surfaces articulaires contiguës, soit à l'épaississement avec production de liens fibreux de la couche celluleuse sous-synoviale. C'est à cette dernière variété d'ankylose qu'était due la fausse contracture des membres supérieurs; n'est-il pas possible dès lors que l'altération désignée par quelques auteurs sous le nom de *contracture rhumatismale*, ne soit souvent rien moins que le résultat d'une modification dans le tissu même des muscles.

Enfin, nous assistons à tous les degrés possibles d'une altération particulière des cartilages, commençant par une simple exulcération et se terminant par une dénudation plus ou moins étendue des os subjacents, altération qui s'accompagne souvent de l'adjonction de tissu fibreux à la substance cartilagineuse elle-même, et pendant ce temps la synoviale s'est injectée, gonflée, elle s'est couverte de bourgeons charnus; mais le liquide qu'elle exhale ne diffère de l'état normal que par sa viscosité plus grande, et dans certains cas, par la présence d'une substance albumineuse plus ou moins opaque; pas de pus, pas de véritables fausses membranes.

Le cœur ne présente aucune altération sensible, soit dans ses parois, soit dans ses valvules. Les deux poumons présentent de nombreux tubercules, çà et là des excavations au sommet des deux organes. Le lobe inférieur gauche présente une induration considérable à son centre, laquelle est due à une hépatisation pulmonaire diffuse qui environne de toutes parts un noyau d'infiltration tuberculeuse dont le centre s'est déjà ramolli.

Les autres organes n'ont rien présenté de notable. (22 mars.)

8° CORPS FIBREUX DE L'UTÉRUS, recueilli dans le service de M. GUBLER, à Saint-Antoine; par M. CARNET.

Le 8 mars, il est entré dans le service une femme âgée de 66 ans, présentant tous les signes extérieurs d'une cachexie cancéreuse très-avancée; une hémorrhagie utérine très-abondante durait depuis plusieurs jours; elle ne cessa pas pendant le séjour à l'hôpital, et la malade mourut le lendemain.

A l'autopsie, on trouve l'utérus distendu à peu près uniformément, ayant acquis le volume de l'organe au troisième mois de la conception, il présentait une rénitence très-considérable, ses parois ne se laissaient pas déprimer même par une pression assez forte. Lorsqu'on embrasse avec toute la main le corps de l'utérus, on sent quelques saillies arrondies. L'organe enlevé, on constate l'état suivant: les parois du vagin sont dans toute leur étendue transformées en matière cancéreuse ramollie, le col de l'utérus est presque entièrement détruit par la même cause; l'orifice utérin se trouve situé tout à fait sur l'extrémité droite de la partie dégénérée qui représente le col; lorsqu'on incise le corps de l'uterus, on tombe sur des tumeurs fibreuses, multiples, offrant plusieurs noyaux très-durs; ces tumeurs paraissent développées comme toutes les tumeurs fibreuses dans l'épaisseur de la tunique moyenne ou musculeuse, elles

se sont surtout formées dans la partie gauche de l'organe, de sorte que la cavité utérine, dont l'étendue est notablement rétrécie est rejetée complétement à droite. La trompe du côté droit est très-distendue et contient un liquide purulent que la pression peut faire refluer dans la cavité utérine par l'orifice de la trompe.

Ainsi on remarquera, dans cette pièce, la coïncidence d'un cancer du vagin et du col de l'uterus avec des tumeurs fibreuses du corps de l'organe. (8 mars.)

9° ÉCOULEMENT DE PUS PAR LES POINTS LACRYMAUX, SANS TUMEUR LACRYMALE; par M. BÉRAUD.

M. Béraud présente une pièce recueillie sur un cadavre d'homme âgé d'environ 50 ans. Il signale les particularités suivantes :

1° Les points lacrymaux et les conduits lacrymaux sont parfaitement sains.

2° Il n'existe pas de valvule à leur orifice commun dans le sac lacrymal, ce qui a lieu dans les deux tiers des cas, d'après des dissections qu'il a faites, et sur lesquelles il aura l'occasion d'appeler l'attention de la Société prochainement.

3° Le sac lacrymal renferme une petite quantité de matière puriforme; il est rétréci dans tous ses diamètres, surtout du côté gauche, où il est réduit à sa moitié. Leur surface est criblée de petites ouvertures qui ne sont autre chose que les orifices des glandes particulières contenues dans le sac lacrymal.

4° Il n'existe pas de valvule à l'orifice inférieur du sac, comme cela devrait exister dans la moitié des cas, d'après M. Béraud. Cette disposition est la même à droite et à gauche.

5° Le canal nasal des deux côtés est complétement oblitéré par le développement de la muqueuse du conduit. On ne peut pas voir l'orifice inférieur dans le méat.

6° Il y a absence de tumeur et de fistule lacrymale, malgré l'oblitération complète, et cela coïncidant avec l'absence de valvules auxquelles M. Béraud fait jouer un grand rôle dans le mécanisme de la formation de cette affection des voies lacrymales. (29 mars.)

10° CAS DE PYÉLITE; par M. CHARCOT.

Une jeune fille de 18 ans, blanchisseuse, était entrée dans le service de M. Briquet, à la Charité, le 10 mars 1851; elle mourut le 20 mars. Elle se disait malade depuis trois semaines seulement, mais avouait avoir été tourmentée d'assez vives douleurs de reins il y a trois ou quatre mois, lesquelles douleurs reparaissaient de temps à autre. Cependant rien, dans ses antécédents, qui ressemble à de véritables coliques néphrétiques, et elle assure n'avoir jamais rendu de calculs ou de graviers avec les urines. Lors de son entrée à l'hôpital, on lui trouve un peu de fièvre avec exacerbation le soir; quelques frissons erratiques; une douleur lombaire que la pression ou la percussion exaspèrent, et qui se fait sentir surtout dans la région du rein droit. La percussion méthodique pratiquée à la région lombaire démontre que les deux reins ont augmenté de volume, mais que le rein droit est sensiblement plus volumineux que le gauche. Cinq ou six jours avant son entrée à l'hôpital, elle avait été prise d'une hématurie assez abondante; c'est la première fois que ce phénomène se présentait. A la suite de pissement de sang, l'urine, dont la quantité reste à peu près normale, devient épaisse, bourbeuse et fétide, très-fétide même et exhalant une odeur gangréneuse, surtout dans les derniers moments de sa vie. Ces urines, par le repos, laissaient déposer un précipité purulent, mais la partie supérieure n'en devenait pas pour cela beaucoup plus transparente, et la partie décantée précipitait fortement par l'acide nitrique.

Les deux derniers jours, la langue est sèche, la peau devient de couleur plombée et sèche, il survient du subdelirium, en un mot tous les signes d'un état typhoïde assez grave. Jamais la malade n'a présenté de vomissements.

Le traitement a consisté principalement en l'application de cautères, par le procédé Mayor, sur la région du rein droit.

A l'autopsie, on trouve les deux reins augmentés de volume, presque du double. Cette augmentation est due à la dilatation, par du pus fétide, des bassinets, dont les parois sont couvertes d'une sorte de pseudomembrane verte, et présentent en quelques points des ulcérations d'aspect et d'odeur gangréneux. La substance même du rein est amincie, aplatie, non altérée. On trouve, au niveau de l'insertion des ureteres, dans le bassinet, à droite et à gauche, un calcul à peine du volume d'un haricot. Un autre calcul du volume d'un gros pois nageait au milieu du pus qui contenait le bassinet gauche.

Les uretères étaient doublés de volume, leurs parois épaissies; ils étaient en même temps noueux et présentaient çà et là des dilatations.

La muqueuse vésicale était épaissie, brune, violacée, surtout au niveau de son pied.

Les trois calculs dont nous avons parlé sont les seuls qui aient été rencontrés dans les organes génito urinaires. (29 mars.)

III. — TÉRATOLOGIE.

1° ANATOMIE D'UN MONSTRE HUMAIN CÉLOSOMIEN; par M. HOUEL.

« Ce monstre a été envoyé de Grenelle pour être déposé au musée Dupuytren; il appartient à la famille désignée par M. Isidore Geoffroy-Saint-Hilaire sous le nom de *célosomien*. C'est un fœtus à peu près à terme. Toute la moitié supérieure de son corps, jusqu'à l'ombilic, est bien conformée; la moitié inférieure est au contraire le siége de nombreuses anomalies, qui ont beaucoup de rapports avec un premier fœtus que j'ai présenté l'année dernière à la Société; dans ce premier fait, les membres inférieurs avaient subi un mouvement de rotation en arrière tel, que les orteils répondaient à la partie postérieure du tronc, et les talons à la partie postérieure. Sur ce fœtus, la rotation est moins complète, la pointe du pied de chaque membre est dirigée en dehors. Mais les anomalies qui portent sur la portion sous-ombilicale sont, à peu de chose près, analogues au fait déjà cité. Nous trouvons, en effet, à la face postérieure, sur le côté droit, une énorme tumeur remplie d'un liquide séreux; c'est un spina bifida, qui communique avec le rachis par un orifice d'un centimètre environ; à partir de ce point, la colonne vertébrale se trouve déviée à droite, en même temps que toute sa partie inférieure est portée en avant; ce qui rétrécit notablement la cavité abdominale et pelvienne. Il existe à la partie antérieure du tronc une vaste éventration abdominale qui contient tout le paquet intestinal et le foie; à la partie antérieure de cette éventration se trouve une surface lisse, dans laquelle vient s'ouvrir, à droite l'intestin grêle, à gauche le gros intestin, qui est réduit à un cul-de-sac d'environ 3 centimètres; sur cette membrane s'ouvrent encore les deux uretères; on pourrait alors se demander si, dans ce cas, ce cul-de-sac est une atrophie de vessie ou un cœcum dans lequel les uretères seraient venus s'ouvrir. J'avoue que je penche de préférence pour la première opinion. A la partie inférieure de cette vessie extrophiée se rencontre un petit corps arrondi qui m'a paru être la verge, et dans la cavité abdominale j'ai rencontré les deux testicules; le scrotum existe sous forme de deux petits replis cutanés séparés les uns des autres et situés à la partie interne des cuisses; entre ces deux replis se trouve un petit orifice assez étroit, d'un centimètre et demi de profondeur, qui se termine en cul-de-sac, et m'a paru être l'orifice anal, qui s'est alors, comme on le sait, développé séparément et indépendamment du rectum, qui n'existe pas. » (22 mars.)

2° SUR UN CAS DE DUPLICITÉ CHEZ LE LIMAX AGRESTIS; par M. LAURENT.

M. Laurent communique le fait d'une monstruosité observée sur un embryon du *limax agrestis* qui, au lieu de n'offrir qu'une seule vésicule ombilicale et une seule rame caudale, ce qui constitue l'état normal, présente un corps unique en avant, bifurqué en arrière et terminé par deux rames caudales dont les mouvements d'expansion et de contraction alternent entre eux et contrastent avec les mêmes mouvements d'une seule vésicule ombilicale. (29 mars.)

BIBLIOGRAPHIE.

RAPPORT SUR LES ÉPIDÉMIES CHOLÉRIQUES DE 1832 ET DE 1849 DANS LES ÉTABLISSEMENTS DÉPENDANTS DE L'ADMINISTRATION GÉNÉRALE DE L'ASSISTANCE PUBLIQUE DE LA VILLE DE PARIS; par M. BLONDEL, inspecteur de l'administration générale de l'assistance. — Un vol. in-4°.

Il n'est pires sourds que ceux qui ne veulent pas entendre,
ni tels aveugles que ceux qui ne veulent pas voir.

Le travail à l'examen duquel nous allons procéder est un document officiel, publié par autorisation expresse de l'administration, sur deux époques dont, ainsi que le dit l'auteur lui-même dans sa lettre d'envoi à M. le directeur de l'assistance publique, « il importe d'utiliser au moins les tristes enseignements. » Or la conséquence à peu près unique des observations que l'administration a pu laborieusement rassembler sur les épidémies de choléra qui ont désolé Paris en 1832 et 1849; le seul résultat de tant de chiffres étalés en 44 grands tableaux groupés de cent façons différentes et commentés dans 168 pages *in-quarto*, c'est qu'on n'entend rien, absolument rien au choléra, c'est qu'on ne saurait expliquer ni « quelle est » la nature du mal, ni comment il vient ou disparaît, ni sous quelle influence il croît ou diminue. » (*Introduction*, p. 7.)

Il n'y a qu'une chose qui ressort de chacune des pages du volumineux document mis sous les yeux du public par l'administration : c'est que les mesures prises par elle, en 1849 comme en 1832, contre le fléau qui avait envahi la capitale, ont été les plus parfaites du monde; qu'il était impossible de rien faire de mieux que ce qui fit alors l'administration, soit pour borner les ravages du mal, soit pour en secourir les victimes. Ce qui n'empêche pas que, par une cruelle fatalité, « les deux épidémies de Paris » comptent parmi les plus meurtrières signalées en Europe. » (*Ibid.*, p. 7.)

Ce dernier point est malheureusement incontestable. Nous croyons même qu'aux deux invasions du choléra, aucune autre capitale d'État européen

n'a perdu ni proportionnellement ni absolument autant de monde que Paris; si de même donc qu'il est recommandé de juger l'arbre à ses fruits, on devait apprécier d'après les résultats la valeur des mesures adoptées, il n'y aurait pas lieu en vérité de s'applaudir de celles qui ont été mises à exécution dans la capitale de la France contre le fléau épidémique venu de l'Inde.

Le Rapport est obligé d'en convenir (voyez la note de la page 152); le premier choléra ne causa dans Londres, sur une population de 1,681,641 âmes, que 6.728 décès, tandis qu'à Paris, sur 753,989 habitants, il en moissonna 18,402; le dernier choléra enfin, celui de 1848-49, a fait à Londres, sur une population de 2,206,076 âmes, 14,601 victimes; et à Paris, sur 995,504, pas moins de 19.069 victimes, ou même 19,184, si l'on ajoute, comme il est juste de le faire, les cholériques décédés en octobre. Ainsi donc, sous l'influence du même fléau épidémique, Paris a perdu 1 habitant sur 45 en 1832, 1 sur 65 en 1849, et Londres seulement 1 sur 250, 1 sur 151.

A Dieu ne plaise que nous fassions de ceci un sujet de récrimination ou de blâme rétrospectif envers qui que ce soit! Nous rappelons seulement le fait et nous demandons d'où peut provenir cette différence, digne au moins d'attention, dans le partage des rigueurs du fléau? Serait-ce de ce que le climat de Paris est un peu plus chaud que celui de Londres, ou de ce que la première de ces villes est en général moins confortablement bâtie que la seconde, ou bien encore de ce qu'on y brûle moins de charbon de terre? La fumée du charbon de terre aurait contribué, suivant quelques personnes, à diminuer en Hollande et dans d'autres contrées les désastres du choléra? Mais Lisbonne qui fut visitée par l'épidémie cholérique en 1833, Lisbonne avec une température beaucoup plus élevée que celle de Paris, avec des constructions moins hygiéniques, une malpropreté des rues sans égale et l'absence à peu près complète des vapeurs, prétendues protectrices, du charbon minéral, Lisbonne n'eut pas, que nous sachions, une proportion aussi forte de cas et de décès (1).

Laissons-là, au surplus, ces comparaisons tristes et désobligeantes pour nous; acceptons comme chose de pure fatalité, comme effet de ce qu'on a nommé les *caprices* du choléra, la prédilection avec laquelle il a sévi par deux fois dans la capitale de notre France, et voyons ce que renferme à ce sujet le Rapport de M. l'inspecteur général de l'administration de l'assistance publique de la ville de Paris.

Sauf à revenir plus tard sur quelques-unes des particularités qui s'y trouvent consignées, nous nous permettrons de sauter par-dessus la première partie du volume, celle qui concerne l'épidémie de 1832. C'est de l'histoire ancienne, refaite sans bien notable avantage sur la publication due à la commission instituée à cette époque par le préfet de la Seine et par le préfet de police.

Dans l'examen de la seconde partie du Rapport consacrée à l'épidémie de 1849, nous allons suivre les principales divisions adoptées par l'auteur.

1° Invasion et développement.

Le chapitre Ier traite de l'invasion et du développement de la maladie. Il importait avant tout, ce nous semble, de s'attacher à découvrir l'origine, la provenance des premiers cas; il fallait rechercher avec soin s'ils ne se rattachaient par aucun lien aux épidémies qui régnaient depuis quelque temps déjà dans certaines localités des départements du Nord, du Pas-de-Calais et de la Seine-Inférieure. C'était là incontestablement le point primordial et capital à éclaircir. Or nulle investigation à ce sujet dans le Rapport: on s'y borne à nous dire que le premier décès à domicile, par suite du choléra de 1849, date du 7 mars et eut lieu dans le 7e arrondissement; que le mal fut signalé le 9 dans le 10e arrondissement; le 10 dans le 2e et le 6e; le 11 dans le 5e, etc.

Quant aux hôpitaux civils, on y avait remarqué, suivant la mention qu'en fait le Rapport, des cas isolés de choléra dès le mois de janvier; il en fut de même en février et dans la première quinzaine de mars. Toutefois on ne considéra le choléra comme étant à l'état d'épidémie que le 19 mars, journée où il fut enregistré 22 malades nouveaux.

Mais d'où provenaient, nous ne cesserons de le demander, ces premiers cas du début de l'épidémie? Dans quelles circonstances avaient-ils éclaté? Voilà ce qu'il importerait par-dessus tout de savoir, et c'est justement de cela que le Rapport ne dit mot.

Eh bien! si M. l'inspecteur avait pris la peine de faire quelques recherches sur les commencements de l'épidémie dans le département de la Seine, il aurait appris qu'elle régnait déjà depuis six semaines à Saint-Denis, lorsque sa présence au sein de la capitale fut reconnue. Et comment était-elle parvenue, s'était-elle introduite à Saint-Denis? Avec un bataillon de chasseurs d'Afrique (le 3e), arrivé par le chemin de fer du Nord, le 29 janvier, de la ville de Douai qui était alors en proie au choléra. Ce corps, avant de quitter Douai, avait déjà perdu des hommes par suite du choléra, et dès le surlendemain de son arrivée à Saint-Denis, le 31 janvier, il envoyait un cholérique à l'hôpital de cette dernière ville; un autre le 1er février. Le premier de ces deux malades, le nommé Julien-Pierre Antoine, chasseur de 2e classe, succomba le 2 février; le second, Henry Bernard, le 20 du même mois. Tous deux offraient les symptômes pathognomoniques du typhus indien dans leur forme la plus tranchée.

D'autres décès dus au choléra furent constatés à Saint-Denis dans la seconde quinzaine de février et dans la première quinzaine de mars. Trois de ces décès eurent lieu le 27 février dans la maison de détention. Un cholérique du 11e léger mourut à l'hôpital le 4 mars; un autre du même corps le 5. On enregistrait le 7, 3 décès de cholériques civils, 1 du 11e léger le 9, et le chiffre des individus qui avaient succombé au choléra dans Saint-Denis s'élevait dès lors à 18.

Voilà certes établi d'une façon qui nous semble irrécusable le fait de l'importation du choléra dans la ville de Saint-Denis par un corps de troupes, appelé, contre toutes les règles de la prudence, d'une localité envahie par le choléra. Ce ne fut pas là peut-être le seul fait d'importation du mal indien qui eut lieu en 1849 dans le département de la Seine. Il suffit cependant, les premiers cas consécutifs ayant dans Saint-Denis précédé d'un mois ceux de la capitale, pour prouver que l'importation ne resta pas étrangère au développement de la dernière épidémie cholérique dans Paris et sa banlieue. Ce fait en dit beaucoup sur la façon dont voyage et se propage le choléra. C'est probablement pour cela qu'il a été généralement passé sous silence; il contrariait par trop le système de ceux dont le siége était fait d'avance, au point de vue de la non-contagion.

Au lieu donc de rechercher l'origine des premiers cas épidémiques (chose difficile, on doit l'avouer, pour une partie d'entre eux, au milieu d'une population aussi considérable que celle de Paris, mais non pas impossible pour quelques-uns du moins, ainsi que nous venons d'en fournir la preuve); au lieu de cela, disons-nous, M. l'inspecteur Blondel se contente de nous donner jour par jour le relevé des entrées et des décès de cholériques dans les hôpitaux, ainsi que celui des cas qui se déclarent dans les hospices.

Dès la journée du 20 mars, l'hospice de la Vieillesse, femmes (la Salpêtrière), compté 10 cas nouveaux; il n'y en avait en jusqu'alors que 3. Le premier s'était déclaré le 14 mars, suivant ce que rapporte le docteur Barth, l'un des médecins de l'établissement (1). Mais d'où venait ce premier cas? par quelle personne fut-il offert? où fut-il traité? M. Barth n'en dit rien.

Quoi qu'il en soit, on compta, du 19 au 26 mars, à la Salpêtrière, presque autant de victimes que dans tous les hôpitaux réunis. Ceux-ci eurent, dans cet intervalle, 174 cholériques et 89 décès; l'hospice de la Vieillesse (femmes) seul enregistra 127 cas et 64 décès.

Les autres hospices furent atteints quelques jours plus tard; mais le nombre des cas y resta proportionnellement très-faible.

C'était sur ces cas du début de l'épidémie que des renseignements eussent été précieux au point de vue étiologique. A défaut de ceux que ne donne pas le Rapport de M. l'inspecteur, nous allons emprunter à un ouvrage publié par un médecin distingué des hôpitaux, M. Briquet, quelques détails sur les premiers cas qui se développèrent à l'hôpital de la Charité.

« Le 9 mars, on apporta dans la salle Saint-Vincent, du service de M. Andral, la première malade atteinte d'un choléra grave. Elle mourut le 19. Le 14 mars, il entra dans la salle Saint-Ferdinand un jeune homme atteint

---

(1) Si c'était ici le lieu de rechercher quelles sont, en dehors des conditions atmosphériques, les causes qui ont pu influer sur la proportion plus ou moins grande des ravages du choléra, nous verrions, en ce qui concerne Londres par exemple, qui souffrit beaucoup moins de l'épidémie en 1831-32 qu'en 1848-49, nous verrions, disons-nous, qu'à la première époque les mesures qui furent mises en vigueur étaient conçues au point de vue de la contagion et comme s'il s'agissait de se défendre d'un mal contagieux, et qu'en 1848 on se départit quelque peu de cette sage pratique, sans aller pourtant aussi loin qu'à Paris, où l'on mettait dans les hôpitaux, cholériques et autres malades pêle-mêle dans les mêmes services et les mêmes salles. L'instruction publiée en 1831 au nom de la commission sanitaire anglaise et signée H. Halfort, président, prescrit, entre autres précautions, les suivantes: « Séparer immédiatement les personnes saines » des malades; — après l'enlèvement des individus affectés du choléra, la chambre et même toute la maison sera ventilée et désinfectée, particulièrement » par le chlorure de chaux.

(1) Historique du choléra-morbus observé à l'hospice de la Salpêtrière en mars et avril 1849.

d'un choléra léger. Le 15, dans la partie de la salle Sainte-Marthe qui communique largement avec la salle où se trouvait la première cholérique, une malade, entrée depuis trois jours pour une légère métrite, qui la veille avait été purgée à raison d'une constipation, et qui se trouvait si bien qu'elle devait sortir le lendemain, fut prise brusquement des accidents cholériques, auxquels elle succomba en vingt-quatre heures.

» Du 15 au 19 mars, il s'est produit à la Charité 8 cas de choléra, dont 6 suivis de mort, lesquels se sont exclusivement développés dans la partie très-limitée de l'hôpital où avaient été déposés les deux premiers cholériques venus du dehors...

» Au 30 mars, il y avait eu 53 cas développés dans les salles, contre 22 provenant du dehors. » (Traité analytique et pratique du choléra-morbus; épidémie de 1849; par MM. Briquet et Mignot.)

Voilà un spécimen du mode de développement du choléra épidémique dans les hôpitaux. Nous laissons aux lecteurs le soin d'apprécier ces faits, et nous suspendons pour le moment toute conclusion à leur égard.

Le paragraphe du Rapport intitulé : *Développement de l'épidémie* ne nous offre qu'une statistique sans intérêt au point de vue de l'étiologie et du mode de propagation.

Nous y voyons qu'en avril l'épidémie ne se montra ni régulière dans sa marche ni rapide dans ses progrès. Il faut en excepter toutefois l'hospice de la Vieillesse (femmes), où la première quinzaine d'avril fut l'époque la plus meurtrière de tout le règne épidémique. A domicile et dans les hôpitaux, juin fut le mois le plus funeste incomparablement. Le 10, les déclarations montèrent à 523, maximum de l'épidémie pour les décès d'une journée.

Le paragraphe du Rapport (p. 77) qui traite de l'invasion et du développement de l'épidémie dans les établissements militaires, ne nous apprend rien non plus au sujet des premiers cas. Ici cependant les renseignements eussent été faciles à obtenir. Dans quelles casernes du moins et dans quels corps ces premiers cas ont-ils été observés? Le Rapport nous laisse encore à cet égard dans une ignorance à peu près complète. Il contient cette simple mention : « A partir du 22 mars, on compte régulièrement plusieurs » cas nouveaux chaque jour. Le mois eut 123 malades. Ils venaient prin- » cipalement de l'École militaire et de l'esplanade des Invalides; mais » d'autres casernements très-éloignés de ceux-ci avaient été en même » temps atteints par le choléra, et en avril presque tous comptèrent des » cholériques. »

Nous avons cité précédemment deux cas offerts, dès le 31 janvier et le 1er février, par le 3e bataillon de chasseurs à pied, qui venait d'arriver de Douai à Saint-Denis. Le 11e léger, caserné au fort de l'Est, à dix minutes de cette dernière ville, et qui par conséquent se trouvait en contact avec le susdit bataillon, perdait un homme du choléra le 4 mars, un second le 5, un troisième le 9. Nous nous sommes assuré, d'autre part, que l'entrée du premier cholérique décédé au Val-de-Grâce, Homon (Yves), fusilier au 29e de ligne, n'eut lieu que le 12 mars; celle du second, le 16, du troisième, le 23, etc. (1). Ainsi, dans les troupes formant l'armée de Paris, le mal débuta, il exerça ses premiers ravages sur le point même où était cantonné un corps venu d'une garnison envahie par le choléra.

Pellarin.

(*La suite au prochain numéro.*)

VARIÉTÉS.

— Concours de pathologie interne. — Les deux épreuves orales sont terminées depuis vendredi dernier.

Dans la première épreuve consistant en une leçon orale après vingt-quatre heures de préparation, M. Monneret a eu à traiter de *l'état puerpéral;* — M. Natalis Guillot, *de la tympanite;* — M. Bean, *des vomiques;* — M. Sanson, *de l'ictère;* — M. Grisolle, *de l'anasarque;* — M. Requin, *des relations qui existent entre les lésions du poumon et celles du cœur.*

Dans la seconde épreuve (leçon après trois heures de préparation), MM. Monneret et Natalis Guillot ont traité *de la méningite;* — MM. Requin et Sanson, *de l'anémie et de la chlorose;* — MM. Grisolle et Beau, *de la diarrhée.*

(1) Nous ne mentionnons ici que les cholériques qui ont succombé, et dont nous avons relevé les dates d'entrée sur le registre des décès. Celui des entrées ne portant que la désignation générale : fiévreux, pour tous les malades destinés aux services de médecine, n'offrait aucun moyen de reconnaître les cholériques qui ont survécu.

Les sujets de thèse ont été tirés au sort samedi dernier. Voici les questions qui sont échues aux candidats :

M. Natalis Guillot, *la lésion, la maladie.*
M. Monneret, *la goutte et le rhumatisme.*
M. Requin, *de la spécificité dans les maladies.*
M. Bean, *de la contagion dans les maladies.*
M. Sanson, *des phlegmasies secondaires.*
M. Grisolle, *des diathèses.*

Les thèses seront soutenues, dans l'ordre qui vient d'être indiqué, les lundis, mercredis, vendredis, à quatre heures de l'après-midi, à partir du 9 juin prochain.

9 juin. — M. Natalis Guillot, argumenté par MM. Grisolle, Sanson, Bean et Requin.

11 juin. — M. Monneret, argumenté par MM. Guillot, Grisolle, Sanson et Bean.

13 juin. — M. Requin, argumenté par MM. Monneret, Guillot, Grisolle et Sanson.

16 juin. — M. Beau, argumenté par MM. Requin, Monneret, Guillot et Grisolle.

18 juin. — M. Sanson, argumenté par MM. Bean, Requin, Monneret et Guillot.

20 juin. — M. Grisolle, argumenté par MM. Sanson, Bean, Requin et Monneret.

— La Société médico-pratique de Paris met au concours la question suivante : « De l'huile de foie de morue et de son usage en médecine. » — Prix : une médaille de la valeur de 300 francs. — Le travail couronné aura droit à l'impression dans le Bulletin de la Société, et cent exemplaires tirés à part seront offerts à l'auteur. — Les mémoires, écrits lisiblement en français ou en latin, doivent être envoyés rue Lohau, n° 1, avant le 1er mars 1852.

— Nécrologie. — M. le docteur Baudelocque, médecin de l'hôpital des Enfants malades, membre de l'Académie de médecine, vient de succomber à la longue et douloureuse maladie dont il était atteint depuis près de trois années.

— Le ministre de l'intérieur, sur le rapport du préfet de l'Indre, vient d'accorder sur les fonds dont il dispose une somme de 2,000 fr. pour être employée à l'acquisition de sulfate de quinine destiné aux populations pauvres de la Brenne (1), atteintes de fièvres fort dangereuses, et qui reparaissent chaque année dans quelques parties de ce département. Cette somme viendra s'ajouter à celle de 1,000 fr. votée pour le même objet par le conseil général de l'Indre dans sa dernière session.

— Le président de la Société royale médico-chirurgicale de Londres a annoncé, à la dernière séance publique, que le conseil l'avait autorisé à inviter tous les étrangers distingués, de passage à Londres, à assister aux séances et à fréquenter les salons et la bibliothèque de la Société.

— Le jury combiné de Gand et de Bruxelles, section de médecine, vient de clore dans cette dernière ville la première session d'examens de 1851. Les résultats obtenus sont on ne peut plus favorables à l'Université de Bruxelles.

Candidature en médecine. Tous les candidats inscrits ont été admis. M. Andrew a obtenu la grande distinction ; deux autres élèves ont été reçus avec distinction.

Premier examen du doctorat. Les trois candidats ont été admis : l'un d'eux, M. Carlier, avec distinction.

Deuxième et troisième examen. Les trois récipiendaires ont été admis : deux avec grande distinction, MM. Vannevel et Vertoogen.

Statistique médicale de Londres. — Voici, d'après le Medical Times, la statistique exacte et officielle de la profession médicale à Londres. On compte, dans cette ville immense, 2,574 médecins, dont 2,237 exerçant toutes les branches de l'art; 187 chirurgiens, 150 *physicians*, et 52 homœopathes. Il y a 1,816 membres du Collége royal des chirurgiens, 200 membres du Collége royal des *physicians*, 452 médecins attachés aux établissements de charité publique, 4 *baronets*, 8 chevaliers (*knights*) et 48 membres de la Société royale.

646 médecins sont auteurs, 312 ont publié des livres ou des mémoires, 334 sont attachés à la rédaction de divers journaux.

Portant la population de la métropole britannique à 2,250,000, il s'ensuit qu'il y a 11 praticiens pour 10,000 habitants, 7 chirurgiens pour 100,000, et environ 6 médecins pour le même nombre.

Les Facultés en Espagne. — Une ordonnance royale, en date du 2 octobre dernier, fixe le costume que porteront les professeurs des diverses Facultés, costume qui se rapproche beaucoup de celui des professeurs en France; les couleurs qui distinguent les Facultés sont les suivantes : le blanc pour la théologie, le rouge pour la Faculté de droit, le jaune d'or pour la médecine, le violet pour la pharmacie, et le bleu céleste pour la philosophie.

(1) La Brenne est une des nombreuses subdivisions de l'ancienne province du Berri. C'est un pays très-marécageux, dont la ville principale est Mézières-en-Brenne.

Le rédacteur en chef, JULES GUÉRIN.

REVUE HEBDOMADAIRE.

ACADÉMIE DE MÉDECINE. — EMPOISONNEMENT PAR LA NICOTINE. — DE L'ALCALINITÉ DU SANG.

La lugubre affaire qui se juge en ce moment à Mons et qui occupe si fortement l'attention publique aura fourni à la France l'occasion de faire briller deux de ses gloires les plus chères, la science et le barreau. On sait que la défense d'un des accusés est entre les mains d'un avocat français, et voici que M. Orfila devance la toxicologie belge dans la divulgation publique des caractères du poison ingéré par la victime et des moyens de le retrouver sur le cadavre. On se rappelle que le 20 du mois dernier, avant que personne n'eût connaissance des procédés d'analyse suivis par M. Stas, ni des caractères assignés par lui à la présence du toxique, M. Orfila avait déposé sur le bureau de l'Académie un mémoire sur la nicotine. Des scrupules très-fondés lui interdisaient alors de le rendre public; ils sont levés aujourd'hui par la déclaration des accusés qui reconnaissent que c'est, en effet, la nicotine qui a donné la mort à Gustave Fougnies. M. Orfila est donc venu, mardi dernier, donner lecture de son mémoire à l'Académie.

Les faits, les expériences, les résultats consignés dans ce travail, on les trouvera plus loin. Il serait d'autant plus inutile de les rappeler ici que le mémoire les présente sous une forme concise et serrée qui se prêterait difficilement à un résumé. Ce que nous voulons surtout constater, c'est, d'un côté, la part de la médecine française à une conquête toxicologique, et, de l'autre, une nouvelle et heureuse application de la méthode d'investigation inaugurée en 1839 par M. Orfila.

Il n'y a pas longtemps que la science est en mesure de reconnaître chimiquement sur le cadavre les principaux poisons du règne végétal, et c'est M. Orfila lui-même qui lui en a surtout fourni les moyens. Pour ce qui concerne la nicotine, il avait déjà publié, dès 1843, d'importantes recherches dans sa TOXICOLOGIE GÉNÉRALE ; celles qu'il expose aujourd'hui achèvent d'éclairer la question. La science a un motif particulier de se féliciter de l'espèce d'émulation qui s'est établie entre le chimiste belge et le chimiste français ; c'est l'accord presque complet qui règne entre les procédés suivis et les résultats obtenus par l'un et par l'autre. Dans ces deux autorités, déjà si compétentes isolement, et qui se prêtent encore une force mutuelle, on comprend quel gage de sécurité pour la science et pour la justice! Il y a bien quelques différences entre les procédés ; M. Orfila, qui depuis le dépôt de son mémoire a eu connaissance du rapport de M. Stas à la cour d'assises du Hainaut, est le premier à les signaler. Ainsi M. Orfila acidule la liqueur suspecte avec l'acide sulfurique, ne craignant pas que cet acide, au degré de dilution où il est employé, décompose une certaine quantité de nicotine; M. Stas, pour plus de sécurité, emploie l'acide oxalique. Tous deux évaporent au bain-marie pour coaguler et séparer une grande partie de la matière organique ; seulement M. Stas obtient souvent le même résultat à l'aide de l'alcool. Tous deux enfin traitent par l'éther la liqueur rendue alcaline, afin de dissoudre la nicotine qu'on obtient ensuite par évaporation ; seulement M. Orfila se passe quelquefois d'éther et décompose le liquide alcalin en vase clos, à feu nu ; la nicotine se condense dans le récipient. Ces différences accessoires n'empêchent pas que le fond des opérations ne soit le même et appuyé sur les mêmes principes.

On est d'accord aujourd'hui sur l'importance du service rendu par M. Orfila, le jour où il est venu démontrer que la toxicologie pouvait et devait étendre la main au delà du tube digestif; que les poisons, échappés par les voies de l'absorption et réfugiés dans la profondeur des organes, pouvaient y être saisis et mis à nu ; qu'on les retrouvait dans le foie, dans la rate, dans les reins, dans les poumons, dans la chair musculaire. La nicotine ne fait pas exception à cette loi. M. Stas l'avait bien présumé, et il a retiré du poison de la langue, du foie et des poumons. Voilà donc encore une porte fermée à l'impunité. En vain l'estomac et les intestins se seront débarrassés, d'une manière ou d'une autre, de la liqueur vénéneuse, si cette liqueur a été prise en quantité notable, elle n'échappera pas tout entière à l'investigation ; les organes en rendront une partie. La sécurité est augmentée encore par une circonstance particulière de l'empoisonnement par la nicotine ; c'est que cette substance, à moins de doses assez considérables, ne paraît provoquer ni vomissements ni diarrhée. Du moins en a-t-il été ainsi dans les nombreuses expériences de M. Orfila, toutes relatives, il est vrai, à des animaux.

Tout le monde a apprécié et la justice et la convenance des éloges donnés par l'auteur à son collègue de Bruxelles. Dans tout le cours de sa pénible expertise, au milieu de l'obscurité où le laissaient alors les documents de l'instruction, placé en face d'une longue série de substances toxiques entre lesquelles le choix ne pouvait qu'hésiter, condamné à de nombreux tâtonnements dans lesquels il importait de ne pas faire de pertes sensibles sur la quantité des matières suspectes, M. Stas a donné les preuves d'une éclatante habileté. Il n'en peut désirer un plus précieux témoignage que celui que lui a rendu M. Orfila en déclarant cette expertise digne de servir de modèle dans tous les cas où il s'agira de rechercher les poisons végétaux.

— Dans la même séance, M. O. Henry a lu un rapport sur l'eau sulfureuse des Batignolles. Il a été décidé seulement que la commission des eaux minérales se rendrait sur les lieux pour constater les faits. Un autre rapport, rédigé par M. Lecanu, avait pour objet des expériences sur l'*alcalinité du sang*, par M. Cahen. La science doit déjà à M. Cahen d'intéressantes et utiles recherches d'hématologie. Celles-ci ne déparent pas les précédentes. Il nous semble qu'après le luxe d'analyses quantitatives dont les éléments constitutifs du sang ont été l'objet depuis quelques années, il est bon de porter la recherche, comme l'a fait M. Cahen, sur certaines *qualités* du sang, sur celles particulièrement qui peuvent lui venir de substances non essentiellement inhérentes à sa constitution organique, mais seulement charriées avec lui dans les vaisseaux ; telles sont celles qui donnent au sang normal son alcalinité. On se rapprocherait peut-être plus souvent, par cette voie, des causes réelles et directes de certains états pathologiques, que par l'évaluation des quantités proportionnelles de fibrine, d'albumine ou de globules. Dans des expériences qui paraissent très-précises, M. Cahen a trouvé que l'alcalinité du sang diminue dans les phlegmasies; elle avait notablement augmenté dans le seul cas de fièvre typhoïde expérimenté jusqu'à présent. Les déductions que l'auteur a tirées de ces résultats, au profit de la physiologie et de la pathologie, ont paru légitimes à la commission, qui a proposé et obtenu le renvoi du mémoire au comité de publication.

A. DECHAMBRE.

Feuilleton.

LETTRES D'ITALIE.

N° XII.

§ II.

(Suite — Voir les numéros 12, 13, 19 et 20.)

Les Romains ne comprennent point le confortable ; l'apparat est tout pour eux. On pourrait leur appliquer le dicton : habit de velours, ventre de son. Dans la maison, c'est la parcimonie et la misère ; dans la rue, les femmes, parées comme des chapelles, se font traîner en équipage. Chez elles, elles sont vêtues comme des servantes, quand elles sont vêtues. Hommes, femmes, enfants de la classe moyenne, tout le monde couche tout nu dans d'immenses lits où tient une famille entière. Je me souviens que la propriétaire d'une maison que j'ai habitée était si gonflée de soie et de velours quand elle allait au spectacle qu'elle entrait à peine dans sa loge. Chez elle, elle ne portait pas de bas, presque pas de robe. Elle a été heureuse huit jours d'une paire de pantoufles fort ruinées, bâillantes, culotées, dont je lui avais fait présent sur sa demande.

En général on prend le café ou le chocolat le matin ; on dîne vers une ou deux heures après midi ; on croque un morceau le soir, à des heures un peu indéterminées, de huit à onze heures. Les plats qui figurent le plus souvent au dîner sont une soupe à la pâte ou aux boulettes, appelée *minestra*, assaisonnée de fromage ; le macaroni remplace fréquemment ce potage, le Romain en mange par montagnes ; une friture de poissons ou de la première substance venue enfermée dans la pâte ; le bœuf auquel on a ajouté un morceau de volaille dans le pot-au-feu ; un *umido*, sorte de ragoût de haute saveur, dans lequel le cuisinier fait parfois jurer le salé et le sucré ; le sempiternel brocoli fait souvent son apparition ; le rôti se montre rarement. Le pot-au-feu, ce fondement de tout repas de famille chez nous, le bouillon, ce jus digestible et nutritif, sont parodiés par les Romains de la plus déplorable façon. Il n'y a guère que les riches marquis dont la table se charge de trois ou quatre plats à dîner. La classe moyenne vit maigrement ; le soir un reste du dîner, ou bien deux œufs, ou une friture, soit encore une salade et un morceau de charcuterie, composent le souper. Une tasse de thé ou un potage sont réputés suffisants dans quelques familles. Nous savons une noble maison dont un domestique en livrée va chaque soir acheter, au coin de la rue, un peu de friture, du brocoli bouilli, ou de la charcuterie : c'est le souper de tous, grands et petits, maîtres et valets. Nous le répétons : habit de velours, ventre de son. Les Milanais n'ont pas tort de dire que *les Romains traînent leurs voitures avec leurs boyaux*. Il est vrai que les Romains disent de nous *que tout notre argent passe en*..... Je ne puis achever, les proverbes sont si crus! Il faut bien l'avouer, ce dicton est vrai ; chez nous, les meilleures maisons sont celles qui donnent les meilleurs dîners ; nous vivons un peu pour manger ; si nous travaillons de la tête, nous ne chômons pas du ventre ; les Romains ne travaillent de l'une ni de l'autre.

PHYSIOLOGIE.

OBSERVATIONS SUR LE DÉVELOPPEMENT DE LA SUBSTANCE ET DU TISSU DES OS (extrait d'un mémoire lu à la Société de biologie dans sa séance du 23 février 1850); par M. le docteur CHARLES ROBIN, agrégé à la Faculté de médecine, vice-président de la Société de biologie, etc.

(Suite et fin. — Voir les numéros 19 et 20.)

II. — FORMATION ET DÉVELOPPEMENT DU TISSU OSSEUX.

Nous devons actuellement examiner de quelle manière la *substance élémentaire des os*, ou *élément des os*, se dispose, s'arrange avec les vaisseaux, pour former le *tissu osseux en général;* puis comment celui-ci se dispose, d'une part, en *tissu spongieux* ou *aréolaire*, d'autre part en *tissu compacte*. Ce sont là des dispositions ou formes particulières qu'elle affecte en se réunissant aux vaisseaux pour constituer le tissu osseux. Sous un autre point de vue, ce sont là des deux formes affectées par le tissu osseux. Quoique nous n'ayons pas à dire ici de quelle manière se forme le tissu de la moelle des os, nous en parlerons dans les limites de ce qui est nécessaire au reste de ce travail.

a. FORMATION DU TISSU OSSEUX EN GÉNÉRAL.

Nous avons poussé l'analyse anatomique de l'ostéogénie au plus haut degré de minutie possible, jusque dans ses dernières limites, puisque nous examinions la formation des éléments. Partons maintenant de là pour voir se former le tissu, qui représente un ordre de parties moins délicates, demandant un examen moins minutieux. La partie du cartilage qui va être remplacée par de l'os commence par devenir grisâtre, terne, nuageuse, aussi bien chez les mammifères que chez les oiseaux, où M. Lebert l'a déjà noté (Lebert, MAL. SCROFUL. ET TUBERC., Paris, 1849, p. 479). Puis s'y forme la substance de la manière que nous avons indiquée : elle est d'abord homogène partout à peu près, sans être creusée de cavités ni pourvue de vaisseaux. Le point osseux ainsi constitué représente du tissu de l'os à l'état rudimentaire, ou mieux cette substance élémentaire, cet élément n'a pas encore pris la disposition de tissu, puisqu'il est seul et n'est pas encore uni à des vaisseaux ou autres éléments. Pendant tout ce temps, la substance est homogène, non encore creusée de cavités ou de canaux. Les matériaux de nutrition du cartilage et de l'ossification sont donc puisés dans les vaisseaux du périchondre et des tissus ambiants. J'ai trouvé des capillaires dans les os longs de deux fœtus humains ayant environ douze semaines; il n'y en avait pas dans un autre qui avait environ neuf à dix semaines.

On peut donc dire, à quelques jours près, que le tissu osseux commence à se former vers la dixième ou onzième semaine, époque de l'apparition des vaisseaux, venant s'adjoindre à la substance osseuse, qui par conséquent a existé seule, à l'état d'élément unique et isolé des capillaires pendant une à deux semaines dans les os longs, où elle se trouve en premier lieu. Dans les os qui s'ossifient plus tard, comme ceux du carpe, du tarse, les phalanges, etc., les vaisseaux se forment aussi après la première apparition de la substance osseuse, qui par conséquent n'est pas nécessairement précédée par eux; mais ils s'y forment moins longtemps après cette première formation que pour la clavicule, le fémur, le tibia. L'adjonction des vaisseaux à la substance élémentaire de l'os pour former le tissu osseux proprement dit m'a paru se faire dans les premiers os du fœtus dès que le point osseux arrive au contact ou à peu près du périchondre du cartilage qui a précédé l'os. Je n'ai pas fait d'observations à cet égard sur les os courts.

Nous avons vu déjà que ce n'est que vers la fin du troisième mois ou le quatrième mois que les vaisseaux s'étendent du tissu osseux dans le cartilage non encore ossifié, et du quatrième au cinquième ils apparaissent dans les épiphyses (Kœlliker, etc.) et les os courts les plus gros; car la distribution de ces vaisseaux est généralement corrélative au volume des organes. Il n'a pas encore vu la pénétration des premiers vaisseaux dans l'os, on ne peut donc que soupçonner par analogie la manière dont le phénomène se passe. Mais lorsqu'on voit la compacité des parties osseuses nouvellement formées, lesquelles pourtant seront bientôt après creusées de conduits sanguins et de cavités médullaires; lorsqu'on voit ces dernières se creuser par résorption de la substance d'abord homogène et compacte, on ne peut s'empêcher de supposer que c'est par suite de la non-formation de la couche envahissante d'accroissement, au niveau de quelque vaisseau du périoste, que commence le canal, et qu'il continue à se creuser et s'avancer par résorption progressive de la substance osseuse à son niveau. Si ce premier phénomène ne peut qu'être soupçonné par analogie, les suivants peuvent être vus. La substance nouvellement formée ayant pris la place du cartilage, est comme lui, immédiatement après sa formation, partout homogène, compacte comme ce cartilage. Mais bientôt elle se résorbe par place; partout où les vaisseaux arrivent, elle se creuse de cavités, ayant forme de conduits quand ils sont plus longs que larges. Mais, comme le fait remarquer Kœlliker, ce n'est pas par communication des cavités du cartilage que se forment ces canaux et cellules dans l'os; ce n'est pas non plus par dissolution et résorption de portions cartilagineuses non ossifiées que se forment ces conduits. Cependant il est possible que le fait se passe accessoirement de la sorte dans les cas où, comme dans l'ossification du cartilage du cal, plusieurs petits points osseux apparaissent simultanément, s'envoient des prolongements étoilés, et finissent par se réunir en circonscrivant de petites portions de cartilage non encore ossifié.

Une fois ces cavités creusées dans l'os et les vaisseaux répandus contre leurs parois, on peut dire d'une manière générale que le tissu osseux est formé. Dans les os longs, pendant quelques mois ce tissu est séparé du cartilage par une certaine épaisseur de substance osseuse nouvellement formée homogène. Mais vers le milieu de la vie intra-utérine, ainsi que nous l'avons dit, les cavités et conduits de l'os, ainsi que leurs capillaires, se formant plus vite que le dépôt calcaire ne s'avance vers les extrémités articulaires, ces cavités et conduits, disons-nous, traversent cette substance nouvellement formée et pénètrent dans le cartilage qui s'ossifiera plus tard.

Il faut ici dire quelques mots de ces *canaux vasculaires* ou *médullaires du cartilage* ou *canalicules des cartilages*. Ils se forment certainement par résorption de la substance fondamentale et des cavités et cel-

---

Il y a sobriété et sobriété. Si l'on mange peu parce qu'on a un besoin plus puissant à satisfaire, cela ne prouve pas qu'on n'aime pas à manger. Or le Romain préfère mettre tout dessus que dedans, quoiqu'il soit loin de dédaigner ce dernier exercice. L'Arabe est proverbialement sobre, mais, devant une riche *diffa* qui ne lui coûte rien, il déploie une prodigieuse activité. Or l'Italien ressemble un peu à l'Arabe sous ce rapport comme sous plusieurs autres. Un jour nous dînions chez notre patronne, la dame aux pantoufles; elle nous fêtait de son mieux, pas trop mal en vérité, pour nous remercier d'un service médical rendu aux siens. Deux petits poulets rôtis restèrent non entamés : la dame aux pantoufles les saisit l'un après l'autre, à pleines mains, et n'en laissa que les os; ses dents et ses doigts firent tout seuls la besogne, sans couteau ni fourchette. Pendant les cinq ou six jours suivants, elle ne mangea que du brocoli.

Le fait suivant, qui nous a été conté par notre ami le docteur Beylot, est à lui seul toute une étude de mœurs, qui a bien sa valeur au point de vue qui nous occupe. La scène se passe entre le Capitole et la place Trajan, dans un petit carrefour plein d'activité, d'allants et de venants, encombré de boutiques en plein air adossées aux maisons. Une loterie fort singulière se tire dans cet endroit. Une table à deux couverts est mise dans la rue; rien n'y manque, nappe, serviettes, bouteilles, plats; seulement tout est cru : les légumes sont dans la soupière, l'huile et le beurre près des herbages et du poisson; le rôti attend le feu; enfin voilà le café en poudre et le sucre, etc. Il n'y a plus qu'à faire cuire et à s'asseoir sur les deux chaises disposées devant la table. Un groupe nombreux entoure cette loterie; les numéros sont bientôt placés; on procède au tirage, et l'heureux gagnant vide les plats et emporte le contenant pour le faire cuire chez lui. Le service est renouvelé; on va procéder à un autre tirage. La petite industrie prospère, les numéros se placent rapidement, et le tien avisé patron se frotte les mains de contentement.

Avouez-le, il n'y a que chez un peuple qui n'est point insensible aux plaisirs de la bouche, que cette tentation de l'appétit public puisse ainsi faire fortune. Certes les Romains ne sont pas gloutons comme les Anglais, les Allemands, les Russes, mais, nous le répétons, il y a sobriété et sobriété.

Comme on courait aux dîners du cardinal de Bernis, qui, selon sa propre expression, tenait *l'auberge de France dans un carrefour de l'Europe!* Tous les princes romains et même les princesses se léchaient les doigts et les lèvres en sortant de chez ce prélat dont on appréciait encore plus la bonne cuisine que le bel esprit. Sa table était si succulente qu'on s'y oubliait jusqu'à l'indigestion, voire même jusqu'à la mort. Dans les caveaux de l'église de Saint-Louis-des-Français, reposent deux victimes de la cuisine cardinaliste. Par contre, on se dégraissait bien vite chez le cardinal Albani, le fondateur de la splendide villa de ce nom, palais de marbre rempli de précieuses statues grecques. On conte qu'un personnage de la maison, trouvant la chère trop maigre, fit venir un cuisinier français. En recevant les provisions de bouche, le Watel, les voyant si misérables, jugea qu'elles étaient simplement destinées à la domesticité, et celle-ci s'en régala, mais le cardinal se passa de dîner. L'éminence s'en plaignit, comme de juste, et le cuisinier promit de ne plus lui imposer ce jeûne intempestif. En effet, des mets d'une succulence inaccoutumée fumèrent sur la table d'Albani; mais quand on présenta les comptes au cardinal, il s'écria, stupéfait de leur ampleur : Si je conserve ce cuisinier, je n'achèverai pas ma

iules du cartilage comme s'est résorbée celle de l'os; fait admis par Kœlliker. Il se passe probablement en même temps quelques changements dans la substance qui les limite, car celle-ci contient des cavités cartilagineuses étroites, allongées plutôt dans le sens de la direction du canal que dans tout autre. Ces canaux et les vaisseaux qu'ils renferment partent à peu près à angle droit de la surface osseuse formée qui adhère au cartilage, puis se ramifient, et s'anastomosent ensemble. Dans les épiphyses et les os courts, ils sont plus nombreux autour du point osseux déjà formé qu'ailleurs, et ils sont comme irradiées autour de ce point. Ceux des os longs partent évidemment de l'os qui en est l'origine principale, et vont s'anastomoser accessoirement avec deux du périchondre. Vers les surfaces articulaires, ils s'arrêtent assez brusquement avant d'atteindre la cavité, à une distance mesurée par l'épaisseur du cartilage articulaire. Ils ont de 0mm,08 à 0mm,30 et même plus; vers le cartilage articulaire et ailleurs, ils se terminent en un cul-de-sac souvent renflé; ces renflements se remarquent du reste çà et là par leurs trajets. Ils renferment des vaisseaux qui ont toutes leurs parois, même l'adventice ou de tissu cellulaire, laquelle, chez les fœtus et jeunes sujets, renferme des éléments fibro-plastiques très-allongés et très-nets. Kœlliker a constaté la paroi musculaire dans les artères. Il y a dans ces canaux, comme l'avait déjà vu Howships, un ou deux gros vaisseaux, ou bien plusieurs capillaires. Ils s'anastomosent d'un canal à l'autre, et vers la terminaison des canaux du cartilage, on peut retirer des capillaires qui se recourbent en anses flexueuses, et dont certainement un côlé est artériel et l'autre veineux; quelquefois celui-ci reste plein de globules sanguins.

Entre le vaisseau et la substance du cartilage se trouvent des *cellules médullaires* et des *noyaux libres médullaires* (voy. Charles Robin, TABLEAUX D'ANATOMIE, 1850, 9e tableau, nos 20 et 21). Ils forment ce que Kœlliker appelle *moelle du cartilage*. Ils sont accompagnés de granulations moléculaires. Dans de larges conduits de cartilages costaux déjà vasculaires, mais non encore ossifiés, là où se trouvaient ces conduits, j'ai trouvé des vésicules adipeuses avec les éléments ci-dessus. Dans le cartilage ainsi vasculaire, dès qu'il y a ossification, le *tissu osseux* existe, se trouve formé; c'est l'élément *vaisseau capillaire* qui préexiste ici au lieu de la *substance de l'os* qui dans les premiers temps se forme la première. Ici encore cependant, à mesure que l'os augmente de volume, la substance nouvellement formée se creuse de conduits et cavités, et simultanément les vaisseaux multiplient leurs ramifications. Mais les premières cavités et conduits vasculaires de ce tissu dérivent, sont formées par les canaux vasculaires préexistant dans le cartilage.

Dans les os de la voûte du crâne et de la face qui se forment par envahissement, jamais la trame cartilagineuse n'est vasculaire à proprement parler comme les cartilages dont nous venons de parler. Les processus de cette trame qui se prolongent au devant des rayons osseux, anastomosés entre eux, ou bien la bordure qu'elle forme autour de ces os, déjà assez avancés dans leur développement, n'est jamais vasculaire. Dès que le point osseux qui commence l'os est formé, ces processus cartilagineux envahissants, lamelleux, irradiés en tout sens pour les os plats, circonscrivent en s'anastomosant transversalement des espaces remplis par du tissu cellulaire et des vaisseaux. Bientôt, en s'ossifiant, ces rayons donnent naissance aux rayons et lamelles osseuses qui circonscrivent les mêmes espaces, parcourus par les vaisseaux et le tissu cellulaire; en sorte que dès l'apparition de la substance osseuse, il y a tissu osseux formé. Maintenant on voit, à mesure que l'os augmente de volume, qu'il perd de plus en plus l'aspect d'une plaque réticulée, lamelleuse, percée à jour qu'il avait d'abord pour prendre celui d'une lame plus ou moins épaisse parcourue de canaux vasculaires et creusée de cavités devenant de plus en plus étroites proportionnement au volume de l'os.

Ce n'est que sur les bords et jusqu'à l'époque de la naissance à peu près qu'on retrouve un peu l'aspect réticulé. Pendant longtemps on retrouve encore sur les os du crâne du tissu cellulaire et des éléments fibro-plastiques autour des vaisseaux dans les conduits superficiels et périphériques irradiés, comme l'étaient autrefois les rayons osseux formés en premier lieu. Mais en approchant de l'état de développement complet, le tissu cellulaire disparaît peu à peu. L'aspect de ces rayons osseux vus au microscope sur les bords des plaques osseuses du crâne chez le fœtus se trouve à peu près reproduit en grand par les dentelures enchevêtrées qui forment les sutures par engrenage des os du crâne; principalement par les occipito-pariétales, dans le voisinage de l'angle postéro-inférieur ou mastoïdien du pariétal.

b. PARTICULARITÉS DE LA FORMATION DU TISSU SPONGIEUX.

Dès que les vaisseaux ont pénétré dans la substance des os, on peut observer que, d'abord assez compacte, elle se résorbe, se creuse peu à peu, de manière à ce que les cavités et conduits dont nous avons parlé s'agrandissent incessamment. Au fur et à mesure que l'os augmente de volume à la périphérie par envahissement, l'os se creuse au centre, s'y raréfie par résorption directe, de toutes pièces, sans repasser par l'état de cartilage. La substance osseuse disparaît de là où elle était d'abord à l'état compacte, et se forme, se reporte en quelque sorte à la périphérie.

A cette époque, le centre des portions osseuses formées dans les os longs ou même celui des points osseux épiphysaires se présente comme constitué par un tissu aréolaire, formé de lamelles à bords irréguliers, dentelés, mousses, circonscrivant des cavités irrégulières pleines de moelle et parcourues par les vaisseaux. Une portion plus complète les sépare du cartilage en voie d'ossification. Ces cavités sont plus larges que ces lamelles et trabécules de substance osseuse qui les séparent, disposition qui s'accroît jusqu'au moment où elle est devenue ce que nous la voyons à l'état adulte. Pendant un certain temps, la portion d'os qui sera occupée par le canal médullaire offre cette disposition, et c'est par résorption complète vers le centre, et à peu près complète ailleurs, que se creuse ce canal, mais non par adjonction de deux demi-canaux.

Les os de la voûte du crâne sont primitivement du tissu spongieux, formé par les aréoles dont nous avons parlé, qui deviennent cavités communiquant entre elles à mesure que les rayons osseux s'épaississant tant du côté du cerveau que de celui du cuir chevelu, s'étalent de manière à limiter de ces côtés les espaces d'abord percés à jour. Pour achever complétement cette partie du sujet, il faudrait décrire de quelle manière se passent les phénomènes de délimitation des conduits veineux et artériels des vertèbres, des os de la tête, etc.; mais nos connaissances à cet égard sont à peu pres nulles, et ce point reste encore à explorer.

c. PARTICULARITÉS DE LA FORMATION DU TISSU COMPACTE.

Dès que la substance osseuse a complétement remplacé le cartilage qui

---

galerie! Le cuisinier partit le lendemain, la maigre chère recommença, mais la galerie fut terminée.

Aujourd'hui, il ne reste pas même les fumées des festins sardanapalesques de Bernis, mais la villa Albani étale toujours son portique splendide et ses galeries où les empereurs romains trônent sur des socs de marbres, à côté des canophores qui courbent sous les fleurs, des cariatides pliant sous le poids des corniches, et des hermès qui font revivre les traits des héros et des poëtes de l'antiquité.

Lequel a été le plus sage de Bernis ou d'Albani? Je donne la préférence à celui qui a payé ses statues avec ses boyaux.

Ce que je reproche à la cuisine italienne, romaine et surtout napolitaine, c'est d'être trop artificielle. Les viandes sont hachées et façonnées de manière qu'on ne puisse en reconnaître l'origine, ou bien on enferme toute sorte de chose dans de la pâte, ou encore on masque la saveur naturelle par une sauce de haut goût. Je n'ai jamais compris, par exemple, la sauce aux pruneaux et aux pignons autour de la viande. Si l'on voulait juger les Romains d'après la maxime de Brillat-Savarin: Dis-moi ce que tu manges, je te dirai qui tu es, certes on jugerait mal les Romains. Les mets naturels, sains, nourrissants, simples, tels que les biftecks, les côtelettes grillées, le rôti, le roshif, le bouilli, ne figurent presque pas sur les tables romaines.

La viande de boucherie est aromatisée, le mouton de bon goût, le bœuf bien charnu, mais le veau n'est que passable. Le buffle ne se sert que dans le quartier juif du Guetto. La volaille est abondante; la dinde se débite à la livre comme la viande, mais elle nous a semblé moins délicate que chez nous; nous n'avons rien vu qui pût être comparé à nos poulardes ou à nos chapons gras; le gibier n'est ni rare ni cher; la marée arrive de Fiumiccioo et de Civita-Vecchia; les légumes sont peu variés en espèces, et généralement de médiocre qualité; rien qu'à voir ces vastes champs tout plantés de brocoli, je perds l'appétit; les orangers abondent à Rome, mais leurs fruits sont à peine mangeables, il faut descendre jusqu'à Sorrente (golfe de Naples) pour trouver de bonnes oranges; le melon devient beau et croît à merveille; les pommes et les poires sont bien inférieures aux nôtres.

Dans nos villes de France, le cuisinier peut, à un jour donné, étaler devant ses convives des viandes variées et des légumes de plusieurs sortes; en effet, à l'aide d'un peu d'artifice, certaines productions devancent la saison ou prolongent leur règne après le temps fixé par la nature. A Rome, rien de semblable, quoique le climat ne se ferait presque pas prier. La volaille, le mouton, le porc, chaque légume ne se mangent que pendant un certain temps, au delà et en deçà duquel on ne saurait s'en procurer à prix d'argent.

L'Italie n'est pas privilégiée sous le rapport des vins. Le Falerne, tant chanté par Horace, ne vaut pas notre bon Grave; le Lacrima-Christi mérite des éloges, mais, comme le Capri, il se boit à petits verres; ce n'est point un vin de table. Les vins ordinaires sont détestables, sans force, sans ton, sans bouquet, sans moelleux: aigrelets ou sucrés, ils ressemblent, les uns à de très-petit vin de l'année, les autres presque à du jus sortant du pressoir. Quelques vins sont artificiellement sucrés, pour voiler leur acidité naturelle trop prononcée; on chauffe les autres, avant la fermentation, dans des chaudières de cuivre, pour arriver au même but; aussi excitent-ils souvent des coliques. Ce petit vin rouge

la précédait, la résorption de la substance compacte primitivement formée, d'où résultent les cavités du tissu spongieux, n'atteint jamais jusqu'à la surface de l'os. Il reste toujours là une couche de substance compacte de 2/5 à 2/3 de millimètre. L'ossification envahissante d'accroissement tend toujours à la rendre plus épaisse, mais la résorption vers la face interne la maintient avec une épaisseur égale à peu près pour les os plats et courts, et la laisse pourtant augmenter un peu d'épaisseur avec l'âge pour les os longs. Cette couche de tissu compacte est moins dense chez les jeunes sujets, parce que les canaux vasculaires sont plus larges que chez les adultes.

L'ostéite a quelquefois pour résultat de raréfier plus ou moins ce tissu compacte, en amenant l'augmentation de volume des vaisseaux et l'augmentation du diamètre de leurs canalicules par résorption au fur et à mesure de la dilatation vasculaire.

Les rayons des os du crâne, en épaississant aux faces cérébrales et extérieures par envahissement progressif de la trame cartilagineuse que nous connaissons, s'envoient des anastomoses de plus en plus nombreuses de cette substance : d'où résulte que les surfaces de ces os sont bientôt plus denses, plus compactes, parcourues de cavités et canaux plus étroits que la partie intermédiaire. Celle-ci se résorbe de plus en plus, de manière que ses cavités s'agrandissent, d'où résulte la formation du diploé, tandis que les parties superficielles, incessamment déposées, restent denses et forment les deux lames compactes de ces os.

Partis de la substance osseuse non encore apparue, nous devons arriver à voir naître successivement tout ce qu'on observe dans l'os tout à fait formé et nous arrêter au moment où plus rien de nouveau ne se forme. Nous avons vu naître :

1° La substance fondamentale;
2° Les ostéoplastes;
3° Les cavités et canaux où sont les vaisseaux et la moelle;
4° Le tissu spongieux;
5° Le tissu compacte.
6° Nous avons vu pénétrer *les vaisseaux* dans les canaux se formant.

Mais il nous reste, pour finir, à voir de quelle manière s'achèvent les *canaux ou canalicules vasculaires* (canaux de Havers, canalicules médullaires, etc.), et comment se forment les couches concentriques de substance osseuse qui les entourent. Nous devons en parler surtout à propos du tissu compacte, parce que c'est dans ce tissu principalement, et accessoirement dans les lamelles et trabécules les plus épaisses du tissu spongieux, qu'on les rencontre. Les plus fines, au contraire, sont simplement une couche mince ou trabécule de substance osseuse n'ayant de vaisseaux que ceux qui rampent à sa surface. Celles de ces couches concentriques qu'on observe à la surface de l'os semblent bien provenir de la solidification des couches de la trame cartilagineuse envahissante d'accroissement. Kœlliker l'admet comme démontré. Il ne pense pas que dans les canalicules vasculaires, qui, chez les jeunes sujets, sont proportionnellement très-larges, les couches concentriques qui viennent les rétrécir soient dues à un dépôt direct de substance, par les vaisseaux contenus, fait probable puisqu'il y a des cellules médullaires et des granulations entre les vaisseaux et la substance qui limite les canalicules. D'après lui, un blastème homogène plus ou moins ossifié serait fréquemment visible, tapissant la face interne de ces conduits et tendant à les rétrécir en s'ossifiant. Il est donc probable que les matériaux de ce blastème sont fournis primitivement par les capillaires, et que, secondairement, il est comme exudé à la face interne de l'os déjà formé, par celui-là même; à moins d'admettre qu'il est déposé par les capillaires, non pas directement, comme on le pensait, mais indirectement par suite de l'existence des cellules médullaires qui séparent la substance de l'os formant le canal des vaisseaux que renferme celui-ci. En somme, à cet égard, on ne sait encore rien de bien précis.

DÉVELOPPEMENT DE LA MOELLE DES OS.

Il faut, par rapport à la moelle, savoir d'abord qu'elle est composée : 1° de matière amorphe unissante avec des granulations moléculaires; 2° de cellules et de noyaux libres médullaires; 3° de plaques à noyaux multiples (pour des éléments, v. Ch. Robin, MÉM. DE LA SOC. DE BIOL., 1849); 4° de vésicules adipeuses; 5° de vaisseaux.

On sait qu'il n'y a pas de membrane médullaire dans les os; c'est là une des nombreuses créations de l'esprit des anatomistes encore admises. (V. Gosselin et Regnauld, ARCH. DE MÉD., 1847.) Il n'y a d'autre tissu cellulaire et fibro-plastique que celui qui forme la tunique adventice des plus gros vaisseaux.

La moelle formée par ces éléments peut, par prédominance ou diminution de l'un d'eux, présenter trois *formes* ou *variétés* susceptibles de passer de l'une à l'autre par gradations insensibles, chez le même individu, dans des os différents, ou chez divers sujets, suivant certaines conditions tant normales que morbides. La première peut être appelée *moelle fœtale*, parce qu'elle existe dans tous les os du fœtus et des enfants jusqu'à 4 ou 5 ans, plus ou moins. Cette forme persiste quelquefois dans la moelle du tissu spongieux chez l'adulte. Elle est caractérisée anatomiquement par sa couleur rouge et par prédominance des vaisseaux et des cellules et plaques médullaires sur les autres éléments; les vésicules adipeuses même manquent jusqu'à la naissance et quelquefois plus tard. La deuxième est la *forme gélatineuse*; ici c'est la matière amorphe qui l'emporte, principalement sur les vésicules adipeuses. La troisième est la *forme graisseuse* caractérisée par sa consistance, sa couleur de graisse, et par prédominance des vésicules adipeuses; elle ne se trouve généralement que chez l'adulte, et la moelle, avant de prendre cette forme, passe chez les jeunes sujets par la seconde. L'inflammation lui fait prendre aussi la forme gélatineuse, et quelquefois, si elle se prolonge, la forme fœtale.

Dès que, chez le fœtus, l'os se résorbe pour donner naissance aux cavités médullaires et conduits des vaisseaux, en même temps que pénètrent ceux-ci, on voit se développer, soit dans les os du crâne, soit au tronc, des cellules et noyaux libres médullaires, puis les plaques à noyaux multiples, les granulations moléculaires avec la matière amorphe, qui est souvent presque liquide et abondante. La manière dont ces éléments commencent à se former et les phases de leur développement ne sont pas encore connus. Il s'y développe aussi les globules sphériques avec ou sans noyaux, ayant $0^{mm},5$ environ qui accompagnent généralement les plaques à noyaux multiples, surtout dans les os spongieux. (V. Ch. Robin, TABLEAUX D'ANATOMIE, in-4°, 1850, 9e tableau, n° 23 *bis*.) La moelle reste ainsi constituée par ces seuls éléments jusqu'à l'époque de la naissance pour les os longs, et plus tard pour les os plats et les os spongieux. Elle est alors opaque, rouge et molle. Ce n'est qu'à l'époque indiquée tout à l'heure que se développent les vésicules adipeuses, de la manière que j'ai indiquée dans les MÉMOIRES DE LA SOCIÉTÉ DE BIOLOGIE (1849). Mais il en existe déjà depuis longtemps

---

est bu dans l'année; il ne se conserve pas. Dans les caves de Rome, il se gâte en huit ou dix jours; mais il se garde mieux dans les immenses caves creusées sous la montagne de poteries qu'on nomme Tettaccio. On est obligé de tirer sa provision de la campagne ou du Tettaccio, toutes les semaines ou tous les quinze ou vingt jours. En une nuit, le vin aigrit dans une bouteille débouchée.

Ce serait un gros péché d'être ivrogne dans un pays où le vin est si détestable. Les Romains ne pèchent pas, et ils ont une juste horreur pour nos soldats qui pèchent souvent avec cet horrible jus. Il est extrêmement rare de rencontrer un Romain battant les murailles et trébuchant dans les rues. Quand ils se grisent, ils le font décemment, cuvent leur vin à domicile et évitent le scandale dans les rues. Je ne connais pas de canaille qui ait meilleur genre que celle de Rome; les plus petites gens sont polis, réservés, convenables, ont de la tenue, presque de l'élégance, en public, dans la ville. Par contre, les mœurs intimes des seigneurs sont parfois passablement grossières, dans l'intimité de la famille, et l'on entend de nobles dames prononcer d'affreux mots que nous n'osons redire. Tout est sacrifié au dehors : habit de velours, ventre de son; robe de soie, linge sale; toilette en voiture, guenilles à la maison; dehors courtois et chevaleresques, brutalité dans le fond, etc., etc.

FÉLIX JACQUOT.

(La suite au prochain numéro.)

— La REVUE THÉRAPEUTIQUE DU MIDI donne quelques détails intéressants sur l'épidémie de suette dont le département de l'Hérault vient de ressentir les atteintes.

C'est la ville et les environs de Pézénas surtout qui ont été frappés. Dans douze communes peu éloignées de cette ville, le nombre des décès constatés le 25 mai était de 132, quoiqu'une grande partie des habitants eussent émigré.

Le traitement qui a le mieux réussi, c'est l'administration du sulfate de quinine; lui seul a arrêté les exacerbations désastreuses qui congestionnaient en un clin d'œil, et souvent sans ressource, les grands centres organiques, notamment le cerveau. Mais, pour en obtenir tous les bienfaits qu'il peut rendre, il a fallu absolument le faire prendre à très-haute dose, 2, 3 et même 4 grammes dans trois ou quatre heures seulement.

Au nombre des agents les plus nuisibles, quand on en fait la base de la thérapeutique, nous ne pouvons nous dispenser dès à présent de signaler les saignées générales. Les malades peuvent périr sous la lancette; nous en avons vu beaucoup d'exemples, et des sujets qui avaient échappé à ce désastre languissent encore en ce moment au milieu de symptômes très-inquiétants.

Les lettres reçues de l'Hérault, postérieures aux nouvelles de la REVUE THÉRAPEUTIQUE, sont de nature à rassurer sur l'extension qu'aurait pu prendre l'épidémie; que, grâce aux soins intelligents et au dévouement courageux de la commission qui a été envoyée sur les lieux, et qui a été parfaitement secondée par le corps médical tout entier, la maladie a notablement diminué, et que la panique qui s'était emparée des populations a presque entièrement cessé.

lorsque la moelle prend la forme graisseuse, car ce n'est que leur prédominance qui est cause de cet aspect. Si les vésicules restent peu nombreuses, comme les cellules médullaires et plaques multiclées, éléments principaux de la *moelle fœtale*, se multiplient peu avec les progrès de l'âge, la matière amorphe prédominant, on voit apparaître la forme gélatineuse, demi-transparente, souvent rosée ou un peu jaunâtre. Les noyaux libres et cellules médullaires, ainsi que les plaques à noyaux multiples dont nous avons parlé, sont, après les vaisseaux, les éléments principaux de la moelle du fœtus et les éléments accessoires, quant à la masse, de la moelle de l'adulte.

Les plaques à noyaux multiples sont importantes à connaître, parce qu'elles sont un élément caractéristique de certaines tumeurs homœomorphes des os, entre autres des épulis prenant origine dans le tissu osseux. Elles deviennent encore plus nombreuses dans ces tumeurs que dans la moelle du fœtus. Elles sont très-nombreuses aussi dans les couches fongueuses, végétantes, très-vasculaires, partant du tissu spongieux qui, dans les tumeurs blanches, soulève le cartilage et le détache de la surface de laquelle il adhérait. (V. Ch. Robin, MÉM. DE LA SOC. DE BIOL., 1849.) Kœlliker les figure, ainsi que les noyaux et cellules médullaires, sans en connaître la signification (fig. 113 et 121); peut-être y a-t-il aussi des éléments fibro-plastiques dans ses figures, car ils sont nombreux autour des vaisseaux de la moelle et du fœtus; mais ces dessins ne sont pas assez parfaits pour qu'il soit possible de porter un jugement sur ce fait.

III. FORMATION ET DÉVELOPPEMENT DU SYSTÈME OSSEUX.

On sait qu'on réserve le nom de *système* pour chacune des parties du corps constituée par les *organes premiers* de même espèce, résultant de la subdivision des organes proprement dits en parties similaires, ou, dans un autre sens, en tout continu ou subdivisé en *portions similaires* ou *organes premiers*, se réunissant pour former les organes proprement dits, que représente chaque tissu considéré dans son ensemble. Dans le développement des os, il y a donc système dès qu'un certain nombre de points osseux primitifs ont apparu dans divers os. Le système n'est qu'à l'état rudimentaire, quand il n'y a que la clavicule et la mâchoire qui aient leur point osseux; mais déjà il existe. Son développement se fait d'après certaines lois; c'est ainsi que les parties du système se développent généralement de la circonférence du corps vers le centre; que les os occupant les parties latérales du corps se forment avant ceux qui occupent les parties médianes; que les côtes s'ossifient avant les vertèbres, les apophyses des vertèbres avant le corps, etc. N'ayant pas fait de recherches spéciales sur ce sujet, il suffit d'indiquer les faits qui précèdent.

REVUE DES JOURNAUX DE MÉDECINE.

JOURNAUX ALLEMANDS.

I. ZEITSCHRIFT FUR RATIONELLE MEDIZIN,

Par les docteurs HENLE et PFEUFER.

Les premier, deuxième et troisième cahiers du tome IX renferment les articles originaux suivants : 1° *Structure de l'utérus chez les animaux*; par le docteur Fr. Kilian. (Deuxième article.) 2° *Sur la circulation de la lymphe et sur les parties anatomiques les plus importantes des glandes lymphatiques*; par le docteur Noll. 3° *Considérations statiques sur l'appareil musculaire de la cuisse*; par Ad. Fick, étudiant en médecine à Marburg. (Travail très-important au point de vue de la mécanique musculaire, dans lequel l'auteur cherche à établir la force avec laquelle agit chacun des muscles qui entourent une articulation et quelle direction ces muscles impriment au membre; puis dans quelles limites un muscle est susceptible de se contracter, selon sa forme et sa position, pour produire un mouvement, et jusqu'à quel point l'épaisseur et la direction du muscle changent suivant les diverses positions du membre.) 4° *Quelques nouvelles expériences sur les mouvements du cœur*; par M. Hoffa et C. Ludwig. 5° *Sur les kystes des ovaires*; par le docteur Steinlin. 6° *Remarques microscopiques et microchimiques*; par C. Bruch. (Sous ce titre, l'auteur réfute les opinions de Virchow sur la nature des cellules cancéreuses; son travail, du reste très-instructif et accompagné d'une planche qui représente un grand nombre de formes de cellules à l'état normal ou à l'état pathologique, n'est pas susceptible d'analyse.) 7° *Les concrétions ou lamelles fibrineuses*; par le même. (Suivant l'auteur, ces lamelles prétendues fibrineuses qu'on a trouvées dans le sang et qui ont été décrites avec beaucoup de détail par Nasse et par Virchow, ne sont autre chose que des lamelles ou squamules épidermiques provenant de l'observateur lui-même, particulièrement de son cuir chevelu. Si l'assertion du docteur Bruch se confirme, elle ne manquera pas de donner un argument aux personnes qui ont peu de foi dans les observations microscopiques; elle servira du moins à nous avertir de nous tenir sur nos gardes dans les recherches que nous entreprenons. Pour notre compte, nous ne nous hâterons pas de donner gain de cause à M. Bruch; nous avons peine à croire que des micrographes exercés soient tombés dans une erreur aussi grossière.) 8° *Description de deux cerveaux anormaux du cabinet d'anatomie de Marburg*; par le docteur A. Rehm. (L'un de ces cerveaux a le cervelet, le pont de Varole et la moelle allongée considérablement atrophiés; l'autre cerveau est surtout caractérisé par le peu de développement de l'hémisphère droit et par l'état tout à fait rudimentaire de la pyramide du même côté; l'individu auquel ce second cerveau avait appartenu était paralysé du bras gauche depuis son enfance, mais avait conservé son intelligence.) 9° *Sur le goître des nouveau-nés*; par Frédéric Betz. 10° *Fragments d'histologie sur le système nerveux, avec des remarques sur les fibres musculaires et sur les mouvements du cœur*; par le docteur Schaffner. 11° *Sur l'enveloppe extérieure des œufs de ténias*; par le même. (L'auteur a constaté la présence d'une enveloppe calcaire qui permet à ces œufs de résister aux agents extérieurs, lorsqu'ils sont hors du corps.) 12° *Remarques relatives à l'influence des nerfs sur les cœurs lymphatiques*; par le docteur M. Schiff. (Recherches comparées à celles du docteur Eckart (GAZ. MÉD., 1851, n° 1, p. 11) sur les effets de la section des nerfs spinaux ou de la destruction du cordon rachidien sur les mouvements des cœurs lymphatiques.) 13° *Expériences sur les luxations de l'articulation coxo-fémorale et sur leur réduction*; par le professeur Hermann Meyer (de Zurich). 14° *Sur la structure et le développement des cheveux*; par le docteur W. Steinlin. 15° *Sur les vaisseaux sanguins de la muqueuse gastrique*; par Henri Frey.

STRUCTURE DE L'UTÉRUS CHEZ LES ANIMAUX; par le docteur FR. KILIAN. (Deuxième article.)

Dans le premier article dont nous avons rendu compte (GAZ. MÉD., 1851, p. 11), l'auteur traite de la structure de l'utérus chez les jeunes animaux. Ici M. Kilian expose cette structure chez les animaux adultes et pendant l'état de gestation. Un fait remarquable qui ressort de ses recherches microscopiques, c'est que l'utérus d'un animal adulte ne diffère pas sensiblement, pour ce qui est de sa structure élémentaire, de l'utérus d'un jeune animal. Ce n'est qu'à l'état de gestation que cet organe atteint son développement complet; en sorte que l'opinion des accoucheurs qui regardent l'utérus gravide comme l'état normal de cet organe, se trouve confirmée par les recherches microscopiques; jusque-là les éléments étaient restés stationnaires, la gestation a pour effet d'achever leur développement. Cette règle cependant ne s'applique pas à la muqueuse. Celle-ci est plus développée dans l'adulte que chez le jeune animal. Cette muqueuse, dont la présence dans l'utérus humain a été si singulièrement contestée par des personnes sans doute peu habituées aux recherches microscopiques, a cependant chez l'adulte une épaisseur assez marquée. Elle est constituée par des utricules glandulaires et tapissée, suivant l'auteur, d'épithélium en partie disposé sur plusieurs couches, tandis que le col et l'orifice vaginal de la matrice sont garnis de cellules vibratiles. Je ferai remarquer que les cellules vibratiles existent aussi dans le corps même de l'utérus, ainsi qu'on peut s'en assurer en examinant la muqueuse utérine d'un lapin dont la gestation commence. Il est possible que ces cils tombent plus tard, comme l'a observé R. Wagner; cependant je les ai encore vus vibrer dans un utérus dans lequel les œufs étaient déjà greffés sur la muqueuse.

L'augmentation en volume de l'utérus gravide dépend de l'accroissement des éléments et de leur multiplication. Il se compose de fibres d'apparence gélatineuse, légèrement striées en long, souvent granulées et comme couvertes de poussière et adhérant fortement les unes aux autres; le noyau est apparent. Ces fibres croissent pendant toute la durée de la gestation. Quand celle-ci approche de son terme, elles ont atteint leur accroissement; le noyau est alors très-allongé et changé en un filament fibreux. La division des fibres en fibrilles parallèles très-fines dont parle Henle est, suivant l'auteur, un effet de la préparation.

Au-dessous de la couche musculaire la plus externe se trouvent des faisceaux de tissu cellulaire amorphe, mêlés aux fibres musculaires; ces deux sortes d'éléments semblent se fondre l'un dans l'autre. Plus bas se trouve une couche de tissu connectif dont les faisceaux entrelacés constituent un réseau qui unit la couche musculaire externe à la couche moyenne. Ce tissu connectif traité par l'acide acétique présente les caractères du tissu élastique, et comme on peut saisir les rapports entre ce tissu et les fibres musculaires, l'auteur ne doute pas que la fibre élastique ne soit autre chose qu'une fibre de noyau développée en largeur.

La deuxième couche musculeuse a à peu près les caractères de la première; elle est unie par du tissu connectif à la membrane caduque.

Sur la fin de la gestation, la caduque est caractérisée par une multitude de petites vésicules graisseuses déposées dans les cellules qui la composent.

L'existence d'une nouvelle muqueuse avant la destruction complète de la caduque n'a pas été constatée par l'auteur; il n'a vu qu'une couche nouvelle de tissu cellulaire sans glandes utriculiformes; mais ces dernières se sont montrées quelques heures après la mise bas.

Le vagin éprouve pendant la gestation des modifications analogues à celles que présente l'utérus. Quant aux nerfs, l'auteur n'a pu en découvrir ni dans l'utérus vide, ni dans l'utérus en gestation.

Après la mise bas, les éléments redeviennent peu à peu ce qu'ils étaient auparavant. Les longues et larges fibres lisses de l'utérus gravide avec leurs noyaux allongés sont remplacés par de jeunes fibres munies d'un noyau ovale ou rond, et tous les autres tissus font de nouveau place à des formes nouvelles rajeunies.

L'auteur a étudié avec beaucoup de soin cette question extrêmement curieuse et intéressante du rajeunissement de l'organe utérin. Il est évident qu'on ne peut comprendre qu'il y ait ici une simple métamorphose régressive, c'est-à-dire qu'une fibre musculaire, par exemple, qui a atteint son summum de développement, revienne peu à peu à son point de départ pour recommencer plus tard une nouvelle évolution. Il est bien plus physiologique d'admettre la formation d'éléments nouveaux et la destruction, puis l'élimination des éléments qui ont rempli leurs fonctions. Or c'est ce que l'observation est venue confirmer. En étudiant l'utérus des animaux après la mise bas, M. Kilian a vu les fibres musculaires moins cohérentes, remplies de molécules graisseuses et remarquables par la pâleur extrême du noyau; en un mot des fibres en voie de décomposition, en pour mieux dire, des fibres préparées pour le travail de résorption. Mais entre ces fibres anciennes, il a vu et figuré dans les planches qui accompagnent cet intéressant travail, des fibres nouvelles isolées, fusiformes, avec un noyau ovale, entièrement semblable aux éléments qui composent l'utérus des jeunes animaux. Le même mode de destruction et de régénération a été observé pour le vagin et pour la muqueuse génitale; en sorte qu'il est exactement vrai de dire qu'après la gestation il se forme un nouvel utérus.

On remarquera, dans ce curieux travail de destruction et de formation nouvelle, le rôle que joue la graisse qui apparaît ici comme précédant et annonçant en quelque sorte ce qu'on pourrait appeler la fonte des anciens éléments (dégénérescence graisseuse de la fibre musculaire et des cellules épithéliales de la muqueuse), tandis que c'est aussi la graisse qui annonce et précède la formation des nouveaux tissus dans l'embryon et dans l'apparition successive des organes.

M. Kilian termine son mémoire par des recherches sur les papilles dont il a constaté la présence au col utérin et dont il décrit la disposition et la structure.

SUR LA CIRCULATION DE LA LYMPHE ET SUR LES PARTIES ANATOMIQUES LES PLUS IMPORTANTES DES GLANDES LYMPHATIQUES; par le docteur F. NOLL.

Nos connaissances sur les causes du mouvement de la lymphe et sur la nature de ce mouvement sont loin d'être aussi avancées que celles qui se rapportent à la circulation sanguine. Les expériences faites par le docteur Noll et les recherches auxquelles il s'est livré fournissent des données intéressantes sur ce point de physiologie.

Les expériences ont été faites sur le tronc lymphatique cervical, à l'aide du manomètre et de la double canule de Volkmann. Voici comment l'auteur s'y est pris pour appliquer la canule. Il crut d'abord nécessaire d'injecter dans les veines une solution de sucre, d'albumine ou de colle pour augmenter la quantité de la lymphe; mais plus tard il renonça à ce moyen comme inefficace. L'animal était préalablement engourdi par une injection dans la jugulaire externe de 6 grammes de teinture d'opium. A l'aide d'une incision pratiquée entre les muscles sterno-cléido-mastoïdien et sterno-hyoïdien, on mettait à découvert le tronc lymphatique, et on l'entourait d'une ligature. L'extrémité périphérique se remplissait bientôt. Pour introduire la canule, on coagulait le contenu du vaisseau à l'aide de quelques gouttes d'une solution de sulfate de cuivre, opération qui permettait d'inciser plus facilement. Dès que l'incision était faite, l'élasticité des parois du vaisseau expulsait promptement le coagulum, et l'on pouvait alors facilement placer la canule. Plus tard, l'auteur parvint à appliquer la canule sans avoir recours à cette opération préliminaire. Le manomètre, dont le diamètre était de 3 mill. 1/2, renfermait une solution de carbonate de soude pour empêcher la coagulation.

L'auteur donne le détail de six expériences faites sur des chiens et sur des chats. Il vit la colonne liquide s'élever dans le manomètre à des hauteurs variables, mais qui finissaient par devenir constantes pour le même animal, sans aucune pression latérale; la compression du cou ou du vaisseau lui-même augmentait de 8 à 18 mill. la hauteur de la colonne. L'auteur en conclut qu'il existe une force accélératrice de la lymphe variable dans des limites étroites et indépendante de toute pression latérale. D'un autre côté, on ne peut attribuer le mouvement de la lymphe à des contractions du vaisseau, à une sorte de mouvement péristaltique; car jamais dans les expériences on n'a pu constater les oscillations de la colonne qui devraient résulter de cette cause. L'influence que les parois exercent sur le cours de la lymphe ne provient que de l'élasticité du vaisseau jointe à la présence des valvules. L'élasticité maintient surtout la continuité du courant.

Parmi les forces auxiliaires, il faut ranger surtout la contraction musculaire, ainsi qu'on a pu souvent s'en assurer dans les expériences. L'influence de la respiration paraît être moins directe; elle se borne à faire osciller la colonne de quelques millimètres; elle monte pendant l'expiration et descend pendant l'inspiration. En résumé, le cours de la lymphe offre les plus grandes analogies avec le cours du sang dans les veines.

Abordant la question de la circulation de la lymphe dans les glandes lymphatiques, l'auteur commence par une revue anatomique de la structure de ces ganglions vasculaires. Il semblerait rationnel de regarder les glandes lymphatiques comme analogues pour leur structure aux glandes vasculaires sanguines, c'est-à-dire formées par un lacis de vaisseau dans les interstices, et en dehors desquels se trouve déposé un parenchyme granuleux. L'auteur croit qu'il n'en est pas ainsi; il décrit les glandes lymphatiques comme formées par un tissu cellulaire dense qui envoie des cloisons dans l'intérieur de la glande et intercepte ainsi une multitude de cavités remplies d'une substance granuleuse. Les vaisseaux lymphatiques aboutissent à ces cavités et en sortent du côté opposé; leurs parois se continuent avec les parois mêmes de ces petites cavernes, que l'on peut de cette manière considérer comme des dilatations des vaisseaux.

Il est permis d'émettre des doutes sur la réalité de cette structure et de se demander si les injections, que l'on est obligé de faire sous une assez forte pression, ne produisent pas la rupture des vaisseaux, et par suite l'épanchement de la matière injectée dans les cavités de la glande. D'après M. Noll, la matière granuleuse des interstices celluleux serait donc contenue dans le vaisseau lui-même, et la lymphe serait littéralement filtrée à travers ces amas de corpuscules. Si cette manière de voir est exacte, il est évident que la lymphe doit circuler avec une extrême lenteur à travers tous les obstacles qu'elle rencontre dans les glandes. Quant à la cause du mouvement continu de la lymphe, il paraît convenable de la chercher, avec l'auteur, dans la pression qu'exerce le liquide qui imprègne le parenchyme, pression qui provient de l'affluence du sang dans les capillaires.

SUR LES KYSTES GRAISSEUX DES OVAIRES; par le docteur STEINLIN (de Zurich).

On sait qu'il n'est pas rare de rencontrer dans les kystes des ovaires, des poils, des dents, des fragments d'os. On a même regardé ces productions comme des indices d'une gestation extra-utérine; mais cette interprétation ne saurait être admise, puisqu'elles ont été rencontrées dans des ovaires appartenant à des personnes qui étaient loin encore de l'âge de puberté.

Les recherches auxquelles s'est livré M. le docteur Steinlin, sur la structure intime de ces kystes, jettent une vive lumière sur le mode de production de ces substances étrangères; elles sont assez importantes pour que nous les reproduisions avec quelque détail.

Le kyste se compose, comme à l'ordinaire, de plusieurs couches: une externe formée de fibres de tissu connectif lâche et disposées irrégulièrement; une autre sous-jacente dont les fibres sont plus serrées; puis vient une couche de tissu élastique, et enfin une tunique épithéliale. Cet épithélium recouvre toute la surface interne du sac, mais il n'a pas partout le même aspect, car il offre une multitude de petites plaques isolées d'une couleur mate qui tranche avec le brillant du reste de la surface. Sur les points brillants, les cellules épithéliales sont rondes et disposées régulièrement, tandis que les cellules des plaques ternes forment des lamelles entassées les unes sur les autres comme les squamules de l'épithélium. Si l'on râcle ces petites lamelles, on trouve au-dessous d'elles des cellules rondes et régulières comme celles qui couvrent le reste de la surface du kyste. Ainsi l'épithélium des îlots ternes a le même caractère que celui des muqueuses et de la peau extérieure.

Le plus souvent, au milieu de ces îles, on remarque une petite saillie en forme de verrue. Si l'on enlève l'épithélium de cette saillie, la surface sous-jacente ressemble au derme dont on a détaché l'épiderme à l'aide d'un vésicatoire, c'est-à-dire qu'on distingue des papilles très-développées et disposées régulièrement.

L'examen microscopique montre aussi que la structure de cette couche est semblable à celle du derme.

Toutes les parties du sac recouvertes d'un épithélium terne ont la même structure. Ce sont ces endroits qui se couvrent de poils disposés dans un

follicule pileux, comme sur la peau extérieure; on voit de belles glandes sébacées s'ouvrir dans le follicule, et enfin des glandes sudoripares en quantité variable.

Cette analogie de structure entre les kystes et la peau extérieure fait comprendre la production de la graisse des kystes qu'on peut regarder comme provenant d'une hypersécrétion des glandes sébacées, et non comme le résultat de la métamorphose d'un tissu déjà existant.

Pour démontrer cette proposition, l'auteur remonte à l'origine des kystes. Les premières traces de ces formations pathologiques se montrent sous la forme d'un petit corps charnu de la grosseur d'un grain de chanvre occupant la place d'un follicule de Graaf. Plus tard, cette petite masse s'isole du follicule qui la contenait, et n'y tient plus que par un court pédicule donnant passage aux vaisseaux sanguins qui se répandent sur le kyste. Celui-ci se trouve bientôt rempli de graisse, et déjà à cette époque les glandes sébacées sont développées. De nombreuses écailles épidermiques sont mêlées à cette graisse, qui rappelle la composition du vernis caséeux des nouveau-nés. Plus tard encore, la sécrétion graisseuse augmente, et les kystes ovariens ressemblent aux kystes graisseux cutanés. Le produit des glandes de la sueur se mêle à la graisse et lui donne des aspects variés.

Dans les tout jeunes kystes, on ne trouve pas encore de poils; les premières traces de ces productions se manifestent dans les saillies en forme de verrues. Ce sont de véritables poils qui ont la même structure et suivent le même mode de développement que ceux de la peau extérieure. Ils peuvent atteindre une longueur considérable qui va jusqu'à 4 pouces et au delà, puis ils tombent; mais avant leur chute, on voit déjà le germe d'un nouveau poil. Ces sortes de mues paraissent être fréquentes, et elles expliquent la grande quantité de poils qu'on rencontre quelquefois dans les kystes.

La présence des dents au milieu de ces sacs ovariens ne doit pas plus nous surprendre que celle des poils. Ces dents, qui sont le plus souvent à plusieurs couronnes avec des racines plus ou moins développées, ont la même structure que les dents normales. On sait que les dents se forment par un refoulement de la peau extérieure; la circonstance qu'elles sont enveloppées par les mâchoires n'a aucune influence sur leur nature et leur développement.

Il n'est pas aussi facile de se rendre compte de la présence des os dans les kystes. On les trouve sous la forme de lamelles ou de petits fragments dans les plis du kyste; si l'on veut à toute force les comparer aux os du corps, on ne peut leur trouver d'analogie qu'avec les dépôts osseux qui se forment quelquefois dans la peau.

SUR LE GOÎTRE DES NOUVEAU-NÉS; par M. FRÉDÉRIC BETZ (de Tubingue).

Le goître des nouveau-nés est une maladie à peine connue, malgré sa fréquence. Les enfants qui en sont affectés sont le plus souvent forts et bien nourris. Souvent on prend le goître pour un pli de la peau chargée de graisse; d'autres fois le cou offre simplement une trop grande largeur, et d'autres fois encore le goître n'est nullement apparent.

Les accidents produits par cette affection sont des troubles dans les fonctions de la respiration qui peuvent amener la mort au bout de quelques heures après la naissance ou deux ou trois jours plus tard. Les symptômes sont peu nombreux. Immédiatement ou peu après la naissance, l'enfant éprouve le besoin de respirer; les inspirations sont profondes et accompagnées d'un bruit particulier qui s'entend de loin; les expirations sont aussi très-pénibles et par moments accompagnées de pleurs. Quelquefois la respiration s'arrête; l'enfant est menacé de suffocation, jusqu'à ce qu'une nouvelle inspiration suivie d'un cri vienne le rendre à l'existence. Ces accidents se reproduisent à des intervalles variables. A ces signes, on en peut joindre d'autres qui accompagnent ordinairement les troubles de la respiration : mouvements des ailes du nez, coloration bleuâtre et froid des lèvres et des mains, etc. La succion n'est plus possible; quand l'enfant cherche à teter, il s'éloigne subitement du sein en poussant un cri d'angoisse; la même chose a lieu quand on lui donne à boire ou quand on veut lui faire prendre des médicaments; la bouche est remplie de salive et de mucus. L'asphyxie termine cette scène pénible.

Le goître des nouveau-nés consiste dans une hypertrophie du corps thyroïde, sans changement de texture; seulement la glande est plus riche en sang que de coutume. L'hypertrophie affecte tantôt la glande entière et produit une tumeur en demi-lune, tantôt les deux lobes qui sont réunis par un isthme, et alors le cou est plus large, ou enfin elle n'affecte qu'un seul lobe. Lorsque les deux lobes sont hypertrophiés, ils compriment la trachée et l'œsophage, et empêchent la libre entrée de l'air.

Cette maladie paraît être héréditaire, circonstance que l'on a aussi signalée pour l'asthme laryngé. Du reste, la connaissance de l'altération organique qui détermine les accidents que nous venons de rapporter peut jeter quelque jour sur l'asthme laryngé, le spasme de la glotte, l'asthme thymique, etc., affections qui produisent des effets analogues.

Quant au traitement, on a peu d'espoir de réussir à combattre une affection qui marche avec une telle rapidité. L'auteur a eu recours aux sangsues et aux vomitifs, et il conseille l'emploi de l'iode à l'extérieur et à l'intérieur, quand les accidents sont moins violents et quand la marche de la maladie fait espérer que le médicament aura le temps d'agir.

LEREBOULLET et MORICE RUEF.

(La suite au prochain numéro.)

TRAVAUX ACADÉMIQUES.

ACADÉMIE DES SCIENCES.

SÉANCE DU 2 JUIN. — PRÉSIDENCE DE M. RAYER.

DE LA TRACHÉOTOMIE DANS L'ÉPILEPSIE.

M. MARSHAL-HALL, dans une lettre adressée à M. Flourens, informe qu'il croit avoir réussi par le moyen du système nerveux diastaltique, à éclaircir, à un certain degré la question de la nature de l'épilepsie. Je crois avoir tracé, dit-il, dans les cas d'épilepsie d'origine inorganique que les émotions ou les passions et les irritations gastriques, entérique, utérine, etc., agissent, les premières d'une manière directe, les secondes d'une manière réflexe un diastaltique sur les muscles du cou, et y produisent entre autres effets : 1° la compression des veines; 2° l'occlusion de la glotte; 3° la protusion et la morsure de la langue, etc., état que je désigne par le mot *trachélisme*.

Tous ces effets se tracent à l'œil de l'observateur. Or avec la compression des veines s'associent le teint pourpré de la figure, l'engorgement de l'encéphale, des symptômes cérébraux, les vertiges, l'oubli, « le petit mal » enfin, et avec l'occlusion plus ou moins parfaite de la glotte, les symptômes spinaux, les convulsions générales surtout, phénomènes qui constituent « le haut mal. »

Ces contractions spasmodiques des muscles du cou, de la glotte, de la langue et de la mâchoire inférieure ne diffèrent que par leur siége et par la spécialité et la gravité de leurs effets. Restreintes au cou, ces effets ne sont que des symptômes cérébraux; étendues à la glotte, il y a occlusion de cet organe, et en même temps des efforts violents de respiration, efforts d'expiration surtout, et tout de suite des convulsions générales.

Cette occlusion de la glotte est-elle essentielle au développement de la convulsion? Je le crois. Il se peut qu'il y ait des affections spasmodiques, hystériques, etc., même jusqu'au tétanos. Mais si la glotte n'est pas fermée, il n'y a pas de vraie convulsion. Donc s'il n'y a pas d'occlusion de la glotte ou, ce qui vient à la même chose, s'il n'y a pas d'interruption à la respiration, on a ces efforts violents expiratoires. Enfin si l'on pratiquait l'opération de la trachéotomie, il ne pourrait y avoir épilepsie, ou autre forme de convulsion générale. Il ne pourrait y avoir que « le petit mal. »

J'ai attendu bien longtemps l'occasion de mettre cette opinion à l'épreuve de l'expérience. Enfin cette occasion s'est présentée. Un jeune homme de 24 ans, qui avait éprouvé des attaques d'épilepsie tous les deux jours pendant bien longtemps, restait, après des accès de ce genre, affecté d'une stupeur si profonde, si stertoreuse et si apoplectique, qu'il paraissait près d'y succomber. Un de mes amis, M. Cane d'Uxbridge, auquel j'avais communiqué mes idées sur ce sujet, lui a fait l'opération de la trachéotomie, avec le double but de l'arracher à un danger imminent et de prévenir des accès d'épilepsie à l'avenir. Le malade a bientôt repris ses facultés intellectuelles, et pendant deux mois il n'a pas éprouvé une seule attaque d'épilepsie.

INFLUENCE DE LA VARIOLE AU DIX-HUITIÈME SIÈCLE.

M. H. CARNOT adresse un travail intitulé : ÉTUDE SUR L'INFLUENCE EXERCÉE PAR LA VARIOLE AU DIX-HUITIÈME SIÈCLE ET SUR LA RÉACTION PRODUITE PAR LA VACCINE POUR SERVIR DE RECTIFICATION A L'OUVRAGE DE DUVILLARD.

L'auteur résume ce travail en ces termes :

La variole a toujours eu deux modes d'action et deux modes de transmission, l'un externe, l'autre interne.

La variole a toujours, sous l'une et l'autre forme, choisi ses victimes entre la naissance et l'âge de la stérilité féminine.

Sur 100 décès généraux, pris sur la moyenne d'un demi-siècle, la variole en a toujours causé 24, sous ces deux formes.

Dans les grandes villes dominait la variole interne au dix-huitième siècle. Sous le nom de convulsions dans le premier âge et de fièvre putride dans l'adolescence et la jeunesse, elle causait à peu près le sixième des décès généraux. La variole externe comptait à peine pour le douzième. La proportion était inverse dans les campagnes; mais le nombre total des victimes différait peu (24 p. 100) : entre les ravages causés par cette épidémie, sous forme apparente ou masquée, il y avait compensation réciproque.

Sur 13 victimes, la variole en enlevait 12 avant l'âge de puberté; une seule entre 15 et 45, à l'âge de la reproduction. Voilà ce que la vaccine a changé!...

Le nombre fatal des condamnés est resté le même, malgré la vaccine; les convulsions varioleuses ont fait place aux enterites varioleuses!

NOUVEL ANESTHÉSIQUE (ÉTHER BROMHYDRIQUE).

M. EDOUARD ROBIN adresse à l'Académie la note suivante sur ce sujet.

La théorie que j'ai développée dans plusieurs de mes notes, dit l'auteur, range l'*éther bromhydrique* parmi les agents qui, même en présence de l'oxygène humide, protégeant les matières animales contre la combustion lente, sont antiputrides après la mort, et, suivant la dose, sédatifs, antiphlogistiques et poisons asphyxiants pendant la vie.

D'après la règle que je m'efforce d'établir, ceux des agents modérateurs de la combustion lente qui appartiennent à cette classe sont nécessairement anesthésiques quand ils pénètrent à dose suffisante dans la circulation.

N'ont-ils de saveur ni âcre ni caustique, ils sont *anesthésiques par inspiration*, si le terme d'ébullition, inférieur à 80°, leur permet de répandre beaucoup de vapeur aux températures ordinaires; ils ne sont plus qu'*anesthésiques locaux* ou *par application*, si le terme d'ébullition est trop élevé.

L'éther bromhydrique, qui bout à 40°,7, qui n'a de saveur ni âcre ni caustique, qui répand une odeur aromatique assez faible et agréable, réunissait donc les conditions utiles, suivant moi, pour faire un bon anesthésique par inspiration. Aussi n'ai-je pas manqué, il y a plusieurs mois, de le comprendre dans l'énumération que, dans un de mes paquets cachetés, je faisais des agents non encore employés, qui doivent jouir du pouvoir anesthésique par inspiration.

J'étais soutenu dans cette manière de voir par ce fait, que l'éther bromhydrique présente une extrême analogie avec l'éther chlorhydrique, dont les propriétés anesthésiques remarquables ont été découvertes par M. Flourens.

Les circonstances m'ayant amené à faire l'étude particulière du premier de ces éthers, je me suis empressé de constater ses propriétés antiputrides et physiologiques; elles sont bien celles que ma théorie indiquait.

D'une part, les matières animales n'éprouvent aucune altération, c'est-à-dire sont protégées contre la combustion lente, tant dans sa liqueur que dans la vapeur qu'il émet aux températures ordinaires dans un vase fermé.

D'autre part, cette vapeur anesthésie rapidement les oiseaux, ils reprennent facilement l'activité de la vie et ne manifestent ni pendant, ni après l'anesthésie, aucun indice de souffrance. Des oiseaux plusieurs fois mis en expérience, il y a quatre jours, sont maintenant pleins de vie.

L'éther bromhydrique se présente donc jusqu'ici comme devant être mis au nombre des meilleurs anesthésiques par inspiration.

L'éther chlorhydrique de M. Flourens produit une anesthésie qui ne semble précédée d'aucune excitation; c'est un état léthargique succédant à un doux sommeil, le réveil facile n'est suivi d'aucun malaise apparent; mais le point d'ébullition trop peu élevé de cet éther (11° + 0°) n'en rend l'emploi habituellement praticable que dans les pays froids et dans les saisons froides des climats tempérés. L'éther bromhydrique est pour ainsi dire un autre éther chlorhydrique d'un point d'ébullition différent et convenablement approprié à nos climats.

CHOLÉRA A GIVET EN 1849.

M. PELLARIN adresse une note complémentaire et rectificative à de précédentes communications sur l'épidémie de choléra à Givet.

La rectification dont il s'agit porte sur le mode d'invasion du choléra dans la garnison, et tend à confirmer l'idée de la transmissibilité du mal indien. Elle résulte de nouvelles informations qu'ont bien voulu prendre, à ma prière, un de mes anciens condisciples, M. de Contac, directeur des postes à Givet, et M. Toupet-Desvignes, représentant du peuple pour le département des Ardennes.

D'après les renseignements que m'ont transmis ces messieurs, je suis amené à conclure que, au lieu d'avoir été engendré sur la place dans la petite caserne de Givet, par suite d'une infection provenant de la fosse d'aisances, le typhus asiatique ne s'est développé dans les compagnies du 63e de ligne qui occupaient cette caserne qu'à la suite d'un premier cas dû à la transmission ou contagion. En un mot, il y avait eu, contrairement à ce qui m'avait été d'abord affirmé à plusieurs fois assuré, des communications entre le militaire qui fut le premier atteint du choléra dans la soirée du 31 août; et les deux premiers cholériques civils, dont l'un avait été pris des symptômes caractéristiques le 17 du même mois, à son arrivée à Bruxelles, et l'autre, le 25, dans la maison où était traité le précédent malade.

Ainsi, au début et comme point de départ de l'épidémie, on trouve, pour la population militaire comme pour la population civile, un fait de transmission.

ACADÉMIE DE MÉDECINE.

SÉANCE DU 3 JUIN. — PRÉSIDENCE DE M. ORFILA.

Le procès-verbal de la dernière séance est lu et adopté.

La correspondance officielle comprend :

Six lettres du ministre du commerce transmettant :

1° Un mémoire de M. le docteur Dufresse-Chassaigne, sur les propriétés médicales des eaux minérales de Chaudesaigues, avec le rapport d'analyse de ces mêmes eaux, par M. Blondeau (de Rodez). (Commission des eaux minérales.)

2° Deux mémoires de MM. Niepce et Garnier, médecins-inspecteurs des eaux minérales d'Allevard et Plombières (Vosges). (Même comm.)

3° Un rapport de M. le docteur Cornac, médecin-inspecteur des eaux minérales de Balaruc, contenant des renseignements sur les maladies au traitement desquelles ces eaux ont été appliquées pendant l'année 1850. (Même commission.)

4° Deux pièces manuscrites de M. le docteur Dubouloz, médecin à Montmélian (Savoie), relatives à l'eau minérale de Coise, dont il dit avoir constaté l'action puissante sur le goitre endémique. (Même commiss.)

5° Un paquet cacheté contenant la recette d'un remède secret. (Comm. des remèdes.)

6° Un modèle de ceinture utéro-abdominale avec un mémoire explicatif, par madame Galabert, sage-femme. (Comm. : MM. Moreau et Cazeaux.)

CHUTE DE L'UTÉRUS TRAITÉE PAR LE PINCEMENT DU VAGIN.

M. DESGRANGES, chirurgien en chef désigné de l'Hôtel-Dieu de Lyon, adresse la lettre suivante :

« J'ai l'honneur de déposer, sur le bureau de l'Académie de médecine, trois observations de *chute de l'utérus*, traitée avec un plein succès par le *pincement du vagin*.

» Cette méthode nouvelle se pratique en plaçant sur les parois du vagin de petits instruments qui, par leur forme, leur mode d'action et l'organe auquel ils sont destinés, méritent le nom de *pinces vaginales*.

» Ces pinces s'implantent dans un repli du vagin, le compriment, l'ulcèrent et finissent par tomber du cinquième au dixième jour. Il faut répéter les applications de huit à dix fois, et toujours mettre en place le plus de pinces qu'on pourra. Au début du traitement, j'en ai introduit jusqu'à neuf; plus tard, de six à quatre, et quelquefois une seule en terminant.

» Le traitement, en général, a été de deux mois et demi à trois mois. Jamais il n'a déterminé des accidents sérieux, locaux ou généraux : tout s'est réduit, dans quelques cas, à des malaises sans importance et de courte durée. Jamais également les manœuvres opératoires n'ont été assez douloureuses pour réclamer les bienfaits de l'éthérisation.

» La méthode, chez les trois malades dont je parle, a été *curative*, puisque, sans pessaire ni aucun moyen contentif, elles ont pu marcher, travailler et demeurer exemptes jusqu'ici de toute récidive.

» La première malade que j'ai traitée était une jeune fille de 18 ans, atteinte d'une chute complète de l'utérus, au point que le museau de tanche était à *douze centimètres* de la vulve. A six reprises différentes, je pratiquai la cautérisation du vagin avec le caustique Filhos, guidé en cela par l'excellent mémoire de M. Amussat *sur un nouveau moyen de guérir les rétroversions de l'utérus*. La malade, qui avait obtenu une certaine amélioration, voulut sortir, disant qu'elle était guérie, mais peu de temps après elle rentra pour cause de récidive. Traitée par le *pincement du vagin*, sa guérison ne s'est pas dementie, depuis *six mois* que le traitement est terminé.

» La deuxième malade n'a eu qu'*une seule cautérisation*, et tout le reste du temps elle a été soumise à l'action des pinces vaginales. C'était une fille de 25 ans, portant un prolapsus de *trois centimètres*. Depuis *quatre mois* que son traitement est achevé, la guérison n'a cessé d'être parfaite.

» La troisième malade, âgée de 58 ans, et d'une constitution affaiblie, avait un prolapsus de *sept centimètres*. Elle a été soumise au pincement seul; et même sa faiblesse et son dégoût pour l'hôpital ne m'ont permis de faire que *cinq* applications, quand chez elle j'aurais voulu aller jusqu'à dix. Pourtant, malgré des conditions aussi défavorables, la guérison se maintient encore aujourd'hui, *deux mois* après la suspension d'un traitement *inachevé*.

» Je m'abstiens de citer d'autres faits; ceux que je possède encore sont de trop fraîche date pour avoir une valeur réelle, incontestable.

» Actuellement, si l'on faisait valoir contre le pincement que j'ai fait usage aussi de la cautérisation, voici quelle serait ma réponse :

» La première malade, après *six cautérisations*, a eu une récidive immédiate; la cure radicale n'a été obtenue chez elle qu'après le *pincement*.

» La deuxième malade n'a eu qu'*une seule cautérisation*; tout le reste du temps elle n'a été traitée que par le *pincement*. Or comment se pourrait-il qu'une seule cautérisation eût donné chez cette malade une cure radicale, quand pratiquée six fois chez la malade précédente, elle n'a procuré qu'une amélioration éphémère?

» La troisième malade n'a eu que *cinq* applications de pinces, *sans cautérisation*. Donc le pincement du vagin pratiqué cinq fois chez une femme vieille et faible a produit plus d'effet que six cautérisations chez une fille jeune et forte.

» En considération de ces faits, de leur authenticité, et des soins que j'ai mis à rechercher la vérité, j'ose espérer que l'Académie voudra bien accueillir favorablement la méthode dont je revendique la priorité. »

— MM. CLARET et LAGILLARDEY (de Vannes) adressent une observation de concrétions intestinales ou bezoarts chez une femme, suivie de l'analyse qualitative par M. Leloup, professeur de chimie à Nantes. (Comm. : MM. Delafond, Jolly et Guibourt.)

— M. BERTRAND (de Saint-Germain) adresse une observation de coloration noire de la langue, suivie de considérations physiologiques sur la coloration de la peau. (Comm. : MM. Hervez de Chégoin et Gibert.)

— M. CAZENAVE et madame CAZENAVE, gendre et fille de M. Fouquier, font hommage à l'Académie du buste de Fouquier et d'un certain nombre d'ouvrages de sa bibliothèque.

DE L'EMPOISONNEMENT PAR LA NICOTINE.

M. ORFILA lit le mémoire suivant sur l'empoisonnement par la nicotine :

Messieurs,

En déposant sur le bureau de l'Académie un mémoire sur la nicotine, le mardi 20 du mois dernier, je vous ai dit que je ne croyais pas devoir le lire dans la crainte qu'il n'exerçât une influence quelconque sur les débats qui devaient s'ouvrir à Mons huit jours après. Aujourd'hui mes scrupules sont complétement levés, parce que j'ai assisté aux trois premières séances de la cour d'assises du Hainault, et que j'ai entendu les interrogatoires des accusés et les dépositions de quelques témoins ; mon mémoire, en le supposant publié demain et par conséquent bien avant l'époque où le jugement sera rendu, ne saurait aggraver la situation des accusés, ni donner une arme nouvelle au ministère public. Vous allez voir, en effet, qu'après avoir décrit la nicotine, j'arrive à cette conséquence qu'on peut la déceler facilement dans le canal digestif, dans le foie, dans les poumons et dans tous les organes où elle a été portée après son absorption : or M. de Bocarmé avoue qu'il a préparé de la nicotine, que Gustave Fougnies en a pris une dose notable, et qu'il est mort rapidement ; il ne saurait, par conséquent, contester que M. Stas ait trouvé cet alcali dans le cadavre de son beau-frère. Peu nous importe ici que madame de Bocarmé signale son mari comme étant l'auteur du crime, tandis que celui-ci attribuerait la mort de Gustave à une méprise de sa femme, qui aurait, par mégarde, versé de la nicotine dans un verre au lieu de vin. C'est au jury à démêler ce qu'il peut y avoir de vrai dans ces assertions ; hommes de science, nous devons nous borner ici à résoudre, autant qu'il dépend de nous, les problèmes chimiques et médicaux qui se rattachent au sujet.

Je crois devoir lire à l'Académie le mémoire textuel, sauf le préambule, que j'ai déposé il y a quinze jours, alors que l'on ne savait que vaguement quelles étaient les principales circonstances que souléveraient les débats.

L'objet principal de cette lecture est de démontrer :

1° Que l'on peut caractériser la nicotine pure aussi aisément qu'on le fait pour un poison tiré du règne minéral ;

2° Qu'on peut déceler cet alcali dans le canal digestif et affirmer qu'il y existe, alors même que ce canal n'en contiendrait que quelques gouttes ;

3° Qu'il est assez facile de constater sa présence dans le foie et dans les autres organes, après qu'il a été absorbé.

§ I. — *On peut caractériser la nicotine pure aussi facilement qu'on le fait pour un poison tiré du règne minéral.*

La nicotine, découverte en 1809, par l'illustre Vauquelin, fut étudiée en 1828 par MM. Posselt et Reimann, qui la trouvèrent dans différentes espèces de *nicotiana*, dans les *macrophylla rustica* et *glutinosa*. Le tabac de la Havane en contient 2 p. 100, celui de Maryland 2,3, celui de Virginie 6,9, celui d'Alsace 3,2, celui du Pas-de-Calais 4,9, celui du Nord 6,6, et celui du Lot 8. Elle est rangée parmi les alcalis végétaux *volatils naturels* qui ne sont qu'au nombre de trois, savoir, la *conicine*, la *théotromine* et elle ; formée uniquement d'hydrogène, de carbone et d'azote, elle peut être représentée par un composé d'un équivalent d'ammoniaque H^3 Az et d'un d'hydrogène carboné contenant quatre équivalents d'hydrogène et dix de carbone H^4 C^{10}. On l'obtient aujourd'hui par un procédé beaucoup plus simple que celui qui était mis en usage autrefois, et qui consiste à faire arriver la vapeur du tabac dans de l'eau acidulée par de l'acide sulfurique ; il se produit bientôt du sulfate de nicotine que l'on décompose par un alcali puissant ; il suffit ensuite de chauffer assez pour volatiliser la nicotine. Ce mode de préparation indique suffisamment que les fumeurs, en inspirant la fumée du tabac, introduisent dans leur corps une certaine quantité de vapeurs de nicotine.

CARACTÈRES DE LA NICOTINE PURE. — Elle est sous forme d'un liquide oléagineux, transparent, incolore, assez fluide, anhydre, d'une densité de 1,048, devenant légèrement jaunâtre avec le temps, et tendant à brunir et à épaissir par le contact de l'air dont elle absorbe l'oxygène ; son odeur âcre rappelle *peu* celle du tabac, sa saveur est très-brûlante. Elle se volatilise à 250° et laisse un résidu charbonneux ; les vapeurs qu'elle répand offrent *une telle odeur de tabac et sont tellement irritantes*, qu'on respire avec peine dans une pièce où l'on a répandu une goutte de cet alcali. Lorsqu'on approche de cette vapeur une allumette ou une bougie enflammée, elle brûle avec une flamme blanche fuligineuse et laisse du charbon comme le ferait une huile essentielle. *Elle bleuit énergiquement* le papier de tournesol rougi par un acide. Elle est *très-soluble dans l'eau*, dans l'alcool et dans les huiles grasses, ainsi que dans l'*éther*, qui la sépare même facilement d'une dissolution aqueuse. La grande solubilité de la nicotine à la fois dans l'eau et dans l'éther constitue un fait important de son histoire chimique, attendu que la plupart des autres alcalis végétaux, pour ne pas dire tous, s'ils se dissolvent bien dans un de ces liquides, ne sont pas facilement solubles dans l'autre.

La nicotine se combine directement avec les acides en dégageant de la chaleur. L'acide *sulfurique* concentré et pur la colore en rouge vineux à froid. En chauffant, le liquide se trouble et acquiert la couleur lie de vin. Si l'on fait bouillir, il noircit et il se dégage de l'acide sulfureux. Avec l'acide *chlorhydrique* froid, elle répand des vapeurs blanches, comme le ferait l'ammoniaque ; si l'on chauffe, le mélange devient violet d'autant plus foncé, que l'on prolonge davantage l'ébullition. L'acide *azotique* lui communique, à l'aide d'une légère chaleur, une couleur jaune orangée, et il y a dégagement des vapeurs blanches d'acide azotique, puis de vapeurs rouges d'acide hypoazotique ; si l'on chauffe davantage, la liqueur jaunit, et par l'ébullition elle acquiert une couleur rouge, semblable à celle du chlorure de platine ; si l'on prolonge l'ébullition, l'on n'obtient qu'une masse noire. Chauffée avec de l'acide *stéarique*, elle se dissout et forme un *savon* qui se fige par le refroidissement et qui est légèrement soluble dans l'eau et très-soluble dans l'éther à chaud. Au reste, les sels simples de nicotine sont déliquescents et difficilement cristallisables. Les sels doubles qu'elle donne avec différents oxydes métalliques cristallisent mieux.

La dissolution aqueuse de nicotine est incolore, transparente et fortement alcaline ; elle agit sur plusieurs réactifs, comme l'*ammoniaque* ; ainsi, elle précipite en blanc le bichlorure de mercure, l'acétate de plomb, le proto et le bichlorure d'étain ; en jaune-serin le chlorure de platine, et le précipité est soluble dans l'eau ; en blanc les sels de zinc, et le précipité se dissout dans un excès de nicotine ; en bleu l'acétate de bioxyde de cuivre ; le précipité gélatineux est soluble dans un excès de nicotine, en formant un acétate double *bleu*, comme le fait l'ammoniaque avec le même sel. Elle précipite les sels de sexquioxyde de fer en jaune d'ocre, et un excès de nicotine ne dissout pas le précipité. Avec le sulfate de protoxyde de manganèse, elle donne un précipité blanc d'oxyde qui ne tarde pas à brunir par le contact de l'oxygène de l'air. Elle sépare des sels de chrome le bioxyde vert. Le permanganate de potasse rouge est instantanément décoloré par la nicotine comme par l'ammoniaque ; toutefois ce dernier alcali agit plus lentement et doit être employé en plus forte proportion.

Les réactions suivantes peuvent servir à distinguer la dissolution aqueuse de nicotine de l'ammoniaque. Le chlorure d'or fournit un précipité jaune rougeâtre, *très-soluble* dans un excès de nicotine. Le chlorure de cobalt est précipité en bleu qui passe au vert, et qui ne se dissout pas facilement dans un excès de nicotine, tandis que l'ammoniaque dissout le précipité vert et donne un liquide rouge. L'eau *iodée* précipite la dissolution de nicotine en jaune, comme le ferait le chlorure de platine ; avec un excès de nicotine, la couleur devient jaune-paille, et se décolore par l'action de la chaleur. L'ammoniaque, au contraire, décolore immédiatement l'eau iodée sans la troubler. L'acide tannique *pur* donne, avec la nicotine, un précipité blanc abondant. L'ammoniaque, au contraire, ne trouble pas cet acide auquel elle communique une couleur rouge (1).

Si à ces caractères chimiques, qui permettent de reconnaître si facilement la nicotine, on joint ceux qui se tirent de l'action qu'elle exerce sur l'économie animale, il ne sera plus possible de la confondre avec aucun autre corps. Voici les résultats des expériences que j'ai tentées, en 1842, sur cet alcali, et que j'ai publiées en 1843. (Voy. la 4e ed. de ma TOXICOLOGIE GÉNÉRALE.)

EXP. I. — J'ai appliqué trois gouttes de nicotine sur la langue d'un chien de petite taille, assez robuste ; aussitôt après l'animal a éprouvé des vertiges et a uriné ; au bout d'une minute, sa respiration était précipitée et haletante ; cet état a continué pendant quarante secondes, et alors l'animal est tombé du côté droit et paraissait ivre. Loin d'offrir de la roideur et des mouvements convulsifs, il était affaissé et flasque ; toutefois les pattes antérieures offraient un léger tremblement ; cinq minutes après l'ingestion du poison, il a poussé des cris plaintifs et a légèrement roidi la tête en la portant un peu en arrière ; les pupilles étaient excessivement dilatées, et la respiration calme et nullement accélérée ; cet état a duré dix minutes, pendant lesquelles l'animal ne pouvait pas se soutenir sur ses pattes. A dater de ce moment, les accidents ont paru diminuer, et bientôt après on a pu prédire qu'ils ne tarderaient pas à disparaître complétement. Le lendemain l'animal était bien portant.

EXP. II. — J'ai répété cette expérience avec cinq gouttes de nicotine sur un chien de même force ; l'animal a éprouvé les mêmes accidents, et il est mort au bout de dix minutes ; toutefois pendant quatre minutes il a offert de légers mouvements convulsifs.

OUVERTURE DU CADAVRE faite le lendemain. — Les membranes du cerveau légèrement injectées, et les vaisseaux qui rampent à leur surface sont gorgés de sang ; cette injection se fait surtout remarquer à gauche et à la base du cerveau. Celui-ci, de consistance ordinaire, est légèrement piqueté dans les deux

---

(1) Il est intéressant de comparer les propriétés physiques et chimiques de la nicotine à celles de la *conicine*. — *Conicine*. Elle est jaune ; *son odeur rappelle celle de l'urine de souris*, et diffère notablement de celle de la nicotine ; elle bleuit fortement le papier de tournesol rougi. Mise dans l'eau agitée, elle *surnage et ne se dissout pas facilement* ; l'éther la dissout très-bien. Chauffée dans une capsule, elle donne des vapeurs blanches, *ayant une forte odeur de céléri* mélangée *d'odeur d'urine de souris*. La teinture d'iode affaiblie fournit un précipité blanc qui prend une teinte olivâtre par un excès de teinture. L'acide sulfurique pur et concentré *ne l'altère pas* ; dès que l'on chauffe, elle acquiert une couleur brune verdâtre ; et si l'on continue, elle devient rouge de sang, puis noire. L'acide azotique lui communique une couleur *topaze*, qui ne change pas par l'action de la chaleur. L'acide chlorhydrique fournit des vapeurs blanches comme avec l'ammoniaque, et la rend violette, surtout en chauffant. L'acide tannique la précipite en blanc, et le chlorure de platine en jaune. Le permanganate de potasse rouge est décoloré à l'instant même. Le sublimé corrosif est précipité en blanc. L'acétate de cuivre donne un précipité gélatineux bleu, moins soluble dans un excès de conicine que ne l'est celui que forme la nicotine avec le même sel. Le chlorure de cobalt se comporte comme le fait la nicotine. Le chlorure d'or donne un précipité jaune clair. L'*acétate neutre de plomb ne fournit aucun précipité* ; le sous-acétate non plus. Le chlorure de zinc donne un précipité blanc gélatineux, soluble dans un excès de conicine. Le sulfate de sesqui-oxyde de fer est précipité en jaune.

Les mots soulignés établissent les moyens de distinguer la nicotine de la conicine.

substances qui le composent; les corps striés sont très-injectés, ainsi que le pont de Varole. Les membranes qui enveloppent le cervelet sont encore plus injectées que les autres parties. Il existe entre la première et la deuxième vertèbre cervicale du côté droit, c'est-à-dire du côté où l'animal était tombé, un épanchement de sang assez considérable. Les poumons paraissent à l'état normal. Le cœur, dont les vaisseaux sont gorgés de sang, est grandement distendu, surtout à droite, par des caillots de sang; les oreillettes et le ventricule droit en contiennent beaucoup. Le ventricule gauche n'en renferme pas. Les veines caves supérieure et inférieure et l'aorte sont également distendues par des caillots de sang demi-fluide. La langue est corrodée sur la ligne médiane et vers son tiers postérieur, où l'épithélium s'enlève avec facilité. On trouve dans l'intérieur de l'estomac une matière poisseuse noirâtre et un liquide sanguinolent, qui semble être le résultat d'une exsudation sanguine. Le duodénum est enflammé par plaques; le reste du canal intestinal paraît sain.

Depuis cette époque, j'ai fait l'expérience suivante, que j'ai souvent répétée avec les mêmes résultats, si ce n'est que, dans certains cas, j'ai trouvé le sang contenu dans les cavités du cœur fluide, même en procédant à la nécropsie immédiatement après la mort; toutefois ce sang ne tardait pas à se coaguler.

Exp. III. — A onze heures, j'ai fait avaler à un chien de moyenne taille, à jeun, douze gouttes de nicotine. Peu d'instants après, il a éprouvé des vertiges et est tombé sur le côté droit; il n'a pas tardé à avoir des mouvements convulsifs, d'abord légers, puis assez forts pour constituer un accès tétanique avec opisthotonos; il était dans un état d'assoupissement remarquable et ne poussait aucun cri. Ses pupilles étaient dilatées; du reste il n'a eu ni selles ni vomissements. Il est mort à onze heures deux minutes. On l'a ouvert immédiatement. L'abdomen et le thorax incisés répandaient *quelquefois* une odeur de tabac très-prononcée. Le cœur contenait une quantité considérable de sang *noir coagulé*. Il y en avait davantage dans l'oreillette et le ventricule droits que dans les gauches. Les poumons paraissaient à l'état normal. L'estomac contenait environ 40 grammes d'un liquide jaune épais spumeux; on voyait çà et là quelques points de la membrane muqueuse enflammés. L'œsophage, les intestins, le foie, la rate et les reins étaient à l'état normal. On détachait aisément l'épithélium de la langue; la base de cet organe était rouge et légèrement excoriée. Le cerveau était plus injecté que les méninges; le pont de Varole était comme dans l'expér. II.

Exp. IV. — J'ai appliqué sur l'œil d'un chien de moyenne taille une goutte de nicotine; à l'instant même l'animal a éprouvé des vertiges, de l'affaiblissement dans les membres; une minute après il était couché sur le côté et avait des mouvements convulsifs qui devenaient de plus en plus forts; la tête était renversée en arrière. Au bout de deux minutes, cessation des convulsions et affaissement extrême. Cinq minutes après l'animal commence à pouvoir se tenir sur ses pattes, mais il ne marche pas. Dix minutes après il est dans le même état, sans avoir vomi ni été à la garde-robe. Provoqué à marcher, il fait quelques pas mal assurés; il vomit environ 100 grammes d'une pâte alimentaire grisâtre. Au bout d'une demi-heure il est dans le même état. On voit qu'il tend à se rétablir. La conjonctive est notablement enflammée et la cornée transparente est opaque dans une assez grande étendue.

§ II. — *On peut déceler la nicotine dans le canal digestif et affirmer qu'elle y existe, alors même que ce canal n'en contiendrait que* QUELQUES *gouttes.*

J'appellerai particulièrement l'attention de l'Académie sur ce paragraphe; en effet, je n'ai jamais vu, dans mes nombreuses expériences, les animaux vomir ni aller à la garde-robe (1). S'il en est de même chez l'homme, comme tout porte à le croire, les experts se trouveront donc dans les conditions les plus favorables pour déceler le toxique, puisque le plus souvent il en restera dans ce canal une quantité suffisante pour le reconnaître.

Avant de décrire les deux procédés auxquels j'ai eu recours pour démontrer l'existence de la nicotine dans l'estomac et dans les intestins, ainsi que dans l'œsophage, je dirai que j'ai agi séparément sur les matières liquides ou solides contenues dans ces organes et sur ces organes eux-mêmes.

Premier procédé. — On place le contenu de l'estomac et des intestins ou ces organes eux-mêmes dans une proportion assez considérable d'éther sulfurique; après douze heures de macération, on filtre, l'éther passe tenant en dissolution de la nicotine; le plus souvent, lorsque les matières sur lesquelles l'éther a agi sont grasses, l'éther tient en dissolution un *savon* composé de nicotine et d'acides gras. Il se peut aussi qu'il renferme de la nicotine non saponifiée. On évapore le liquide éthéré, à une très-douce chaleur, presque jusqu'à siccité. Le produit graisseux et savonneux obtenu n'offre que rarement une réaction alcaline. On l'agite à froid avec de la soude caustique dissoute dans l'eau pour décomposer le savon de nicotine et mettre celle-ci à nu, puis on introduit le tout dans une cornue munie d'un récipient qui plonge dans l'eau froide, on chauffe à feu nu jusqu'à ce qu'il ne reste plus de liquide dans la cornue; le liquide condensé dans le ballon contient, sinon toute la nicotine, du moins une grande proportion. Il est bon de savoir: 1° qu'à mesure que l'on chauffe la cornue, la matière mousse angmente de volume et passerait infailliblement dans le récipient, si la cornue n'était pas grande relativement au volume du liquide sur lequel on opère; 2° que même à la température de 100° c. la vapeur d'eau entraîne avec elle une certaine quantité de nicotine, et qu'il faut dès lors agir, autant que possible, en vases clos. A l'aide de ces précautions, le liquide distillé est limpide et incolore; il suffit de le concentrer au bain-marie jusqu'au sixième à peu près de son volume pour obtenir avec lui toutes les réactions de la nicotine.

(1) Si la vie se prolonge, les animaux vomissent.

Deuxième procédé. — La méthode dont je vais parler est évidemment supérieure à la précédente. On fait macérer les matières contenues dans l'estomac et les intestins, ou ces organes eux-mêmes ainsi que l'œsophage, dans de l'eau aiguisée par de l'acide sulfurique pur et concentré; on emploie, par exemple, quatre à cinq gouttes d'acide pour 80 ou 100 grammes d'eau; au bout de douze heures on filtre; la liqueur, ordinairement jaunâtre, contient du sulfate de nicotine et une certaine proportion de matière organique. On la fait évaporer au bain-marie, en vases clos, presque jusqu'à siccité; on la traite par quelques grammes d'eau distillée qui dissout le sulfate de nicotine, laissant indissoute la majeure partie de la matière organique; on filtre; on sature la liqueur filtrée par quelques centigrammes de soude ou de potasse pures et solides, afin de s'emparer de l'acide sulfurique et de mettre la nicotine à nu; on introduit le mélange de sulfate de soude ou de potasse dans une cornue que l'on chauffe à feu nu, comme je l'ai dit en parlant du premier procédé; on évapore ensuite au bain-marie le liquide distillé afin de concentrer la dissolution de nicotine. Au lieu de distiller la liqueur à feu nu, je l'ai souvent traitée par l'éther, celui-ci décanté et soumis à une évaporation spontanée a laissé la nicotine.

Tout porte à croire que l'on pourrait encore déceler la nicotine par d'autres procédés; ainsi, en traitant le canal digestif par l'alcool absolu, additionné d'un peu de soude, on la dissoudrait, et par la réaction de la soude on formerait un savon avec la matière grasse, ce qui mettrait la nicotine à nu; il ne s'agirait plus que de distiller à feu nu, après avoir évaporé jusqu'à siccité. Peut-être aussi la séparerait-on en agissant sur les tissus avec de la potasse ou de la soude pures, en évaporant jusqu'à siccité et en chauffant en vases clos et à feu nu.

§ III. — *Il est assez facile de constater la présence de la nicotine dans le foie et dans les autres organes après qu'elle a été absorbée.*

En 1839, lorsque j'ai démontré que les poisons, après avoir été absorbés, pouvaient être extraits des organes où ils avaient été portés avec le sang, j'ai tant insisté sur la nécessité où se trouveraient désormais les experts d'aller chercher les toxiques dans ces organes, qu'il est aujourd'hui de pratique habituelle de procéder ainsi. Combien de fois n'arrive-t-il pas, en effet, que par suite de vomissements réitérés ou de selles fréquentes, et aussi parce que l'absorption a été complète, il ne reste rien, plus de trace de toxique dans le canal digestif. D'ailleurs ne voit-on pas qu'en retirant le poison des organes où il a été porté on recueille en réalité la portion du toxique qui a *tué*, à moins qu'il ne soit démontré que celui-ci n'est arrivé dans ces organes qu'après la mort, et par suite d'une imbibition cadavérique. M. Stas s'est conformé à ce précepte, et il a bien fait. De mon côté je ne pouvais pas, dans mes recherches, négliger cette source féconde d'exploration.

Les foies des animaux que j'avais empoisonnés avec douze ou quinze gouttes de nicotine, soumis à l'un ou à l'autre des procédés que j'ai décrits, m'ont fourni des quantités appréciables de cet alcali. J'en ai à peine obtenu du sang contenu dans le cœur; mais je n'avais opéré que sur quelques grammes. D'ailleurs, l'expérience apprend qu'un grand nombre de toxiques absorbés abandonnent rapidement le sang pour se porter sur les organes, et notamment dans le foie.

On concevra sans peine que la recherche de la *nicotine absorbée*, pourrait bien être infructueuse dans les cas où la mort n'aurait été déterminée que par un petit nombre de gouttes de ce corps; mais alors la présence de cet alcali sera constatée dans le canal digestif.

Messieurs, après des résultats tels que ceux qui ont été obtenus par M. Stas et moi, la société peut être rassurée. Sans doute, les criminels intelligents et habiles, dans le dessein de dérouter les experts, auront quelquefois recours à des toxiques très-actifs, peu connus du vulgaire et difficiles à reconnaître, mais la science veille et ne tarde pas à planer sur toutes les difficultés; pénétrant jusqu'à la profondeur de nos organes, elle en extrait la preuve du crime, et fournit un des plus grands éléments de conviction contre les coupables. Ne savons-nous pas qu'en ce moment, les empoisonnements par la morphine, la brucine, la strychnine, la nicotine, la conicine, l'acide cyanhydrique, et par tant d'autres substances végétales que l'on croyait inaccessibles à nos moyens d'investigation, peuvent être décelés et reconnus de manière à pouvoir être parfaitement caractérisés?

Pendant mon séjour à Mons, et par conséquent depuis le dépôt de ce mémoire, j'ai eu à ma disposition le rapport si complet et si remarquable de M. Stas, et j'ai pu m'assurer:

1° Que ce savant a retiré de la nicotine de la langue, de l'estomac et des liquides contenus dans celui-ci, ainsi que du foie et des poumons de Gustave Fougnies;

2° Qu'il en a également obtenu en traitant convenablement des planches du parquet de la salle à manger où Gustave était mort, quoique ces planches eussent été lavées, avec de l'eau chaude, de l'huile et du savon.

On a cherché à diminuer le mérite de la belle expertise de M. Stas, en disant qu'il avait été mis sur la voie par le juge d'instruction, lequel lui aurait annoncé que Bocarmé travaillait sur le tabac et sur la nicotine. Voici la vérité: lorsque M. Stas a reçu cette indication précieuse, il était déjà parvenu à reconnaître que le toxique introduit dans l'estomac de Fougnies n'était ni de l'acide sulfurique, comme on l'avait d'abord supposé, ni de l'acide acétique, comme l'expert lui-même l'avait cru pendant quelques jours, mais bien de la conicine ou de la nicotine.

Si maintenant j'établis un parallèle entre les procédés dont je viens de donner la description et celui qui a été mis en pratique par M. Stas pour extraire la nicotine du corps de Fougnies, on verra qu'à peu de nuances près, la marche adoptée par le savant belge est analogue à celle que j'ai suivie dans mon procédé décrit dans le n° 2. En effet, j'acidule la liqueur suspecte par des traces d'acide sulfurique; M. Stas obtient le même résultat avec l'acide oxalique. Lequel de

ces deux acides est préférable, et doit-on craindre, comme le pense M. Stas, que l'acide sulfurique ne décompose une partie de la nicotine? Je ne le crois pas, lorsque je songe au degré de dilution de l'acide que j'emploie, et qui est composé de trois à quatre gouttes d'acide sulfurique et de 150 à 200 grammes d'eau.

La liqueur suspecte une fois acidulée, je l'évapore au bain-marie pour coaguler et séparer une grande partie de la matière organique qu'elle renferme. M. Stas agit de même, si ce n'est qu'il a souvent aussi recours à l'alcool pour obtenir le même résultat. Après avoir filtré les liqueurs, nous les rendons alcalines, lui par la potasse, moi par la soude.

Ces liqueurs ainsi rendues alcalines sont soumises à l'action de l'éther par M. Stas, dans le but de dissoudre la nicotine et de l'obtenir par l'évaporation de l'éther. J'agis de même; dans certaines circonstances cependant, au lieu de traiter par l'éther, j'ai décomposé le liquide alcalin en vases clos, à feu nu, et la nicotine s'est condensée dans le récipient.

Je ne terminerai pas cette lecture sans faire observer que nous étions placés, M. Stas et moi, dans des conditions fort différentes; j'expérimentais sur des animaux auxquels j'avais administré de la nicotine; je savais que leurs organes pouvaient en contenir, et je voulais prouver qu'ils en renfermaient en réalité; je n'avais donc pas besoin, pour atteindre le but, de prendre ces précautions minutieuses et savantes qui ont été prises par M. Stas pour ne pas perdre un atome de matière, alors que lui cherchait l'inconnu; ainsi, dans son travail, presque toujours les évaporations ont été faites dans le vide ou dans des appareils assez compliqués, au milieu d'un courant de gaz hydrogène. Lorsqu'on songe à la facilité avec laquelle les substances organiques sont altérées par la chaleur, par l'air, etc., on ne pourra qu'applaudir à la marche suivie par le professeur de Bruxelles, et l'on devra le prendre pour modèle toutes les fois qu'il s'agira d'une expertise médico-légale ayant pour objet la recherche des poisons végétaux; les liqueurs suspectes, ainsi que je l'ai recommandé dans mes ouvrages, devront surtout être évaporées dans le vide.

Je crois devoir dire, dans l'intérêt de la vérité, que je n'avais aucune connaissance du travail de M. Stas, lorsque j'ai déposé mon mémoire, pas plus qu'il ne savait ce que j'avais fait. Voici comment s'exprimait le professeur belge dans une lettre qu'il m'écrivait le 18 mai dernier, deux jours avant le dépôt de l'écrit dont je viens de donner lecture à l'Académie: « Chose étrange! personne ne connaît » mon travail, et tout le monde me présente des objections, tout le monde me » critique. Je comprends qu'au fond de tout cela il n'y a qu'un sentiment d'in» dulgence en faveur des accusés, sentiment que je ne blâme pas, mais qui ne » m'inspire pas moins de tristes réflexions sur la faiblesse de l'esprit humain. »

— M. O. Henry donne de nouveau lecture du rapport que M. Caventou a lu en son nom dans la précédente séance sur la source minérale sulfureuse récemment découverte à Batignolles (près Paris). M. le rapporteur conclut en proposant à l'Académie d'inviter la commission des eaux minérales à se transporter sur les lieux pour se livrer à un nouvel examen.

Après quelques observations échangées entre les membres de la commission, cette proposition est adoptée.

DE L'ALCALINITÉ DU SÉRUM DU SANG CHEZ L'HOMME.

M. Lecanu lit, en son nom et celui de MM. Martin-Solon et Caventou, un rapport sur un mémoire de M. le docteur Cahen, ayant pour titre: Recherches expérimentales sur l'alcalinité du sérum du sang de l'homme.

L'auteur s'est proposé, dans ce mémoire, de rechercher si la proportion de l'élément alcalin se maintient dans le sang pathologique ce qu'elle est dans le sang normal.

Des expériences de M. Cahen, il est résulté:

1° Que le sérum d'individus sains ramène bien plus complétement au bleu le papier rouge de tournesol que ne le fait celui d'individus affectés de phlegmasies;

2° Que 100 volumes de sérum sain exigent par leur neutralisation, de 15 à 16 volumes d'un mélange, en poids, de 99 parties d'eau distillée et d'une partie d'acide phosphorique très-hydraté, tandis que 100 volumes de sérum pathologique n'en exigent que 10 volumes, c'est-à-dire un tiers en moins.

Dans le seul cas de fièvre typhoïde qu'il ait eu l'occasion d'étudier, l'auteur a vu, au contraire, la proportion d'alcali augmenter à ce point qu'il fallut, pour amener la neutralisation du sérum, porter à 20 le nombre des volumes de liqueur acide ajoutée.

En rapprochant le fait observé par lui de la diminution proportionnelle de l'alcali dans le sérum d'individus atteints de maladies inflammatoires, du fait antérieurement constaté de la diminution, dans le sang de ces mêmes individus, de la proportion de l'eau, M. Cahen a naturellement et rationnellement été conduit à conclure que dans ces sortes d'affections le sang se trouvait perdre une portion notable d'alcali.

D'un autre côté, en considérant que, d'après Berzélius, MM. Denis, Muller, Liebig, etc., l'albumine et la fibrine constitueraient de véritables isomères, des matières formées des mêmes éléments, en mêmes proportions, mais tellement associées que certaines de leurs propriétés seraient modifiées, et aussi, d'après M. Denis principalement, que l'albumine solide dissoute dans l'eau chargée de substances alcalines en petites proportions peut, sous des influences diverses, se déposer en une matière qu'il est impossible de distinguer de la fibrine, contrairement à ce qui a lieu quand le liquide tient en dissolution une forte proportion d'alcali; le même expérimenteur a émis l'opinion que la disparition d'une portion de l'alcali dans le sang inflammatoire, y favorisait la transformation isomérique de l'albumine en fibrine, par suite y devenait la cause principale, sinon unique, de la production d'une couenne inflammatoire, d'un caillot plus consistant, etc.

Les commissaires sont d'avis que les expériences de M. Cahen démontrent la diminution de la proportion de l'alcali dans le sang, à la suite des maladies inflammatoires, soit que d'ailleurs elle ait lieu sous l'influence de causes de nature à prévenir l'introduction des alcalis dans le torrent circulatoire, à surexciter les organes sécréteurs de manière à amener son élimination anormale, ou encore à augmenter anormalement la proportion des autres éléments; ils pensent aussi qu'on ne peut guère se refuser à admettre avec lui que cette circonstance peut et doit exercer une influence considérable sur la production de la couenne dite inflammatoire sur l'augmentation de consistance du caillot qui coïncident avec elle.

Quant aux indications thérapeutiques qu'il serait possible de tirer des résultats de ses intéressantes recherches, les commissaires imitent la réserve de l'auteur qui s'est contenté d'en indiquer quelques-unes.

En résumé, les commissaires pensent que le mémoire de M. Cahen est très-digne d'attention; ils demandent en conséquence le renvoi au comité de publication. (Adopté.)

LIGATURE DE L'ILIAQUE EXTERNE.

M. Larat présente une pièce anatomique provenant de l'ouverture d'un sujet opéré il y a vingt-cinq ou vingt-six ans pour un anévrisme au pli de l'aine gauche. M. Cloquet lui pratiqua la ligature de l'artère iliaque externe par le procédé d'A. Cooper.

Guillaume Goupy (c'est le nom du malade), âgé de 62 ans, charretier, entra le 6 octobre 1850 à l'hôpital de la Pitié, dans le service de M. Gendrin, pour y être traité d'un emphysème pulmonaire. Il fut emporté subitement par un accès d'asthme le 24 octobre. Quelques jours auparavant il avait raconté son opération, laquelle avait été suivie d'un succès complet, car il n'existait pas de différence appréciable entre les deux membres abdominaux sous le rapport des fonctions plastiques et locomotrices.

La pièce anatomique présente particulièrement les circonstances suivantes:

1° Le mode d'oblitération de l'iliaque externe. Elle est changée en un cordon dans lequel à l'état frais il était facile de constater la présence d'une matière fibrineuse molle et non d'un tissu fibreux. (Fait d'accord avec les idées soutenues dans la thèse de M. Notta.)

2° L'état du sac anévrismal et des parties voisines. Le sac est transformé en un petit noyau fibreux, au devant duquel se trouvait une plaque fibreuse épaisse, adhérente à tous les organes voisins; la fémorale est oblitérée au-dessus et au-dessous du sac.

3° La persistance du calibre de la fémorale au niveau du pli de l'aine dans une étendue de 2 centimètres environ. (Disposition signalée par A. Cooper et Hogdson.)

4° L'existence de larges anastomoses pour le rétablissement de la circulation. L'hypogastrique gauche est aussi volumineuse que le tronc de l'iliaque primitive du côté opposé. — Les principales anastomoses s'opéraient entre la mammaire interne et l'épigastrique, la quatrième lombaire et la circonflexe iliaque, l'obturatrice et la circonflexe interne, la fessière et la circonflexe externe, l'ischiatique et la fémorale profonde.

5° Le développement anomal de quelques branches surnuméraires, en particulier d'une branche musculaire externe, aussi volumineuse que la circonflexe iliaque.

(Commissaires, MM. J. Cloquet et Robert.)

PROPRIÉTÉS THÉRAPEUTIQUES DE L'IPÉCA.

M. Delioux lit un extrait d'un mémoire sur l'ipéca.

Ce mémoire est divisé en trois parties. Dans la première, l'auteur établit, par des expériences sur l'homme et sur les animaux, les caractères positifs de l'action topique de l'ipéca; dans la deuxième et la troisième partie, il étudie cliniquement son action dynamique, en l'appliquant particulièrement au traitement de la dyssenterie et de la pleuropneumonie.

Des expériences et des observations consignées dans ce mémoire, l'auteur tire les conclusions suivantes:

1° L'action topique de l'ipéca est irritante, mais non d'une manière égale sur tous les tissus, et toutes les préparations de ce médicament ne sont pas non plus irritantes au même degré.

2° L'action dynamique de l'ipéca est indépendante de son action topique; quand on l'administre à l'intérieur, son action topique irritante étant non-seulement inutile, mais nuisible à la réalisation des effets thérapeutiques que l'on veut obtenir, il est bon de l'éviter; dans l'emploi externe, au contraire, il peut être utile de la provoquer.

3° L'action dynamique de l'ipéca est sédative et altérante.

4° Des faits nombreux et irrécusables attestent l'efficacité de ce médicament dans la dyssenterie.

5° Son influence n'est pas moins puissante sur les lésions des organes respiratoires, et il paraît appelé à prendre un rang important dans le traitement de la pleuropneumonie.

(Commissaires, MM. Pâtissier, Guibourt et Desportes.)

La séance est levée à cinq heures.

BIBLIOGRAPHIE.

RAPPORT SUR LES ÉPIDÉMIES CHOLÉRIQUES DE 1832 ET DE 1849 DANS LES ÉTABLISSEMENTS DÉPENDANTS DE L'ADMINISTRATION GÉNÉRALE DE L'ASSISTANCE PUBLIQUE DE LA VILLE DE PARIS; par M. BLONDEL, inspecteur de l'administration générale de l'assistance. — Un vol. in-4°.

(Suite. — Voir le numéro précédent.)

Il n'est pires sourds que ceux qui ne veulent pas entendre,
ni les aveugles que ceux qui ne veulent pas voir.

2° EFFETS DU CHOLÉRA. — CAS DÉCLARÉS A L'INTÉRIEUR DES HÔPITAUX.

Le point le plus épineux à traiter dans l'esprit qui a présidé à la rédaction du Rapport, c'est-à-dire avec le parti pris, croyons-nous, de nier l'influence de la contagion, était le point relatif aux cas déclarés à l'intérieur des hôpitaux. « Les atteintes du choléra (nous citons le Rapport) qui » ont été soignées dans les hôpitaux à cette seconde invasion ont porté » pour un quart sur la population intérieure des établissements, tandis » qu'en 1832, s'il faut en croire les relevés de l'époque, les malades de » l'intérieur n'ont été que le 23e de ceux venant du dehors. » (P. 87.) Et M. Blondel annonce l'intention de chercher « si l'on peut attribuer ce dé» veloppement extraordinaire de l'épidémie dans les hôpitaux à une autre » cause qu'à l'action capricieuse et irrégulière du choléra. »

Il est tout naturel qu'en temps d'épidémie cholérique on constate des cas sur la partie de la population qui se trouve dans les hôpitaux comme sur la masse des habitants; « mais, avoue le Rapport, on ne peut cepen» dant se défendre d'une certaine préoccupation en voyant le choléra at» teindre, dans les hôpitaux, 2,402 personnes, alors qu'il n'en a frappé » que 35,449 sur la totalité des habitants. (La population non cholérique des hôpitaux a été, en moyenne, de 4,000 pendant l'épidémie.)

» On se demande, continue-t-il, si la réunion dans les mêmes salles de » tous les malades, cholériques ou non, n'aurait pas eu, comme l'ont pensé » quelques personnes, une conséquence fâcheuse; s'il eût été possible de » prévenir, par des mesures administratives, le développement du cho» léra à l'intérieur des hôpitaux; si surtout il n'y aurait pas quelques » précautions à prendre dans ce but lors d'une nouvelle épidémie. » (P. 87, 88.)

La réponse que fait l'auteur à toutes ces questions est négative ; son travail semble avoir effectivement pour objet d'écarter l'idée qu'il eût été possible d'agir autrement qu'on ne l'a fait. Les raisons qu'il donne de son opinion ne nous paraissent rien moins que péremptoires.

Le Rapport constate, par exemple, qu'au premier mois de l'épidémie, en mars, il y a presque égalité entre les cas extérieurs et les cas intérieurs; qu'en avril, les cas intérieurs sont la moitié des cas extérieurs; en mai, le cinquième; en juin, le sixième; en juillet et août, les deux tiers; qu'en septembre, il y a de nouveau égalité; qu'en octobre enfin, les cas déclarés à l'intérieur ont été trois fois plus nombreux qu'à l'extérieur. (P. 90.)

La conséquence que l'auteur du Rapport tire de ces variations, c'est que « la » proportion des cas intérieurs est d'autant plus faible qu'on s'approche » du plus grand degré d'intensité de l'épidémie, et de plus, qu'elle est en » raison inverse du nombre des cholériques apportés du dehors. » De ceci M. Blondel se fait un argument contre l'idée d'une filiation quelconque entre les cas de choléra qui se sont déclarés à l'intérieur des hôpitaux et la présence des cholériques venant du dehors, *puisque*, dit-il, *les premiers n'augmentent pas à mesure que ceux-ci se multiplient.*

Mais pour que cette dernière condition pût se réaliser, il faudrait que la population des hôpitaux fût dévorée tout entière (1). Comment, pour peu qu'on y réfléchisse, ne comprend-on pas que, si le mal est susceptible de se transmettre des individus atteints à ceux qui se trouvent dans leur voisinage, il doit arriver qu'au début de l'épidémie, lorsque seulement un, deux, trois sujets ayant pris le germe du choléra au dehors, sont placés au milieu de plusieurs centaines de malades ordinaires dans les hôpitaux, ils le communiqueront à un certain nombre de ceux-ci; et il en résultera que, dans l'origine, il se déclarera une proportion très-forte de cas à l'intérieur autour des premiers cholériques admis. A mesure, au contraire, que le principe épidémique s'étend de proche en proche sur la masse de la population du dehors, les cas intérieurs, fournis par une population restreinte comme l'est celle des établissements hospitaliers, ne pourront plus faire équilibre aux cas extérieurs. Plus ceux-ci se multiplient dans les salles, moins les sujets qui les offrent auront chance d'y rencontrer pour voisins de lit des malades ordinaires, c'est-à-dire des individus auxquels le mal épidémique puisse être communiqué (1). Le Rapport lui-même le constate : « Le plus grand nombre des vacances de lits dans les hôpitaux coïncide avec les mois les plus meurtriers. » Ce qui veut dire qu'en temps de choléra le peuple a la sagacité de fuir l'hôpital et de n'y aller que le moins possible pour le traitement des affections communes. — Enfin, lorsque dans la ville l'épidémie commence à s'éteindre, — au sein des hôpitaux où il se maintient des foyers par suite de la présence des cholériques en traitement, au sein des hôpitaux le mal persiste davantage, et l'on remarque de nouveau que le nombre des cas intérieurs égale et même surpasse celui des cas extérieurs. Tout cela s'explique parfaitement dans l'hypothèse d'un principe transmissible des individus atteints aux personnes qui se trouvent dans leur atmosphère : où il séjourne des cholériques, là des foyers de choléra se maintiennent. Cela s'est vu notamment à l'infirmerie de la Salpêtrière, où il se déclara 68 cas en mai, bien que l'épidémie eût presque disparu dans le reste de l'hospice. Quelle induction tirer de ces faits, sinon que le principe morbifique est inhérent aux sujets affectés de la maladie, entretenu et transmis par eux et par leurs excrétions ou émanations diverses?

Une autre observation du Rapport non moins significative, c'est que les cas intérieurs ont suivi les mêmes périodes croissantes et décroissantes que l'épidémie générale, *mais plus lentement*; c'est-à-dire que le maximum des cas intérieurs survient deux, trois ou quatre jours après le maximum des cas extérieurs ou des entrées de cholériques dans les hôpitaux. Cette particularité a été constatée par M. le docteur Briquet, à la Charité, et interprétée par lui dans le sens de la transmission. Chaque fournée de cholériques venue du dehors était suivie, à 24, 48 ou 72 heures d'intervalle, d'une recrudescence de l'épidémie dans les salles. Ceci est encore on ne peut plus clair dans l'hypothèse de la transmission. L'intervalle de temps qui sépare le moment du maximum des cas extérieurs de celui des cas intérieurs représente le temps nécessaire à la transmission et à l'incubation du principe morbifique. C'était, nous dit encore le médecin de la Charité cité plus haut, c'était le plus souvent vers le troisième jour de leur entrée dans les salles où se trouvaient des cholériques qu'étaient attaqués du choléra les malades ordinaires. Et M. Briquet ajoute (p. 99 de son livre) : « Il n'est resté dans nos salles que TROIS malades qui aient résisté à l'épidémie ! »

Revenons au Rapport de M. l'inspecteur de l'assistance publique. Les faits y sont partout présentés de manière à obscurcir et à embrouiller la question du mode de propagation de la maladie; il est cependant facile, avec un peu d'attention, de rendre à ces mêmes faits leur portée légitime.

Les cas intérieurs ont été, en moyenne, le tiers des cas extérieurs. La proportion a varié d'hôpital à hôpital. Elle n'est pas, fait remarquer le Rapport, en raison du nombre des cholériques traités dans les maisons. Cochin n'a eu que 2 0/0; la Charité, au contraire, 30 0/0 de cas certains, c'est-à-dire déclarés plus de cinq jours après l'entrée des malades à l'hôpital.

En prenant ce terme de cinq jours, on réduit singulièrement le chiffre des cas intérieurs, puisque tout à l'heure nous avons vu que M. Briquet, d'accord en cela, croyons-nous, avec la plupart de ses collègues des hôpitaux, avait observé que les malades nouveaux étaient pris le plus souvent vers le

(1) « Lorsqu'en mai, dit le Rapport, les cas du dehors augmentent de 789 à » 2,060, les cas intérieurs ne s'élèvent que de 306 à 437; puis au mois de juil» let, les premiers diminuent de 3,090 à 344, les seconds descendent seulement » de 486 à 279. » (P. 90.) M. l'inspecteur de l'assistance n'y a donc pas réfléchi : les 2,060 cas extérieurs que mai a fournis proviennent de toute la partie de la population qui recourt à l'hôpital pour le traitement du mal épidémique, soit le tiers au moins de la population totale de Paris, ou 330,000 personnes. Les 437 cas intérieurs que le même mois a comptés proviennent exclusivement de la population non-cholérique des hôpitaux, dont le chiffre à cette époque était au-dessous de 4,000. Or le nombre 2,060 n'est pas le 150e de 330,000, et le nombre 437 est plus du 10e de 4,000. Quelle énorme disproportion !

(1) C'est ce qui explique pourquoi la proportion des cas intérieurs non-seulement n'est pas toujours en raison des cas extérieurs, mais se trouve parfois en raison inverse du nombre de ces derniers. Si un hôpital a 80 p. 100 de ses lits occupés par des cholériques venus du dehors, il est clair que le rapport des cas intérieurs aux cas extérieurs sera faible, puisque les sujets susceptibles de prendre la maladie à l'intérieur de l'établissement ne seront à ceux qui l'ont prise au dehors que dans la proportion 1 : 8. Aussi n'était-ce pas la proportion des cas intérieurs aux cas extérieurs qu'il importait d'établir, mais surtout celle des cas développés à l'intérieur au nombre des malades ordinaires mis en communication avec les cholériques dans chaque hôpital. Or ce dernier point de vue est complétement omis dans le travail de M. Blondel. L'auteur s'attache uniquement à la proportion des cas du dedans aux cas du dehors, et il en tire une induction très-mal fondée, à savoir que « le développement du choléra dans les hôpitaux a été indépendant de la présence des cholériques amenés du dehors. » (P. 94.)

troisième jour depuis leur entrée à l'hôpital. Quoi qu'il en soit, la Charité est un des établissements hospitaliers dans lesquels on a compté le plus de cas intérieurs (448, suivant M. Briquet, contre 477 venus du dehors, c'est-à-dire près de moitié). Or les salles de la Charité communiquent toutes entre elles sans aucune séparation : disposition éminemment propre à généraliser un mal contagieux.

« La Charité, est-il dit dans le Rapport, a eu dans des salles réservées, sur 90 lits, 53 cas intérieurs. » Mais là où tous les services communiquent entre eux, que signifient, nous le demandons, des salles réservées?

« A la Pitié, c'est toujours le Rapport que nous citons, on les voit (les cas intérieurs) six fois plus nombreux que les cas extérieurs dans un service de chirurgie où l'on a mis peu de cholériques du dehors, et dans d'autres ils sont à peine le dixième. »

Il y a pour nous quelque chose d'obscur dans ce passage. Nous avons peine à nous expliquer comment un service de chirurgie a pu donner lieu à une proportionnalité quelconque entre les cas intérieurs et les cas extérieurs. Dans un service chirurgical, nous ne concevons guère qu'il se soit rencontré d'autres cas de choléra que ceux qui sont survenus chez des blessés en traitement, tous cas par conséquent ayant dû se déclarer à l'intérieur des salles. Si, à tout prendre, il a fallu, par suite d'une nécessité quelconque, admettre en chirurgie des cholériques du dehors, ces derniers y ont été à coup sûr beaucoup moins nombreux relativement que dans les services de médecine. La proportion des cas intérieurs a donc dû de toute façon y rester prédominante. Qu'est-ce que cela prouve contre la transmissibilité du mal? Grâce à M. Briquet, nous savons qu'à la Charité même, bien que les salles de chirurgie n'y soient séparées de celles de médecine que par un simple vitrage et qu'on soit obligé de passer par les secondes pour arriver aux premières, nous savons, disons-nous, qu'en chirurgie la proportion des cas de choléra constatés à l'intérieur a été plus de moitié moins considérable qu'en médecine; ainsi du 16 mars au 30 septembre 1849, on a eu dans cet hôpital : en chirurgie, 1 cholérique sur 15 blessés et sur 3 lits; en médecine, 1 cholérique sur 7 malades et sur moins d'un lit. Que serait-ce si nous rapprochions de ce résultat ce qui a été observé ailleurs? A Brest, par exemple, la salle des blessés de l'hôpital du bagne, qui n'est séparée que par un couloir de 4 mètres de long de la salle des fiévreux dans laquelle étaient reçus les cholériques, la salle des blessés n'offre pas un seul cas de choléra pendant toute la durée de l'épidémie, tandis que les fiévreux payent un assez ample tribut au voisinage plus immédiat qu'ils ont à subir. Ici nulle possibilité de communication entre les malades des deux salles, enchaîné qu'est chacun d'eux à son lit. Nous n'apercevons pas, quant à nous, de meilleure raison de l'immunité complète dont les blessés de l'hôpital du bagne ont joui.

Mais continuons l'examen des faits ou plutôt des arguments allégués dans le Rapport de M. l'inspecteur Blondel contre l'idée d'une filiation entre les cas de choléra de l'intérieur des hôpitaux de Paris et la présence des cholériques du dehors.

« Les cas intérieurs ont parfois devancé les cas extérieurs. »

Il eût été nécessaire de nous donner l'historique particulier de ces cas intérieurs primitifs. Ont-ils porté sur des malades entrés depuis peu de jours et ayant pu apporter du dehors le principe du mal épidémique, ou bien encore sur des malades ayant fait une sortie les jours qui ont précédé l'attaque ou ayant eu des rapports avec le personnel des autres salles dans lesquelles se trouvaient des cholériques? Aucune de ces indications essentielles ne se rencontre dans le Rapport. Sur quoi donc peut-il fonder cette conclusion : « Que le développement du choléra à l'intérieur des hôpitaux » a été indépendant de la présence des cholériques amenés du dehors? » (P. 94.)

En opposition à cette conclusion, nous citerons des faits constatés dans d'autres villes. Ainsi à Rennes, à Blois, villes qui ont beaucoup souffert du dernier choléra, l'hôpital général, dans lequel il ne fut point admis de cholériques du dehors, n'offrit pas un seul cas de choléra, tandis que les autres établissements hospitaliers (l'Hôtel-Dieu de Blois surtout) qui avaient reçu des cholériques eurent un nombre considérable de leurs malades ordinaires attaqués de l'épidémie.

Les cas intérieurs ont été dans les divers hôpitaux de Paris relativement aux cas extérieurs : à Cochin le trentième, à Necker le dixième, à Saint-Louis le sixième, à l'Hôtel-Dieu et à la Pitié le quart, à Bon-Secours, à Saint-Antoine, à Sainte-Marguerite et à Beaujon le tiers, à la Maison de santé les deux cinquièmes, aux Cliniques le double.

De si grandes différences entre les hôpitaux quant à la proportion de leurs cholériques intérieurs correspondraient-elles, comme l'ont présumé quelques personnes, aux divers degrés d'intensité qu'a présentés le choléra dans chaque quartier? Non, évidemment (c'est nous qui répondons, mais c'est M. Blondel qui nous fournit les motifs de cette réponse), non évidemment, car l'Hôtel-Dieu et la Pitié, dont les quartiers dirigeaient sur les hôpitaux 1 malade sur 68 habitants et 1 sur 86, ont eu moins de cas intérieurs que la Charité, dont le quartier a donné 1 sur 167, que Beaujon, dont les environs ont produit 1 sur 221. (Rapport, p. 93.)

Ces différences dépendraient-elles des circonstances spéciales qui tiennent aux établissements mêmes, telles que leur position, la nature de leurs services l'étendue de leurs salles? L'auteur du Rapport annonce que l'examen comparatif de toutes ces circonstances ne peut faire seulement supposer pourquoi tels établissements ont eu un aussi grand nombre de cas intérieurs, tandis que d'autres en ont compté beaucoup moins. « Rien, continue-t-il, » n'explique pourquoi le développement des premiers a été beaucoup plus » sensible en 1849 qu'en 1832, pourquoi il a été si différent suivant les » établissements, et l'on est réduit à se demander si ce ne serait pas encore » là un des inexplicables effets du fléau devant lesquels tous les efforts de » l'administration sont destinés à échouer. (P. 94.)

Obscurantisme et *fatalisme* partout, toujours! On dirait que c'est le mot d'ordre des publications officielles concernant le choléra.

M. l'inspecteur de l'assistance publique ajoute cependant : « Si le malheur veut que nous ayons encore à lutter contre une troisième invasion, » l'administration charitable, prévenue à l'avance, pourra tenter une série d'essais qui amèneront sans doute à reconnaître les causes générales et particulières par lesquelles le choléra se développe spécialement dans les hôpitaux. »

Si quelque chose a lieu d'étonner, après l'aveu, répété presque à chaque page du Rapport, de l'ignorance absolue dans laquelle les deux premières invasions du choléra ont laissé l'administration sur la marche et le mode de propagation du fléau; si quelque chose a lieu d'étonner, disons-nous, c'est l'assurance avec laquelle M. l'inspecteur prédit qu'une troisième invasion de l'épidémie cholérique fournira sans faute à l'administration les lumières qui lui ont si complétement échappé jusqu'ici.

Eh quoi! nous avons subi deux grandes épidémies dont chacune a eu huit mois pleins de durée dans la capitale et lui a enlevé une vingtaine de mille habitants, épidémies qui ont moissonné dans toute la France environ 300,000 personnes; ces grandes calamités, qui n'ont de comparable que la peste noire du quatorzième siècle, ne vous ont, c'est vous qui en convenez, rien appris, non pas même le premier mot des graves questions que soulève la présence, dans nos contrées, du choléra épidémique; elles n'ont été pour vous l'occasion d'aucun essai méthodique et rationnel, d'aucun enseignement profitable, et vous nous promettez monts et merveilles d'une troisième visite du fléau! Allons donc (1)! En restant dans les errements suivis par l'administration en 1832 et en 1849, notre malheureux pays compterait autant d'épidémies de choléra que l'Inde elle-même qu'il ne serait pas plus éclairé qu'au premier jour sur les moyens efficaces à opposer à ce mal redoutable.

Les avertissements n'avaient pas manqué à l'administration dès avant 1832. Les rapports si remarquables de M. Moreau de Jonnès au conseil supérieur de santé avaient précédé la première apparition, dans notre France, du typhus asiatique. En prévision de l'arrivée du choléra, la commission médicale de 1831 avait arrêté des mesures auxquelles, pour des raisons que nous apprécierons, si l'espace le permet, l'administration n'essaya pas même de donner suite.

Il nous reste à considérer comme se rattachant à la question du développement et de la propagation du choléra dans les établissements charitables, le paragraphe qui traite des effets du choléra sur le personnel de ces établissements.

Après avoir payé un juste tribut d'hommages aux victimes que l'épidémie a frappées dans les divers services des hôpitaux et hospices, le Rapport nous apprend que leur nombre ne s'élève pas à moins de 147, et qu'on arrive à un total de 187, en comprenant les décès des parents ou serviteurs d'employés. Le service administratif a perdu 2 directeurs et 5 employés, le service de santé 6 élèves, le culte 1 aumônier, le service des salles 87 personnes, les services généraux 46, et enfin les parents et serviteurs d'employés 40.

Les 187 décès dans le personnel se répartissent ainsi : 104 à la Vieillesse-Femmes, qui a compté 1,859 cas de choléra, 32 à la Vieillesse-Hommes, qui a eu 432 cas, 8 à Lourcine (166 cas); 7 à l'Hôtel-Dieu (2,676 cas); 6 à la Charité (1,008 cas), etc.

M. Blondel fait observer qu'il n'a existé aucun rapport entre les cas de choléra qui ont atteint le personnel administratif et le nombre des cholé-

(1) Le seul essai qui soit spécifié dans le Rapport se trouve exposé ainsi qu'il suit dans une note de la page 136 : « Il fut fait (à la Salpêtrière), sur la proposition de M. Flon, membre du conseil municipal, des fumigations d'ammoniaque dans les salles, mais sans qu'on pût en constater d'une manière définitive » les effets. » Nous ne pensons pas que l'agent auquel on s'adressait en cette circonstance fût propre à neutraliser les miasmes cholérigènes; mais pourquoi n'avoir pas persévéré dans cette voie d'essai, en variant la nature des gaz employés dans un but de préservation?

riques traités dans les établissements, circonstance qui n'a pas autant de valeur qu'il paraît lui en accorder dans le sens de la non-transmission. Ce n'est point toujours parce qu'il se rencontrera dans les salles d'une maison, un peu plus ou un peu moins de sujets atteints d'un mal transmissible, que les divers employés seront plus ou moins exposés à le prendre. Cela dépendra de la fréquence et de la durée des communications entre eux et les malades, quelquefois de la disposition des logements qui, par exemple, mettent les employés sur le passage des entrants. Ainsi nous trouvons consignée dans le Rapport la particularité suivante relative à l'hospice de la Vieillesse-Hommes, le seul de tous les hospices qui ait reçu des cas extérieurs et qui en reçut 429 : « Il est à remarquer que, dans un bâtiment ***qui est placé à l'entrée de l'hospice*** et où logent quelques familles de serviteurs-ouvriers, on a compté autant de malades que d'habitants, et malheureusement presque autant de décès que de malades. » (P. 125.)

Voilà une catégorie d'individus rangés parmi ceux qui n'ont point de contact avec les cholériques. Or la situation de leurs logements les exposaient autant, pour le moins, à l'influence cholérigène que les infirmiers attachés aux salles. On voit donc qu'il ne faut pas attribuer une trop grande importance à cette observation du Rapport, « que la multiplicité des contacts avec les cholériques ne paraît pas avoir aidé au développement du mal. »

En résumé, il y a eu pour les employés, leurs parents ou serviteurs, à la Vieillesse-Hommes, 4 cas de choléra sur 40 personnes; à la Vieillesse-Femmes, 1 cas sur 3 personnes. Et, à ne tenir compte que des employés eux-mêmes, déduction faite des parents et serviteurs, nous voyons que les décédés sont, à la totalité du personnel :

A la Vieillesse (femmes),	dans le rapport de	74 à 476,	ou 15 p. 100
— (hommes),	— —	25 à 350,	on 7 p. 100
A l'Hôtel-Dieu,	— —	7 à 194,	on 3,6
A la Pitié,	— —	7 à 130,	ou 5,3
A la Charité,	— —	6 à 107,	ou 5,6
A Lourcine,	— —	5 à 56,	ou 9
A Saint-Antoine,	— —	4 à 72,	ou 6

Faisant le total et prenant la moyenne, on a pour les 7 établissements : 128 décédés sur 1,385 employés, soit 1 sur un peu moins de 11 (sur 10,82) ou 9,24 p. 100.

Aussi, malgré toute sa bonne volonté d'éluder la conséquence qui ressort de ces chiffres, l'auteur du Rapport est-il forcé d'aboutir à l'aveu que voici : « On ne saurait nier, toutefois, que le personnel n'ait été atteint dans une » toute autre proportion que le reste des habitants de la ville, car le choléra » n'a enlevé à domicile qu'un individu sur 65 ou 1,50 p. 100. Il y a donc » une disproportion frappante, et puisque les faits observés tendent à prou- » ver qu'elle ne tient pas à la présence des cholériques ni aux rapproche- » ments qu'on a eus avec eux, nous cherchons, mais en vain, à nous expli- » quer cette mortalité qui varie beaucoup suivant les maisons. »

On a pu juger par tout ce qui précède du fondement de cette allégation incessamment reproduite dans le Rapport, que les ravages du choléra parmi les employés et les malades ordinaires des hôpitaux, n'ont pas tenu à la présence des cholériques.

Ce n'est pas tout : la proportion d'un individu sur 65 n'est pas exacte. Nous lisons dans le paragraphe qui a pour titre : *Effets à domicile*, qu'il est mort du choléra : 1 habitant sur 126 dans les 1er et 2e arrondissements, 1 sur 127 dans le 3e, 1 sur 108 dans le 4e, 1 sur 93 dans le 5e, 1 sur 92 dans les 6e et 8e, 1 sur 86 dans le 7e, 1 sur 69 dans le 9e, 1 sur 79 dans le 10e, 1 sur 123 dans le 11e, 1 sur 48 dans le 12e. En moyenne 1 habitant sur 91 personnes. (P. 93.)

Ce n'est (le Rapport lui-même en fait la remarque) qu'en réunissant aux décès à domicile ceux des hôpitaux, qu'on arrive à la moyenne générale d'un mort sur 65 habitants. Si donc on veut comparer la mortalité dans le personnel du service des hôpitaux à la mortalité à domicile, on a la proportion : 1 sur moins de 11, en regard de la proportion : 1 sur 91. Quelle effroyable différence ! Qu'on nous cite donc encore l'expérience des hôpitaux de Paris en témoignage de la non-transmission du choléra et de l'innocuité du voisinage des cholériques !

C'est trop longtemps sacrifier la vérité et par conséquent l'intérêt réel de nos semblables à une fausse vue d'humanité, à des craintes d'abandon singulièrement exagérées. Non, il n'y aura pas plus abandon des malades que par le passé, parce qu'on sera averti qu'il y a certaines précautions à prendre dans l'entourage des cholériques. Loin de là, l'emploi de ces précautions qu'on a si complétement négligées, surtout dans la dernière épidémie de Paris, en diminuant considérablement le nombre des victimes parmi les personnes dévouées qui soignent les malades, inspirera une sécurité que ne pouvaient entretenir des assurances trop ouvertement démenties par les faits.

L'influence des âges, des sexes, des professions, des demeures, etc., quant aux effets de l'épidémie, offrait un sujet d'études intéressant. M. Blondel a réuni sur tous ces points de nombreux renseignements, dont quelques-uns, il est vrai, laissent encore à désirer. L'auteur nous donne avec détail la mortalité relative sur les cholériques de chaque profession admis dans les hôpitaux ; mais ce qu'il importait plus de connaître, selon nous, c'était la proportion des cas suivant les professions diverses. Or rien de suffisamment précis, à cet égard, dans le Rapport sur l'épidémie de 1849. Il y a bien un tableau 22 présentant un aperçu des professions auxquelles appartenaient les malades traités dans les établissements charitables et distinguant les professions suivant qu'elles s'exercent à l'abri des intempéries ou en plein air ; mais les ouvriers y sont classés en catégories générales d'après la matière qu'ils travaillent, métaux, bois, cuir, etc. Il a dû en résulter des rapprochements entre des occupations et des conditions d'existence totalement différentes.

Cherchez ce qui concerne telle profession particulière, signalée dans d'autres villes comme ayant fourni une forte proportion de cas, par exemple celle des blanchisseuses et lavandières. Non-seulement vous ne trouvez rien qui leur soit spécial dans les tableaux annexés au Rapport, mais vous ne pourrez même savoir, autrement que par conjecture, dans laquelle de ses catégories générales, l'auteur a rangé les femmes de cette profession.

Quoi qu'il en soit, voici quelques-uns des relevés qu'il donne :

Les professions infimes ont produit 3,700 cholériques, 1,584 hommes, 2,116 femmes et 1,968 décès, dont 908 masculins, 1,060 féminins. L'excédant que présentent ici les femmes tient à la classe des domestiques, qui compte 843 femmes contre 87 hommes.

Parmi les professions industrielles, les ouvriers en étoffes ont payé un large tribut : 1,345 cas et 656 décès, dont 578 femmes.

La mortalité la plus forte a été sur les femmes travaillant en chaussures : il en est succombé 42 sur 47. (Page 99.)

Dans les professions commerciales, les garçons boulangers et marchands de vin ont été les plus maltraités. Ce n'est que sur les coiffeurs que la mortalité s'écarte de la moyenne; elle n'est que de 15 individus sur 43.

Passant à l'influence des hôpitaux sur la mortalité, nous voyous celle-ci de 44 0/0 à l'Hôtel-Dieu, de 49 à Saint-Louis, de 56 à Beaujon, de 59 0/0 à la Charité.

Beaujon occupe une belle situation au haut du faubourg du Roule ; mais il présente une série de petites salles qui fournissent pour la plupart moins de cubes d'air à chaque malade que les grandes salles de Saint-Louis et de l'Hôtel-Dieu. La Charité, qui a la mortalité la plus forte, est aussi, de tous ces établissements, le plus encaissé, le moins ventilé, celui dont toutes les salles sont le plus en communication les unes avec les autres (P. 84).

Comme si l'auteur craignait de fournir une observation de laquelle on pût être tenté de conclure quelque chose, il ajoute immédiatement en note : « On verra qu'à la Vieillesse-Femmes, c'est précisément dans les bâtiments les moins ventilés que le choléra a le moins sévi. »

Mais il n'y a aucune analogie entre les choses que l'auteur compare. Il s'agit, pour ce qui concerne la Charité et les autres hôpitaux, de la proportion des morts au nombre des cholériques traités; il s'agira, pour l'hospice de la Vieillesse-Femmes, qui n'admettait pas de cholériques du dehors, uniquement des cas déclarés à l'intérieur. Dans cet hospice, en effet, la salle des reposantes ou Mazarin, avec seulement 2 mètres 28 centimètres cubes d'air par lit, n'a compté que 58 cas sur 257 lits, soit 1 sur 5,58, et le bâtiment Saint-Charles, avec 18m,89 d'air par lit, a eu 160 cas sur 439 lits, soit 1 sur 2,74; le bâtiment Rambuteau (aliénées), avec 22m,91 d'air par lit, a eu, sur 205 lits, 80 cas, 1 sur 2,56. Là encore des bâtiments à même exposition ont offert, les uns des résultats favorables, les autres des résultats défavorables. C'est dans les salles les moins ventilées, les plus encombrées (bâtiments Saint-Léon, Saint-Vincent et de l'Ange-Gardien), que l'épidémie a frappé le moins de personnes.

Mais en quoi cette répartition des cas dans les bâtiments de l'hospice de la Vieillesse-Femmes, indépendamment de la quantité d'air que chacun d'eux présente par lit et des autres conditions d'aération, peut-elle infirmer l'observation qui montre que, relativement aux cholériques traités dans les hôpitaux, la mortalité a été plus forte dans ceux de ces établissements qui offrent le moins de volume d'air par lit et qui sont le moins ventilés ?

Si le choléra, dans sa seconde invasion, sévit sur des établissements, sur des localités qu'il avait épargnés lors de sa première apparition; s'il a exercé ses ravages sur les hauteurs comme dans les plaines et dans les vallées, comment ne voit-on pas qu'il y a là un élément étranger aux conditions topographiques et architecturales ? et cet élément tient à la présence des cholériques mêmes.

CH. PELLARIN, D. M. P.

(*La fin au prochain numéro.*)

Le rédacteur en chef, JULES GUÉRIN.

REVUE GÉNÉRALE.

LETTRE SUR LA CURE RADICALE DES HERNIES INGUINALES.

A M. LE DOCTEUR A. VALETTE, CHIRURGIEN DE L'HÔTEL-DIEU DE LYON.

Mon cher confrère,

Ainsi qu'à tout ami des progrès utiles, il m'était bien souvent arrivé de déplorer la pauvreté de notre science sur les moyens de faire cesser la grave infirmité que causent les hernies. Inefficaces ou dangereux, et même l'un et l'autre pour la plupart, excepté l'incision sous-cutanée pour certains cas, tous les procédés jusqu'ici proposés, s'ils ont momentanément leurré quelques malades d'un espoir bientôt déçu, n'ont en définitive laissé dans l'esprit des chirurgiens — y compris leurs auteurs — que déception et découragement. C'est donc avec le plus vif intérêt, je vous l'assure, qu'on a vu un esprit solide, positif, tel que le vôtre se lancer à son tour à la recherche du problème. Votre mémoire, DE LA CURE RADICALE DES HERNIES INGUINALES, ET D'UN NOUVEAU MOYEN DE L'OBTENIR, récemment publié dans la GAZETTE MÉDICALE, a été partout accueilli avec un empressement des plus favorables. Pour mon compte, j'ai vu dans votre idée plus et mieux qu'un pas fait en avant. Découverte née non du hasard mais de principes sûrs et logiquement enchaînés, elle a le grand avantage des conceptions de ce genre, d'être elle-même un progrès et de contenir en germe des progrès ultérieurs. C'est pour cela que j'en ai salué l'avénement avec plaisir, avec orgueil pour notre ville natale, avec espoir pour les intérêts des malades. — Ne m'accusez pas de flatterie, mon cher confrère; ne me remerciez point de ces sentiments. Il sont des plus sincères; mais vous allez voir que ce n'est pas uniquement pour vous les exprimer que j'ai pris la plume.

Lorsqu'on agit en vertu de principes, à plus forte raison quand on est convaincu de leur justesse, à plus forte raison quand cette justesse est réellement incontestable, la première règle est de mettre sa conduite d'accord avec les données théoriques qu'on a choisies pour motif de sa détermination. Or si je démontre que vous n'avez qu'incomplétement suivi vos principes, que tout en prétendant les respecter, votre plan opératoire en comporte ici la violation flagrante, là l'exécution peu fidèle, j'aurai, ce me semble, tenté une chose utile pour tous, pour vous-même, en préparant des améliorations à une méthode du plus grand avenir. Que si je me trompe, la discussion, en remuant le terrain et animant les travailleurs, pourra toujours hâter l'éclosion de la vérité.

Votre part capitale, dans la création du nouveau procédé est d'avoir ajouté à l'*invagination*, de M. Gerdy, la *cautérisation*. Pour susciter des adhérences entre le bouchon cutané et le contour intérieur de l'orifice herniaire, il était, en chirurgie, plus d'un moyen connu. Mais vous avez préféré l'emploi des caustiques — et c'est là, je le répète, votre grand mérite — parce que leur action, sans provoquer des adhérences moins fortes, a sur tous les autres procédés l'immense supériorité de demeurer toujours exempte des complications graves, érysipèles, fusées, angioleucites, infection purulente, dont ceux-ci, tels que l'incision, la piqûre, l'étranglement s'accompagnent si souvent.

Ainsi — et je ne fais ici que répéter votre division :

1° Innocuité;
2° Efficacité;
telles sont les deux conditions que vous croyez avoir réalisées, et avoir réalisées par la cautérisation. Examinons ces deux chefs.

§ I.

L'un des premiers temps de votre opération consiste à traverser les téguments invaginés, ainsi que la paroi abdominale avec une longue aiguille d'acier..... Déjà, hélas! nous voilà sortis de la cautérisation; hors de ses effets, hors de ses prérogatives. Car s'il est vrai que cette aiguille perce

La peau du scrotum invaginée,
Les diverses couches sous-cutanées des bourses,
Le péritoine qui constitue le sac,
Le feuillet pariétal du péritoine,
Les tissus nombreux et épais qui constituent la paroi abdominale, y compris la peau;

Que cette aiguille reste en place de dix à quinze jours;

Que le trajet qu'elle parcourt se trouve souvent froissé, violenté par elle lors des mouvements du malade..... vous conviendrez, mon cher confrère, que, sans devenir très-alarmante, une telle piqûre ne peut, en aucune manière, pour aucun chirurgien, être *à priori* réputée constamment sans inconvénient possible. Aussi vous êtes-vous mis tout d'abord en mesure de rassurer à ce sujet vos lecteurs; initiative louable, dont je félicite d'autant plus votre loyauté qu'elle n'ignorait pas combien il y a de péril à révéler, en les fortifiant d'avance, les côtés faibles d'une place.

Quoi qu'il en soit, vous cherchez à établir que cette piqûre profonde n'ajoute rien aux chances fâcheuses de l'opération. Les dangers qu'elle aurait en tant que piqûre — dangers que vous avouez explicitement — *sont neutralisés*, dites-vous, *par le caustique qu'on place sur elle. Quelques molécules cautérisantes, soit de pâte de Vienne, soit de pâte de Canquoin liquéfiée, tendent naturellement* — naturellement, c'est votre expression — *à s'insinuer dans le trajet de l'aiguille; et dès lors ce petit canal ne représente plus qu'une plaie par cautérisation.*

La génération actuelle se rappelle encore avec ravissement la découverte, faite par l'un de nos plus forts urologistes, d'un classique légume entraîné par le *torrent de la circulation* de l'estomac dans la vessie. Je ne voudrais, mon cher confrère, me hasarder à vous promettre pour vos caustiques le succès du fameux *haricot voyageur*; mais cependant ils auraient bien droit, à côté de lui, à une mention honorable. Pourrait-on accorder moins à tant d'intelligence et de zèle? Voyez! l'aiguille reste en place; les tissus gonflés par la congestion que son passage a suscitée se serrent autour d'elle. Vains efforts; le caustique saura bien s'insinuer *naturellement*, et agir d'emblée sur toute l'étendue de ce canal. — L'exemple ne sera pas perdu pour mon instruction, je vous le jure; car, en y réfléchissant, il y a vraiment là de quoi effrayer. Jusqu'ici, j'avais parfois appliqué le Canquoin sur des chancres du méat, sur l'orifice extérieur de trajets fistuleux de l'aine, à la marge de l'anus, etc. Imprudent, à quoi m'exposais-je pas mes malades! Je comprends trop maintenant quel danger les menaçait. S'ils n'ont pas eu l'urètre brûlé jusqu'au bulbe, l'aine profondément corrodée, le rectum rempli du liquide désorganisateur, ce n'est que grâce à un bonheur exceptionnel. Je voyais, moi, la pâte caustique se ramollir, jamais se liquéfier. Je voyais autour de ses escarres les tissus parfaitement sains,

---

Feuilleton.

LETTRES D'ITALIE.

N° XII.

(Suite et fin. — Voir les numéros 12, 13, 19, 20 et 23.)

Après avoir dit comment on se loge et comment on se nourrit à Rome, voyons comment on s'y habille, on s'y chauffe, on s'y éclaire, et comment on y meurt.

On s'y habille luxueusement, nous l'avons déjà dit, mais on s'y chauffe fort mal, le plus souvent point du tout. Ce n'est pas chose facile que de trouver un petit logement avec une cheminée, et encore les appartements qui s'en trouvent munis sont-ils le plus souvent, non pas destinés à la famille, mais réservés aux étrangers qui viennent les louer. Dans les grands logements, dans les appartements de palais, il se rencontre toujours une pièce pourvue de cheminée, mais on n'y fait presque jamais de feu. L'italien se chauffe avec le *braciere* ou le *scaldino*. Le *braciere* est tout simplement du charbon allumé dans un bassin de métal, qu'on place au milieu de la chambre. Malgré la précaution de n'apporter le *braciere* qu'après l'avoir laissé se prendre entièrement au grand air et de le couvrir à demi de cendres, il exhale cependant des gaz dangereux, qui ont tout au moins le désagrément de causer des maux de tête. Dans les bonnes maisons, ce brasier est recouvert d'un grand chapeau métallique déchiqueté à jour, qui le fait un peu ressembler à un vaste encensoir; mais ce couvercle ne mitige pas ses dangers.

Le mode le plus usité, c'est le chauffage individuel, à l'aide du *scaldino*, pot semblable à ceux dont se servent nos marchands en plein air. C'est un vase à anse, rempli de cendres et de charbons embrasés. Les femmes et même les dames romaines sont tellement inséparables du *scaldino* qu'on l'appelle vulgairement *marito*, mari. Pas un instant de divorce entre les époux si bien unis; l'épouse veille, avec un soin qui rappelle les vestales, à ce que son époux ne se refroidisse jamais. Ce *marito* a presque un droit de visite aussi étendu que le mari de chair et d'os; on le promène sur tout le corps d'une façon des plus divertissantes. Le soir, dans le salon, chaque femme tient son *marito*, tantôt aux mains, tantôt sous elle. Beaucoup d'hommes ne dédaignent pas cet exercice. Je connais un brave militaire, homme de la plus grande énergie, ancien corsaire dans les parages de la Plata, lequel, étant entré par le mariage dans une famille de marquis romain, a pris les usages du pays; de sorte que je ne manque jamais de le trouver chez lui avec son *scaldino*. Un corsaire chauffant ses mains à la braise d'un petit pot de vieille marchande du coin!... cela m'a toujours paru prodigieux.

Quand une voisine vient se joindre à la causerie, elle apporte son *scaldino*; si quelques femmes en manquent, on se passe mutuellement le précieux petit pot,

quoique baignés par cette sérosité à laquelle vous avez déconvert à la fois la qualité et la dénomination de *cautérisante*..... Il parait que je voyais mal ; me voilà actuellement éclairé, et je serai plus prudent désormais.

Parlons sérieusement, mon cher confrère : votre caractère vous autorise à l'exiger. Voulez-vous une preuve que ni la pâte de Vienne ni le chlorure de zinc n'accomplissent les tours d'adresse dont vous les supposez capables ? La voici. L'escarre, d'après vous, doit pénétrer jusqu'à l'invaginateur (embout). Or, pour qu'elle y arrive, il ne vous faut jamais moins de dix jours, et de trois ou quatre applications successives de caustique : vous le dites formellement. Eh bien ! si le trajet de l'aiguille était immédiatement cautérisé, comme vous le pensez, n'est-il pas évident qu'il ne faudrait, pour le constater, ni tant de temps ni tant de peine ? que, dès l'ablation de la première escarre, vous verriez tout autour de l'aiguille la totalité des tissus cautérisée jusqu'à l'embout ? Enfin veuillez m'expliquer cette phrase de votre mémoire : « On coupe avec précaution l'escarre, dont il serait trop long d'attendre la chute ; mais il est bien entendu que *jamais le bistouri ne doit porter sur le vif.* » Et dites-moi pourquoi tant de confiance pour la piqûre, tant de défiance pour l'incision, alors cependant que vous allez *immédiatement* couvrir l'une et l'autre plaie du même caustique ?

Mal satisfait vous-même de tout ceci, vous cherchez ailleurs des motifs de sécurité. « Cette piqûre, dites-vous, ne saurait entraîner les dangers qui l'accompagneraient dans quelques cas si elle était pratiquée seule ; car les parties qui l'environnent, les tissus au sein desquels elle pourrait faire naître cette inflammation diffuse que je redoute tant, sont détruits par la cautérisation avant que celle-ci ait eu le temps de se développer. » C'est fort bien ; mais dites-moi, mon cher confrère, combien cette inflammation diffuse, *que vous redoutez tant*, met-elle, selon vous, de temps à se développer ?... Est-ce huit, dix, douze jours ? Cela va-t-il à la quinzaine ? Bien des chirurgiens n'en demanderaient pas davantage, et béniraient une loi pathologique qui les rassurerait pendant deux septénaires contre toute chance d'inflammation grave, à la suite des plaies par piqûre. Vous allez plus loin, vous, et vous portez généreusement à *trois semaines* le délai avant l'expiration duquel cet accident « ne peut se développer. » Ne vous récriez point : si votre modestie voulait décliner cet éloge, vous m'obligeriez de vous rappeler l'obs. VI, qui porte ces mots : « 25 octobre. Chute de la troisième escarre ; l'invaginateur n'étant pas mis à découvert, une quatrième application de caustique est faite au fond de la plaie. » Or, à la date du 25 octobre, vingt et un jours étaient révolus depuis l'opération. Si donc à ce moment tous les tissus n'étaient pas cautérisés, vous voudrez bien m'accorder que, à part votre prohibition, la chirurgie ne reconnaît aucun motif qui eût pu jusque-là empêcher l'inflammation de s'y développer.

« Mais enfin, vous entends-je me dire, pourquoi s'acharner ainsi à me poursuivre de cette *piqûre ?* Mes opérés ont tous guéri ; ils ont guéri sans accidents. Ceci ne répond-il pas suffisamment à vos appréhensions théoriques ? » Je le reconnais positivement, et suis toujours prêt à m'incliner devant les faits, mais à une condition toutefois : c'est que leur nombre justifiera mon respect. Quand l'induction annonce un danger, il faut, croyez-moi, plus de six à huit exemples contraires pour la convaincre d'erreur. D'autres, avant vous, avaient ajouté à la cautérisation une toute petite incision, *afin d'aller plus vite.* Lorsque M. Laugier publia, en 1839 (voy. BULL. CHIR., n° 1, p. 5), ce *perfectionnement* pour la cure des varices, appuyé de trois cas de guérison, un chirurgien se trouva pour réserver, comme je le fais aujourd'hui, les droits de la cautérisation, pour spécifier qu'une incision de 3 lignes seulement dépouille ou peut dépouiller les caustiques de leur merveilleuse innocuité. L'événement donna raison à ses craintes, et, comme il l'avait prévu, « après une *série* encourageante de succès, M. Laugier eut à observer quelques phlébites mortelles. » L'exemple semble fait exprès pour vous, mon cher confrère. Je le recommande d'autant plus volontiers à vos méditations qu'il vient d'un homme dont vous aimez particulièrement à suivre la voie. Réfléchissez-y donc. Quant à moi, je n'ajoute qu'un mot. Vous nous parlez de neuf opérations heureuses. M. Gerdy, lui, avec son procédé, perdait *un* malade sur *dix*. Je ne veux pas, non certes, décourager vos futurs opérés ; mais si j'avais à en essayer, l'approche du nombre fatal ne laisserait pas que de me donner à songer, et, pour mon compte, je n'aimerais point être votre dixième.

§ II.

Avant d'aborder le chapitre scabreux de l'*efficacité*, je dois reconnaître, mon cher confrère, et veux le déclarer de la manière la plus explicite :

1° Que quelques-uns de vos résultats me paraissent être des exemples d'une guérison solide, définitive ;

2° Que, malgré ces succès, vous consentez encore à atteindre des chiffres plus nombreux avant de conclure, et que vous avez la sagesse de ne présenter vos résultats actuels que comme très-encourageants.

Mais il s'agit maintenant de nous entendre sur ces deux points, de dédéterminer d'abord le *nombre proportionnel* des succès, puis la légitimité des conséquences que vous tirez de leur appréciation.

Alléché par l'importance du sujet et un peu flâneur de ma nature — je le confesse — en recevant votre mémoire, mon premier mouvement fut de courir à la dernière page. « Si quelque chirurgien — y lus-je en toutes lettres — veut bien répéter mes expériences, je puis lui promettre que 99 fois sur 100 la hernie sera guérie radicalement. » A la bonne heure, me dis-je ; voilà ce qui s'appelle parler. Si les imitateurs sont assurés de 99 succès sur 100 épreuves, l'inventeur ne peut s'avancer ainsi qu'au nom d'une expérience constamment heureuse. Je feuilletai donc avec un intérêt des plus confiants votre revue clinique. Mais que vis-je ?... Sur 7 observations complètes, 2 récidives avouées. Ce chiffre devra même s'arrondir, s'il faut en croire un témoin aussi compétent que désintéressé, M. Bonnet. Un mot cependant avant d'aller plus loin.

Ne m'attribuez point, je vous prie, ces habitudes de critique honteuse, qui s'en va quêtant dans l'ombre, au sein des familles, des renseignements toujours admis sans contrôle s'ils peuvent servir d'aliment aux passions jalouses. Non, j'estime, quant à moi, qu'en matière scientifique, on ne doit jamais juger un auteur que sur son œuvre publiée. Si donc j'ai l'air en ce moment d'avoir esp.... votre pratique, vous allez voir que vous-même m'y invitiez en quelque sorte et m'en fournissiez les moyens.

A propos de votre huitième opéré, vous écrivez seulement : « Aujourd'hui la cicatrisation n'est pas achevée chez lui ; le résultat ne peut donc pas être jugé. »

Depuis lors les phénomènes ont marché. Le 10 février 1851, M. Bonnet fit sur votre procédé une clinique spéciale, dans laquelle il énonça « que chez ce malade, moins de cinquante jours après l'opération, la hernie tendait manifestement à se reproduire. » — Je ne vous accuse point d'avoir

---

de manière que chacune ait son tour. Dans les premiers temps, on ne manquait jamais de m'en offrir un, dans plusieurs familles que je fréquentais. Une vieille marquise surtout se sacrifiait toujours.

Le rôle du *scaldino* n'est pas confiné dans les appartements, comme l'est chez nous celui de la chaufferette. Les femmes du peuple, et même quelques vieilles femmes d'une classe plus élevée, ne se séparent pas de leur mari dans la rue ; elles le portent sur leur ventre, recouvert par les deux pans du châle. Les pauvres qui stationnent dans les rues, qui s'asseyent sous le porche des églises, ont aussi bien souvent leur *scaldino*. Je dois ajouter cependant que je n'en ai jamais vu aux militaires. Les soldats du pape ont meilleure contenance qu'on ne croit.

Les lampes en usage à Rome et dans les villes voisines sont des réservoirs à quatre ou six becs, portés sur une longue tige : c'est la forme antique pur sang. Quatre chaînettes pendent le long de la lampe, et portent tous les instruments nécessaires à l'entretien de cette lampe fumeuse, mais pittoresque.

Les rues sont assez mal éclairées, à l'aide de réverbères à l'huile. On n'a pas encore introduit le gaz à Rome. La piété vient heureusement en aide à ces lumières rares et espacées : nous voulons parler de ces lampes qui brûlent devant l'image de la madone, petits autels incrustés dans la muraille, qu'on rencontre à chaque instant dans les rues de Rome. Beaucoup de maisons, presque toutes les boutiques, les cafés et autres lieux moins honnêtes, possèdent aussi leurs madones et leur petite illumination. Je soupçonne fort quelques rusés confrères de ne pas allumer de lampes devant la madone, mais de mettre une madone derrière les lampes qu'ils sont obligés d'entretenir pour s'éclairer ; ce n'en n'est pas moins une œuvre méritoire, une pieuse politesse envers la Mère de Dieu, pour laquelle, du reste, le Romain a le culte le plus touchant et la vénération la plus profonde.

Notre longue promenade nous a un peu échauffé. Avant d'entrer dans quelque église, reposons-nous un instant au café, afin de ne pas nous exposer brusquement au froid des basiliques. A Rome, on entre au café comme chez soi ; on s'assied et l'on ne prend rien les trois quarts du temps. Des groupes entourent les tables vides, et s'en vont sans avoir consommé : c'est l'usage. Demandons du café, cela n'est pas ruineux : nous en serons quitte pour deux sous ; c'est aussi bon marché qu'en Algérie. Le Romain aime le café, et il a fort raison si, comme a pensé M. de Gasparin, le café empêche de se *dénourrir*.

Visitons la première église venue : toutes recèlent des richesses en marbres précieux, en tableaux de maître, en statues, bas-reliefs, tombeaux, reliques saintes et pieuses légendes. Les pierres que nous foulons sont des dalles sépulcrales, où le pied du passant use le relief des habits sacerdotaux et du froc monastique. Les parois sont tapissées d'inscriptions ; les urnes sépulcrales s'allongent le long des murailles ; les chapelles portent le nom de quelque famille princière et cachent les dépouilles mortelles de la noble maison. Il n'y a rien qui peuple une église comme les tombeaux : la foi y ranime les morts, le souvenir éveille les trépassés, et l'imagination fait surgir de la dalle tous les saints prélats, les hommes illustres ou bienfaisants qui gissent sous les arcades des basses-nefs. Mais il faudrait à cette pieuse évocation les murs sombres et les vitraux gothiques de nos vieilles cathédrales, et non pas les brillants rayons

dissimulé cet échec. S'il était entré dans ma pensée de l'essayer, vous auriez pour vous disculper la facile et toute-puissante ressource d'un *alibi* authentiquement constaté, puisque c'est ce jour-là même, 10 février, que vous lisiez votre mémoire à l'Institut. Mais enfin si vous étiez en ce moment à Paris, raison de plus pour m'excuser si je me permets de vous apprendre ce qui se passait alors à Lyon.

Donc sur les huit histoires complètes, 3 récidives ; voici un premier fait acquis à l'histoire de votre procédé.

Quant aux cinq cas restants, je me plais à vous répéter franchement, sans arrière-pensée, qu'ils ont à mes yeux la plus haute valeur. Toutefois, et sans doute je ne fais à cet égard qu'exprimer votre propre sentiment, tels qu'ils sont aujourd'hui, ils ouvrent une espérance bien plus qu'ils ne constituent une démonstration. Si je me rappelle, en effet, que ces 5 malades,

1° N'étaient âgés que de 52, 47, 43, 28 et 14 ans ;

2° Qu'ils ont continuellement porté un bandage depuis l'opération ;

3° Que leur guérison constatée ne date pas aujourd'hui de plus de sept mois, quatre mois et demi, trois mois et demi, un mois et demi et un mois, temps compté à partir du jour de la cicatrisation de la plaie ;

On sera vraisemblablement porté à imiter la réserve que la prudence impose forcément à mon langage, quel que fût mon désir de lui donner un ton plus affirmatif.

Un dernier motif, à défaut d'autres, suffirait à me rendre circonspect. Il y a près de quatorze ans, un chirurgien que vous estimez, je crois, pardessus tous, publia (voy. GAZ. MÉD., 1837, p. 787) un procédé de cure radicale des hernies. Quatre cas de succès y étaient annexés ; les opérations avaient été faites publiquement, dans les mêmes salles, dans les mêmes lits peut-être que les vôtres. Le résultat acquis semblait bien définitif, puisque les guérisons avaient été reconnues solides pendant six, quatorze, quinze et dix-huit mois. — Vous enviériez, n'est-il pas vrai, mon cher confrère, une pareille durée ; vous la regarderiez sans doute pour vos malades actuels comme un gage certain d'immunité ultérieure.... Eh bien ! qui se sert, qui se souvient aujourd'hui de ce procédé ? Qui s'en souvient ? Un seul homme peut-être, son auteur, M. Bonnet, pour le proscrire comme impuissant !

Plus je pense à tout ceci, mon cher confrère, moins je comprends comment, avec un talent comme le vôtre, vous avez de vous une opinion assez modeste pour croire que le procédé qui vous a donné sur 8 cas 3 revers doive, en d'autres mains, réussir 99 fois sur 100. Il y a là sans doute quelque malentendu. Mais non, en vérité, je lis bien : « Je puis lui promettre que 99 fois sur 100 la hernie sera guérie radicalement. » La suite nous donnera peut-être un éclaircissement ; voyons donc.... Ah ! pour le coup, m'y voilà. Je me doutais bien qu'il y avait là quelque équivoque ! Mais si nous ne nous entendions pas, n'est-ce pas un peu votre faute ? Chaque auteur, je le sais, a son langage, sa manière à lui, ses libertés permises. Cependant, quant à la façon dont vous comprenez le mot *cure radicale*, la licence me paraît un peu forte. Je cite textuellement : « Il est certain, ditesvous, que quelques malades verront leur infirmité reparaître. Cela n'est pas douteux ; il faut s'y attendre ; et vraiment, quand on y réfléchit, on comprend qu'il est impossible qu'il en soit autrement. En effet, quelque efficacité que l'on suppose à une opération, il est certain que le malade sur lequel on la pratique ne sera pas dans des conditions meilleures que si la maladie n'eût jamais existé. Pour ce qui concerne les hernies, tout ce que l'invaginateur pourrait rêver de plus parfait, c'est une opération qui mît les parties dans l'état où elles étaient avant que la lésion ne soit déclarée. Or si celle-ci a pu se manifester alors que le canal inguinal présentait sa configuration normale, qu'y a-t-il d'étonnant qu'elle se montre de nouveau après qu'elle aura été guérie ? L'important, c'est que cette récidive ne se montre ni trop tôt ni trop souvent. Exiger davantage, ce serait non-seulement vouloir l'impossible, ce serait encore chercher l'absurde. On ne peut pas demander plus au chirurgien qu'on ne demande au mécanicien, au constructeur, à l'artisan. Quand une montre se dérange, qu'un rouage se brise, on n'exige pas de l'horloger qu'il fasse que la montre ne puisse plus se déranger à l'avenir ; on est satisfait de la réparation, pourvu que ce moyen de réparation ne soit pas trop coûteux et qu'il donne à l'instrument à peu près la solidité qu'il avait auparavant. Les récidives pourront donc se montrer après mon opération ; l'important, je le répète, c'est qu'elles ne se montrent ni trop tôt ni trop souvent. »

Cette théorie de *la cure radicale considérée en général* surprend au premier coup d'œil. Ce n'est pas qu'elle n'ait du bon sous certains rapports. Qui peut répondre de n'avoir pas un jour besoin des facilités de cette nouvelle jurisprudence ? Que ne l'ai-je connue moi-même il y a douze ans ! Un de mes malades traité d'une fracture de l'humérus, et qui se l'était recassé en levant le bras un mois après la levée de l'appareil, n'osa-t-il pas me refuser payement, sous prétexte que la seconde fracture s'était faite au même endroit ; ce qui indiquait, selon lui, que la première n'avait pas été bien guérie ?.... Je cédai. Ah ! si c'eût été aujourd'hui, comme je vous l'aurais reçu ! Prétendiez-vous donc, homme de peu d'intelligence, lui dirais-je, que je vous remisse l'humérus « dans des conditions meilleures que si la maladie n'eût jamais existé ? » Vous parlez de récidive, soit ; mais je vous réponds, le code Valette en main : « L'important est qu'elle ne se montre ni trop tôt ni trop souvent. » Or sur le *trop tôt*, je suis en règle : rapportons-nous-en plutôt à M. Valette, qui a eu, lui, des récidives au bout d'un mois. Et quant au *trop souvent*, j'aurai l'honneur de vous faire observer que, avant vous, j'avais guéri *trois* autres fractures ; proportion suffisante, d'après la même législation, pour qu'une récidive ne compte pas. Je prévois cependant, mon cher confrère, des obstacles à l'adoption de ce principe. Les malades ont le sens philosophique si obtus ! Celui à qui vous venez de réduire une luxation du bras, chez qui vous avez rouvert le canal nasal, que vous avez guéri de varices à une jambe, entendra bien raison si, peu après, la maladie reparaît du côté opposé. Mais si au bout de quelques semaines il se démet la même épaule, si l'épiphora se reproduit au même œil, si la même jambe se hérisse de nodosités veineuses, alors j'ai grand'peur qu'il ne goûte pas parfaitement votre doctrine sur la récidive. Que sera-ce, s'il s'agit de l'intestin qui, outre le côté opposé, avait tant d'autres ouvertures pour s'échapper de l'abdomen, et qui s'en va justement choisir le même canal que vous aviez oblitéré radicalement pour un mois !

Persisterez-vous à soutenir que ce qu'il appelle rechute n'est absolument qu'une nouvelle hernie ?... Probablement le malade ne trouvera que répondre à cette distinction savante. Mais, le sens commun lui dictant sa conduite, il prendra pour une autre fois les précautions que votre comparaison lui aura suggérées. De même qu'on quitte ou qu'on ne paye pas un horloger si le même rouage qu'il vient de raccommoder se dérange au bout de quelques semaines, de même votre client, sans discuter le plus ou moins de justesse de la synonymie entre *récidive* et *cure radicale*, ne se souciera point de subir deux ou trois fois par an le traitement de cette infirmité jamais récidivée, mais toujours renaissante ; ou du moins, puisqu'il est pré-

---

du jour se répercutant sur le damier mondain des marbres aux vives couleurs.

L'aspect de ces monuments funéraires nous amène naturellement à parler des décès et des inhumations.

Avant Pie IX, il n'y avait pas de municipalité à Rome ; aussi les règlements de police laissaient-ils entièrement à désirer. Aujourd'hui tout se réforme peu à peu, et une commission compétente élabore, pour le promulguer bientôt, un code complet de police sanitaire. A Rome, il y a partout à refaire ; le point dont il s'agit n'est pas un des moins défectueux.

La constatation du décès n'est pas confiée au médecin, mais au curé, qui est toujours averti de l'événement ; car pour le médecin oublieux de faire prévenir le prêtre que son client est en danger, une peine sévère est stipulée dans la loi. L'homme de l'art n'est appelé à se prononcer que dans le cas où une mort fortuite on étrange fait concevoir quelques soupçons à l'autorité.

Après le décès, la famille quitte la maison, ou au moins se tient à l'écart pendant quelques jours. L'idée de la mort répugne aux Romains ; ils craignent et fuient cette image. Ce n'est qu'aux enterrements de grand apparat que les parents suivent le corps à l'église, où il passe la nuit. Une voiture l'enlève le lendemain matin, et on le descend en terre sans cérémonie. La famille n'accompagne guère le mort de ses souvenirs ; elle regrette plutôt une illustration ou une source de lucre perdues qu'une affection rompue entre deux cœurs. Par peur de l'idée de la mort, le Romain ne pense pas longtemps à celui qui s'en est allé ; il est tiède dans le culte des morts, cette religion instinctive du cœur.

Les cadavres séjournent une nuit à l'église avant d'être portés au cimetière. Ils sont quelquefois assez avancés pour répandre d'offensantes odeurs. Cet inconvénient résulte en partie de la nécessité d'attendre une certaine heure pour l'enterrement. A Rome, la fortune et la noblesse du mort ne se mesurent pas seulement à la pompe de la cérémonie, mais à l'heure à laquelle elle se fait. Deux heures après l'*Angelus* est le moment aristocrate, auquel ne peuvent aspirer que les familles de distinction.

Il y a déjà longtemps qu'on a mis arrêt, en France, à l'usage d'enterrer dans les églises. Au point de vue de la salubrité, ce mode d'inhumation est en effet pernicieux. Pie IX a commencé, à Rome, à mettre un frein à l'abus ; mais on comprend que la réforme ne puisse pas être immédiate, et que le règlement doive d'abord se montrer assez large à l'endroit des exceptions, car nous sommes dans le pays des privilèges.

Les couvents conservent leur ancienne habitude d'inhumer les frères dans le caveau de la communauté. A Sainte-Sabine, couvent des Dominicains, que nous avons visité dans tous ses détails, les morts sont couchés dans le caveau, l'un près de l'autre, sans bière. C'est là qu'ils pourrissent. Quand plusieurs décès ont lieu à des époques rapprochées, la déposition du nouveau cadavre près du précédent en pleine putréfaction doit être une horrible chose. Nous lisons dans Lancisi le fait suivant (DE NOXIIS PALUDUM EFFLUVIIS, p. 152) : Le Tibre avait débordé, et, dans la terre profondément détrempée, les matières végéto-animales entraient en putréfaction, au contact de l'eau. Au couvent de Sainte-Marie, près la porta Angelica, quartier du Vatican, un religieux descend dans le caveau mortuaire de la congrégation ; aucun cadavre n'y avait été descendu depuis quelque temps. Une demi-heure se passe, et on ne le voit pas revenir. On

venu qu'il ne s'agit pour lui que d'une réparation temporaire, remplissant de son chef le programme que vous tracez vous-même, il saura, prenez-y garde, s'arranger de manière à ce « *que ce moyen de réparation ne lui soit pas trop coûteux !* »

§ III.

Laissons là, si vous le voulez, mon cher confrère, le texte et les termes de votre mémoire, et tâchons de porter la discussion un peu plus haut, jusqu'à votre pensée même. Ç'a été une heureuse, une féconde idée que celle d'assurer la persistance de l'invagination par l'agent chirurgical qu'on pourrait justement appeler le premier des fabricateurs d'adhérence; car il mérite justement ce titre tant pour la force et la quantité des produits que pour leur prix de revient. Il y a là toute une méthode; elle est pleine d'avenir; elle vous appartient; je ne saurais trop le répéter.

Mais le mode d'exécution, le procédé, a-t-il droit aux mêmes éloges? Empiriquement, vos résultats montrent assez qu'on pourrait désirer quelque chose de plus parfait. Et la théorie explique plausiblement les insuccès qui ont assombri votre statistique, et ceux qui se préparent encore si vous suivez les mêmes errements. En effet, votre bouchon cutané n'est retenu en place, n'est rendu adhérent que par un seul côté. Son fond, et toute sa circonférence — à part la face antérieure — subissent donc incessamment la pression des intestins. Qu'y a-t-il d'étonnant dès lors qu'ils finissent par y céder? Vous aimez les comparaisons, mon cher confrère. Supposez que votre tailleur vous rende un habit dont le bras gauche n'a sa doublure fixée que par une seule couture tout le long de la manche, sans être arrêtée à l'entournure. Vous saurez bien lui dire qu'il se moque; que, à moins de précautions continuelles, vous ne pourrez enfiler ce côté sans que la doublure descende. Et s'il vous objecte que l'important est qu'elle ne descende *ni trop tôt ni trop souvent*, je ne sais quelle réponse vous pourra dicter votre colère; mais en vérité je ne voudrais pas, en ce moment, me trouver à la place du malencontreux artiste.

Or cette doublure cousue seulement sur un côté, n'est-ce pas justement votre repli tégumentaire, n'adhérant que dans l'étendue de l'escarre produite par un caustique dont vous fixez vous-même la largeur à *deux* ou *trois millimètres*? Aussi ne voit-on que trop souvent redescendre la doublure!

Quel remède opposer à cet accident? Le même que devine sans effort le génie de la plus humble couturière. Tout simplement arrêter l'étoffe *tout autour* de l'entournure.

Mais, dans l'espèce, l'application rencontre des difficultés qui, avec vos moyens d'exécution, seraient insurmontables. Comme votre principe est de n'arriver à la peau invaginée qu'après avoir cautérisé tous les tissus extérieurs, jusqu'à elle, vous ne pouvez pas, vous ne devez pas vouloir obtenir de larges adhérences. En effet, il arrive nécessairement que la paroi abdominale est détruite à peu près dans la même étendue qu'elles sont créées. Et si cette destruction, dans de certaines limites innocente, peut ensuite être neutralisée par la cicatrice qui succède au caustique, vous êtes trop bon physiologiste pour ignorer qu'on ne saurait aller dans ce sens un peu loin sans affaiblir la résistance à l'issue des viscères, et par là provoquer directement la récidive.

Votre procédé, mon cher confrère, ne permet donc pas de produire ces adhérences étendues, circulaires ou presque circulaires, qui seraient le meilleur *propugnaculum* à de nouvelles issues de viscères. Heureusement ce que le procédé refuse, la méthode le peut donner. Il suffirait, ce me semble, pour y parvenir, de substituer à la cautérisation *de dehors en dedans*, base de votre opération, l'action inverse, la cautérisation *de dedans en dehors*. Je craindrais, en entrant dans les détails, de m'exposer à prouver, par un nouveau naufrage, que pour un journaliste *la critique* seule *est aisée*. Permettez-moi donc de vous transcrire seulement la substance d'une proposition que me soumit l'autre jour un médecin étranger avec qui nous causions de vos travaux. Je ne suis que son secrétaire, et lui laisse l'entière responsabilité d'une idée que vous trouverez sans doute encore bien peu mûrie.

« Pour l'invagination du canal inguinal avec cautérisation *de dedans en dehors*, il faut :

» Un embont semblable à celui de M. Valette, aussi long, mais beaucoup moins volumineux;

» Une lame d'acier trempé, ou ressort susceptible de former un cylindre, puis de se déployer à volonté quand on cesse de le maintenir. — Cette lame, qui doit s'appliquer sur l'embout et l'encercler dans une bonne partie de sa circonférence, est de forme trapézoïdale.

» On commence par ajuster la lame d'acier sur l'embout. Le bord le plus court de la lame est fixé circulairement, à 1 centimètre de l'extrémité de l'embout; il n'entoure que ses deux tiers antérieurs, laissant son tiers postérieur à nu.

» Le bord supérieur de la lame-ressort étant donc fixé invariablement sur l'embout, le reste de la lame s'enroule autour de lui. Ainsi posée, les deux bords latéraux de cette lame doivent en bas se toucher, mais non se croiser. Un mécanisme maintient cette position.

» On couvre alors la face extérieure de la lame, dans toute son étendue, de sparadrap de Canquoin, qu'on y assujettit aisément avec des fils.

» Il ne reste plus qu'à pratiquer l'invagination avec l'embout ainsi armé et chargé. Une fois qu'elle est complète, une fois qu'on s'est assuré que la partie inférieure de la lame répond à l'extérieur de l'anneau inguinal, une fois qu'on a solidement fixé l'embout, on n'a qu'à faire jouer le mécanisme qui permet à la lame-ressort de se déployer. Et on le laisse ainsi en place quarante-huit heures.

» Si l'on a bien compris la disposition de la lame, on voit que, une fois déployée, elle va exercer l'action caustique sur les deux tiers antérieurs du canal herniaire, respectant en arrière le cordon spermatique et les vaisseaux cruraux.

» L'objet spécial de cette modification est de ne faire porter la cautérisation que sur la portion de peau invaginée, ou du moins de ne cautériser au delà de cette peau que l'épaisseur de tissus nécessaire pour qu'elle contracte des adhérences. L'expérience aura bien vite appris combien de temps il faut laisser le caustique en place pour atteindre ce but, et l'on aura ainsi réalisé le précieux avantage de déterminer un cercle presque complet d'adhérences, sans avoir détruit les tissus extérieurs, sans avoir par conséquent affaibli notablement la paroi abdominale.

» J'aurais dû dire, que la pâte de Canquoin n'agissant que sur la peau dénudée, il faudra préalablement avoir mis un vésicatoire sur la partie des téguments qui doivent être invaginés. Si l'invagination devient par là trop douloureuse, on pourra éthériser le malade. »

Pour mon compte personnel, je demanderais encore la suppression de l'aiguille dont j'ai plus haut montré les dangers. Mais pour en remplir l'indication, je proposerais de garnir la base ou extrémité extérieure de l'em-

---

second frère descend et ne reparaît pas. Un troisième se fait attacher à une corde; il aperçoit les deux religieux morts, il crie, et on le remonte à demi-asphyxié par les miasmes du caveau.

Le grand couvent des capucins, près la place Barberini, possède les caveaux les plus curieux à visiter. Qu'on nous permette ici de transcrire tout simplement nos notes prises sur place, elles nous semblent peindre ce tableau plus naïvement et en moins de traits.

« Dans la cour du couvent donnent d'étroites fenêtres, dont chacune éclaire un caveau à ossements. Il y a six ou huit caveaux, de plain-pied avec le pavé de la cour. Le sol est sablé et divisé en compartiments par de légères arêtes; on dirait des plates-bandes pour recevoir des fleurs; ce sont quarante fosses toujours pleines. Quand un capucin meurt, on déterre le plus ancien cadavre, pour mettre le nouveau à sa place. Les vieux ossements sont étagés contre les parois, qui disparaissent complètement sous ces dépouilles accumulées depuis deux siècles. L'ornementation en ossements est fort bien entendue : corniches, frises, chapiteaux, frontons, arcades et niches, rien n'est oublié. Dans celles-ci, des squelettes entiers, couchés ou debout, sont drapés des vêtements de l'ordre; on dirait qu'ils prient, en comptant le rosaire, en baisant la croix. Plusieurs squelettes sont encore tout couverts de ligaments, de tendons, d'aponévroses desséchées qui obturent quelquefois les ouvertures de la tête et lui donnent une expression singulière. Je n'aurais jamais cru que les jeux du hasard, en disposant de diverses façons ces membranes, pussent ainsi imprimer des physionomies si expressives aux têtes de morts. Il en est qui grimacent, d'autres qui prient, d'autres qui pleurent, beaucoup surtout qui souffrent à faire peur. Un Anglais et une très-longue Anglaise blonde visitaient ces caveaux, en même temps que nous : la grande Albionaise m'a paru plus hideuse que les morts; le plus léger signe d'émotion n'a pas un instant effleuré son visage! — Le plafond n'est pas la partie la moins curieuse; il est festonné d'arabesques en os, tout comme les appartements des princes le sont d'arabesques en couleur. C'est prodigieux ce qu'on peut faire avec les ossements. Des lustres en sacrum pendent le long de la voûte. Le vent qui soufflait à travers une vitre cassée les faisait craquer et gémir; l'impassible Anglaise ramenait nonchalamment sous son chapeau ses cheveux blonds que le même courant d'air débouclait et fouettait contre sa figure. »

A Rome, on ne dépose pas les corps dans des fosses creusées en terre, et recouvertes ensuite avec soin, de manière que les miasmes et le putrilage soient absorbés par le réservoir commun. Les cimetières romains (campi-santi) sont des espèces de cours recélant une foule de caveaux dont les ouvertures, bouchées par des opercules de pierre, marquettent le pavé. Pas un mouvement n'accidente le préau; on voit seulement sur les murs d'enceinte quelques inscriptions qui se rapportent le plus souvent à un mort jeté dans la fosse commune. Il ne faut pas chercher dans ces cimetières romains, ce sentiment doux et mélancolique, qui naît à l'aspect de ces tombes, qui parlent de mort, des saules pleureurs symboles de la douleur, et des fleurs qui, sans cesse vives et renaissantes comme le souvenir, font penser au revoir dans une autre vie. Ces cours froides et sans physionomie ne peuvent inspirer aucun sentiment. Personne ne les fréquente que le fossoyeur; nu ne vient pas pleurer sur une fosse commune. Chaque caveau est un horrible pourrissoir, dans lequel mon imagi-

bout d'un ressort à boudin. Après avoir placé l'instrument dans le canal inguinal, on le fixerait au moyen d'un sous-cuisse partant d'une ceinture. Ce sous-cuisse devrait être garni, au point qui correspond à l'embout, d'une plaque métallique. En serrant le sous-cuisse, on enfoncerait l'embout dans le canal inguinal; et comme on aurait en même temps aplati le ressort, celui-ci tendant ensuite constamment à se développer, maintiendrait l'embout enfoncé dans la direction convenable.

De ces données mal digérées, de toute cette polémique, faites ce qu'il vous plaira, mon cher confrère; mais veuillez du moins, j'y tiens expressément, en tirer cette conclusion qu'on n'attaque que ce qui offre résistance, qu'on ne s'occupe de perfectionner que ce qui en vaut la peine, qu'enfin on ne critique que ceux que scientifiquement on estime.

P. Diday.

PHYSIOLOGIE CHIRURGICALE.

NOTE RELATIVE A QUELQUES CONSIDÉRATIONS PHYSIOLOGIQUES ET PRATIQUES SUR L'EMPLOI DES ANESTHÉSIQUES, ET PARTICULIÈREMENT DU CHLOROFORME; par M. Courty.

Depuis l'introduction des moyens anesthésiques en chirurgie, et spécialement dans les mois de mars, avril, mai et juin 1850, consacrés à mon service de clinique chirurgicale à l'Hôtel-Dieu Saint-Éloi, pendant lesquels j'ai pu multiplier beaucoup d'observations, j'ai eu l'occasion de faire sur ce sujet quelques remarques qui m'ont paru offrir de l'intérêt, tant au point de vue physiologique que sous le rapport pratique. Voici les observations qui m'ont paru mériter d'être notées.

1° On sait que l'inspiration des agents anesthésiques, avant d'amener l'insensibilité, produit une excitation quelquefois très-forte et très-prolongée. L'intensité et la durée de cette excitation varient suivant le tempérament et la constitution des sujets, et surtout suivant la nature de l'agent qu'on emploie. Habituellement plus longue sous l'influence de l'éther, cette période est généralement très-courte quand on fait usage du chloroforme, si courte même qu'elle passe quelquefois inaperçue. Or la production et surtout la prolongation de cette période m'ont paru tenir à quelques circonstances qu'il est important de connaître dans la pratique.

De toutes ces circonstances, celle qui m'a le plus frappé est la suivante. Quant on met dans l'appareil trop peu de chloroforme, ce qui oblige à faire inhaler ce liquide longtemps et à petites doses dans chaque inspiration, on s'expose à voir se produire l'accident que je signale, et à faire courir au malade un plus grand danger, en même temps qu'on le prive, pour une bonne part, des bénéfices de l'anesthésie. La période d'excitation est très-longue; l'exaltation de la sensibilité devient très-forte; elle reparaît après quelques instants d'insensibilité et se termine quelquefois par une nouvelle période anesthésique d'une intensité et d'une durée capables d'inspirer des craintes sérieuses.

Cet accident m'est arrivé plusieurs fois, et chez des malades présentant des conditions individuelles différentes. Ainsi il s'offrit chez une femme que j'opérais d'un cancer au sein dont l'ablation dut être suivie d'une autoplastie assez laborieuse. Il se présenta une autre fois chez un homme auquel j'enlevais une tumeur située dans la région sous-maxillaire du côté droit. Je l'ai observé chez un soldat, auquel je pratiquais l'arrachement de l'ongle et la cautérisation d'une portion de la matrice de cet organe. J'eus l'occasion de le constater encore dans deux ou trois autres circonstances.

En recherchant les causes de cet accident, je m'aperçus que la personne chargée du soin de préparer l'appareil à inhalation y versait une quantité insuffisante de chloroforme. Je surveillai attentivement cette préparation, dans les opérations suivantes, j'eus soin de faire mettre dans l'appareil (celui de Charrière) assez de chloroforme, non-seulement pour imbiber toute la surface à évaporation, mais pour laisser séjourner une certaine quantité de ce liquide dans le fond de la boîte, et depuis ce temps je n'ai jamais vu se renouveler le même phénomène.

Au reste, il me paraît facile de comprendre ce fait et d'en donner une explication satisfaisante. Si la quantité de chloroforme est insuffisante, les vapeurs de ce liquide pénètrent dans les voies respiratoires mêlées à une quantité d'air considérable qui ralentit beaucoup leur action. Dès lors les périodes anesthésiques se dessinent plus lentement et d'une manière plus marquée; l'excitation, au lieu de passer inaperçue, arrive à son comble, se prolonge un temps considérable, et finit par faire place à l'insensibilité. Celle-ci dure peu, car on s'empresse d'ôter l'appareil qu'on a laissé plusieurs minutes sur la bouche du malade et qu'on craint de laisser trop longtemps, l'excitation reparaît aussitôt. On fait reprendre l'inspiration des vapeurs anesthésiques, et l'on prolonge encore quelque temps cette inspiration jusqu'à ce qu'enfin l'insensibilité arrive. Mais alors cette insensibilité atteint des limites dangereuses. Le sang, le système nerveux paraissent s'être saturés lentement de chloroforme; les doses successives qui l'ont produit, en les pénétrant peu à peu, que des phénomènes anesthésiques incomplets, forment sans doute par leur accumulation une dose finale trop considérable; cette dose écrase alors toutes les forces, et par la quantité dont l'économie a de la peine à se débarrasser, et par la continuité même de son action qui a affaibli lentement et qui finit par dominer toute puissance réactive.

Ne semble-t-il pas, en effet, que le chloroforme, quand il produit ses meilleurs résultats, agisse par surprise sur le système vivant? L'intoxication est rapide, comme sidérante; mais elle se dissipe aussi rapidement qu'elle s'est produite. C'est un ébranlement, une sorte de commotion dont les organes reviennent d'autant plus vite qu'on en supprime plus vite la cause.

Fait-on respirer longtemps de faibles quantités du même liquide, l'action est différente. Trop faibles pour produire l'insensibilité en peu d'instants, ces quantités, individuellement insuffisantes à l'intoxication, s'accumulent dans nos organes, le poumon s'imprègne, le sang, le système nerveux s'en saturent; on ne produit pas la sidération, mais on cause une intoxication que sa lenteur à se manifester, sa persistance à fatiguer les organes, son énergie même par l'effet de l'accumulation des doses, rendent bien plus redoutable que la sidération.

Cette explication est-elle vraie? S'accorde-t-elle avec les phénomènes anesthésiques longtemps prolongés par l'effet de la méthode dite intermittente? Je l'ignore. Il me suffit d'avoir signalé un fait que je crois important à connaître dans la pratique. Il résulte en effet de cette observation qu'il ne faut pas craindre de mettre dans l'appareil trop de chloroforme.

---

nation se refuse à pénétrer parmi cette foule de cadavres avec ou sans bière, qu'on y descend pêle-mêle, et que la parcimonie ou l'ignorance oublient quelquefois de couvrir de chaux! Quand le caveau est plein, on le scelle, et les vieux ossements macèrent, je ne sais combien d'années, dans l'humidité des cadavres récents; puis tout se dessèche; on vide la fosse, qui ouvre alors ses flancs aux débris d'une nouvelle génération.

Nous avons été témoin, à Civita-Vecchia, d'une scène qui ne s'effacera jamais de notre mémoire. C'était à l'enterrement d'une cantinière. Quand on enleva l'opercule, une bouffée de gaz horribles nous fit tous reculer. Je m'approchai cependant; ce que je vis est affreux à dire: c'était une montagne de bières, dont plusieurs rompues laissaient échapper les cadavres; de l'une d'elles sortaient deux jambes rongées par une nuée de rats qui, sautant de cercueil en cercueil, ruisselaient comme des fourmis sur un tronc d'arbre. Affamés, avides, quelques-uns se précipitèrent au-devant de leur nouvelle proie, jusqu'au pourtour de l'ouverture. Le cantinier poussa un cri, se jeta sur le cercueil, en disant qu'il ne voulait pas qu'on descendît dans ce gouffre, sans pitié, le corps de sa femme livré comme une vile pâture à ces rats dévorants. On entraîna le pauvre homme, et la fosse commune reçut un cadavre de plus.

A Rome, les caveaux sont vidés tous les cinq ans, je crois, et les ossements recueillis dans un ossuaire. Outre les cimetières publics, il en existait d'autres encore dans les couvents, dans les hôpitaux. C'étaient autant de foyers d'infection permanente, dont les sages mesures prescrites par Pie IX ont déjà fait fermer une partie. Le souverain pontife a l'intention de remplacer ces pourrissoirs par des cimetières semblables aux nôtres. Le culte saint des morts y gagnera autant que la salubrité.

En foulant les dalles sépulcrales de l'église, nous avons été conduit à parler de bien tristes choses. Un heureux divertissement va fort à propos changer le cours de nos idées. C'est la fête du patron de la basilique; on chante les vêpres en grande cérémonie. L'aspect est bien un peu mondain; les colonnes sont cannelées avec de longs galons d'or, les pilastres disparaissent sous des bandes de brocard, des draperies de soie blanche, bleue, rose, jaune, enrichies d'un liséré d'or, s'arrondissent dans les entre-colonnements et sous les arcades des nefs. Le parvis est jonché de buis; une brillante illumination resplendit sur l'autel et le long du vaisseau. La musique est fort bonne: ténors, barytons, basses, rien n'y manque; solo, duo, trio, quatuor, quintet, chœurs, nous avons de tout; cavatines, grands airs, roulades, c'est au complet. Scandale! je crois qu'on chante un opéra dans la sainte demeure de Dieu! La mise en scène ne laisse rien à désirer: les décors sont frais, l'éclairage brillant, les figurants de bonne mine, mais le recueillement n'est nulle part.

Ce tableau est tracé en touriste; l'œil médical va maintenant en scruter un petit coin. Des voix de femme partent de bouches d'homme. Ces sons douteux, chancelants, sans caractère bien dessiné, font mal à entendre, et font penser à une triste mutilation qui se pratiquait souvent autrefois. Heureusement cette cruauté ne se renouvelle pas aujourd'hui. On prétend qu'il n'existe plus parmi les chanteurs d'église que trois castrats, dont deux sont des vieillards, et le troisième un individu dont une truie a dévoré les parties génitales quand il était au berceau. Il paraît qu'autrefois la castration ne s'opérait pas par ablation, mais par atrophie des testicules, que l'on comprimait, ligatorait, sans compter

On commence à faire respirer au malade l'air mêlé d'une petite quantité de vapeurs anesthésiques; puis, en supprimant peu à peu la communication avec l'air extérieur, on augmente les quantités proportionnelles de chloroforme qui sont inhalées, et l'on arrive rapidement à le faire respirer pur. Les phénomènes anesthésiques marchent alors avec toute la régularité et toute la rapidité possibles. Il faut donc que le tube inspirateur soit toujours rempli d'un air saturé de chloroforme. Le robinet à virole, placé sur ce tube, doit être le seul moyen par lequel l'opérateur gradue les proportions de cet air saturé avec l'air pur qu'il laisse pénétrer du dehors.

2° Plusieurs observateurs ont cité déjà la persistance de certaines sensations spéciales coïncidant avec l'abolition de la sensibilité générale, sous l'influence des agents anesthésiques. Ce phénomène, plus encore que celui des rêves agréables, était digne de fixer l'attention. Quoi de plus singulier que de voir l'éther, le chloroforme, opérer une sorte de départ entre les diverses facultés vitales, abolir la sensibilité en laissant persister le mouvement, abolir la sensibilité et le mouvement sans supprimer les actes de l'intelligence, décomposer la sensibilité elle-même de manière à supprimer la douleur sans abolir la perception du froid, sans anéantir l'ouïe, la vue, et même le toucher? Ces cas sont rares, mais ils existent; je les ai vus se reproduire, notamment dans deux circonstances, d'une manière très-remarquable.

Un soldat auquel j'enlevais une tumeur graisseuse assez considérable, située sur l'épaule droite, éprouva la sensation de la déchirure des tissus, entendit le cri du scalpel, sans ressentir aucune douleur. Presque tout le temps de l'opération il s'entretint avec moi ou avec les aides. Il rêvait et se croyait avec ses camarades à boire ou à jouer; mais il voyait, il entendait toujours. Quand nous l'interpellions fortement, il répondait, et sur le sujet de son rêve, et sur l'opération qu'il subissait dans le même moment. A son réveil, il ne conserva plus aucun souvenir de ce qui venait de se passer, fut tout étonné de se trouver opéré, dit qu'il n'avait éprouvé aucune douleur, et qu'il croyait sortir d'un accès d'ivresse.

Chez un sergent que j'avais chloroformisé pour le souder, et dont j'ai reproduit plus haut l'observation, la sensibilité générale était abolie; les sensations spéciales, la vue, l'ouïe étaient presque supprimées; le sens génital resta seul éveillé, sous l'influence de l'excitation locale à laquelle il était soumis. En effet, tandis que je le soudais, il manifesta par des gestes, l'expression de sa physionomie, et quelques paroles non équivoques, qu'il se croyait auprès d'une femme publique dont les mains se livraient sur lui à des attouchements impurs. A son réveil, tout était oublié.

3° Cette observation m'amène naturellement à l'examen de la question si intéressante des sensations éprouvées par les malades pendant le sommeil chloroformique et de l'oubli de la douleur qui suit le réveil. Je ne veux pas ici soulever de nouveau ce problème et en discuter tous les éléments. J'ai déjà exprimé mon opinion à ce sujet, et présenté quelques preuves qui la confirment (1). Souvent l'agitation vague, les cris, l'expression triste des opérés tiennent à de simples manifestations de l'action réflexe. Mais je crois encore que certains sujets éthérisés, qui paraissent souffrir pendant les opérations et qui déclarent ensuite n'avoir rien senti, ont souffert réellement. Aux arguments remarquables présentés par M. le professeur Bouisson (1), pour soutenir la thèse contraire, je puis opposer quelques faits nouveaux.

Dans les deux cas que je viens de citer, peut-on attribuer à l'action réflexe les divers phénomènes dont les malades ont offert le tableau?

Chez le soldat qui voyait, entendait et conversait avec nous, les actes intellectuels ne s'opéraient-ils pas, quoique avec une certaine lenteur? Sans doute la douleur était abolie, puisque le malade ne l'a pas accusée. Mais à son réveil, il ne s'est pas souvenu qu'il avait conversé avec nous. S'il avait crié, s'il s'était agité, s'il avait donné, comme quelques autres, des témoignages extérieurs de douleur paraissant n'être pas équivoques, et qu'il eût tout oublié à son réveil, comme il avait oublié sa conversation, aurions-nous été en droit de penser qu'il n'avait pas souffert?

Chez le second, si le mouvement instinctif des bras, si l'expression de la physionomie, bien que toute particulière, peuvent être attribués à l'action réflexe, en est-il de même des quelques paroles qu'il a prononcées et qui supposent évidemment une élaboration intellectuelle?

Un autre malade, à qui je pratiquais l'opération de l'ongle incarné, se levait, portait les mains à son orteil et disait qu'il ne voulait pas qu'on lui arrachât l'ongle. A son réveil, il avait tout oublié; il assura n'avoir pas souffert et fut étonné de voir l'opération terminée. Y avait-il eu simplement manifestation de l'action réflexe, ou n'y avait-il pas eu plutôt perte de souvenir?

J'ai vu quelques autres malades témoigner d'une manière moins complète peut-être, mais aussi énergique et suffisamment directe, qu'ils éprouvaient des sensations douloureuses dans la partie soumise à l'opération. Je n'ai pu douter qu'ils aient souffert, et cependant ils assurèrent tous, au sortir de l'état anesthésique, qu'ils n'avaient éprouvé aucune douleur.

4° Que les malades aient paru souffrir pendant l'opération, ou qu'ils n'aient donné aucune manifestation extérieure de douleur (ce qui arrive le plus souvent), il faut reconnaître que tous s'accordent à exprimer, au réveil, leur contentement pour l'insensibilité qui les a soustraits à la douleur de l'opération, quelquefois même pour les sensations agréables et inattendues que leur a causées l'action des anesthésiques.

La plupart se prêtent donc volontiers à une nouvelle chloroformisation, s'ils doivent être soumis à une opération nouvelle. Mais il n'en est pas de même chez tous. L'anxiété, l'angoisse qui précèdent chez quelques-uns l'abolition de la sensibilité; cette sensation de la perte du sentiment de son être, de cette sorte de passage de la vie à la mort, est insupportable pour quelques malades qui préfèrent, disent-ils, aux souffrances de l'anesthésie les souffrances de l'opération.

Ainsi, on en voit arracher violemment l'appareil, au moment où l'anesthésie commence à se manifester. D'autres refusent de se soumettre une seconde fois aux inhalations de chloroforme.

Un malade, que j'avais chloroformisé pour lui faire l'avulsion d'un ongle, s'éveilla avant que l'opération ne fût pratiquée, l'infirmier ayant oublié de

(1) De l'emploi des moyens anesthésiques en chirurgie, p. 45. Montpellier, 1849.

(1) Traité théorique et pratique de la méthode anesthésique, p. 276 et suiv. Paris, 1850.

---

la malaxation progressive par les mains. Nous ne croyons pas, quoiqu'on nous l'ait positivement assuré, que certaines gens atrophient encore ainsi les organes séminaux de leurs jeunes enfants, dans l'espoir de leur voir occuper un jour un emploi lucratif pour la famille.

La foule s'écoule de l'église; le jour baisse. C'est l'heure où les églises de Rome prennent un caractère un peu religieux: les détails s'effacent, l'ombre assombrit les trop vives couleurs, et l'œil n'embrasse plus que les immenses contours de la nef et des arcades. Les cierges s'éteignent; on n'aperçoit plus que de rares lumières oubliées. La nef se remplit de nouveau de pénitents, de capucins et de curieux. Oh! je hais les pénitents de toute nuance, mystérieux personnages dont on ne devine que les deux yeux à travers les trous du capuchon. Je n'ai certes pas peur d'eux, mais j'ai peur des souvenirs qu'ils me rappellent. Quand ils viennent à découvrir leur visage, je m'étonne de ne pas y lire des instincts féroces, et je ne puis me figurer que la torche qu'ils tiennent à la main ne soit pas destinée à éclairer un auto-da-fé.

Ils sortent de l'église; la procession s'allonge; après les laids pénitents marchent les bons capucins, la figure découverte et portant des torches. Le mort est un vieux religieux de leur ordre; il est étendu, le visage et les pieds nus, sur une litière portée à bras. Derrière marche un homme chargé de la bière encore vide (1). Une croix est fixée sur la poitrine du mort; un long chapelet pend à ses côtés. Les cahots des porteurs font rouler le cadavre et trembler le rosaire. Des chants funèbres retentissent dans la rue; ils cessent bientôt, et l'autre extrémité de la procession répond par un murmure lointain. Les façades s'illuminent un instant à la lueur rouge des cierges; la clarté pâlit, les chants s'effacent, la procession s'écoule, la rue redevient solitaire et sombre. Rentrons.

Aussi bien le hasard nous a servis; il fallait assister à ce convoi funèbre pour compléter le tableau que je vous ai tracé du dernier voyage d'un Romain.

En rentrant, prenez garde à ces masses étendues par terre, sur les trottoirs, sous les porches des églises, le long des escaliers; ce ne sont pas des chiens, mais des chrétiens, de pauvres campagnards, qui couchent en plein air, *sub Jove frigido*, comme le chasseur d'Horace.

Avant de terminer, je sens le besoin de vous dire encore deux mots. Il me

(1) Hélas! non. C'est la boîte où le clergé ramasse, après la cérémonie, les cierges à peine entamés. C'est un grand bénéfice pour l'église. Les gens riches ont deux boîtes portées derrière le mort. Je n'ai pas voulu vous dire cela dans le cours de mon récit, de peur de manquer mon tableau final. A Rome, il faut glisser un peu vite dans son examen, si l'on veut être édifié. Ne voyez jamais le revers de la médaille. Chaque pénitent, chaque capucin est poursuivi par un gamin qui trottine à sa suite et tend en l'air un grand cornet de papier, dans lequel il recueille les larmes du cierge, qu'il sollicite de temps en temps à pleurer en lui imprimant de légères secousses. J'ai d'abord cru que cette cire, sainte et vierge, était une pieuse relique. Erreur: on la recueille pour la vendre. Dans toute autre circonstance, cette coutume serait mesquine et ridicule; ici elle nous semble pitoyable, presque impie.

faire chauffer les cautères, et se refusa à être endormi de nouveau. Je parvins néanmoins à vaincre sa répugnance, l'anesthésie fut parfaite et l'opération pratiquée sans la moindre manifestation de douleur.

Un autre, très-sensible à l'action du chloroforme, en avait ressenti les effets en une minute, sans éprouver en apparence aucune excitation, et avait subi sans douleur la cruelle opération de la cautérisation actuelle, pratiquée en raies de feu autour d'une tumeur blanche du poignet. Lorsqu'il fallut en venir plus tard à l'amputation, comme dernière ressource, il aimait mieux, disait-il, souffrir l'opération que respirer le chloroforme ; ses répugnances furent pourtant vaincues, et l'inhalation chloroformique réussit aussi complétement que la première fois.

On a vu, dans la première observation que j'ai rapportée de l'application des moyens anesthésiques au cathétérisme, comme le malade qui en fait le sujet supportait bien l'action du chloroforme. Il est difficile de se faire une idée d'un attendrissement plus complet que celui qui se manifestait au réveil, d'une sensation de bonheur plus sentie, d'une expression de reconnaissance mieux exprimée. Cependant le malade aima mieux sortir de l'hôpital que supporter une cinquième séance d'anesthésie qui ne lui paraissait pas indispensable.

Cette répulsion instinctive de plusieurs malades, la connaissance que nous avons des dangers réels de l'anesthésie, la répugnance que l'on éprouve à déterminer une insensibilité générale pour éviter la production d'une douleur locale, nous font regretter de plus en plus l'infériorité relative de l'anesthésie locale. Ces motifs, et plusieurs autres, nous portent à appeler de tous nos vœux la découverte de nouveaux agents qui réalisent le besoin, souvent éprouvé par la chirurgie, de soumettre seulement une partie du corps aux bénéfices de l'insensibilité. Éviter les dangers de l'anesthésie générale, conserver aux malades le sentiment de leur existence, et néanmoins les arracher aux douleurs des opérations, tel nous paraît devoir être le plus beau triomphe de la science et de l'art.

CORRESPONDANCE MÉDICALE.

SUR UN CAS DOUTEUX DE FARCIN CHRONIQUE (OBSERVATION RECUEILLIE DANS LE SERVICE DE M. MICHEL LÉVY, AU VAL-DE-GRACE); mémoire lu à la Société de biologie, par M. le docteur THOLOZAN, chef de clinique.

J'ai l'honneur de communiquer à la Société de biologie un fait qui, par la singularité des symptômes et par quelques-unes des particularités de l'autopsie, telle que l'infiltration purulente trouvée dans le canal médullaire des os longs, me paraît digne d'intérêt. Je rapporterai d'abord l'observation et je la ferai suivre de quelques remarques.

FIÈVRE INTERMITTENTE REBELLE ; ENGORGEMENT DE LA RATE ; TUMEURS PAR INFILTRATION FIBRINEUSE ET SANGUINE DU DERME, ANALOGUES AUX TUMEURS CUTANÉES DU FARCIN CHRONIQUE ; TACHES SANGUINES ECCHYMOTIQUES DE LA PEAU, ANALOGUES AU PURPURA ; ENGORGEMENT DES GANGLIONS LYMPHATIQUES ; INFILTRATION PURULENTE DU CANAL MÉDULLAIRE DES OS LONGS ; ULCÉRATION DES INTESTINS ; DYSSENTERIE ULTIME. — MORT.

OBS. — Sobier (Louis), âgé de 26 ans, d'une constitution forte, peau blanche et tachetée d'éphélides, joues colorées, cheveux châtain clair, était garçon de ferme et d'écurie dans le département de l'Oise lorsqu'il a été enrôlé dans le 21e régiment de ligne il y a vingt mois. Il raconte qu'un an avant son entrée au service, il eut à panser un cheval qui portait une tumeur ulcérée au pied. La plaie cautérisée avec le fer rouge guérit au bout d'un mois, et l'animal fut employé au labour comme par le passé.

Sobier, qui n'avait point eu de maladie antérieure, entre à l'hôpital de Nevers pour une fièvre d'accès au bout de six mois de service. Il sort après un mois de traitement par le sulfate de quinine ; la fièvre récidive au bout de peu de temps, et il fait encore trois semaines de séjour à l'hôpital.

Depuis cette époque, la fièvre le reprend à Paris au bout de quinze jours de résidence ; il a de nombreuses rechutes ; il fait trois entrées dans les hôpitaux et est envoyé en convalescence dans son pays. Chez lui il est repris de fièvre intermittente ; il devient sujet à la diarrhée, et il est atteint de la suette qui régnait à cette époque épidémiquement. Il a été à plusieurs reprises soumis à la médication quinique ; un certificat du médecin de sa localité atteste les rechutes de la fièvre intermittente, ainsi que l'augmentation de volume de la rate.

Vers la fin de l'été de 1849 la santé de Sobier s'était assez améliorée, et il avait en partie repris son service au régiment lorsque, au mois de novembre, il s'aperçut, dans la région de la nuque, d'une tumeur indolore qui augmenta petit à petit de volume.

Le 1er janvier 1850, notre malade est pris de lassitude, de douleurs articulaires, de frissons, avec insomnie, anorexie et diarrhée. Quelques taches arrondies, violacées, apparaissent les jours suivants aux jambes et aux bras. Les forces sont tout à fait prostrées et le malade entre à l'hôpital du Val-de-Grâce dans le service du professeur Lévy, le 21 janvier (salle 28, n° 39).

Sobier présentait à cette époque les symptômes suivants :

Face pâle et un peu hébétée ; parole saccadée ; 80 pulsations ; douleurs vagues dans les membres avec diminution considérable des forces et amaigrissement commençant ; douleur à la base gauche du thorax augmentée par la percussion ; rate considérablement augmentée, donnant 18 centim. en hauteur ; respiration bonne, sans râle ; pas de toux ; des macules violacées, ardoisées ou bleuâtres, de 1 à 2 centim. de diamètre, donnent un aspect tigré à la peau. On en remarque partout, mais elles sont surtout nombreuses à la face postérieure du tronc et à la face interne des membres pelviens. La plupart de ces taches reposent sur une base indurée, véritables tumeurs aplaties faisant corps avec le derme qu'elles soulèvent à peine. A la face, au-dessus des sourcils, et à la région molaire gauche, existent des empâtements assez étendus avec coloration violacée ou bleuâtre de la peau et saillie assez prononcée des téguments. A la face interne de la cuisse gauche, une tumeur du volume d'une petite noix, d'un rouge cuivré à la surface, fait une saillie très-prononcée et acuminée. A la nuque, vers la naissance des cheveux, existe une tumeur saillante et assez molle, du volume d'une grosse noix, sans coloration ecchymotique des téguments. Engorgement notable des ganglions lymphatiques de l'aine et des régions parotidiennes sous-maxillaires et axillaires.

Le 22 janvier, on note encore 80 pulsations ; température axillaire, 37,5 ; abattement, prostration des forces, et douleurs scapulo-humérales pendant la nuit.

Le 23, douleurs scapulaires persistantes avec insomnie ; 90 pulsations assez fortes ; urine trouble ; nouvelles taches violacées à la fesse gauche et à la face externe de la cuisse de ce côté ; macules violacées aux jambes avec piqueté rouge brun ecchymotique. Une incision pratiquée sur la tumeur de la nuque ne donne issue qu'à du sang.

24 janvier. Douleurs vagues dans les articulations des membres inférieurs ; prostration moindre ; aucune hébétude dans le facies ; taches rosées lenticulaires en assez grand nombre sur la face antérieure du tronc.

25 janvier. Insomnie ; douleur scapulaire gauche ; 80 pulsations ; épistaxis

---

semble que de la bouche de votre cicerone sont quelquefois sorties des paroles un peu amères. J'ai dit ce que je pense. Eh bien ! néanmoins et par une sorte de contradiction, je sens une attraction puissante pour la ville éternelle, un charme tout particulier m'y retient, je me dilate d'aise dans ce milieu tranquille, j'y jouis doucement, paisiblement, pleinement. Serait-ce parce que l'ensemble vaut mieux que les détails, et que, dans ma critique, j'aurais trop exclusivement considéré ceux-ci ? Je ne crois pas avoir commis cette faute. Ou bien l'abondance du blâme viendrait-elle de ce que j'aurais jugé les Romains plutôt par comparaison que d'une manière absolue ? Presque tous les auteurs ont fait cette fausse route ; la nation à laquelle ils appartiennent a été pour eux un critérium, un type, un étalon, et tout ce qui ne cadre pas avec leur modèle a été condamné par eux. Si je n'ai pas toujours su éviter cette erreur, je pense du moins n'y avoir jamais donné en plein. Enfin cette sympathie pour Rome naîtrait-elle de ce que la réalité s'y efface pour faire place au rêve ? Y vivrait-on, y jouirait-on moins de ce qu'on voit que de ce qu'on pense en se reportant à l'époque majestueuse de l'ancienne Rome, aux siècles de foi naïve du moyen âge, aux époques passées illustrées par les beaux-arts ? Ces questions sont trop graves pour nous ; nous avons babillé sans cérémonie ; nos prétentions ne vont pas au delà.

F. JACQUOT.

— M. le docteur Ph. Ricord vient de recevoir de la Porte Ottomane les insignes du Nichan-Sféhar.

— M. Oscar Reveil vient d'être nommé, à la suite d'un concours, pharmacien en chef de l'hôpital de Lourcine.

— L'enseignement médical militaire de la Prusse est sur le point d'être profondément modifié. Il est question de supprimer, à l'instar de la France, les écoles spéciales où se faisait cet enseignement, la *Pépinière* de Berlin, entre autres, et de créer à chacune des six Facultés de médecine de la Prusse, une chaire dont le titulaire enseignerait ce qui est spécial à la médecine militaire (hygiène militaire, inspection des recrues, organisation des ambulances, etc.). On créerait un certain nombre de bourses à chacune de ces Facultés pour les jeunes gens qui prendraient l'engagement de servir pendant deux années dans la médecine militaire pour chaque année qu'ils auraient joui de la bourse. Chaque docteur pourrait en outre être admis dans la médecine militaire, à la suite d'un examen roulant sur les parties enseignées par le professeur de médecine militaire des Facultés.

— On annonce la mort du docteur Cbersi, ancien professeur à l'Université de Cagliari et célèbre accoucheur.

— M. Edouard Robin ouvrira le 16 juin, par la physique, la chimie, la zoologie et les mathématiques, une nouvelle série de cours. Ils auront lieu tous les jours, les dimanches et jeudis exceptés, chez lui, rue de la Harpe, 90. Le cours de chimie sera commencé à une heure et celui de physique à trois heures et demie.

Lorsque le cours de chimie générale sera terminé, M. Edouard Robin exposera ses nouvelles applications à la toxicologie et à la thérapeutique.

légère; engorgement notable des ganglions parotidiens et cervicaux du côté gauche avec rougeur légère des téguments.

27 janvier. Insomnie persistante; douleur aux avant-bras avec apparition de nouvelles macules ardoisées.

Le malade est depuis son entrée au quart de portion; il prend depuis deux jours de l'iodure de potassium.

28 janvier. On remarque déjà à cette époque un changement notable dans la coloration des tumeurs, des empâtements et des simples taches. Les teintes ardoisées et cuivrées deviennent plus rares, les aspects bleuâtres, verdâtres et rouge brun prédominent. 80 p. un peu vives; nouvelle épistaxis; urine à sédiment briqueté. (1 g. d'iodure de potassium; lotions vinaigrées sur la peau.)

29 janvier. Empâtement du tissu aréolaire du mamelon gauche, avec teinte cuivrée de la peau environnante. Le malade accuse des douleurs lancinantes dans les mollets et les cuisses.

30 janvier. 85 p.; 39° à l'aisselle. Selles régulières, urine trouble à sédiment blanchâtre; insomnie, sueur abondante pendant la nuit; douleurs violentes dans les membres inférieurs.

31 janvier. Les principales tumeurs présentent un commencement de résorption. Les douleurs sont concentrées à l'épaule droite. (1,5 g. d'iodure de potassium; frictions avec le jus de citron.)

1er février. 105 p. *Douleurs violentes aux membres inférieurs, et principalement à la région trochantérienne et le long de la face externe du fémur gauche.* Insomnie et sueur nocturne abondante; deux selles. (On suspend l'iodure de potassium.)

Le 3 février au soir, vomissement alimentaire, nausées et vomituritions pendant la nuit.

4 février. 90 p.; langue grisâtre, un peu sèche; météorisme léger; borborygmes; deux selles; douleur à la base latérale gauche, augmentée par la toux; gencives un peu saignantes et gonflées; respiration rude, antérieurement et postérieurement. — L'aspect des téguments présente de nouvelles modifications. Les joues ont pris une teinte cuivrée, l'empâtement des arcades sourcilières a disparu; la tumeur cervico-occipitale a diminué des quatre cinquièmes; la tumeur crurale gauche s'est assez effacée en partie. Les ganglions inguinaux, cervicaux, axillaires, ont en même temps diminué de volume.

Le 5, 90 p.; trois selles; météorisme léger. Rate à 30 centimètres. Douleurs très-intenses à la cuisse gauche, depuis le grand trochanter jusqu'au creux poplité, s'irradiant dans le mollet. (Soupe; sulfate de quinine, 0,5; extrait d'opium, 0,05.)

Le 8, 90 p.; deux épistaxis; face pâle; sueur nocturne et diarrhée persistantes; voix éteinte. *Douleur claviculaire gauche avec gonflement sterno-claviculaire.* La tumeur de la nuque est complètement effacée.

Le 10, gonflement étendu de la région claviculaire interne gauche avec rougeur des téguments et tache jaunâtre au centre. Il n'existe plus ni taches, ni d'autres tumeurs sur le corps. Depuis quelques jours, gêne et faiblesse plus grandes dans les mouvements. Amaigrissement marqué des membres et de la face. Douleurs profondes à la cuisse gauche et au bras droit.

Le 13, 90 p. Diarrhée et sueur persistantes. *Douleur violente à la cuisse gauche, avec gonflement notable de tout le corps du fémur de ce côté.* (Quart d'aliments; sulfate de quinine opiacé.)

Le 14, frissons dans l'après-midi; soubresauts des muscles des membres; 96 p.; 3 selles.

Le 15, moins de tension et de gonflement à la cuisse gauche; 84 p.; persistance de la douleur sterno-claviculaire et fémorale gauche.

Le 17, 90 p.; langue un peu sèche; 2 selles. Rate à 16 centimètres. Sommeil interrompu. *La pression est douloureuse sur la cuisse droite.* Il n'y a plus de gonflement cléido-sternal gauche, mais *la sensibilité est toujours exagérée dans cette région.*

Le 19, 72 p.; miliaire rosée sur l'abdomen; 4 selles liquides avec coliques.

Le 21, 80 p.; empâtement de la joue droite; gonflement ganglionnaire formant chaîne des deux côtés du cou, de l'apophyse mastoïde à la clavicule, plus prononcée à droite; 4 selles sanguinolentes. (Panade; cataplasme laudanisé sur l'abdomen; potion opiacée.)

Les jours suivants, la diarrhée et l'amaigrissement font des progrès.

Le 27 février. 90 p.; vomissement alimentaire; vomituritions. (Crème de riz; riz gom.; vin sucré; lav. laudanisé.)

Le 2 mars, émaciation; voix éteinte; 108 p.; 10 selles; ventre douloureux; langue sèche; hoquet; syncope dans la position assise; respiration sans râles, un peu rude.

Le 4, 140 p.; 48 inspirations; œil hagard; insomnie, agitation, délire pendant la nuit; 20 selles. (Vin sucré; tis. avec ext. ratanhia; pot. hyd. morphine, 0,02.)

Le 5, selles involontaires; subdélire; mort à six heures du matin.

AUTOPSIE 30 heures après la mort.

HABITUDE EXTÉRIEURE. Rigidité cadavérique presque nulle; sujet élancé, très-amaigri; peau pâle à la face antérieure du corps, présentant des stases sanguines rosées ou légèrement violacées aux parties déclives. A la partie interne de la cuisse gauche, une tumeur du volume d'une noisette, reste de la tumeur crurale volumineuse, est formée d'un tissu résistant, translucide, légèrement jaunâtre, comme fibrineux, et adhérent au derme. Dans les autres points de la peau, siége d'autres tumeurs, on n'a point trouvé de trace de dépôt plastique ni sanguin.

SYSTÈME MUSCULAIRE. Rien de notable, si ce n'est la flaccidité des muscles; point de traces d'engorgement sanguin.

SYSTÈME LYMPHATIQUE. Les ganglions du cou et de l'aisselle sont encore engorgés; ceux de l'aine le sont moins; ils présentent tous une texture rougeâtre, un peu plus friable qu'à l'état normal.

APPAREIL CIRCULATOIRE ET RESPIRATOIRE. Rien dans les fosses nasales dont la muqueuse pâle est tapissée de produits filants translucides. Les amygdales, un peu tuméfiées, présentent les orifices élargis des glandules. La trachée est pâle, ainsi que les bronches; le tissu pulmonaire aéré et crépitant présente seulement aux parties postérieures quelques petits noyaux d'engorgement sanguin au milieu d'une infiltration séro-sanguine assez prononcé. Le cœur flasque, avec concrétions fibrineuses bien formées dans les deux oreillettes.

APPAREIL DIGESTIF. *Estomac* pâle contenant des mucosités filantes. Quelques érosions à fond pâle dans le grand cul-de-sac. Coloration rouge de la moitié inférieure du *jéjunum*. Dans l'*iléum* cette coloration devient plus foncée et à vascularisations très-fines. Des altérations plus avancées commencent à être aperçues dans la seconde moitié de l'iléum. La muqueuse est d'abord comme revêtue sur les valvules conniventes d'un enduit jaune verdâtre, adhérent, granuleux (dégénérescence hypertrophique de la couche épithéliale); plus près de la valvule, elle est érodée profondément, et des ulcérations nombreuses, taillées à pic jusque sur la musculeuse forment une suite non interrompue d'altérations jusqu'à la valvule. Dans le *gros intestin*, on remarque des ulcérations très-nombreuses, taillées à pic et comme dentelées, sur un fond pâle. Les tuniques intestinales y sont épaissies par suite d'infiltration séreuse.

Le *péritoine*, très-injecté au voisinage de la valvule iléo-cœcale, présentait entre les anses intestinales quelques lambeaux de pseudo-membranes molles.

Rate, 18 centim. sur 11, à capsule blanchâtre, ridée, d'un tissu assez compacte, à cellules tassées, d'un brun noirâtre.

Foie assez volumineux; la face inférieure un peu déformée et arrondie, couleur d'un jaune orangé uniforme; texture grenue très-prononcée; les granulations ont de 1 millim. à 1 millim. 1/2 de diamètre.

Reins. Aucune altération de texture.

Centre nerveux. Sérosité transparente, 60 gr. dans la grande cavité de l'arachnoïde; injection assez prononcée; consistance normale.

Articulations. A part l'articulation sterno-claviculaire gauche, les autres ne présentaient rien d'anormal; synovie assez visqueuse.

SYSTÈME OSSEUX. Pus jaunâtre dans l'articulation sterno-claviculaire gauche avec absorption partielle des cartilages et de la lame osseuse sous-diarthrodiale. Une petite portion du tissu spongieux est à demi détachée et en contact dans l'articulation avec le pus. La clavicule, sciée dans toute sa longueur, présente à l'extrémité interne une infiltration purulente jaunâtre du tissu spongieux, entourée par un cercle d'un rouge brun.

Le fémur gauche est entouré à son tiers moyen d'une couche d'ostéophytes, de 1 à 4 millim. d'épaisseur. C'est un tissu aréolaire que le scalpel entame facilement et dont les cellules contiennent une sorte de gelée transparente et légèrement sanguinolente. Ces bourgeons osseux s'enlèvent en partie avec le périoste, dans l'épaisseur duquel ils semblent développés.

Deux petits abcès, du volume d'une noisette, à la face interne de l'os, à demi enchatonnés par les ostéophytes, présentent un pus à peine jaunâtre, demi-liquide, contenu dans une membrane rougeâtre, épaisse d'un millimètre. Une section longitudinale a fait apprécier les ulcérations suivantes: Infiltration purulente jaunâtre de tout le cylindre médullaire, avec pus jaunâtre liquide aux deux extrémités du canal médullaire. Commencement de séquestration dans toute la longueur de la diaphyse de la moitié interne au moins de la lame compacte déjà séparée par un sillon de la partie vivante. Séquestration d'une portion considérable du tissu spongieux vers l'extrémité supérieure.

Le fémur droit présente la même couche d'ostéophytes, la même infiltration purulente du cylindre médullaire, et aussi un commencement de séquestration des portions compactes ou spongieuses, voisines de la membrane médullaire; mais toutes ces altérations sont moins prononcées que du côté opposé.

Les humérus ont aussi dans tout le canal médullaire du pus verdâtre. Ici pas encore de traces appréciables de séquestration, ni d'ostéophytes. Les autres os n'ont rien présenté de notable.

L'observation dont nous venons d'exposer les détails pourrait donner lieu à des inductions plus ou moins probables sur la relation étiologique des phénomènes ultimes de la maladie avec cette fièvre intermittente si rebelle qui a duré près de dix mois, qui a été accompagnée d'engorgement de la rate, et qui peut-être elle-même relevait d'une infection autre que l'infection paludéenne. Des indices certains, des caractères positifs nous manquent pour rien affirmer à cet égard. Mais d'un autre côté, en nous tenant dans la limite même du fait en question, nous ferons remarquer la grande ressemblance des tumeurs cutanées avec les tumeurs que l'on observe dans le farcin chronique, avec cette circonstance importante que, dans notre observation, les tumeurs de la peau ne se sont point abcédées. — La suite de l'observation fait bien voir que si ces infiltrations sanguines ou plastiques du derme ne se sont point ulcérées, en d'autres points de l'économie, dans d'autres tissus, la transformation purulente a eu lieu, précédée du même phénomène, l'infiltration sanguine, « dans l'articulation sterno-claviculaire gauche, à la face interne du fémur du même côté. »

Les détails que nous avons rapportés montrent que, dans ces deux régions, il s'est produit d'abord un engorgement sanguin : « gonflement de tout le corps du fémur du côté gauche, tuméfaction sterno-claviculaire gauche avec tache violacée au centre. » Il est donc infiniment probable que la suppuration a eu lieu ici dans des conditions à peu près analogues à celles que l'on rencontre dans les cas de farcin chronique, au milieu d'engorge-

ment sanguin des tissus. — Cette idée me semble d'autant plus admissible que dans les affections purement scorbutiques on n'observe point cette déchéance en suppuration. Dans ces affections ainsi que dans les cachexies spléniques, on n'observe pas non plus ces gonflements ganglionnaires que nous avons plusieurs fois notés dans le cours de cette maladie.

Il y a donc là, à part l'importance purement anatomique des altérations osseuses, un de ces faits complexes que l'on ne sait comment classer, parce que la filiation de ces phénomènes divers nous échappe complètement, à savoir : la fièvre intermittente, l'engorgement de la rate, les taches et les tumeurs sanguines, les gonflements ganglionnaires, la suppuration de la membrane médullaire et du périoste, symptômes en apparence étrangers les uns aux autres, mais dont la plupart se sont succédé dans un ordre tel qu'il est permis d'établir entre eux une relation quelconque de cause à effet.

NOTE SUR UN CAS DE LUXATION TRAUMATIQUE DU RACHIS SANS FRACTURE ; communiquée par M. le docteur PUTNAM (de Boston.)

On doit ajouter encore un cas extraordinaire à ceux qui sont cités par M. Richet dans sa thèse intéressante.

OBS. — Dans les environs de Boston, en juillet 1837, un charretier vigoureux est tombé de sa voiture très-chargée, et deux des roues lui ont passé sur le cou. Il y avait abolition de mouvement et de sensibilité au-dessous de la vertèbre déplacée. La vessie était paralysée. La respiration se faisait par le diaphragme. L'intelligence était parfaitement saine.

M. le docteur Walker (de Boston) fut appelé deux jours après. Il dépouilla les vertèbres, par la dissection, des attaches musculaires, et pendant que la tête était fortement retenue, la luxation fut réduite par la pression des pouces. Le malade fut pour le moment soulagé, mais il mourut au huitième jour. L'apophyse épineuse de la quatrième vertèbre était avancée vers le côté gauche ; de sorte que l'apophyse articulaire, à droite, se trouvait sur le segment postérieur de la cinquième vertèbre et presque par-dessus son apophyse épineuse. L'apophyse articulaire de la quatrième vertèbre, à gauche, avait été poussée en avant de la cinquième. Il n'y avait pas de fracture. Ecchymose de la moelle épinière de médiocre étendue.

Une histoire plus détaillée se trouve dans le CATALOGUE OF THE CABINET OF THE BOSTON SOCIETY FOR MEDICAL IMPROVEMENT ; chez Masson, libraire.

REVUE DES JOURNAUX DE MÉDECINE.

JOURNAUX ALLEMANDS.

(Suite.)

I. ZEITSCHRIFT FUR RATIONELLE MEDIZIN.

Par les docteurs HENLE et PFEUFER.

RECHERCHES SUR L'HISTOLOGIE DU SYSTÈME NERVEUX AVEC DES REMARQUES SUR LA FIBRE MUSCULAIRE ET SUR LES MOUVEMENTS DU CŒUR ; par le docteur SCHAFFNER (de Herrstein).

Ce travail renferme d'excellentes observations sur cette partie difficile et délicate de l'histologie. On sait que parmi les modes de terminaison des nerfs, l'un des plus fréquents est la terminaison en ramifications d'une excessive ténuité.

M. Schaffner a constaté cette disposition dans les nerfs de l'oreillette du cœur des batraciens, poche formée par des muscles lisses, tandis que le ventricule est constitué par des fibres musculaires striées. Il a vu plusieurs fois des anses nerveuses que l'on aurait pu croire terminales, mais desquelles partaient d'autres fibres nerveuses beaucoup plus fines. Il a constaté les mêmes ramifications terminales dans les centres nerveux eux-mêmes. Sa méthode consiste à détacher une portion d'oreillette d'un animal vivant, à l'étendre à l'aide de petits stylets mousses et à la recouvrir d'une lamelle de verre, sans addition d'aucune espèce de liquide ; il recommande beaucoup ce procédé qui conserve aux muscles leur transparence, et permet de mieux distinguer les tubes nerveux. Pour étudier les centres nerveux, il en étale des fragments dans une goutte d'alcool, en les tiraillant légèrement avec des aiguilles. L'auteur décrit et figure des corpuscules ganglionnaires avec des filets nerveux qui partent de différents points de leur périphérie et d'autres corpuscules unis entre eux par des filets très-déliés qui jouent le rôle de commissure.

Quant aux muscles du cœur, on doit à l'auteur la connaissance d'un fait curieux. On sait que dans les vertébrés supérieurs, le cœur renferme des fibres musculaires de la vie animale, ainsi qu'on a coutume de les nommer, c'est-à-dire composées de cylindres striés ; mais ces cylindres sont beaucoup plus petits que ceux des muscles du corps. Il faut remarquer aussi que les fibres des oreillettes sont plus minces que celles des ventricules. Chez les amphibiens, les fibres des oreillettes sont lisses et semblables aux fibres organiques, tandis que celles des ventricules sont striées ; mais leur volume ne dépasse pas celui des fibres striées de l'oreillette des vertébrés supérieurs. Il faut, pour bien voir cette disposition, laisser séjourner quelques instants le cœur dans l'alcool. La même chose a lieu dans les poissons, tandis que le cœur des mollusques et même celui de l'écrevisse ne se composent que de fibres lisses.

Dans les considérations physiologiques qui suivent ces descriptions, l'auteur attribue les pulsations du cœur séparé du corps de l'animal à la présence des corpuscules ganglionnaires qui jouent le rôle d'organes centraux. Il est certain que l'existence de tubes nerveux qui partent de deux pôles opposés d'un même globule est bien faite pour admettre une sorte de circulation de l'agent qui détermine l'action nerveuse entre les nombreux corpuscules ganglionnaires, une transmission de cette action d'un globule à l'autre, en un mot des actions réflexes multiples. Cependant, malgré les progrès que pourront faire et qu'ont faits dans ces derniers temps nos connaissances anatomiques, il sera toujours difficile, sinon à peu près impossible, d'expliquer le rhythme régulier qui caractérise les mouvements des organes de la vie végétative. Comment, en effet, pourrait-on expliquer, par l'influence nerveuse, les mouvements réguliers du cœur d'un embryon, alors que ce cœur ne se compose encore que de cellules et qu'il n'existe aucun rudiment de nerfs ni de globules ganglionnaires d'aucune espèce ? Dans les embryons, comme dans les animaux inférieurs, la fonction existe avant l'organe, et dès lors il n'est pas toujours facile de se rendre compte du mode d'action de celui-ci, quand il apparaît.

Nous terminerons ces réflexions en faisant ressortir l'intérêt que présente l'observation de M. Schaffner, relatives aux différentes sortes de fibres musculaires dans le cœur des vertébrés à sang chaud et des vertébrés à sang froid. Les fibres lisses conservent l'influence de l'action nerveuse plus longtemps que les fibres striées, circonstance qui peut expliquer l'irritabilité remarquable du cœur des amphibiens et des poissons et qui explique aussi, sans doute, comment ces animaux peuvent résister à un froid intense qui paralyse leurs muscles moteurs sans anéantir la vie de l'organe central de la circulation.

EXPÉRIENCES SUR LA LUXATION DE L'ARTICULATION COXO-FÉMORALE ET SUR LEUR RÉDUCTION ; par le professeur HERMANN MEYER (de Zurich).

Pour mieux étudier la manière dont se produisent les luxations de la cuisse sur le bassin, l'auteur prépare avec soin les muscles qui entourent l'articulation, coupe ceux qui pourraient gêner l'expérience, enlève la capsule articulaire et ne conserve que le ligament supérieur qui, par sa présence, oppose de la résistance à la sortie de la tête. L'auteur produit artificiellement cinq sortes de luxations : sur le pubis, sur le trou obturateur, sur l'ischion, sur l'échancrure sciatique et sur l'os iléon. Il décrit, dans chacune de ces cinq formes, les rapports de l'os luxé avec les parties environnantes et pose, d'après ses expériences, les règles qui doivent guider le chirurgien dans la réduction de ces luxations. Comme on est obligé d'exercer des tractions considérables, il est de la plus haute importance de bien savoir dans quelle direction ces tractions doivent être faites, afin de ne pas se consumer en efforts inutiles et susceptibles même d'empêcher la réduction.

L'extension directe, suivant l'axe du corps, quoiqu'elle puisse réussir quelquefois, ne convient réellement dans aucune espèce de luxation. D'après l'auteur, le seul mode d'extension réellement efficace et qui soit applicable à tous les genres de déplacements est celle qui est faite en portant fortement la jambe dans l'abduction ; c'est le meilleur moyen de tendre uniformément tous les muscles qui entourent l'articulation, dans la direction de leur position naturelle, et de faire sortir de sa position vicieuse la partie supérieure du fémur qui devient alors mobile et obéit à la traction des muscles. Si ces mouvements ne suffisent pas, il faut y joindre un mouvement de rotation de la jambe. Lorsque la tête de l'os est arrivée au niveau de la cavité cotyloïde, il est nécessaire, pour la faire pénétrer dans cette cavité, de la porter fortement en dehors et en haut, en s'aidant des deux mains ou en employant la courroie de Wattmann.

SUR LA STRUCTURE ET LE DÉVELOPPEMENT DES POILS ; par le docteur STEINLIN.

M. Steinlin, dans les recherches intéressantes que nous avons analysées plus haut sur la structure des kystes ovariens, a eu l'occasion d'étudier le

développement et surtout le mode de succession des poils. Il a vu que le renouvellement des poils se fait par la production, dans l'intérieur du follicule pileux, d'un poil nouveau qui pousse au dehors l'ancien. (C'est, en réalité, le procédé que suit la nature dans le changement de peau ou la mue des animaux; l'ancienne peau se détache quand la nouvelle est formée). Ces observations l'ont conduit à étudier le mode de remplacement des poils chez les animaux.

La chute du poil commence dès qu'il a atteint toute sa croissance, parce qu'alors les vaisseaux qui se rendent à la pulpe s'oblitèrent et cessent de nourrir cette dernière. Le poil se détache de son follicule auquel il ne tient que par la pulpe, et il reste alors plus ou moins longtemps dans ce sac, dégagé de toute espèce d'adhérence. A l'époque de la mue proprement dite, les vaisseaux cutanés se développent, surtout autour des follicules; la pulpe devient rougeâtre; le sac pileux s'allonge, ce qu'on peut observer surtout aux poils des moustaches. Peu à peu la pulpe se coiffe d'une enveloppe formée par le fourreau interne du poil, que l'auteur désigne sous le nom de sac germinateur ou producteur (keimsack). C'est en dedans de ce sac que se développe sur la pulpe le nouveau poil; celui-ci grandit avec le sac qui l'entoure et perce ce dernier quand tous les deux sont arrivés à la surface de la peau. L'auteur décrit en détail le mode d'accroissement de la pulpe par la production des cellules qui apparaissent successivement et dont les plus jeunes repoussent vers le haut les plus anciennes. Les cellules supérieures s'allongent de même que leurs noyaux, et c'est alors que commence leur changement en matière cornée. Les premières cellules qui ont éprouvé ce changement forment un cône creux qui constitue le sommet, ou l'extrémité du poil. Dans ce travail de développement successif, l'auteur a vu tous les degrés: les jeunes cellules rondes, les cellules en fuseau, puis les fibres. Quant à la moelle, M. Steinlin s'est assuré qu'elle renferme de l'air emprisonné au milieu des lacunes dont elle se compose.

QUELQUES MOTS SUR LA DISTRIBUTION DES VAISSEAUX SANGUINS DANS LA MUQUEUSE GASTRIQUE; par HENRY FREY.

La distribution des vaisseaux sanguins dans un organe est toujours dans un rapport étroit avec la fonction qui est dévolue à cet organe. La muqueuse gastrique, qui remplit la double fonction d'organe sécréteur et d'organe absorbant, devait donc être intéressante à étudier sous le rapport de la disposition des vaisseaux qui entrent dans sa composition. Les injections à la colle ont fait voir à l'auteur que les veines se répandent surtout à la surface de la muqueuse, tandis que les artères, situées plus profondément, entourent de leurs réseaux capillaires les utricules sécréteurs; en second lieu, que les veines ont une large lumière, et que les artères, au contraire, beaucoup plus déliées, forment des réseaux qui doivent ralentir considérablement la marche du sang. Ces deux circonstances anatomiques expliquent, d'une part, la rapidité de l'absorption qui se fait par les veines de la muqueuse stomacale et le passage facile et prompt du produit absorbé dans le torrent circulatoire par les troncs veineux qui se détachent perpendiculairement du réseau de la muqueuse; de l'autre, la facilité de la sécrétion par les réseaux serrés des artères qui ralentissent la marche du sang et produisent des effets analogues à ceux des glomérules du rein. Un simple coup d'œil jeté sur la planche qui accompagne le mémoire de M. Frey suffit pour faire comprendre cette belle disposition anatomique que l'on ne connaissait encore que d'une manière incomplète, et que l'auteur décrit avec tous les détails nécessaires.

II. JOURNAL FUR KINDERKRANKHEITEN.

Les cahiers des premiers et deuxième semestres 1850 contiennent les articles originaux suivants : 1° *Des déviations ordinaires de la colonne vertébrale (scoliosis habitualis) et de leurs traitements*; par le docteur Werner. (Mémoire non achevé.) 2° *Généralités sur le diagnostic, le pronostic et le traitement des maladies des enfants*; par le docteur Lion. (Rien d'inconnu.) 3° *De l'étiologie et du traitement de l'épilepsie*; par le docteur Todd. (Leçons faites dans le collége des médecins à Londres.) 4° *De la seconde dentition et des moyens d'arriver à une belle denture et de la conserver*; par M. Joseph Linderer. (Mémoire non achevé.) 5° *De l'emploi de la viande de bœuf crue et râpée chez les enfants*; par M. Beer. (La viande crue, préconisée contre la diarrhée par M. Weisse (GAZ. MÉD., p. 365, 1845), est, d'après l'auteur de cet article, le remède tonique et nutritif par excellence dans certaines convalescences, et bien supérieure à l'huile de foie de morue dans les cas où le système lymphatique prédomine, les scrofules, etc. Selon l'âge, il en donne depuis un gros jusqu'à un quart de livre plusieurs fois par jour.) 6° *Des cas de choléra parmi les enfants pendant l'épidémie de 1849 à Vienne*; par le docteur Zuzinsky. 7° *De l'inflammation et de la suppuration des articulations chez les enfants*; par un anonyme. (Observations intéressantes tirées d'ouvrages français et recueillies dans les hôpitaux de Paris.) 8° *Sur le tremblement spasmodique de la tête (nutatio capitis, spasmus nutans) chez les enfants*; par le docteur Faber. (Observations de deux enfants atteints de mouvements spasmodiques de la tête, se répétant une ou plusieurs fois par jour pendant quelques minutes. Cette maladie, très-rare et extraordinaire d'après l'auteur, nous paraît être une chorée partielle.) 9° *De l'utilité des bains de mer chez les enfants*; par le docteur Zieboldt. (Recommandation de l'établissement de Travemunde.) 10° *Sublimé contre l'hydrencéphale aiguë*; par le docteur Weisse. 11° *Du choléra de l'été de 1848 dans l'hôpital des Enfants à Saint-Pétersbourg*; par le même. (L'épidémie n'a duré qu'une semaine, du 14 au 20 juin dans l'établissement, quoique celui-ci se trouve dans le quartier de la ville qui a été le plus ravagé. Sur 58 enfants qui ont été atteints du choléra, 32 moururent et 26 guérirent.) 12° *Observations d'hydrargyrie chez les enfants*; par le docteur Baron. (Extrait de la GAZ. MÉD., p. 25, 1850.) 13° *Etudes sur la diphthérite pendant une épidémie qui a régné en 1848 à l'hôpital Necker de Paris*; par le docteur Empis. 14° *Sur quelques formes de paralysie chez les enfants*; par le docteur Henri Kennedy. (Extrait du QUARTERLY REVIEW de Dublin.) 15° *Sur la courbure latérale habituelle de la colonne vertébrale (scoliose habituelle) et sur son traitement*; par le docteur Werner. (L'auteur consacre quatre longs articles à l'étude de cette difformité et s'attache à prouver que la scoliose ne provient pas d'un état morbide des muscles, et que par conséquent la myotomie est une opération inefficace et dangereuse. Nous n'avons ni l'intention ni le courage de reprendre les pièces de ce grand procès pour montrer à M. le docteur Werner de quel côté est la vérité; mais nous lui ferons le reproche, à lui qui paraît s'être occupé spécialement de cette question, de ne pas être au courant de la science, en reproduisant les objections, sans mettre en regard de ces objections les réponses et les faits consacrés par une commission célèbre dont l'auteur aurait dû se donner la peine de lire le rapport avec quelque peu d'attention.) 16° *Sur le diagnostic des nævi materni et des télangiectasies*; par Holmer Coote (de Londres). (L'auteur admet : 1° des anévrismes par anastomoses dont la tumeur a des pulsations isochrones avec celles du cœur; 2° le nævus vasculaire provenant d'une dégénérescence des vaisseaux capillaires de la peau; 3° enfin, des tumeurs veineuses, qui n'offrent pas de pulsations, non plus que les précédents.) 17° *Sur la pathologie et le traitement du délire et du coma*; par le professeur Todd. (Analyse de quatre leçons faites au collége des physiciens de Londres.) 18° *Sur l'omphalorragie secondaire, c'est-à-dire succédant à la chute du cordon ombilical*; par le docteur John Manley. (Mémoire lu à la Société d'Abernethy, de Londres.) 19° *Du croup et de son traitement par l'eau froide*; par le docteur Hauner. 20° *Sur le diagnostic de l'éclampsie*; par le docteur Ozanam. (Ext. des ARCH. GÉN. DE MÉD., 1850.) 21° *Mémoire sur la transmission de la syphilis des nouveau-nés aux nourrices*; par le docteur Bouchut. (GAZ. MÉD., p. 296, 1850.) 22° *Sur la mort apparente des nouveau-nés*; par le docteur Cazeaux. (GAZ. MÉD., p. 316, 1850.) 23° *Sur l'anévrisme du canal artériel*; par le docteur Thoré. (ARCH. GÉN. DE MÉD., 1850.) 24° *Emploi de la teinture de fer muriatique contre le ramollissement de l'estomac*; par le docteur Dentsch. (Ce médicament, à la dose d'un à 4 grammes, fut employé avec un succès remarquable chez un enfant de 13 mois.) 25° *Observations sur l'hydrencéphale chronique*; par le docteur Battersby. (JOURNAL D'ÉDIMBOURG, 1850.)

DES CAS DE CHOLÉRA PARMI LES ENFANTS PENDANT L'ÉPIDÉMIE DE 1849 A VIENNE; par le docteur ZUZINSKY, médecin de l'hôpital des Enfants.

Cette épidémie, qui a régné du commencement du mois d'août jusqu'à la mi-novembre, a présenté quelques caractères particuliers : la maladie, rarement annoncée par des prodromes, s'est développée rapidement et a attaqué presque toujours des enfants sains et forts; vomissements et diarrhée rares, et ressemblant rarement à l'eau de riz, pouls presque toujours perceptible, voix jamais complétement éteinte, sécrétion de l'urine supprimée par exception seulement, abondante au contraire dans le plus grand nombre de cas; ordinairement état vaporeux et quelquefois violentes convulsions. La marche de la maladie était très-rapide, et son issue mortelle dans les deux tiers des cas. Le choléra s'est fixé de préférence dans certains cantons, et a sévi avec une véhémence extraordinaire sur quelques maisons et sur certaines familles. Tous les moyens connus sont restés à peu près également inefficaces. Les autopsies étaient remarquables par une forte injection du cerveau et de ses enveloppes, et par la rareté de la psorenterie des intestins, si fréquente dans d'autres épidémies.

SUBLIMÉ CONTRE L'HYDRENCÉPHALE AIGUE ; par le docteur WEISSE, directeur et médecin en chef de l'hôpital des Enfants, à Saint-Pétersbourg.

Le Journal de Rost (Berlin, 1849, vol. XIV, cah. 2, p. 111) contient une note de M. le docteur Spiritus, qui préconise le sublimé comme le remède le plus utile, d'une efficacité presque constante dans les fièvres nerveuses avec prééminence de symptômes cérébraux. Des enfants regardés comme perdus, chez lesquels existaient tous les symptômes qui dénotèrent un épanchement dans les cavités du cerveau, furent guéris rapidement par une solution de sublimé corrosif (1 grain dans 4 onces d'eau distillée, deux à trois cuillerées à thé toutes les demi-heures). Plus tard, Guillaume Rau (MANUEL DES MALADIES DES ENFANTS, Francfort-sur-le-Mein, 1832, p. 209) publia deux cas de guérison d'hydrencéphale avec symptômes d'épanchement.

Encouragé par ces succès, M. Weisse expérimenta le sublimé dans quinze hydrencéphales bien confirmées, et il a eu le bonheur de sauver quatre enfants qui se trouvaient déjà dans un état presque désespéré. Ce résultat est d'autant plus surprenant que l'auteur, dans sa vaste clientèle, a vu succomber plus de cent enfants à cette terrible maladie. Nous allons rapporter avec détails une de ces observations.

OBS. I. — Louise H., âgée de 2 ans et 10 mois, bien conformée, mais d'une constitution lymphatico-scrofuleuse, ayant la partie postérieure de la tête extrêmement prononcée, a joui d'une bonne santé pendant deux ans. Au commencement de 1848, amenée à Saint-Pétersbourg, elle eut pendant six semaines une diarrhée qui fut attribuée à l'eau de la Newa.

Le 15 février 1847, elle ne mangea pas, et vers le soir elle eut quelques selles liquides mucoso-bilieuses.

Le 16, fièvre très-forte; 120 pulsations; face rouge; tête chaude; température de tout le corps élevée, avec peau sèche; langue blanche; de temps en temps toux sèche; anorexie; humeur capricieuse; quelques selles liquides. (Sinapismes aux pieds et décoction de racine de guimauve avec nitrate de potasse.)

Le 17, face très-rouge; photophobie; pouls comme la veille; accès fréquents de toux, accompagnés de pleurs; diarrhée moins forte. (Sinapismes aux pieds et aux mollets; même potion que la veille; une sangsue derrière chaque oreille.)

Le 18, même état; de plus, mouvements continuels avec la tête, dont la partie postérieure est fortement enfoncée dans les coussins; air hydrencéphalique. (Même potion; sinapisme aux pieds; un quart de grain de calomel trois fois par jour.)

Le 19, état soporeux; paupières entr'ouvertes; fréquents cris; mouvements très-agités.

Le 20, paralysie incomplète des extrémités gauches; pupilles dilatées et complétement insensibles à la lumière artificielle; conjonctive fortement injectée; cécité; tête encore très-chaude au toucher; pouls dans le même état; urine rare; selles copieuses, involontaires; gémissements fréquents et vomituritions en soulevant la tête.

M. Weisse, appelé en consultation, proposa le sublimé, un vingt-quatrième de grain toutes les deux heures, de la glace sur la tête et un vésicatoire à la nuque.

Le soir, rémission très-marquée. La glace agitant beaucoup la petite malade, est remplacée par de l'éther sulfurique versé goutte à goutte sur la tête.

Le 21, vers midi, chaleur de la tête et de la face plus prononcée; pouls à 140, mais mou et assez plein; anxiété. L'enfant était très-impressionnable au moindre bruit; hypéresthésie de la peau telle que l'approche de la main, sans toucher le corps, provoquait des mouvements convulsifs et une grande anxiété; plusieurs selles liquides, vertes; urine plus copieuse. (Lavements d'*assa fœtida*.)

Au soir, la petite malade est plus tranquille, prononce quelques paroles et mange un peu de bouillie d'avoine.

Le 22, elle reconnut sa mère; tous les symptômes cérébraux avaient disparu.

Elle avait pris en tout un grain et demi de sublimé. La convalescence n'a pas été très-longue. Guérison parfaite.

DU CROUP ET DE SON TRAITEMENT PAR L'EAU FROIDE ; par le docteur HAUNER, médecin de l'hôpital des Enfants à Munich.

Le traitement par les sangsues appliquées autour du cou, par l'émétique, le calomel, l'onguent napolitain, ayant le plus souvent échoué dans le *véritable croup*, l'auteur a eu recours, dans ces derniers mois, à l'emploi de l'eau froide. Pour mieux apprécier ce mode de traitement, nous allons rapporter les deux cas suivants.

OBS. I. — Chez une fille de 4 ans affectée de véritable croup, on fit, toutes les trois heures, des affusions d'eau froide sur le cou, le dos et la poitrine, et on enveloppa pendant une demi-heure ou trois quarts d'heure la petite malade dans des draps humides, froids, fortement tordus, puis l'enfant fut couchée dans une grande couverture de laine. Toutes les demi-heures, on plaça sur le cou des linges imbibés d'eau glacée qu'on recouvrait d'un autre linge large et sec. Amélioration déjà très-sensible au bout de douze heures; toux moins rauque et plus grasse; expulsion de membranes par l'expectoration et par les selles; on donne à l'intérieur beaucoup d'eau en partie tiède, en partie fraîche. Deux lavements apéritifs par jour. La petite malade, guérie, garde longtemps un enrouement.

OBS. II. — Un garçon de 2 ans et demi, d'une constitution très-forte, est pris rapidement du croup; on applique quatre sangsues au cou, et immédiatement après leur chute, on entoure le cou d'une cravate trempée dans de l'eau glacée qu'on recouvre elle-même d'un autre linge large et sec. Cet appareil est renouvelé toutes les demi-heures.

Au bout de douze heures, l'enfant est hors de danger, néanmoins on continue encore les fomentations froides pendant deux jours.

Nous félicitons l'auteur d'avoir eu recours à cette méthode déjà souvent préconisée, et qui mériterait peut-être plus de faveur; au reste, ne pourrait-on pas avoir recours en même temps aux vomitifs recommandés par tous les auteurs?

A cette occasion, nous nous permettons une observation qui sera peut-être appréciée par les praticiens : d'après le conseil de nos maîtres, nous avons toujours eu soin de mettre entre les mains des mères des paquets contenant de l'émétique ou plutôt du sulfate de cuivre, dont l'action vomitive nous paraît plus rapide et plus sûre, et nous leur recommandons d'administrer un paquet au premier symptôme de toux un peu rauque et sifflante, afin de permettre au médecin d'arriver sans laisser à la maladie le temps de faire des progrès. C'est à cette conduite que nous avons attribué plusieurs guérisons de croup, toujours vivement attaqué de cette manière au début; mais nous avouons que notre foi dans les vomitifs a été bien ébranlée au printemps dernier, où nous avons eu la douleur de perdre sept enfants dans un espace de cinq semaines. Tous ces enfants ont été traités par les vomitifs, presque toujours administrés dès les premiers symptômes de la maladie, que l'on a fait suivre par le calomel, les frictions mercurielles, etc., etc.; la plupart des enfants ont rendu, par les vomissements, des mucosités très-épaisses, même des membranes, et le petit malade qui a succombé le plus rapidement a rendu une membrane en forme de tuyau qui a dû tapisser toute la trachée-artère; mais aussitôt rejetées, ces membranes se sont reproduites. Dans le courant de l'année, j'ai été appelé chez trois enfants affectés de croup, qui ont guéri sous l'influence du traitement employé avant la petite épidémie du printemps dernier; nous disons épidémie, car plusieurs confrères ont observé à la même époque des cas de croup, presque tous avec une terminaison fatale. Nouvelle preuve de l'existence d'une constitution médicale qui imprime parfois aux maladies des caractères particuliers autres que ceux généralement observés à l'état spasmodique.

LEREBOULLET et MORICE REEF.

TRAVAUX ACADÉMIQUES.

ACADÉMIE DES SCIENCES.

SÉANCE DU 9 JUIN. — PRÉSIDENCE DE M. RAYER.

PERSISTANCE DE LA VIE DANS LES MEMBRES ATTEINTS DE LA RIGIDITÉ QU'ON APPELLE CADAVÉRIQUE.

M. le docteur BROWN-SÉQUARD, dans une note sur ce sujet, annonce avoir trouvé que des membres atteints de la roideur qu'on appelle cadavérique ou *post-mortem* peuvent se remontrer parfaitement vivants, c'est-à-dire cesser d'être rigides, réacquérir l'irritabilité musculaire et la sensibilité et se mouvoir par l'action de la volonté.

On sait que James Phillips Kay (TREATISE ON ASPHYXIA, in-8°, Londres 1834) avait déjà vu que des membres ayant perdu l'irritabilité musculaire peuvent la réacquérir sous l'influence d'une injection de sang artériel ou veineux. M. Brown-Séquard dit qu'il y a quelques années,—faisant des recherches sur des animaux tués depuis près d'une heure, pour savoir si l'irritabilité musculaire, après avoir disparu complétement dans des membres privés depuis huit ou dix jours de l'action des nerfs cérébro-spinaux, pouvait reparaître sous l'influence d'une injection de sang dans les artères de ces membres,—il a vu une fois des muscles atteints de la roideur qu'on appelle cadavérique, cesser d'être roides et l'irritabilité musculaire y revenir.

Il a entrepris de nouveau, dans ces derniers temps, des recherches de ce genre, et elles lui ont donné entre autres résultats ceux qui suivent : Sur un cadavre de lapin atteint de rigidité depuis dix à vingt minutes, il a coupé l'aorte et la veine cave dans l'abdomen, un peu au-dessus de la bifurcation de ces vaisseaux. Cela fait, à l'aide d'une petite plume ou d'un tube en verre, il a mis le bout périphérique de ces vaisseaux en rapport avec l'aorte et la veine cave abdominale d'un animal vivant, de même espèce. Le sang de l'animal vivant a circulé aussitôt dans les membres postérieurs du cadavre. Au bout de six à dix minutes, il a vu la rigidité disparaître dans ces membres de cadavre, et deux ou trois minutes après la disparition de la roideur, il y a eu des mouvements quand il a excité les muscles ou les nerfs musculaires. Il ressort de cette expérience que des nerfs et des muscles ayant perdu leur excitabilité peuvent la

recouvrer sous l'influence du sang, même après que la rigidité *post-mortem* a existé pendant environ un quart d'heure dans les muscles.

Il a obtenu le même résultat d'une autre expérience plus facile à faire que la précédente et qu'il a répétée plus souvent. Il coupe en deux, transversalement, un lapin ou un cochon d'Inde, au niveau du bord supérieur des reins, et il ne laisse plus communication entre la moitié antérieure et la moitié postérieure de cet animal, que par l'aorte et la veine cave. Il lie ensuite l'aorte au-dessous de l'origine des rénales. L'irritabilité musculaire diminue peu à peu et fait place à la rigidité de quinze à quarante minutes après la ligature de l'aorte.

Après dix, quinze ou vingt minutes de durée de la rigidité, il lâche la ligature : la circulation se rétablit dans le train postérieur, et il y voit successivement la rigidité disparaître, puis les muscles et les nerfs moteurs redevenir excitables.

Enfin, dans une autre série d'expériences, M. Brown-Séquard a cherché si les mouvements volontaires et la sensibilité pouvaient se remontrer, dans des membres ayant eu la rigidité qu'on trouve chez les cadavres. Voici comment il a fait cette recherche. Il a lié l'aorte immédiatement au-dessous de l'origine des rénales sur des lapins vigoureux. La sensibilité a été perdue en six, huit ou dix minutes dans le train postérieur ; deux minutes après les mouvements volontaires ont cessé ; l'irritabilité a duré un peu moins d'une heure, et la rigidité s'est montrée entre une heure et une heure vingt minutes après la ligature de l'aorte.

Il a laissé durer la rigidité environ un quart d'heure ; puis il a lâché la ligature de l'aorte. La circulation s'est rétablie dans le train postérieur et, avec le sang et par son influence, dans l'espace de dix minutes, l'irritabilité musculaire, l'excitabilité des nerfs moteurs, puis les mouvements volontaires et la sensibilité sont revenus.

M. Brown-Séquard conclut de ces recherches :

1° Que les muscles atteints de cette rigidité qu'on trouve chez les cadavres ne sont pas des muscles morts, et que s'ils n'ont plus la vie *en acte*, ils ont encore la vie *en puissance*, ou eu d'autres termes la faculté de vivre ;

2° Que, dans des membres où le sang ne circule plus, des nerfs moteurs et sensitifs, ayant perdu tout pouvoir de réagir suivant leurs aptitudes spéciales quand on les excite, peuvent réacquérir ce pouvoir par l'action de la circulation sanguine ;

3° Que, malgré une durée de dix à vingt minutes de la rigidité cadavérique ou *post-mortem*, des membres peuvent cesser d'être roides, redevenir irritables et retrouver, en outre, la sensibilité et les mouvements volontaires.

ACADÉMIE DE MÉDECINE.

SÉANCE DU 10 JUIN. — PRÉSIDENCE DE M. ORFILA.

Le procès-verbal de la dernière séance est lu et adopté.

La correspondance officielle comprend cinq lettres du ministre du commerce transmettant :

1° Un rapport de M. le docteur Fabas, médecin-inspecteur des eaux de Saint-Sauveur (Hautes-Pyrénées), sur le service médical de ces établissements pendant l'année 1850. (Commission des eaux minérales.)

2° Un rapport de M. le docteur Marx, médecin du canton de Metzerville, sur une épidémie de fièvre typhoïde qui a régné pendant les mois d'octobre, novembre et décembre derniers à Altroff (Moselle). (Commission des épidémies.)

3° Diverses recettes de remèdes, etc. (Commission des remèdes.)

Une lettre de M. le préfet de police transmettant le relevé statistique des décès dans la ville de Paris pour le mois de mai 1851.

— MM. Ferrand et Dufay (de Blois) adressent la relation de l'épidémie de choléra de 1849 dans le département de Loir-et-Cher. (Commission du choléra.)

DU SULFATE DE STRYCHNINE DANS LES EXCRÉTIONS INVOLONTAIRES.

M. Girard, médecin de l'asile d'aliénés d'Auxerre, appelle l'attention de l'Académie sur l'emploi du sulfate de strychnine comme moyen de combattre les excrétions involontaires chez les aliénés. Voici de quelle manière il l'administre :

2 centigr. de ce sel sont d'abord dissous dans 30 grammes de sirop de sucre ; on le donne au malade à la dose de 5 grammes, puis de 7, et successivement jusqu'à 30 à 40 grammes dans certains cas réfractaires. Sur les malades auxquels M. Girard a donné ce sel, il n'a point observé de congestion cérébrale proprement dite, occasionnée par cette médication prudemment expérimentée. Toutefois, en poussant exceptionnellement sur trois d'entre eux la dose jusqu'à 100 grammes, il a déterminé quelques mouvements convulsifs que la cessation de médicament et des bains tièdes ont promptement dissipés.

COMPRESSION DE L'AORTE ABDOMINALE CONTRE LES PERTES UTÉRINES.

M. Villeneuve lit un rapport sur une communication de M. le docteur Plouviez (de Lille) sur ce sujet.

M. Plouviez rapporte dans ce travail un fait intéressant de compression de l'aorte abdominale que M. le rapporteur reproduit à peu près en ces termes :

Une femme de 23 ans, accouchée heureusement de son troisième enfant, avait été bien portante jusqu'au dixième jour de l'accouchement, lorsqu'il survint à cette époque plusieurs métrorrhagies qui furent suspendues par le tamponnement, les affusions froides, etc. Mais le lendemain, nouvelle hémorrhagie tellement violente que la vie était gravement compromise. M. Plouviez pratiqua aussitôt la compression de l'aorte vers l'angle sacro-vertébral, et immédiatement le sang cessa de couler. Pendant cette compression, qui dura quarante-cinq minutes, les hémostatiques indiqués plus haut furent de nouveau mis en usage, et tout faisait espérer que l'accident ne se reproduirait plus. Cependant, six jours après survint une nouvelle hémorrhagie, suivie d'une telle syncope, que les assistants regardaient cette femme comme morte. Après trois quarts d'heure de la compression aortique, la malade donne quelques signes d'existence qui disparaissent bientôt, malgré la cessation de l'hémorrhagie dont on prévient le retour en prolongeant la compression pendant plusieurs heures. M. Plouviez se disposait à pratiquer la transfusion, lorsqu'une lueur de réaction s'étant fait apercevoir, il ramena à l'aide de bouillons et de potages la vie près de s'éteindre.

A l'occasion de ce fait, M. le rapporteur reproduit le conseil qu'il a mentionné dans un dernier rapport, et à l'appui duquel il invoque l'autorité de M. Piorry, de placer horizontalement la personne atteinte d'hémorrhagie, et même le bassin plus élevé que la tête. Par ce moyen, secondé par les ligatures placées à la partie supérieure de chaque bras, on peut prévenir ou modérer la syncope et diminuer l'effusion du sang.

M. le rapporteur propose d'adresser à M. Plouviez une lettre de félicitation pour la conduite qu'il a tenue dans le cas périlleux dont il s'agit, et des remercîments pour sa communication. (Adopté.)

— M. Bouchardat lit la première partie d'un travail sur la glucosurie. Nous ferons connaître ce travail lorsque la lecture en sera terminée.

SUR QUELQUES VARIÉTÉS DE FORME ET QUELQUES VICES DE CONFORMATION DU BASSIN.

M. Lenoir, candidat à la place vacante dans la section d'accouchements, lit un mémoire sur quelques variétés de forme et quelques vices de conformation du bassin de la femme adulte, généralement omis dans les traités d'accouchements publiés en France.

Le bassin de la femme adulte et de race caucasique ne présente pas, suivant M. Lenoir, chez tous les sujets, la forme et les dimensions qu'on décrit généralement comme étant celles du bassin normal. Le professeur Nægelé rapporte que sur cinquante bassins de femmes qui paraissaient bien conformées, et dont aucune n'avait eu d'accouchement difficile, il n'en put trouver un seul qui lui parût propre à la description du bassin régulier. La même observation a été faite par un autre accoucheur. M. Lenoir a consacré ce mémoire à l'étude de ces altérations plus ou moins prononcées de la forme du bassin qu'on est convenu d'appeler *normal*. Il étudie successivement d'abord les altérations du bassin qui n'ont rien de nuisible pour l'individu qui les porte, et qu'il désigne sous le nom de variétés de forme ou d'anomalies ; puis celles qui rendent difficile ou impossible l'accomplissement de la fonction de la parturition par les voies naturelles, ou s'opposent au libre exercice des organes de la génération et constituent une difformité ou vice de conformation.

Les premières sont ramenées aux cinq types suivants : le bassin en cœur de carte à jouer, le bassin ovale transversalement, le bassin rond, le bassin en forme de coin ou cunéiforme ou bassin ovale d'avant en arrière, et le bassin carré ou quadrilatère.

Pour les vices de conformation, M. Lenoir, admettant avec quelques auteurs que le bassin ne peut jamais être vicié que dans sa forme et dans sa direction, fait deux grandes divisions : aux vices de la forme, il conserve le nom de vices de conformation ; aux vices de la direction, il donne le nom de *déviations*.

Mais, prenant plus en considération qu'on ne l'a fait jusqu'à présent la nature même des causes qui produisent les vices de conformation du bassin, il est amené à faire dans la première division deux groupes distincts l'un de l'autre par l'époque à laquelle l'altération de la forme s'est développée ; ainsi sous le titre de malformation du bassin, il range tous les vices de conformation de cette cavité qui s'effectuent pendant la vie intra-utérine par suite d'un trouble survenu dans le cours du développement normal et ceux qui surviennent après la naissance, mais sous l'influence d'une altération originelle. Il rapporte à ce groupe : 1° le bassin régulièrement trop grand ; 2° le bassin régulièrement trop étroit ; 3° le bassin en entonnoir ; 4° le bassin trop haut ; 5° le bassin trop bas ; 6° le bassin oblique ovalaire.

Et, sous le titre de déformation du bassin, il réunit tous les vices de conformation de cette cavité qui, survenus après la naissance, reconnaissent pour cause une altération pathologique des os qui la forment ; telles sont : 1° les déformations rachitiques ; 2° la déformation par ostéomalaire ; 3° les déformations par tumeurs de diverse nature développées dans les parois de l'excavation, y compris celles qui sont produites par des cals difformes ou par des déplacements d'os voisins.

Enfin, sous le titre de déviations du bassin, il décrit les diverses inclinaisons vicieuses de cette cavité, lesquelles coexistent fréquemment avec les autres vices de conformation et tiennent par conséquent aux mêmes causes qu'elles, et constituent ainsi la seconde grande division.

(Commis., MM. Moreau et Danyau.)

— M. Cazeaux, au nom de la section d'accouchements, propose à l'Académie de porter à cinq la liste de candidats à la place vacante dans cette section.

— M. Grimaud lit un travail sur le sulfate de cadmium et ses usages en thérapeutique.

— M. Dubois (d'Amiens) lit un fragment historique sur l'Académie royale de chirurgie. L'heure avancée ne permettant pas à M. Dubois de terminer cette lecture, la suite est remise à une autre séance.

La séance est levée à cinq heures.

BIBLIOGRAPHIE.

RAPPORT SUR LES ÉPIDÉMIES CHOLÉRIQUES DE 1832 ET DE 1849 DANS LES ÉTABLISSEMENTS DÉPENDANTS DE L'ADMINISTRATION GÉNÉRALE DE L'ASSISTANCE PUBLIQUE DE LA VILLE DE PARIS; par M. BLONDEL, inspecteur de l'administration générale de l'assistance. — Un vol. in-4°.

(Suite et fin. — Voir les numéros 22 et 23.)

3° MESURES ADMINISTRATIVES RELATIVES A L'ÉPIDÉMIE.

Nous passons à la partie du Rapport qui a pour objet les mesures administratives prises à l'occasion du choléra.

Ici nous serons obligés de remonter à 1832, car 1849 s'est borné, pour ainsi dire, à le copier, sauf en un ou deux points qui ont été modifiés par motif d'économie plutôt que pour d'autres raisons.

Sur la fin de 1847, M. le préfet de la Seine et M. le préfet de police, en vue du choléra qui s'avançait de nouveau vers nos contrées, appelèrent auprès d'eux une commission composée de deux chefs de division des deux préfectures et de deux membres de la commission administrative des hospices civils. Sur l'avis de cette commission, dans laquelle il n'entrait, comme on voit, pas un médecin, les deux préfets arrêtèrent des dispositions dont la première fut « de suivre les errements de 1832. » (P. 129.)

Or qu'avait-on fait en 1832? Le Rapport va nous le dire: « Dès le mois de juillet (1831), le conseil général des hôpitaux et hospices avait chargé deux commissions composées, l'une de membres du conseil et de membres de la commission administrative, l'autre de médecins, d'examiner les moyens de satisfaire à toutes les exigences du service, » dans la prévision de l'invasion probable du choléra.

« Dans le courant de septembre, elles firent toutes les deux leur rapport. La commission médicale exprima l'avis d'affecter spécialement trois ou quatre hôpitaux au traitement des cholériques, et d'avoir en dehors de Paris des maisons de convalescence....

» Le conseil général, en communiquant ces documents à l'autorité supérieure, dut faire remarquer que la caisse des pauvres, déjà en déficit, ne saurait pourvoir à aucune création de service si la ville ou l'État n'en supportait la dépense... On répondit dans le même sens à M. le préfet de police, quand il communiqua au conseil un rapport par lequel une commission centrale de salubrité demandait la formation de 2 hôpitaux spéciaux, de 4 maisons de convalescence et de 48 ambulances.

» Entre des demandes aussi exagérées et la déclaration du conseil, l'autorité municipale hésita à prendre un parti; et M. le ministre du commerce proposa alors, comme mesure provisoire, de faire évacuer entièrement deux hôpitaux pour qu'on pût y placer tous les cholériques dès le début de l'épidémie.

» Sans s'y opposer, le conseil fit remarquer que ce serait priver les pauvres de Paris immédiatement de plusieurs centaines de lits dans un moment où il y avait déjà affluence de malades; qu'il serait probablement impossible de ne recevoir les cholériques que dans deux établissements; qu'en conséquence, la mesure serait fâcheuse pour la population tant que le choléra ne serait pas déclaré, insuffisante le jour où il serait à Paris. Cédant pourtant aux instances de l'autorité supérieure, le conseil décida, le 22 février, que l'administration conserverait disponibles 100 lits à l'hôpital Beaujon et autant à l'hôpital Saint-Antoine, et qu'elle préparerait dans les autres établissements, là où ce serait possible, des salles et des lits supplémentaires. — Ce fut la seule décision concernant le service des hôpitaux, qui précéda l'invasion du choléra dans la capitale. » (P. 44, 45 et 46.)

Voilà donc, au mépris de l'avis formel d'une commission d'hommes compétents, et malgré les instances du ministre au département duquel ressortissent les établissements hospitaliers, voilà donc la seule mesure de prévoyance qu'il est possible, aux approches d'un fléau tel que le choléra, d'obtenir du conseil général des hôpitaux: 200 lits préparés pour une population de 750 et quelques mille habitants, dont le quart au moins a besoin de recourir à l'hôpital en cas de maladie!

Voyons les résultats: « Le 26 mars (c'est toujours le Rapport de l'agent de l'administration que nous citons textuellement), le 26 mars le choléra avait éclaté dans la capitale, et dès le 28 l'administration constata l'impossibilité, prévue à l'avance par elle, de séquestrer les cholériques dans deux hôpitaux. » (P. 46).

Comment! cette impossibilité est constatée par l'administration dès le 28 mars, et nous lisons à la page 45 du Rapport ce qui suit:

« Le premier cas de choléra qui fut constaté dans les hôpitaux civils remonte au 26 mars; le 27 on compta 3 cas dans les vingt-quatre heures, et le lendemain 13. Le 29 mars, 34; le 30, 62; le 31, 90 cas. »

Et c'est en présence de ces chiffres qu'on viendra nous dire que, dès le 28 mars, l'administration avait constaté l'impossibilité que deux hôpitaux pussent suffire à l'admission des premiers cholériques. Le nombre total de ceux-ci était jusqu'alors de 17.

Du moment, d'ailleurs, que les deux hôpitaux spéciaux se fussent trouvés insuffisants, pour recevoir les victimes de l'épidémie, qu'est-ce qui eût empêché de leur en affecter successivement un troisième, un quatrième, en évacuant les malades ordinaires sur ceux de ces établissements qui n'auraient point encore été ouverts aux cholériques? C'est surtout en face d'une épidémie débutante qu'il importe de mettre en pratique le précepte: *Principiis obsta.*

Il nous est agréable, nous ne le dissimulons pas, de pouvoir revendiquer en faveur de la commission médicale de 1831, le mérite d'avoir proposé la mesure qui consistait à séparer les cholériques des autres malades dans les hôpitaux, et de renvoyer à qui de droit la responsabilité de la conduite contraire qui fut adoptée alors et suivie de nouveau en 1849, avec plus de préjudice évident et moins d'excuse encore, puisque dans cette dernière année l'épidémie ne se développa, pendant les mois de mars et d'avril, qu'avec une lenteur extrême qui permettait l'emploi de toutes les précautions. Les membres de la commission médicale de 1831 étaient MM. Portal, A. Dubois, Lisfranc, Chomel, Cruveilhier, Parent-Duchâtelet et Guéneau de Mussy. Il n'est pas hors de propos de citer leurs noms, à la veille peut-être du jour où la question du mode de propagation du choléra recevra enfin une solution longtemps attendue. Assez de notabilités du corps médical ont, depuis cette époque, patronné un déplorable système qui, de peur d'alarmer les populations, les livre sans défense aux coups d'un fléau meurtrier.

Nous ne nous arrêterons pas à la question des dépenses occasionnées par les deux épidémies de choléra, question plus administrative que médicale. Nous nous hâtons d'arriver au résumé comparatif de ces deux épidémies et aux conclusions du Rapport. Nous y voyons, entre autres remarques, la suivante:

« 1832, comme 1849, prouve que le choléra peut, au début et à la fin d'une invasion, exister sans être à l'état d'épidémie. »

Comment ceux qui ne veulent attribuer le choléra qu'à la cause mystérieuse dite *influence épidémique*, pourront-ils concilier cette observation avec leur système? Nous signalons la difficulté et nous passons outre, car le temps nous presse.

En arrêtant les relevés au 1er octobre pour les deux épidémies, on trouve, ainsi qu'il a été dit précédemment, que le nombre des victimes du choléra a été, en 1832, de 18,402, et de 19,069 en 1849. M. Blondel évalue qu'il a atteint, en 1832, 39,473 personnes, et 35,449 en 1849.

Dans les hôpitaux civils, la mortalité fut, en 1832, de 46 sur 100 cholériques traités; elle s'élève, en 1849, à 54 sur 100: ce qui prouve, hélas! que l'expérience d'une première invasion n'a fait faire aucun progrès à la thérapeutique du choléra-morbus.

Il est douteux, d'ailleurs, que les malades portés comme cholériques, soit à l'une, soit à l'autre époque, aient tous été réellement affectés du choléra. Nous trouvons la raison de ce doute dans le tableau n° 20 des cholériques, sortis guéris des hôpitaux et classés selon la durée du traitement. Ce tableau nous présente comme étant sortis dès le deuxième jour, c'est-à-dire le lendemain de leur entrée: en 1832, 407 cholériques, en 1849, 228; le troisième jour, 342, — 145, etc. Or il nous semble impossible que des sujets, qui sont sous le coup d'une véritable attaque de choléra, puissent, dans l'espace de vingt-quatre heures, être mis en état de sortir. C'étaient donc là probablement de simples diarrhées qu'on a fait figurer comme autant de cas de choléra. On dit, il est vrai, que dans l'Inde les naturels qui tombent tout à coup sous les atteintes du mal reviennent avec la même rapidité, c'est-à-dire en quelques heures, à leur état de santé ordinaire, si on leur administre des remèdes appropriés. Mais dans nos climats, autant du moins que nous l'avons pu observer, jamais l'élimination du principe cholérigène et la cessation de ses effets n'ont lieu d'une façon aussi prompte, une fois que ce principe a été réellement introduit dans l'économie et qu'il y a décelé sa présence par les symptômes pathognomoniques du choléra.

Le Rapport contient deux alinéa sous le titre de *Question médicale.* L'auteur s'y borne à déclarer qu'il ne donnera aucune indication des traitements employés; comme si la question médicale était tout entière dans le traitement, comme si la plupart des points qu'il a traités jusqu'alors n'étaient pas du ressort de la médecine et de la compétence des médecins! Nous sommes loin, d'ailleurs, de lui faire un reproche de n'avoir point passé en revue toute la série des médications plus ou

moins incohérentes qui ont été tentées; nous trouvons que c'est encore trop des quelques lignes qu'il y consacre et que nous reproduisons, on verra tout-à-l'heure pourquoi.

« En disant qu'aux deux époques tous les moyens curatifs les plus » opposés ont été mis en usage, qu'il en est peu qui n'aient eu quelques » heures de succès, qu'il n'en est pas un qui, de l'assentiment général, » ait été reconnu supérieur à tous les autres, mais qu'aux yeux de tous » les praticiens, le point le plus important est de soigner le mal dès ses » premiers symptômes, et qu'il est alors aussi facile de le combattre » qu'on a de peine plus tard à en arrêter les progrès, nous aurons consi» gné toutes les observations qu'il nous est permis de reproduire dans ce » Rapport. »

M. Blondel ne fait ici que répéter l'opinion d'un grand nombre de médecins, notamment lorsqu'il dit que « le point le plus important est de soigner le mal dès ses premiers symptômes, et qu'*il est alors facile de le combattre...* » Aussi notre objection s'adressera-t-elle moins à lui qu'aux médecins qui ont mis en vogue l'opinion précitée. Comment se fait-il donc, demanderons-nous, que les cas déclarés sur les malades de l'intérieur des hôpitaux, et qui ont pu être soignés à temps, dès la manifestation des premiers symptômes, aient été cependant si peu arrêtés dans leur marche qu'ils ont donné lieu à une mortalité beaucoup plus forte que les cas venus de l'extérieur, qui n'ont été soumis au traitement qu'à une époque où les syptômes pathognomoniques existaient déjà? On répondra que les malades des salles étaient en général des sujets affaiblis par des affections antérieures. Nous en convenons; mais cette circonstance, s'il était aussi aisé qu'on le prétend d'arrêter une attaque réelle de choléra, ne suffirait pas pour expliquer le peu de succès des moyens employés dans les services des hôpitaux contre les cas qui s'y sont développés. Nous croyons, pour notre compte, que les confrères qui se flattent d'avoir combattu avec tant de bonheur les prodromes du choléra, ont en simplement affaire, la plupart du temps, à des diarrhées plus ou moins violentes, à des indispositions gastriques ou intestinales. Tant qu'il ne se produit ni vomissements ni selles riziformes, ni crampes, ni refroidissement notable, ni suppression des urines, comment peut-on affirmer qu'on se trouve en présence d'un cas de choléra, qu'on en a sous les yeux les prodromes? Et une fois ces symptômes graves déclarés, est-il un praticien qui ose assurer qu'il triomphera du mal?

Reste enfin, du RAPPORT SUR LES ÉPIDÉMIES CHOLÉRIQUES DE 1832 ET 1849, le chapitre final intitulé : *Conclusion*. L'auteur y décline « la prétention d'avoir voulu expliquer la cruelle énigme du choléra; il est loin, dit-il, de notre pensée de vouloir nous poser en Œdipe devant ce nouveau sphynx des temps modernes.» Préambule plein de modestie, qui ne l'empêche pas toutefois d'énoncer, comme découlant de l'ensemble des faits, une série de propositions dont quelques-unes au moins sont très-contestables. Nous ne voulons pas, assurément, parler de celles que voici : « La cause inconnue qui préside au développement du choléra » détermine, suivant les circonstances, ou des cas isolés, ou une invasion » épidémique; elle peut agir presque instantanément sur tous les points » d'une ville aussi grande que Paris ou se circonscrire sur un seul; elle » se développe lentement ou d'une manière subite; elle s'épuise par le » développement, et s'affaiblit aussitôt qu'elle a cessé de croître, etc. » Sauf la banalité de ces remarques, nous n'y trouvons point à redire. Mais nous cherchons vainement ce qui, dans les faits consignés au RAPPORT, faits sur lesquels nous avons longuement insisté, a pu autoriser M. Blondel à conclure « que rien, dans la marche ni dans le développement du » choléra, n'indique qu'il se propage de proche en proche, pas plus » que d'individu à individu.»

Comment, un mal qui par deux fois s'est avancé d'une marche progressive et a cheminé, pour ainsi dire, étape par étape, depuis les bords du Gange jusqu'aux rives de la Seine, qui a passé successivement de l'Inde à la Perse, de la Perse à la Turquie et à la Russie, de la Russie à la Pologne, puis à l'Allemagne, ensuite à l'Angleterre, de là dans nos départements du Nord et à Paris, d'où il a irradié vers le centre et l'ouest de la France, un tel mal ne se propage pas de proche en proche! Nier cela, c'est nier l'évidence. Et pour ce qui est de la propagation d'individu à individu, le dépouillement des documents transmis de tous les points de notre pays qu'a visités la dernière épidémie cholérique, et spécialement par les médecins qui l'ont observée dans les communes rurales, ce dépouillement, nous croyons pouvoir le prédire, ne laissera subsister à cet égard aucun doute.

Maintenant, pour terminer par un éloge le compte rendu d'un travail envers lequel nous avons le regret d'avoir été dans la nécessité de nous montrer sévère, nous citerons deux sages dispositions que l'auteur recommande pour le cas où une troisième épidémie de choléra viendrait atteindre Paris. La première de ces dispositions, c'est que la direction de l'assistance publique ait soin de se ménager, lors d'une nouvelle invasion, les moyens de vider momentanément un ou deux hôpitaux, et de transférer au dehors toute la population d'un de ses hospices. La seconde est formulée ainsi :

« Comme il est constant que la crainte de la contagion, *quelque peu* » *fondée qu'elle soit*, fait sortir des hôpitaux beaucoup de malades dont » l'état peut s'aggraver par la suspension des soins qu'ils recevaient, il » faudrait multiplier les services, de telle sorte qu'*en général les cholé-* » *riques ne fussent pas* PÊLE-MÊLE *dans toutes les salles avec les autres* » *admis*, et que ceux venant du dehors au moins fussent placés à part. »

Peu importe le considérant allégué, la décision est trop conforme à l'intérêt des malades pour que nous songions à autre chose qu'à féliciter M. l'inspecteur Blondel du conseil qu'il donne ici à l'administration.

Et maintenant, pour résumer en peu de mots notre jugement sur la publication officielle dont nous venons de parcourir les diverses parties, nous dirons qu'à ce travail nous reprochons surtout trois choses :

1° L'omission de toutes recherches sur l'origine des premiers cas du début de l'épidémie : absence de toutes données, par conséquent, pour ou contre l'importation;

2° La flagrante contradiction de sa conclusion principale avec le fait capital de l'épidémie de 1849, qui ne peut s'expliquer raisonnablement que par la contagion, savoir : *Proportion énorme de cas développés à l'intérieur des hôpitaux sur les malades ordinaires et sur le personnel du service;*

3° L'inconséquence d'avoir soutenu une thèse, celle de la non-transmission du choléra, et d'avoir conclu finalement en sens inverse, à la séparation des cholériques d'avec les autres malades dans les établissements hospitaliers.

Heureuse inconséquence, au surplus, et qui nous fait espérer que l'administration ne mourra pas dans l'impénitence finale!

Vienne, pour la confirmer dans ces bonnes tendances, la discussion, qui ne saurait tarder beaucoup désormais de s'engager au sein de l'Académie nationale de médecine, et peut-être à l'Académie des sciences, sur le mode de propagation du choléra!

Sans préjudice des lumières que ne pourront manquer de répandre sur cette grave question les corps savants que nous venons de nommer, lorsqu'il se décideront enfin à la traiter à fond, et en attendant la solution qui lui sera donnée par eux, il y aurait un moyen facile d'arriver dès à présent à se former à ce sujet une opinion d'un certain poids. Que le gouvernement, par exemple, fasse appel aux médecins de toutes les localités qui ont été visitées par la dernière épidémie de choléra, et demande à chacun d'eux de faire connaître s'il a ou non observé des exemples qu'il juge probants de la transmission du mal. Autre mode d'enquête : Que les médecins qui, avant 1849, n'admettaient pas la contagion du choléra, et qui, d'après les faits dont ils ont été alors témoins, l'admettent aujourd'hui, soient invités à en faire la déclaration; qu'il soit adressé une invitation semblable à ceux qui auraient changé d'opinion dans le sens contraire. Ce serait là une sorte de scrutin qui en vaudrait bien un autre dans l'intérêt de l'humanité, et qui permettrait de juger, approximativement du moins, quelle a été l'impression générale produite sur le corps médical en France par l'observation du dernier choléra.

CH. PELLARIN, D. M. P.

— Les argumentations des thèses pour le concours de pathologie interne sont remises au lundi 16 juin; elles auront lieu les 16, 18, 20, 23, 25 et 27 juin. Les thèses ont été déposées le 9 juin.

— M. Falret, médecin en chef de la première section des aliénés (hospice de la Salpêtrière), commencera un cours public de clinique sur les aliénations mentales (avec applications à la médecine légale et à l'organisation des établissements d'aliénés) le mercredi 18 juin, à neuf heures du matin et le continuera tous les mercredis suivants à la même heure, et les dimanche (à partir du dimanche 13 juillet prochain).

Les leçons cliniques auront lieu à neuf heures, et les leçons théoriques à dix heures précises.

NOTA. MM. les élèves pourront assister tous les jours à la visite et à l'examen clinique des malades.

— M. le professeur Serres, membre de l'Institut, commencera un cours d'anthropologie ou d'anatomie et d'histoire naturelle de l'homme le mercredi 18 juin à une heure, et le continuera les mercredis et vendredis suivants à la même heure, au Muséum d'histoire naturelle.

Le professeur exposera, dans cette première partie du cours, les principes d'anthropologie. Les digressions sur l'embriologie et l'anatomie comparée auront pour objet d'éclairer l'organisation de l'homme par celle des animaux, afin d'arriver à la détermination méthodique des diverses races humaines.

Le rédacteur en chef, JULES GUÉRIN.

REVUE HEBDOMADAIRE.

ACADÉMIE DE MÉDECINE. — SYPHILIS DES NOUVEAU-NÉS.

La dernière séance de l'Académie de médecine, qui avait commencé pacifiquement, s'est terminée au milieu d'une assez vive animation. On voit que c'est comme à l'assemblée législative — comparaison qui ne déplaira pas, nous l'espérons, aux législateurs de la rue des Saints-Pères. M. Bousquet venait de lire, de sa voie cadencée et tranquille, la première partie d'un rapport sur les vaccinations, écrit avec le soin dont ne se départ jamais l'honorable académicien. Le baromètre du lieu marquait *beau fixe*, quand des signes visibles d'agitation se sont manifestés à l'occasion d'un rapport de M. Cazeaux sur un travail de M. le docteur Depaul. On a vu se lever tout ensemble les mains de MM. Gibert, P. Dubois, Roux et Moreau. De quoi s'agissait-il donc? De savoir si certaines altérations pulmonaires qu'on rencontre chez l'enfant nouveau-né sont, comme le veut M. Depaul, le témoignage d'une infection syphilitique communiquée par les parents. Ce n'est pas là une question brûlante; mais en discutant l'opinion du candidat à la place vacante dans la section des accouchements, le rapporteur avait rencontré une opinion analogue de M. Dubois, qui, dans un travail publié l'année dernière (GAZ. MÉD., 1851, p. 392). avait signalé le lien des abcès thymiques avec la syphilis héréditaire; et dans les objections qu'il avait cru devoir élever contre ces deux aperçus, il avait apporté une fermeté de conviction et un ton résolu qui appelaient la lutte. En outre, il faut dire que la question en elle-même a un côté pratique de la plus haute importance, puisqu'elle doit régler la conduite du médecin à l'égard des parents.

La lutte s'est donc engagée, d'abord d'une manière générale, puis directement entre M. P. Dubois et M. Cazeaux, et c'est alors qu'elle a pris tout son intérêt. M. Dubois soulevait en premier lieu une question préjudicielle; il niait avoir affirmé absolument l'origine syphilitique de la suppuration du thymus; il invoquait une réserve exprimée dans son travail. Dans une réplique où la vivacité du tempérament était mal contenue par un sentiment de déférence souvent exprimé et trop naturel pour n'être pas sincère, M. Cazeaux a lu textuellement les conclusions de ce travail, conclusions en apparence très-affirmatives. Où étaient donc les restrictions annoncées par M. P. Dubois? On voulait recourir, séance tenante, à la GAZETTE MÉDICALE; mais la GAZETTE avait fait, à ce qu'il paraît, une excursion hors de la bibliothèque de l'Académie. Impossible de mettre la main dessus; si bien que M. P. Dubois en a été réduit à demander l'autorisation de lire, au commencement de la prochaine séance, le passage restrictif. Nous n'attendrons pas ce jour pour donner satisfaction au savant académicien; voici ce passage, qui vient immédiatement après les conclusions : « Je suis loin toutefois de regarder ces conclusions comme rigoureuses. Avec moins d'expérience, je pourrais avoir cette prétention; mais je crois, au contraire, que le sujet de ce travail mérite encore d'être attentivement étudié. *Il se pourrait, en effet, que la suppuration du thymus ne fût pas une conséquence constante de l'infection syphilitique* chez le fœtus ou le nouveau-né, bien que je l'aie toujours observée dans les cas où la syphilis est devenue mortelle. *Il se pourrait même que, contrairement à mes observations, cette altération ne fût pas exclusivement propre à l'affection vénérienne chez le fœtus et qu'elle fût aussi consécutive à des états pathologiques étrangers à la syphilis.* Dans l'un comme dans l'autre cas, *la suppuration du thymus, que je regarde comme le témoignage d'une infection vénérienne, perdrait beaucoup de la valeur que je lui ai donnée.* Des recherches ultérieures éclaireront sans doute cette question.» La réserve, on le voit, était des plus explicites; elle convenait d'ailleurs à l'esprit sage et au caractère mesuré de M. Dubois. M. Cazeaux, hâtons-nous de le dire, ne la contestait nullement; il reconnaîtra pourtant qu'il eût été mieux d'en tenir compte dans son appréciation. L'opinion d'autrui n'appartient à la critique que dans les limites précises où elle entend se produire et dans les termes où elle se formule.

Sur le fond, les doutes qui mettaient, il y a un an, M. Dubois en garde contre sa propre opinion, se sont-ils dissipés dans son esprit? Il n'a rien dit qui autorise à le penser, et le soin même qu'il a mis à maintenir l'expression ancienne de ces doutes n'annonce pas une conviction plus obstinée. Nous supposons même, après l'avoir écouté avec beaucoup d'attention, que l'opinion de M. Depaul sur la nature des altérations pulmonaires par lui décrites trouve en M. Dubois plutôt de grandes sympathies qu'un appui décidé, et que, dans le travail de son ancien élève comme dans le sien propre, il voit surtout un aperçu recommandé déjà par des faits d'une valeur réelle, mais encore livré aux chances de l'expérience ultérieure. S'il en est ainsi, nous avons la même manière de voir. Et à ce propos, on doit regretter que M. Cazeaux ait mis un talent remarquable de discussion au service de cette thèse, que ce n'était pas au rapporteur à produire des observations contraires à celles de MM. Dubois et Depaul. Ces messieurs constatent, dans une série de cas, un rapport au moins de coïncidence entre certaines maladies du fœtus et un état syphilitique des parents; et ils le disent. Leur rôle finit là. Pour être autorisé à contester cette relation, voire à la mettre seulement en doute publiquement, il faut produire des faits où l'un des deux termes de la relation, à savoir la lésion du thymus ou des poumons, ait existé indépendamment de la cause qu'on lui assigne. Il est d'autant plus vraisemblable que l'assertion de M. Cazeaux lui a échappé dans la vivacité de l'improvisation, qu'il a essayé précisément, dans son rapport, d'opposer des faits aux faits de M. Depaul. Seulement il ne les a pas empruntés à sa propre pratique, et il s'est contenté d'invoquer Billard, Baron, MM. Cruveilhier, Husson et Sestier. Les observations empruntées à ces auteurs ont-elles dans la question une bien grande autorité? On peut en douter sans faire injure à personne. Il y a beaucoup de chances de ne pas trouver quand on ne cherche pas, et il est probable, presque certain, que ces observateurs, qui ne songeaient pas au rapport des lésions pulmonaires avec la syphilis, ne s'enquéraient pas de l'état sanitaire des ascendants. D'ailleurs, l'acquit de la science sur le point en litige ne se composait pas uniquement de négations; et M. Cazeaux aussi bien que M. Depaul pourront lire dans l'édition posthume de Billard, publiée en 1837, cette note d'Olivier : « Un grand nombre d'enfants *qui meurent avec des pustules syphilitiques* succombent à des pneumonies ou à des lésions du poumon antérieures à la naissance. Chez l'un d'eux, le tissu pulmonaire était infiltré çà et là de sang et de sérosité; chez un autre, on trouva une pneumonie lobulaire et suppurée; chez un troisième, les poumons étaient indurés et il existait un catarrhe pulmonaire » (P. 549). Nous ne savons si cette note n'est que le résumé d'une publication plus étendue et le temps nous manque pour le vérifier; mais on voit qu'elle exprime formellement l'idée d'une relation entre certaines lésions des poumons et la syphilis

---

Feuilleton.

LE VRAI PHILOSOPHE MODERNE.

Quærite et invenietis....

Les anciens nous apprennent que Diogène se promenait en plein jour une lanterne à la main : il cherchait *un homme*, disait-il. Eh bien! moi, j'ai été plus heureux que le faux monnayeur chassé de Synope, sa patrie. Depuis longtemps j'ai trouvé cet homme que le Cynique cherchait avec si peu d'espoir de le rencontrer. J'ai vu souvent ce philosophe, j'ai vécu avec lui, j'ai couché sous le même toit, j'ai souffert et je me suis réjoui avec lui, parfois même j'ai partagé son frugal repas; je l'ai écouté, je l'ai vu agir, et j'ai tâché de profiter de ses discours comme de ses actions. Si beaucoup de lecteurs de ces lignes ne sont pas aussi avancés que moi, faute d'occasion et peut-être aussi d'observation, ce philosophe ne leur est pourtant pas inconnu à beaucoup près : ils le voient tous les jours et le coudoient souvent. Je dis plus : tous les jours ils ressentent les bienfaits de son influence, de son dévouement; leur vie, leur famille, leur repos, et ce qu'ils ont de plus cher, leurs intérêts, sont protégés, conservés, abrités par ce même philosophe, qui, du reste, n'en est ni plus fier, ni plus orgueilleux, ni plus exigeant pour ce qui coûte tant aux hommes, la reconnaissance. Si, par grand hasard, on lui parle du bien qu'il fait, il répond naïvement : « J'ai obéi, c'était mon devoir. » Voulez-vous donc savoir quel est ce philosophe que je viens de mettre sur un piédestal si élevé? Eh bien! c'est le soldat; oui, le simple-soldat, le chef de guérite, comme on dit vulgairement, le soldat, fidèle à sa mission comme à son poste. Bien entendu qu'il ne s'agit point ici du mauvais, du vilain soldat, mou au devoir, turbulent au quartier, bavard, paresseux, ivrogne, mal tenu, ayant un relevé de punitions très-chargé, celui-ci est l'exception, mais du bon et vrai soldat, qui fait honneur à son uniforme, à son régiment et à son pays. Voilà mon philosophe pratique.

J'entends : c'est une plaisanterie, autrement dit, cela est un paradoxe. En aucune façon, je l'assure. Je soutiens ma thèse, et rien n'est plus facile. L'habit ne fait pas le moine, disait-on jadis; n'en est-il pas de même du philosophe? Est-il donc besoin, pour mériter ce titre, d'une tunique, d'une longue barbe et de débiter des sentences plus ou moins justes? Non, sans doute. Sous l'habit du soldat, sous le casque ou le schako, vous rencontrerez ce philosophe quand vous voudrez. Certainement le maréchal de Catinat, qui fut soldat, était réellement un plus grand philosophe pratique de son temps que d'Alembert, Diderot, J.-J. Rousseau et autres discoureurs connus. A dire vrai, n'étaient-ils pas plutôt des sophistes que des philosophes? Que dites-vous, par exemple, du dernier, le plus éloquent de tous, qui fait un traité d'éducation et met ses *cinq enfants* à l'hôpital? Le vrai soldat, lui, les eût nourris de son pain bis, entretenus de sa paye, de son *sou de poche*, instruits par son exemple; puis, devenus grands et forts, en

héréditaire. Que ces lésions, dont le caractère est difficile à juger sur un aussi bref énoncé, ne ressemblent pas exactement à celles qui sont plus longuement décrites par M. Depaul, c'est ce qui importe médiocrement. Nous les tenons pour un renfort apporté à l'opinion qu'il défend.

Un mot encore. Il est possible que les lésions pulmonaires décrites par M. Depaul ne soient pas précisément spécifiques, c'est-à-dire qu'elles ne constituent pas ce qu'on appelle une manifestation syphilitique, et n'offrent pas des caractères propres, indices de leur origine, comme ces altérations de la peau, du tissu cellulaire et des os qu'on reconnaît tout de suite pour des produits de la syphilis constitutionnelle. Ces lésions pulmonaires pourraient être simplement le résultat d'une sorte de cachexie, qui aurait bien son point de départ dans la syphilis des parents, mais qui, n'ayant rien en soi de spécifique, ne témoignant pas de la présence actuelle d'un virus attaquable par le mercure, pourraient se rencontrer également chez des fœtus conçus dans des conditions également mauvaises, mais d'une autre nature. C'est une supposition qu'on peut faire, en se rapprochant ici de l'opinion de M. Gibert, bien que, dans certains cas, des pustules ou d'autres manifestations positivement syphilitiques aient témoigné de la présence réelle du virus. Mais en tout état de cause, il nous paraît impossible d'attribuer les altérations des poumons à une simple inflammation parenchymateuse, et de n'y voir que des *pneumonies des nouveau-nés*. L'existence simultanée d'abcès pulmonaires, d'abcès thymiques et fréquemment du pemphygus, chez le même individu, suffit pour attester au moins un état cachectique de l'organisme entier. L'avenir dira sans doute en quoi cet état consiste positivement.

A. Dechambre.

ANATOMIE.

Mémoire sur quelques points de l'anatomie du pancréas ; lu à la Société de biologie, dans la séance du 1er février, par M. Ar. Verneuil, prosecteur de la Faculté, ex-interne et lauréat des hôpitaux et de l'École pratique, membre des Sociétés anatomique et de biologie.

Lors du concours ouvert pour la place de prosecteur à la Faculté de médecine, en mai 1850, j'eus l'occasion de faire des recherches assez étendues sur l'anatomie du pancréas. Je déposai, au mois de juillet suivant, une série de pièces sèches destinées aux cours de la Faculté. Le jury exigeait de nous une note explicative de nos travaux, et je profiterai de cette occasion pour exprimer combien me semble utile cette modification nouvelle pour les concurrents eux-mêmes. C'est cette note, qui résume deux mois et demi de dissection, que je publie ici telle qu'elle a été conçue autrefois ; le temps ne m'a pas permis d'y faire des additions comme je l'espérais. Je dois donc deux mots d'avertissement. Je ne donne point ici une description complète du pancréas humain, et en raison du peu de recherches que j'ai faites en anatomie comparée, je me garderai bien de poser aucune loi générale. J'exposerai simplement ce que j'ai vu chez l'homme et chez quelques animaux. Chez le premier, j'ai cru devoir compléter certains points qui me semblaient manquer de détails suffisants ; je n'aborde pas les points sur lesquels tout le monde s'accorde, et j'engage ceux qui me liront à vérifier mes assertions, soit à l'aide de leurs propres investigations, soit à l'aide des pièces qui ont été déposées au musée de l'École, par moi ou par mes compétiteurs. Je ne me servirai pas non plus des dissections, d'ailleurs fort belles, de ces derniers, voulant leur laisser toute la propriété de leurs travaux.

Forme du pancréas.

Cette forme a été mal déterminée; on la compare à celle d'un marteau, d'un crochet, d'une langue de chien. « Dans un cas, le pancréas était formé » de deux portions bien distinctes, l'une verticale, l'autre horizontale, réunies à angle droit. » Cette exception, notée par M. Cruveilhier (Anat. descr., t. III, p. 414), me paraît le type fondamental de la forme du pancréas. M'appuyant donc sur l'anatomie humaine et sur ce que j'ai vu d'anatomie comparée, je diviserai le pancréas en deux portions: une portion verticale ou duodénale, c'est la *tête*; une portion horizontale, gastrique ou splénique, c'est le *corps et la queue*. Cette distinction me paraît assez importante au point de vue morphologique, parce qu'elle m'a paru constante, quoique plus ou moins évidente, et voici ce qui me sert à l'établir :

1° Il y a un rétrécissement plus ou moins marqué entre les deux portions.

2° La portion duodénale est toujours proportionnée à l'étendue du duodénum; elle est fixée dans l'anse mésentérique plus ou moins ample que forme cet intestin. La portion splénique est très-variable en étendue ; elle présente peu de fixité, elle est en quelque sorte flottante dans l'abdomen.

3° La veine porte ou les vaisseaux mésentériques séparent toujours ces deux portions d'une manière nette.

4° La portion duodénale n'affecte jamais de rapports avec les vaisseaux spléniques ; la portion horizontale, au contraire, est toujours appendue à ces vaisseaux, qui lui fournissent des branches. Chez l'homme adulte, il est assez difficile de reconnaître au premier abord cette division ; mais chez le fœtus et l'enfant, elle est très-manifeste ; la portion duodénale est verticale, étroite de haut en bas, et s'applique exactement le long de la deuxième portion du duodénum.

Chez l'adulte, cette partie de la glande augmente beaucoup d'étendue en tous les sens ; elle remplit tout l'espace compris entre les trois courbures du duodénum et les vaisseaux mésentériques ; elle forme une masse glandulaire aplatie, à peu près quadrilatère.

Le corps a la forme d'un parallélogramme assez régulier ; les bords supérieur et inférieur sont sensiblement parallèles. (Sur un sujet adulte, le corps était flexueux et figurait une *S* italique, détaché de ses lieux celluleux. Il conservait cette forme.)

La queue est tantôt mince, aplatie, fusiforme, comme tranchante ; tantôt elle est prismatique, triangulaire, renflée en massue.

Il existe, à l'union des deux portions (*tête et corps*), un rétrécissement très-notable, et à son niveau la glande présente une sorte de torsion sur son axe, en vertu de laquelle le bord inférieur est relevé en avant, soulevé qu'il est par les vaisseaux mésentériques qui s'enfoncent au-dessous de lui d'avant en arrière et de bas en haut. On a prétendu que le corps du pancréas était prismatique et triangulaire, et on lui a reconnu trois faces : une postérieure, une antérieure, une supérieure (Huschke).

---

supposant qu'ils fussent de son sexe, il eût dit à son pays : « Les voilà tous les cinq ; je vous les donne, disposez de leur sang comme vous avez disposé du mien. »

Au fait, en quoi consiste la vraie philosophie ? A supporter la vie telle qu'elle est, dans ses hauts et dans ses bas, à souffrir sans trop de murmure, à endurer la soif, la fatigue, la misère, les températures les plus extrêmes, à se plier à une discipline sévère, implacable, mais nécessaire, et souvent, ce qui est extrêmement dur, à obéir à des chefs quelquefois injustes, ineptes ou brutaux. N'est-ce pas là la vie du soldat ? Or en est-il une plus austère et qui ait davantage les caractères de la philosophie pratique ? Les soldats sont comme des moines armes : mêmes privations, même obéissance, même dévouement au supérieur, même abnégation de leur volonté. Ayant leur libre arbitre, ils n'en jouissent pas complètement ; ils sont eux, et ils ne s'appartiennent pas. La nature crie bien quelquefois du fond des entrailles ; mais la raison, mais le bon sens lui imposent silence au moyen de ces deux grands et puissants mots, *devoir et discipline*. Eh ! c'est souvent une saine éducation que le métier des armes : elle discipline l'esprit, elle le virilise aussi bien que le corps ; elle donne la fermeté du caractère contre les épreuves démoralisantes, la fermeté du cœur devant le danger immédiat ou prévu ; elle infuse des traditions d'honneur, de fidélité, qui se continuent ensuite pendant toute la vie.

On ne saurait disconvenir que le soldat a souvent atteint ce point suprême d'élévation de l'être humain, une foi raisonnée et une soumission libre. Si ce n'est pas là ce qu'on nomme la philosophie, et la plus belle, parce qu'elle est la plus vraie, la plus utile, cessez d'en chercher ailleurs. Or savez-vous quels en sont les effets? La règle et l'obéissance, choses si remarquables, si rares aujourd'hui dans la décomposition universelle des principes sociaux. N'est-ce pas aussi le dernier refuge de la hiérarchie, de l'ordre, et par cela même la grande et dernière raison des sociétés aux abois, la force? C'est ce que nous voyons chaque jour, où il faut sans cesse contenir et soutenir une société incertaine, mobile, sappée dans ses fondements, brisée dans ses ressorts, s'accommodant le mieux qu'elle peut avec des doctrines de circonstances et des systèmes pour les cas fortuits, société bâtie sur l'argent, vivant par l'argent, n'adorant que l'argent, où chacun renfonce aux profondeurs les plus inconnues de sa poche la clef de son coffre-fort. Du reste, patient, actif, courageux, le soldat a un esprit de justice comme naturel en lui. Combien de fois n'en ai-je pas vu d'exemples à l'armée ! Si on le punit, et que ce soit avec raison, il murmure, le cœur humain est fait ainsi, mais au fond il acquiesce et se soumet. Dans le régiment où j'étais, en Espagne, il y avait un capitaine, doué d'une rare fermeté de caractère, vieux dur à cuire s'il en fut jamais, inébranlable sur le règlement, sur la discipline, et néanmoins d'une étonnante tendresse pour les soldats de sa compagnie. « Vous êtes tous mes enfants, leur disait-il, je vous en ai donné des preuves ; mais souvenez-vous toujours de mon principe à votre égard, *ni tort ni grâce*. » Et il tenait parole. Or tous ses soldats l'aimaient et le vénéraient. Mais outre l'idée de justice, il est un autre caractère indiquant le philosophe : c'est la modestie, c'est la simplicité. Vous les trouverez chez le soldat. Certainement ce n'est pas lui qui se dit ou se croit philosophe; il ne s'en doute guère. Bien loin de ressembler à ces philosophes qui s'emparent des places et des honneurs pour *bien connaître* par eux-mêmes les vanités de la fortune, le soldat ne se drape jamais dans le manteau de ses éminentes qualités.

La face supérieure n'existe pas; c'est un bord creusé plus ou moins complètement en gouttière pour recevoir la veine splénique et quelques flexuosités de l'artère du même nom.

Lorsqu'il arrive (comme je l'ai vu quatre ou cinq fois) que les vaisseaux spléniques suivent le bord inférieur du pancréas, c'est alors ce bord qui est le plus épais. Une coupe du pancréas, perpendiculaire à son axe, représente une lentille biconvexe dont la face antérieure est bombée plus fortement, et dont le bord supérieur est échancré.

La distinction du pancréas en deux parties est très-saillante chez les animaux que j'ai examinés; elle existe au plus haut degré chez le chat. Le chien est en tout semblable. Les deux lobes sont sensiblement égaux. Chez le lapin, le cobaye, la portion duodénale l'emporte de beaucoup sur la portion splénique qu'on aperçoit néanmoins appendue aux vaisseaux du même nom. Le cheval semble offrir une exception, mais elle n'est qu'apparente; il ne semble pas y avoir de portion verticale bien marquée; néanmoins cet organe, qui est triangulaire, est divisé en deux gros lobes entre lesquels passe la veine porte; le lobe supérieur, qui correspond à la base du triangle, est horizontal et en rapport avec les vaisseaux spléniques.

L'union de ces deux portions se fait chez l'homme à angle droit; chez le chat, le chien, le lapin, le cobaye, le lobe splénique variant de position, l'angle de réunion varie, il est plutôt aigu. Chez le cheval, il est plus aigu encore, et le tronc commun aux lobes est beaucoup plus développé.

FIXITÉ DU PANCRÉAS.

Chez l'homme, les deux portions que je viens de décrire sont loin d'être aussi fixes l'une que l'autre; la portion duodénale est enclavée dans le duodénum; elle y adhère par des brides cellulo-fibreuses, par des vaisseaux et par des canaux excréteurs, etc., etc.; et comme le duodénum est très-peu mobile, le lobe pancréatique qui s'y trouve est assez fixe; mais le corps de l'organe est lié intimement à la rate par les vaisseaux spléniques. La rate elle-même suit l'estomac; il en résulte que ce dernier viscère ayant des rapports bien différents suivant son état de vacuité ou de plénitude, le lobe horizontal doit le suivre. J'ai vu, en effet, en gonflant avec de l'air l'estomac maintenu en place par ses liens normaux, le corps du pancréas s'allonger et devenir oblique en haut et à gauche; il avait suivi la rate qui s'était enfoncée dans l'hypocondre avec la grosse tubérosité. Une de mes pièces (n° 3) donne une très-bonne idée de cette locomotion. C'est à tort, du reste, qu'on regarde le pancréas comme couché transversalement et horizontalement sur la colonne lombaire; presque toujours la portion qui déborde à gauche la saillie vertébrale remonte dans l'hypocondre gauche, obliquement en haut et en arrière. Il résulte encore de sa situation transversale que le pancréas est courbé en arc d'avant en arrière; il est fortement soulevé en un point par le corps des vertèbres, l'aorte, les vaisseaux mésentériques, etc., etc.; tandis que ses deux extrémités se trouvent sur un plan bien postérieur, la queue surtout. J'ai peu de choses à dire des rapports; ils sont bien indiqués dans les traités d'anatomie (Cruveilhier, Huschke). Le premier a surtout bien indiqué la formation d'une sorte de gouttière pour les vaisseaux mésentériques. J'ai vu, comme M. Cruveilhier, cette gouttière convertie en un canal complet; mais je n'ai pas vu de *petit pancréas* (*loc. cit.* 416).

J'ajouterai néanmoins quelques mots sur ces rapports:

1° CANAL CHOLÉDOQUE. Il se creuse toujours un canal complet, ou au moins une gouttière très-profonde dans la partie postérieure de la tête du pancréas, au milieu de laquelle il parcourt un trajet de 3 centim. environ.

2° DUODÉNUM. Chez l'enfant, le pancréas, comme nous l'avons dit, n'est presque en rapport qu'avec la seconde portion de cet intestin. Chez l'adulte, la tête du pancréas embrasse le duodénum comme la parotide embrasse le bord postérieur du masséter, c'est-à-dire qu'elle se prolonge en avant et en arrière, de manière à couvrir au moins la moitié interne du cylindre que représente l'intestin. Généralement je l'ai vu s'étendre plus en avant qu'en arrière. En avant, surtout au point où s'abouche le petit conduit, quelques granulations se logent entre les tuniques de l'intestin. M. Bérard (TRAITÉ DE PHYSIOL., t. I.) a bien indiqué cette disposition; il compare ce petit groupe de granulations aux glandes molaires qu'on trouve près de l'embouchure du canal de Sténon. Les première et troisième portions du duodénum sont beaucoup moins complétement enveloppés par la glande que la deuxième.

3° VAISSEAUX SPLÉNIQUES. En général, j'ai vu ces vaisseaux (artère et veine) longer le bord supérieur de la glande; mais il n'est pas rare de voir l'un des deux longer le bord inférieur dans une certaine étendue, surtout dans sa partie interne, puis s'infléchir assez brusquement en haut à travers le tissu glandulaire pour aller reprendre sa place accoutumée sur le bord supérieur.

L'artère, à cause de ses flexuosités, n'est que peu en rapport avec le pancréas; mais la veine ordinairement rectiligne s'y loge dans une gouttière souvent convertie, au moins partiellement, en canal complet. J'ai vu une fois la veine splénique complétement cachée au milieu de la glande dans les deux tiers externes de celle-ci.

4° SCISSURE DE LA RATE. Rien n'est plus variable que ce rapport; tantôt la queue du pancréas est comme aplatie et rebroussée contre cette scissure, tantôt elle peut en être distante de 4 centim. Chez l'enfant, elle m'a toujours paru en contact intime avec cette scissure.

Je n'ai rien à dire sur le poids, les dimensions, etc., du pancréas; je suis porté à croire que ses maladies sont assez rares; car après avoir examiné au moins soixante pancréas humains, sinon plus, je n'ai trouvé qu'une seule fois une altération qu'il me serait encore difficile de classer. La glande semblait généralement indurée; son tissu était blanc, très-dense; néanmoins il n'y avait pas de dégénérescence; les canaux excréteurs étaient perméables; mais cependant l'injection ne pénétra pas profondément. Cette lésion rappelait l'hypertrophie mammaire chronique. On a déjà constaté l'extrême facilité avec laquelle la glande se putréfie. Tout ce que je puis dire de cette assertion, c'est que quatre fois sur des sujets encore frais en apparence, les injections au suif ont crevé dans le tissu de la glande. Ces préparations étaient faites à la vérité pendant les plus grandes chaleurs.

(*La fin au prochain numéro.*)

OBSTÉTRIQUE.

DE L'ACCOUCHEMENT PRÉMATURÉ ARTIFICIEL, ET DES MOYENS CONSEILLÉS POUR RÉDUIRE LE VOLUME DE L'ENFANT A TERME; par M. CHAILLY-HONORÉ.

Convient-il, dans les cas de vices de conformation du bassin ou d'excès

---

Il est jeune, mais élevé à une rude école. Ce n'est pas à lui qu'on peut appliquer ces paroles d'un moraliste railleur: « Il cueille hors de saison les fruits de la sagesse. » Après les travaux, les privations les plus dures, un peu de repos et de bien-être, une chanson gaillarde le verre à la main, quelques fleurettes contées aux jeunes filles, le voilà complètement satisfait. Quelquefois, surtout quand l'âge est arrivé, se rappelant les hauts faits de l'armée, les dangers auxquels il a été exposé, il aime à les raconter, à les exagérer, à en colorer l'expression; mais remarquez que, dans sa jactance, le *moi* est presque toujours exclu; c'est le *nous* qui domine, c'est-à-dire les Français ou bien son régiment. Oh! pour ce dernier, rien n'est au-dessus; quand il y pense, il est toujours prêt à dire, comme le général Bonaparte: « *J'étais tranquille, la 34e demi-brigade était là.* »

Faites un peu de bien à ce philosophe, adoucissez sa misère, soignez-le dans ses maladies, pansez ses blessures avec un certain empressement, vous n'avez pas à craindre l'ingratitude, rien de plus rare parmi les soldats. L'expression de leur reconnaissance est quelquefois rude, mais elle part d'un cœur excellent, et sa tendresse s'étend à tout ce qui l'entoure. On pourrait en citer des milliers d'exemples, je me contente du suivant. En 1812, nous avions établi une redoute sur le pont de *Molins del Rey*, petit village à quelques lieues de Barcelone. Je vis un jour une vedette du 24e dragons qui pleurait. Tout étonné, je m'approchai: Qu'as-tu, lui dis-je, es-tu blessé? Ah! me répondit-il, je le voudrais, mais c'est mon pauvre cheval qui vient de recevoir un coup de feu dans la mâchoire; et de grosses larmes tombaient sur les joues du vieux soldat. — Eh bien! voyons cette blessure. En l'examinant, je reconnus qu'aucune des deux mâchoires n'était brisée, que la balle, sans doute sur la fin de sa course, était restée dans la lèvre supérieure, ce qui avait déterminé un gonflement énorme. Aidé du dragon, je fis une incision, je parvins à extraire la balle, et le cheval guérit en peu de temps. Il serait difficile de se faire une idée de la reconnaissance de ce pauvre soldat. Toutes les fois que je rencontrais son régiment, il mettait pied à terre pour m'offrir de l'eau-de-vie, seul *comfort* dont il pût disposer. Puis il criait à ses camarades: Le voilà le major qui a sauvé mon cheval, je donnerais ma vie pour lui!

Il est une chose qui a toujours étonné ceux qui ont vécu avec les soldats, c'est, lorsqu'ils sont réunis et paisibles, leur sagacité, la justesse et la profondeur de leurs réflexions, sur la politique en général, sur la position où l'armée se trouve, sur les combats qui ont eu lieu, et il faut bien le dire, sur les chefs qui les ont dirigés. C'est ordinairement dans les bivouacs, dans les réunions joyeuses, au corps de garde, autour du poêle, en fumant la pipe, ou bien dans les chambrées, etc., d'où s'élancent par saillies, cet esprit de justice, ces arrêts du bon sens distribuant la louange ou le blâme, avec la plus stricte impartialité. Plus d'une fois Napoléon lui-même y a été jugé et complétement penétré, plus d'un soldat a dit avec Sénèque, sinon dans le même langage, au moins avec la même franchise: *Ducit exercitum Marius, sed Marium ducit ambitio* « Marius conduit l'armée, mais c'est l'ambition qui conduit Marius. » La philosophie morale a quelquefois aussi sa part dans ces conversations, et on la lui fait belle, croyez-le. Non, ce n'est pas toujours au cap Sunium, sous les platanes de l'Académie, que la philosophie prouve qu'elle est la maîtresse du genre humain; elle se trouve aussi dans les camps, elle n'est nullement étrangère à la vie guerrière. Ceux qui vivent de cette mâle et noble vie, ayant l'habitude du

de volume du produit, de substituer à l'accouchement prématuré artificiel cet ancien procédé, à l'aide duquel on cherche à diminuer le volume de l'enfant en soumettant la mère au régime combiné de la restriction des aliments et de la saignée?

On comprend, messieurs, que, frappés des dangers que faisaient courir à la mère et à l'enfant surtout les opérations nécessaires pour terminer l'accouchement à terme dans les cas de rétrécissement du bassin, d'excès de volume du produit constaté par les difficultés d'un premier accouchement, Mériman, Bandelocque, et plus près de nous il y a vingt ans, M. Moreau, aient eu la pensée de diminuer le volume de l'enfant pendant la vie intra-utérine pour permettre un accouchement à terme spontané et éviter ces opérations si graves, souvent si meurtrières.

C'était tenter d'enrichir la pratique obstétricale d'une nouvelle ressource, alors que l'art ne possédait pour ces cas que la perforation du crâne, les *crochets aigus*, la symphyséotomie et l'opération césarienne. C'était tenter un effort généreux, quoiqu'il fût malheureusement souvent infructueux.

Mais qu'en 1850, après les remarquables travaux des Anglais, des Allemands, de M. Stoltz, de M. Velpeau, qui les premiers osèrent impatroniser en France l'accouchement prématuré artificiel (cette conquête si belle de l'art obstétrical sur le préjugé et la routine), on vienne proposer de recourir encore à ce procédé, quel que fut le moyen employé, l'iode ou le régime!

Avec ce procédé, presque cruel dans son application et qui peut être si dangereux en faisant manquer souvent le but qu'on se propose, bien souvent aussi en altérant la santé de la mère, avec ce procédé donc, tout est pour ainsi dire livré aux chances du hasard.

Au contraire, l'autre méthode, si rationnelle si innocente pour la mère et si favorable à l'enfant le plus souvent, est basée sur des calculs aussi certains que possible; elle permet de saisir l'enfant au moment donné où son volume devra être et sera le plus ordinairement en rapport avec les détroits du bassin et donnera des résultats qui pourront presque toujours être prévus.

N'est-ce pas un véritable sujet d'étonnement pour tous les vrais praticiens, pour M. Moreau lui-même, de voir mettre en parallèle aujourd'hui ces deux procédés?

En vain, messieurs, on citera des faits qui semblent favorables à ce régime; mais n'est-il pas de méthode, pas de doctrine si étrange qu'elle soit, qui ne puisse en apparence être appuyée par des faits, dans lesquels tous les bons esprits ne voient que des coïncidences, que du hasard?

En effet, pour le cas qui nous occupe, vous savez combien est incertain et imprévu tout ce qui tient aux vices de conformation du bassin.

Une femme accouche d'un enfant petit, bien qu'elle soit forte, bien portante et qu'elle ait amplement satisfait à son appétit, bien qu'elle n'ait pas été saignée, tandis qu'à une seconde grossesse l'enfant sera volumineux, quoique la mère ait été malade et soumise au régime, sans qu'on puisse savoir à quoi tient cette différence de volume.

Ne voit-on pas tous les jours une femme qui n'a pu être délivrée que par des opérations qui ont compromis la vie de l'enfant, accoucher quelquefois à terme spontanément dans d'autres grossesses, ou d'autres femmes qui d'abord sont accouchées spontanément et d'autres fois ont été obligées de subir les opérations les plus graves? Tous les ouvrages sont remplis de faits semblables.

J'en ai cité quelques-uns dans le mémoire que j'ai déjà eu l'honneur de lire à l'Académie.

Dans l'un de ces cas, j'avais pu extraire, à l'hôpital Sainte-Marguerite, dans le service de MM. Denonvillers et Marotte, une fille vivante par une simple application de forceps, quand deux ans auparavant le volume de l'enfant avait obligé M. P. Dubois chez la même femme à pratiquer la céphalotripsie (1).

Dans l'autre, quelques jours après, dans le même hôpital, là où je devais, suivant le degré de rétrécissement, compter sur une opération facile et innocente, je fus obligé de perforer le crâne.

D'après ces faits et dans des circonstances où le hasard a déjà tant de part, il est donc permis de douter de l'efficacité d'un procédé dont le hasard doit si souvent diriger les résultats, et de donner la préférence à celui des deux procédés où le point de départ et le point d'arrivée pourront être déterminés presque mathématiquement.

En effet, dans le procédé du régime alimentaire restreint et de la saignée, on n'a aucune donnée même approximative qui puisse servir de base à la direction à imprimer au régime, aucune donnée qui puisse faire prévoir les effets de ce régime sur le volume de l'enfant; et là où l'on espère que le volume de l'enfant sera suffisamment restreint pour lui permettre de franchir le bassin, on aura bien souvent le regret de se voir dans la nécessité de recourir à des opérations meurtrières, parce que la mère seule a été atténuée par le régime et que l'enfant a échappé à ses effets. J'ai vu souvent de ces exemples. Non pas, messieurs, que j'aie expérimenté le régime; mais dans des cas de maladies longues, qui avaient nécessité un traitement diététique et affaiblissant pendant les derniers mois de la grossesse, chez des femmes affectées de vomissements incessants qui ne gardaient qu'une très-petite quantité d'aliments, les enfants avaient rarement subi une diminution de volume en rapport avec la rigueur du régime ou l'intensité des accidents.

Voilà pour ce qui peut être facilement démontré. En outre, je suis loin d'être convaincu qu'un régime de ce genre ne soit pas de nature, dans bien des cas, à porter de graves atteintes à la santé de la mère, et s'il agit sur l'enfant, à compromettre les chances de viabilité de celui-ci bien autrement que ne le ferait l'accouchement prématuré.

Dans l'accouchement prématuré artificiel, au contraire, tout est réglé, tout est prévu, autant que possible, et l'époque à laquelle il conviendra d'opérer, et les résultats de l'opération. Je dis autant que possible, car le hasard aura aussi une certaine part dans les résultats; mais quelle différence! Le volume de l'enfant sera toujours inférieur à celui qu'il présente à terme, bien que ce volume puisse être plus considérable qu'il n'a l'habitude de l'être à telle ou telle époque de la vie intra-utérine. Et si le volume de la tête ne se trouvait pas aussi petit qu'il doit l'être à l'époque à laquelle on opère, il pourra arriver seulement que là où un accouchement spontané devait être légitimement espéré, on aura à faire une application de forceps; mais jamais, comme cela peut arriver avec le régime, une perforation du crâne ou même une céphalotripsie ne deviendra nécessaire.

(1) Le 11 juin de cette année, cette femme, enceinte pour la troisième fois et qui, malgré nos recommandations, avait laissé passer le terme où l'accouchement prématuré aurait pu être pratiqué, n'a pu être délivrée que par la céphalotripsie que je fis dans le même hôpital, sous les auspices de MM. Denonvillers et Marotte. Cette femme, prise le troisième jour de symptômes de métrite, se trouve aujourd'hui dans un état satisfaisant.

---

devoir précis, rigoureux, mêlé à des dangers continuels, ont souvent, sur la vie et la mort, sur la gloire et la fortune, une rectitude de jugement, une netteté de vues qu'aucune illusion ne saurait obscurcir. Notez que je parle de mon philosophe préféré, en un mot, du simple soldat. Combien de fois ne l'ai-je pas écouté, admiré dans certains moments extrêmes. Il n'y avait là ni phrases ambitieuses, ni mots à effet, ni « l'or du bon sens converti en clinquant. » C'était la vérité même, le naturel, la vivacité, le jet de source. En 1811, nous nous étions emparés du vaste couvent du *Mont-Serrat*, en Catalogne; nous y tenions garnison pour être maîtres de la montagne et du pays circonvoisin. Dans l'église de ce magnifique couvent, bâti depuis plusieurs siècles, se trouvaient des tableaux d'une multitude de rois d'Espagne, de vice-rois de la Catalogne, de ducs et de tout ce qu'on est convenu d'appeler les grands de ce monde. Non loin de là, nos soldats bivaquaient sous des baraques de feuillage; la pluie survint et elle tombait à torrents depuis plusieurs jours. Comment faire pour s'en garantir? Une idée lumineuse jaillit tout à coup de l'encéphale d'un jeune soldat, et cette idée fut sur-le-champ mise à exécution. On enleva les tableaux de l'église pour en recouvrir les baraques de feuillage, la pluie cessa d'y pénétrer, et ce moyen hygiénique eut un plein succès. Toutefois, il fallait entendre les réflexions graves, sérieuses ou plaisantes des soldats à ce sujet. Il ne s'agissait point de cette philosophie qui se trouve dans la calme et vénérable poussière des bibliothèques, bien moins encore de cette philosophie vaporeuse qui fait écho dans les nuages, mais presque toutes les réflexions de ces jeunes soldats avaient pourtant une empreinte de profondeur, de haute portée et de vérité frappante; certaines d'entre elles, sauf l'expression, encore ne sais-je, n'eussent point déparé le manuel d'Epictète ou les désolantes maximes de La Rochefoucauld. Pourquoi s'en étonner? Le soldat n'a-t-il pas un *criterium* à peu près infaillible pour le guider? c'est l'ordre, c'est la discipline, c'est le devoir; il sait d'instinct que rien d'élevé, rien de beau, rien de bon ne se fait sur la terre qu'au prix de la souffrance et de l'abnégation. N'est-ce pas là le summum de toute philosophie?

Ce qui trompe à cet égard ceux qui n'ont jamais vécu avec le soldat, c'est de n'en juger que par la surface et l'apparence; il faut consulter les actions et surtout les résultats. Un homme d'esprit disait: « Je suis toujours tenté d'ôter mon chapeau devant un soldat décoré. » Cet homme avait complètement raison, on peut être sûr que ce soldat n'a conquis la croix qu'au prix de son sang; aussi lui assure-t-elle un rang, une distinction à part dont lui-même apprécie la valeur. En 1806, à Spalatro, en Dalmatie, il y avait un tambour du 11e de ligne qui était décoré. Souvent, étant de service à l'hôpital militaire, j'ai vu ce tambour apporter de la caserne la pitance de la cuisine au poste de l'hôpital; or quand il passait devant la porte, le factionnaire lui faisait un salut de port d'armes, tout aussitôt le tambour, mettant bas ses assiettes et ses plats, rendait le salut au factionnaire, puis il reprenait ses gamelles et continuait son chemin. Or tout ceci se faisait, de part et d'autre, avec un sérieux, un aplomb magistral prouvant que le signe de l'honneur n'était pas seulement sur la poitrine de ce brave tambour, mais que l'honneur avait pénétré dans l'organe qui bat au-dessous.

N'oublions pas un autre caractère essentiel de la philosophie, outre la patience et le désintéressement, c'est l'entrain joyeux, c'est l'art difficile de supporter les maux de l'existence sans jamais faire au lendemain l'honneur de pen-

Comme on le voit, la différence est capitale; mais ce n'est pas tout. Les relevés statistiques de l'accouchement prématuré artificiel prouvent combien cette opération est innocente pour la mère, et combien elle laisse encore de chances plus favorables à l'enfant que tout autre procédé.

Comment hésiter un moment, même dans des cas restreints, comment rejeter cette conquête si précieuse de l'art obstétrical? Que de femmes, que d'enfants eussent été sauvés, si de coupables préjugés n'avaient empêché pendant de si longues années l'accouchement prématuré de se naturaliser en France! Et quand nous venons à peine de jouir de ce bienfait, comment songer à y renoncer (1)?

Depuis longtemps, chez nos voisins, cette opération est dans le domaine de la pratique; un grand nombre de succès sont venus déjà témoigner en sa faveur. C'est la Grande-Bretagne qui doit être regardée comme le berceau de cette conquête obstétricale. Les chirurgiens de ce pays, découragés par les insuccès qu'ils éprouvaient à la suite de la symphysiotomie, cherchaient à lui substituer une opération qui présentât plus de chances de succès. Déjà leur attention était fixée sur des cas où des femmes, ayant subi des accouchements laborieux à terme, avaient pu, par un accouchement prématuré spontané, mettre au monde avec quelque facilité un enfant vivant. Cette analogie conduisit d'abord à quelques applications rares et isolées. Ainsi Marie Donally, sage-femme de ce pays en 1738 suivant quelques-uns, aurait pratiqué cette opération la première; puis en 1756, dans une réunion dont Denman nous a conservé le souvenir, les praticiens les plus considérés de Londres ayant décidé que cette opération était avantageuse et approuvée par la morale, Macaulay justifia authentiquement la décision de ses compatriotes. Il fut imité par Kelly, John et James Barlow, puis plus tard par Ramsbotham, les deux Merriman, Campbell, Burns, Marshall, Ingleby, etc.

(La fin au prochain numéro.)

REVUE DES JOURNAUX DE MÉDECINE.

JOURNAUX ALLEMANDS.

(Suite et fin.)

III. NEUE MEDICINISCH-CHIRURGISCHE ZEITUNG.

DE L'EMPLOI DE L'HYDROTHÉRAPIE DANS LE TYPHUS (FEBRIS NERVOSA GASTRICA, MUCOSA, PITUITOSA); par le docteur HEGELE, médecin en chef de l'hôpital d'Augsbourg.

Cette méthode, employée par Currie dès 1787, dans plus de 150 cas de typhus dont la guérison fut attribuée aux lotions froides, a trouvé de

(1) Madame L., arrivée au terme d'une première grossesse après un travail très-prolongé, n'avait pu être délivrée qu'à l'aide d'une application du forceps que je fis après que la tête avait déjà subi un certain degré d'engagement; l'enfant vécut: il a aujourd'hui 5 ans. Sa tête, très-petite et très-réductible, s'était cependant allongée considérablement pendant un engagement pénible, effectué dans un bassin uniformément petit, qui ne présentait que 8 centimètre et demi (3 pouces un quart) environ au diamètre antéro-postérieur des deux détroits et de l'excavation.

Madame L. devenue de nouveau enceinte cette année et prévenu en temps utile de son état de grossesse, je conseillai à M. le docteur L. de pratiquer l'accouchement prématuré artificiel. Cette proposition ne fut pas acceptée de prime abord; M. le docteur L. se fondait sur ce que le premier enfant étant venu au monde petit, offrant une tête petite et très-réductible, il y avait tout lieu d'espérer qu'on rencontrerait à un second accouchement des circonstances aussi favorables, et qu'alors, surtout à une deuxième couche qui est en général plus facile, l'enfant serait probablement expulsé ou extrait plus favorablement encore que la première fois. Je cherchai à combattre ces raisons, et quelques semaines après je revins encore à la charge; mais les mêmes raisons me furent alléguées, et j'ai à me reprocher, dans cette seconde occasion, de ne pas avoir insisté plus encore que je ne l'ai fait. M. le docteur L. laissa arriver le terme de la grossesse; mais ses espérances ne se réalisèrent pas. Après un travail très-prolongé, pendant lequel des douleurs énergiques et des plus vivement perçues s'exercèrent inutilement pendant plus de dix-huit heures après la rupture des membranes et la complète dilatabilité du col, la tête s'était légèrement engagée par son sommet allongé, mais moins encore que la première fois, et elle resta ainsi comme clouée au détroit supérieur, sans faire le plus petit progrès, malgré l'énergie et la continuité des douleurs. Il nous parut indispensable, à M. le docteur L. et à moi, de mettre fin à un travail aussi prolongé et aussi complétement inutile. J'appliquai donc le forceps. Cette application fut des plus faciles et presque exempte de douleurs, malgré l'élévation de la tête; j'ai rarement fait une opération qui m'ait autant satisfait. Mais le forceps une fois articulé, quand il fallut extraire la tête, je rencontrai une résistance que je ne pus vaincre qu'à l'aide d'efforts considérables. Vingt minutes de tractions énergiques, y compris les temps de repos nécessaires, me permirent d'extraire un enfant des plus volumineux, qui fit quelques inspirations et ne put être ranimé par aucun moyen; la tête de l'enfant était énormement développée et surtout tout à fait irréductible.

Pendant l'extraction la mère avait ressenti des crampes très-vives dans le membre inférieur gauche.

Les trois premiers jours l'état de la nouvelle accouchée fut des plus satisfaisants; la fièvre de lait se manifesta en son temps et avec toute la régularité désirable; le ventre resta constamment affaissé et indolore. Mais bientôt la malade ressentit de légères douleurs dans toute l'étendue du membre inférieur gauche, et seulement à la surface, et peu à peu la sensibilité devint si excessive que le plus léger contact faisait pousser des cris à la malade; ces douleurs ne lui laissaient que des intervalles d'un repos incomplet. Tous les moyens furent mis en usage pour modifier cette vive sensibilité; MM. les docteurs Honoré, Bouillaud, Velpeau, Baudelocque, Michon furent successivement consultés, mais en vain; l'autre membre devint également le siége de douleurs aussi atroces; puis la paralysie ne se borna pas aux deux membres inférieurs, elle se manifesta bientôt, précédée de vives douleurs, dans les deux membres supérieurs. Des symptômes de méningite, avec accès de délire furieux, se manifestèrent, et la mort vint seule, après plusieurs mois, mettre un terme à cet état d'angoisse et de souffrance inexprimable.

Il est plus que certain que l'accouchement prématuré artificiel aurait permis d'éviter un aussi déplorable résultat, qui certainement n'a été dû qu'à une compression subie par les nerfs cruraux, les branches antérieures des nerfs sacrés et les vaisseaux lymphatiques, au moment de l'engagement de cette tête si volumineuse, et cette compression a été d'autant plus funeste qu'elle s'est exercée, non pas seulement au détroit supérieur, comme dans les cas où le détroit seul est rétréci, mais dans toute l'étendue du canal, depuis le détroit supérieur jusqu'au détroit inférieur, le bassin étant uniformément petit.

Il faut bien, en effet, que cette circonstance ait eu l'influence que je lui attribue, et que de plus elle eût rencontré chez la malade de fâcheuses prédispositions, pour qu'on ait vu des accidents aussi formidables se manifester. Que de fois, en effet, n'ai-je pas vu des femmes soumises, avant leur entrée à l'hôpital, à des applications de forceps mal dirigées, pratiquées à plusieurs reprises et bien plus longtemps continuées, éprouver à peine de légers accidents, et que de fois j'ai appliqué le forceps à des degrés aussi prononcés de rétrécissement, sans que j'aie jamais eu à déplorer un semblable résultat!

ser beaucoup à lui. Rien n'est plus fréquemment observé chez le soldat, surtout en campagne. Une fois sous le drapeau, *mon pays avant tout*, voilà sa règle suprême, le reste est fort secondaire. Qu'est-ce que la philosophie, dit Montaigne, sans la gaieté et même le nonchaloir? C'est précisément l'opinion de mon philosophe de prédilection. Il y a bien, quand il en fait preuve, quelque chose de cette vivacité, de cette force exagérée et illusoire caractérisant le premier âge de la vie, mais laissez faire le temps, bientôt tout sera tempéré sans que le fond soit altéré. Certes il ne faut pas attendre, dans l'expression de cette gaieté un purisme académique, une teinte de pudeur virginale, mais on y trouve souvent une verve jaillissante et intarissable, une sorte d'originalité piquante, inattendue et toujours le grain de sel gaulois. Citons en deux exemples, du reste assez connus. Dans l'intention d'attaquer l'ennemi à la fine pointe du jour, trois bataillons furent placés la nuit dans une espèce de marais, et les soldats avaient de l'eau presque jusqu'à mi-jambe; l'un d'eux s'écrie : Mes amis, il est défendu de parler et de fumer, mais *il est permis de s'asseoir*. Qu'on juge de l'effet de cette plaisanterie. Voici le second. Un officier du génie tomba avec son cheval dans un endroit marécageux dont il essayait à grand'peine de se tirer; un soldat lui cria de loin : *A présent, tire ton plan!* Ce qui ne l'empêcha point de venir en aide à cet officier. Cette philosophie gaillarde et joyeuse tenant à la franchise naturelle au soldat, a deux caractères particuliers qu'il est bon de noter; elle est sans masque et sans fard, puis elle est active et immédiatement utile, dégagée des sophismes et des paralogismes de la philosophie académique marquée d'un trait si vif par Bacon : *Verbosa videtur sapientia eorum, et operum sterilis* « Cette philosophie qui jase beaucoup et ne produit rien. » Toutefois, pour que mon philosophe de guérite ait cette pleine verve d'insouciance et de gaieté, j'ai remarqué qu'il doit passer un certain temps sous le drapeau, bien mieux encore, s'il a vu l'ennemi, s'il a reçu le baptême du feu. Parfois, en effet, une horrible affection, la *nostalgie* ou maladie du pays, le saisit, l'étreint, l'énerve et le consume. Il ne pense, il n'aspire qu'à revoir son doux pays, sa maisonnette, le foyer et le champ paternels. Que de fois n'ai-je pas vu ces pauvres jeunes soldats mornes, accablés, un mot dit en l'air, *Bretagne, Normandie*, etc., les faisait tressaillir jusqu'au fond de l'âme, de grosses larmes sillonnant leurs joues trahissaient le secret de leur cœur. Un de ces infortunés me l'avouait sans difficulté. Mon major, me disait-il, j'ai maintenant deux vies : dans la journée, je suis avec mes camarades, quelquefois devant l'ennemi, mais quand la nuit vient, je me retrouve avec ma bonne mère, avec mon vieux père et mes sœurs; j'entends distinctement le bruit du village, les chants des travailleurs, etc.! Mais au réveil! ah! oui, la coupe des douleurs est pleine jusqu'aux bords! Il avait raison ce pauvre soldat.

« Ce poison lent, mais sûr, qu'on appelle tristesse »

le dévorait, et il y succomba. Vous qui gouvernez le monde, hauts et puissants directeurs du troupeau humain, sachez qu'il y a souvent bien des douleurs, bien des larmes dans vos projets, dans vos entreprises. Que de choses vous ignorez! que de terribles secrets versés dans le sein du prêtre et du médecin!

Mais le caractère principal, le signe éclatant et manifeste de la philosophie, est de savoir mourir; or sur ce point le vrai soldat n'est nullement au-dessous de tout ce qu'on raconte sur les hommes supérieurs de l'antiquité ou des temps

chauds partisans en Angleterre; plus tard, Mylius à Saint-Pétersbourg (1813), Horne à la Charité de Berlin (1814), Froeblich, doyen de la Faculté de médecine à Vienne, s'en louerent beaucoup; mais c'est surtout Priessnitz (de Græfenberg) qui nous a fait connaître le mieux l'action curative de l'eau employée à des températures différentes et dans des applications diverses, selon qu'il s'agit d'obtenir une action calmante, sudorifique, fortifiante, antiphlogistique et même irritante.

M. Hegele a traité plus de 100 fièvres typhoides et nerveuses par cette méthode « qui, je le déclare en conscience et en vérité, dit-il, a été bien plus efficace que les différents traitements antérieurement employés. »

Nous allons exposer, avec autant de détails que le mérite le sujet, la partie tout à fait pratique de ce travail, en nous référant à l'excellent feuilleton de M. Lombard (de Genève) sur l'hydrosudopathie (GAZ. MÉD., n° 11, 1851).

Dans la première période, de l'*éréthisme*, de l'*irritation*, des *symptômes gastriques*, lorsque, au début de la maladie, se montrent des phénomènes gastriques, une turgescence vers le haut, l'auteur commence par nettoyer les premières voies par un vomitif (ipécacuanha). Après cette précaution, il suffit de quelques affusions et d'envelopper le malade dans des draps humides ou de le placer dans un demi-bain pour couper ou tout au moins pour modérer la fièvre pendant toute la durée de la maladie. La température de l'eau et la durée de son emploi se règlent d'ailleurs d'après l'intensité de la fièvre et l'irritabilité du malade. Les linges plus ou moins tordus ont une température de 14—18° R. Le demi-bain consiste à mettre dans la cuve 8 à 10 pouces de hauteur d'eau (14—18° R.). Les parties du corps plongées dans l'eau seront continuellement frottées, la poitrine et la tête seront en même temps lavées ou arrosées à plusieurs reprises, jusqu'à ce que le corps devienne frais au toucher et que les symptômes de la fièvre diminuent. Après ce bain, dont la durée est de deux à cinq minutes, le malade est bien séché, on le met au lit enveloppé d'un drap sec, et légèrement couvert, et on le laisse reposer. A chaque exacerbation fébrile, on répète le bain, qui agit si agréablement sur les malades, qu'ils le réclament ordinairement eux-mêmes; car, après le bain, la chaleur sèche de la peau et l'agitation diminuent; il survient un calme notable suivi le plus souvent d'un bon sommeil.

Chez des sujets jeunes, pléthoriques, qui présentent dans les premiers jours des symptômes d'une hypérémie avec un pouls plein, fréquent, une violente céphalalgie, une tendance aux hémorrhagies, une stase dans le cerveau ou dans les poumons, on a recours aux demi-bains (14—18° R.) et aux fomentations très-froides sur la tête; ces dernières sont presque toujours nécessaires, tant pour combattre les congestions que pour les prévenir.

Dans les sept premiers jours, on ne doit pas provoquer les sueurs, elles ne soulagent pas et produisent plutôt des congestions; si, par contre, elles se déclarent spontanément le septième, neuvième ou onzième jour, il est convenable de les entretenir.

Dans la deuxième période, *nerveuse*, *typhoïde*, l'auteur emploie les lotions, les arrosements et les demi-bains (10—15° R.), quelquefois les draps mouillés et toujours les frictions; si la torpeur est prononcée, les affusions, les douches en pluie et les frictions cutanées sont indiquées. La durée de ces moyens dépendra de la réaction, elle sera plus ou moins longue, selon que celle-ci sera forte ou faible; aussi, pour ne pas enlever une trop grande quantité de calorique au malade, on lui donne très-peu à boire et on humecte fréquemment avec de l'eau la bouche et la muqueuse, tandis que, dans la première période, les malades peuvent boire de l'eau à leur soif. En général, dans cette période, où l'irritabilité est grande et la vie végétative très-déprimée, l'emploi de l'eau doit se faire à température basse et à courte durée, et l'on se dirigera toujours d'après l'état du corps par rapport à la soustraction plus ou moins forte de chaleur. Tout en continuant le traitement général, les symptômes qui dénotent une *affection* de la *poitrine* sont combattus par des fomentations qui varient selon le caractère synochale ou torpide de la maladie; ceux du bas-ventre : douleur dans la région iléo-cæcale, ulcères dans les intestins, par des fomentations froides et des lavements d'eau à la température de 15—18° R.; la *diarrhée*, par les lavements froids (12—15° R), qui sont presque toujours efficaces; le *météorisme*, rare et ordinairement peu prononcé dans ce traitement, par des fomentations froides (6 à 10° R.) sur le ventre; les *hémorrhagies intestinales*, par des lavements d'eau froide et des fomentations froides sur le ventre; la *torpeur de la vessie*, par des fomentations froides, le cathéter, toutefois, sera bientôt introduit; le *decubitus* est observé très-rarement dans ce mode de traitement; s'il se déclare des parties rouges, on mettra sous le malade des linges trempés dans de l'eau froide. Les *parotides* réclament des fomentations irritantes, tant pour les maintenir que pour les faire suppurer. L'*éruption miliaire* ne modifie pas le traitement général. Les *furoncles* sont recouverts par des fomentations irritantes.

La *menstruation* qui survient dans les premiers jours ne contre-indique pas le traitement, il sera toujours plus utile de le continuer que de le suspendre.

Dans la *fièvre nerveuse versatile* (P. Franck), draps mouillés, demi-bains (15—18° R.), fomentations froides sur la tête.

Dans la *fièvre nerveuse avec stupeur*, même traitement que dans la période de torpeur.

Dans la *fièvre avec caractère putride*, outre l'emploi court et rapide de l'eau froide, quinquina et acides minéraux.

Dans la troisième période, celle des *crises*, il n'est pas rare d'observer déjà le septième, neuvième ou onzième jour, des signes d'amélioration, mais le plus souvent ils ne se manifestent que vers le quatorzième, dix-septième, vingt-unième jour et même plus tard. La peau devenant molle, moite, la langue humide, le pouls calme; les symptômes de la fièvre diminuant, il faut seulement avoir soin que la transpiration ne soit pas entravée ou supprimée, et de nettoyer plus tard, après chaque transpiration, la peau couverte de sueurs gluantes avec de l'eau à la température de 15 à 18° R. Si la crise ne se développe pas, on enveloppe, pendant l'exacerbation fébrile, le malade de draps mouillés dans lesquels il restera couché jusqu'à ce que la transpiration se déclare, et l'on soutient celle-ci en faisant boire beaucoup d'eau froide. Dans les cas de congestion vers la tête ou vers la poitrine, on aura souvent recours aux fomentations froides.

Aussitôt que la transpiration diminue, il faut toujours laver le corps avec de l'eau froide. Si la crise ne se déclare pas, on agira de même le lendemain et les jours suivants, jusqu'à ce qu'on ait obtenu l'action désirée.

La crise par les urines est aussi souvent observée. Dans la convalescence, où le malade a ordinairement un fort appétit, il faut éviter toute occasion d'indigestion.

Contre les constipations et les diarrhées, on emploiera des lavements froids.

---

modernes. Remarquons qu'il ne s'agit pas ici de braver la mort dans le combat; le sentiment de l'honneur, le désir de vaincre, je ne sais quelle ardeur saisissant le soldat lorsque le canon se fait entendre, quand la *poudre a parlé*, comme disent les Arabes, expliquent ce bouillant courage : la bataille a son ivresse. Mais il s'agit de cette mort qui, dans les hôpitaux, s'avance pas à pas, la faux levée, et que le malheureux ne saurait éviter. Ce fut toujours pour les médecins de l'armée un sujet d'admiration que l'étonnante sérénité des soldats sur le point de succomber à leurs blessures ou aux atteintes d'une formidable épidémie. Tous semblent dire : j'ai payé ma dette à mon pays et j'ai payée de ma vie, je meurs en paix et consolé. Comment ne pas reconnaître ici cette indifférence héroïque du sage qui devient sa vraie couronne et le prépare aux douceurs futures de la mort, son unique récompense? Ce qu'il y a d'admirable, c'est que ce pauvre philosophe, martyr des lois, accomplit obscurément son sacrifice. Pour lui, aucun espoir de bruit, de renommée; seulement on lira dans le *registre matricule* du régiment : un tel, de telle compagnie, tué tel jour ou mort tel jour à l'hôpital, voilà tout. Ces paroles simples et cruelles auront sans doute un douloureux retentissement dans le cœur d'une mère, mais ensuite l'oubli éternel. Ah! que les champs de l'Italie, de l'Allemagne, de la Russie, de l'Espagne et de l'Algérie renferment de ces nobles victimes à jamais inconnues dans nos fastes, leur sang répandu fut un sang anonyme; que leurs os reposent en paix sous la terre qui les couvre, comme leurs âmes reposent au sein du Dieu des miséricordes.

En écrivant ces lignes, une idée fâcheuse me préoccupe, c'est que l'on croira qu'il y a ici de l'exagération, qu'on a peint non la réalité, mais une sorte d'idéal qui n'existe pas ou n'est que l'exception. Eh bien! c'est une erreur. Quiconque étudie le soldat et le connaît à fond, avouera que l'exception se trouve au contraire en dehors de ce qui a été dit. Tous d'ailleurs ne sont pas au même niveau, on y trouve le plus ou le moins; mais il y a dans tous ce caractère d'ami de l'ordre, du devoir qu'on ne saurait nier et qui se continue le reste de la vie. En général, les vieux militaires se distinguent toujours dans la société par leur amour de l'ordre, de la ponctualité, de la franchise et de l'honnêteté. Après cela je n'hésite point à dire que le soldat, tout philosophe pratique qu'il est, ne se présente ni comme un saint, ni comme un héros de perfection; l'ange et le démon qui sont au fond de chacun de nous se manifestent dans certaines occasions, autrement dit l'homme reparaît toujours, c'est ce qui arrive à certains soldats. J'en ai vu pâlir, éprouver de vives émotions à l'approche du danger, manifester même certains phénomènes particuliers (1). D'ailleurs la plupart sont

(1) En Espagne, le régiment dont j'étais le chirurgien, fut mis en bataille près de l'ennemi, en attendant l'ordre de se porter en avant. Les balles sifflaient, les boulets ricochaient, la mort planait sur toutes les têtes, et l'on restait l'arme au bras. Remarquez, docteur, me dit alors le colonel, homme d'esprit, que beaucoup de soldats se disposent à mettre la culotte bas. Mais ne vous y trompez point, il y a de l'émotion, non de la lâcheté, et vous allez en avoir la preuve dans un instant. En effet, l'ordre vint d'attaquer, et tous se lancerent comme des lions sur l'ennemi qui fut complétement défait. Mais pourquoi ce trouble de

DU COLLODION DANS LES MALADIES DE LA PEAU; par le docteur SPENGLER.

L'auteur a employé le collodion dans une série de maladies de la peau, et nous communique aujourd'hui le résultat de son expérience, qui est déjà assez important pour trouver des imitateurs.

1° *Impetigo achor mucosus et granulatus capitis.* — Un garçon de 4 ans était affecté depuis trois semaines d'une teigne muqueuse de tout le cuir chevelu. On couvrit les croûtes très-épaisses avec une forte couche de collodion s'étendant à la partie saine de la peau. Après trois à quatre jours, quelques croûtes tombèrent et laissèrent à nu des parties de la peau rouge; immédiatement on appliqua une nouvelle couche de collodion. Les croûtes qui se formèrent de nouveau étaient moins épaisses. Une troisième application de collodion suffit pour arriver à la guérison complète sans récidive. Le traitement avait duré trois semaines.

La sœur de ce garçon, âgée d'un an, affectée à la même époque d'une teigne granuleuse, fut guérie de la même manière.

Une fille de 20 ans, de constitution forte, portant depuis plus de six mois un *porrigo achor decalvans* occupant presque tout le cuir chevelu, avait déjà subi plusieurs traitements qui étaient restés sans effet. On couvrit les croûtes d'une épaisse couche de collodion; huit jours après on nettoya la tête avec du savon et on appliqua une nouvelle couche de collodion. Le traitement ainsi continué pendant cinq semaines, fut couronné d'un plein succès. La malade était guérie et ses cheveux commencèrent à pousser.

2° *Impetigo larvalis, crusta lactea.* — Deux cas; guérison au bout de quatre semaines.

3° *Lichen agrius.* — Une fille de 24 ans et une autre de 13 ans déjà menstruée, avaient toutes les deux un exanthème papuleux à la face interne de l'avant-bras. Les papules proéminentes, pointillées, étaient fixées sur une surface rouge de la peau. Léger enduit de collodion. Le troisième jour, guérison.

4° *Herpes labialis.* — Une dame fut prise, à la suite d'un refroidissement, d'une éruption herpétique à la lèvre inférieure. Cette éruption douloureuse, brûlante, qui devint confluente, fut couverte, le deuxième jour, d'une couche de collodion, et le cinquième jour, il ne restait plus aucun vestige de l'éruption.

5° *Eczéma chronicum pedis.* — Le collodion appliqué une fois par semaine, pendant un mois, améliora sensiblement un eczéma fort ancien et de très-mauvais aspect. Le malade, satisfait de cette amélioration, n'a pas continué le traitement.

6° Un domestique, affecté depuis trois ans d'*ulcères variqueux aux jambes*, s'est adressé à tous les médecins et charlatans des environs. Les mercuriaux, l'iode, le soufre, etc., à l'intérieur; le nitrate d'argent, le plomb, le zinc, l'arsenic, etc. à l'extérieur, sont restés sans effet. Les ulcères, dans un état d'épaississement et de congestion défavorables, dont la circonférence était corrodée par un pus âcre, furent couverts par une couche de collodion. Déjà, après quelques jours, l'épaississement et la congestion avaient disparu, l'odeur et l'aspect de l'ulcère étaient meilleurs. Toutes les fois que l'épiderme artificiel se déchira ou tomba, il fut immédiatement remplacé par une nouvelle couche de collodion. Guérison au bout de six semaines.

7° Un *ulcère cancéreux* sur le dos du nez fut couvert tous les deux à trois jours par le collodion. L'ulcère se nettoya, devint plus petit, des granulations se formèrent, et quelques parties se couvrirent d'un nouvel épiderme. L'amélioration était sensible, sans qu'on ait obtenu une guérison.

8° Contre les *gerçures du mamelon* qui se produisent pendant l'allaitement, le collodion est le moyen par excellence. Les douleurs, souvent intolérables, diminuent bientôt, et l'allaitement peut être continué, et fréquemment la guérison a eu lieu au bout de quelques jours.

Dans le numéro du 2 mars 1851 du même journal, l'auteur énumère encore 29 autres cas de maladies de la peau guéries par ce moyen.

DANS LA HERNIE ÉTRANGLÉE DOIT-ON EXÉCUTER LE TAXIS PENDANT LES VOMISSEMENTS; par le docteur KUTTLINGER à Erlangen.

L'auteur, en posant cette singulière question, s'efforce de la résoudre par l'observation suivante :

OBS.—D., âgée de 64 ans, était affectée depuis plusieurs années d'une hernie crurale à droite qui, à la suite d'un effort, s'étrangla le 9 mars 1849. La tumeur, de la grandeur d'un œuf de poule, était très-dure au toucher et douloureuse. Le taxis exécuté à plusieurs reprises, les cataplasmes et les lavements restèrent sans effet. A trois heures du matin, l'auteur saisit entre ses doigts la hernie pendant que la malade avait des vomituritions, et au moment des vomissements il pressa contre la tumeur qui rentra subitement.

Le 6 mai, nouvel étranglement à la suite d'une imprudence. Taxis répété, six lavements de belladone, fomentations froides, lavements d'eau froide et de vinaigre employés sans résultat favorable.

Dans l'après-dîner du 7, on administre quelques cuillerées d'un laxatif qu'elle supporta assez bien; mais vers le soir des vomissements s'étant déclarés pendant lesquels l'auteur, comme la première fois, profita de cette circonstance pour pratiquer le taxis, et la hernie rentra de nouveau.

DE L'OPHTHALMIE DES NOUVEAU-NÉS; par le docteur BINSWANGER.

Le traitement suivant, employé à l'hôpital de Munich, a été sanctionné par une longue pratique; il a presque toujours donné des résultats favorables.

1° La *forme bénigne non spécifique* a été arrêtée quelquefois dans son développement par des fomentations froides sur les yeux. La sécrétion encore claire, mais plus abondante, avec rougeur des bords des paupières, a été guérie complètement au bout de huit jours en instillant toutes les deux heures quelques gouttes d'une dissolution tiède de sulfate de zinc, 15 à 25 centigr.; eau de roses, 100 grammes; teinture d'opium, 1 gram. On devra préalablement déterger les paupières avec une petite éponge trempée dans de l'eau tiède. Il est inutile d'avoir recours à l'application des sangsues ou à la scarification de la conjonctive.

2° La *forme spécifique produite par une leucorrhée* est arrêtée dans sa marche par des scarifications superficielles pratiquées d'abord sur la conjonctive palpébrale supérieure, puis inférieure. Après ces scarifications, bien plus utiles que les sangsues, on enleva avec une éponge fine trempée dans de l'eau tiède le sang et la matière purulente. Déjà le lendemain de la scarification la matière puriforme étant bien moindre, on a recours à une solution de sulfate de zinc qu'on remplace plus tard par l'onguent suivant : précipité blanc, 15 centigr.; beurre frais, 10 grammes; cire blanche, 50 à 75 centigr. Par là on tarit la sécrétion morbide, on fait cesser le relâchement de la conjonctive et de la cornée, et on donne du ton à tout l'organe visuel. Guérison complète au bout de deux ou trois semaines.

---

jeunes, et les passions, les désirs alors plus ou moins ardents, ne laissent pas de faire sentir leur influence et leur aiguillon. Quoi qu'il en soit, je pense avoir prouvé que le vrai philosophe de nos jours, le philosophe actif et pratique est le soldat, et qu'il s'élève à cette haute position par l'énorme puissance de la discipline, par les rudes enseignements d'une vie dure, pénible, dévouée, ce qui n'ôte à son esprit rien de sa verve de gaieté, ni à son cœur de généreux entraînements. Je veux encore en donner pour preuve quelques fragments d'une lettre que j'ai vue je ne sais plus où, et cependant authentique, qu'un jeune soldat écrivait à ses parents.

« Cher père, chère mère, chère sœur,

» C'est à vous trois aujourd'hui que j'écris; c'est pour vous apprendre que nous partons demain d'Alger....; pour sûr que nous verrons les Bédouins en route. C'est donc lundi que nous combattons contre l'ennemi, ou mardi à son choix. Quoi donc! me voilà donc bientôt en péril de ma vie! Reviendrai-je? Je n'en sais rien. Je puis mourir comme je puis *revivre*; vous savez que c'est comme ça dans ces affaires-là. Il y a plutôt le danger de périr, on ne fait pas d'omelette sans casser des œufs. Enfin, c'est à la grâce de Dieu, et attendons ce qui viendra, voilà mon système....

» Comme je puis mourir et que j'ai quinze cents francs, je veux, mes chers parents, que l'on donne deux cents francs à mon oncle; c'est un pauvre vieux, ça lui fera du bien sur sa décadenee; je veux que l'on habille mon filleul, le fils de Thomas, et que l'on fasse dire un service en mémoire et pour le repos de mon âme. Bien des choses à M. le curé; il sera fâché de ma fin prématurée, mais quand on est soldat on doit s'y attendre; on est sous le drapeau, pour lors tout est dit. Le reste, ma pauvre mère en fera ce qu'elle voudra. Il ne faut pas croire que j'aie peur, car je suis toujours très-gai. Cueillir des lauriers fait ma joie. Mes bons parents, soyez sans inquiétude, que je ferai mon devoir jusqu'à la dernière minute de ma vie. Voilà ma pauvre sœur à la veille d'être seule. Comme on ne sait pas ce qui peut arriver et que nous sommes tous mortels, je vous fais mes adieux. Adieu, chers parents! Quoi donc! il faut penser que nous ne nous reverrons peut-être plus. Surtout ne prenez pas de chagrin, car tout le monde ne meurt pas..... Nous sommes sous le commandement du général Bugeaud, un vieux des anciens, connu pour être le père de la troupe, guerrier fini, n'ayant pas froid aux yeux. Avec lui ce n'est pas le moment de s'endormir; il a fait la guerre du grand Napoléon; toujours le premier au feu; tous ses grades ont été gagnés sur le champ de bataille. Ainsi vous voyez que tout le monde n'en meurt pas, car c'est une tête blanche, et il a femme et enfants au pays, à ce que nous ajoute un Limousin qui en est.... Nous emportons nos vivres avec nous; il n'y a qu'une auberge sur la route, et quand la nuit est venue on se couche dans son pantalon, voilà le logement. Celui qui veut un traversin met sa tête sur une pierre. Quelquefois on est à déjeuner, le Bédouin arrive; il faut tout laisser pour lerecevoir, on a le ventre au feu, le dos à table, c'est le contraire que comme dans la chanson. Le caporal nous dit un tas de

l'économie? Comment agit-il sur les entrailles, le sphincter de l'anus? Je l'ignore et ne me charge point d'éclairer les obscurités de la métaphysique par les inconnues de la physiologie.

3° La *forme produite par une blennorrhée maligne* est attaquée par des scarifications quelquefois répétées. Pour arrêter la fonte de l'œil, on a recours à une solution de pierre infernale (10 à 15 centigr. et plus) qui est plus tard remplacée par le collyre de sulfate de zinc (20 à 40 centigr. sur 120 gr. de liquide). Une légère sécrétion muqueuse avec rougeur des bords palpébraux persiste encore longtemps et ne disparaît que peu à peu.

Dans le cas de perforation de la cornée, la solution de pierre infernale ne convient pas; on doit lui préférer la teinture d'opium. A l'intérieur on donne trois fois par jour 5 milligr. de calomel. Durée ordinaire du traitement, quatre semaines.

On ne saurait trop recommander d'apporter le plus grand soin à tenir les yeux dans un état de propreté extrême; à cet effet on doit écarter doucement toutes les cinq à dix minutes les paupières et enlever la sécrétion morbide au moyen d'une éponge fine trempée dans de l'eau tiède.

LA FIBRINE EST-ELLE DISSOUTE DANS LE SANG, OU COMBINÉE A CERTAINES FORMES? par HERMANN HORN.

Sous ce titre, dont la deuxième proposition est quelque peu vague, l'auteur révoque en doute l'existence de la fibrine à l'état de dissolution dans le sérum du sang pendant la vie.

L'existence de la fibrine est si facile à démontrer par le filtrage du sang qu'on ne peut comprendre que cette question soit l'objet du moindre doute. Quand on fait passer du sang de grenouille par un filtre en papier, le liquide qui traverse le filtre se coagule bientôt, et se prend en une gelée peu cohérente dans laquelle le microscope découvre une agglomération de corpuscules granuleux.

M. Horn semble vouloir dire que les granules existent primitivement dans le sang; ce qui est une grave erreur, puisqu'on ne les a jamais observés pendant la vie, et que ce n'est qu'après la mort qu'ils se forment en constituant le phénomène de la coagulation. Les corpuscules fibrineux qu'on trouve dans le sang vivant, au milieu des globules sanguins, peuvent être considérés, si l'on veut, comme de la fibrine coagulée; mais leur nombre est très restreint, et leur présence n'empêche pas le reste de la fibrine de se précipiter sons forme de granules lorsqu'elle cesse d'être sous l'empire de la vie. Encore une fois le fait de la dissolution de la fibrine dans le sang reste et restera comme un fait acquis à la science et bien démontré, malgré les dénégations ou les subtilités de M. Horn.

A. LEREBOULLET et MAURICE ROEF.

TRAVAUX ACADÉMIQUES.

ACADÉMIE DES SCIENCES.

SÉANCE DU 16 JUIN. — PRÉSIDENCE DE M. RAYER.

THÉORIE DE L'ÉPILEPSIE ET DES ACCÈS EN GÉNÉRAL.

M. MARSHALL-HALL communique la note suivante sur la théorie de l'épilepsie et des accès en général.

J'essaye, dit-il, d'assujettir les divers accès des maladies paroxysmales, et surtout de l'épilepsie, aux mêmes lois d'investigation que les autres maladies. Et quoiqu'il ait été dit que l'épilepsie est au-dessus de toute explication physiologique, et que tous les médecins la traitent encore aujourd'hui empiriquement, je ne crains pas de pouvoir ramener cette maladie à la catégorie des choses non entièrement incompréhensibles.

J'ai commencé par séparer entre ces accès ceux qui sont d'origine inorganique, mettant à part les maladies organiques du système nerveux.

Puis j'ai retracé chaque anneau de la chaîne des causes et des effets dans ces accès séparément, pour les réunir et les enchaîner ensuite, par une espèce d'analyse et de synthèse.

Les causes de ces accès sont de nature à agir sur le centre du système spinal, directement ou diastaltiquement; c'est par ce système qu'ils atteignent les muscles du cou, et par les contractions spasmodiques de ces muscles que les veines de cette région deviennent comprimées et congestionnées à leurs racines capillaires; d'où l'engorgement, le ramollissement, la rupture des centres nerveux, et des symptômes paralytiques, apoplectiques, épileptiques. Selon le degré de ces effets, les maladies sont simplement paroxysmales ou permanentes.

Chaque accès laisse après lui une susceptibilité du système spinal augmentée, cause disposante des accès futurs.

J'espère être assez heureux pour restaurer la théorie à sa digne place dans la science de la médecine, et d'y ramener les accès épileptiques et autres, en arrachant cette partie de la médecine du domaine de l'empirisme, où elle a été trop longtemps reléguée.

J'ai associé, avec les attaques d'épilepsie, les accès paralytiques et apoplectiques de forme paroxysmale et plus ou moins évanescente, accès qui se présentent presque journellement au médecin dès que son attention y est rappelée spécialement.

Les accès apoplectiques, paralytiques, épileptiques, ne complétant pas le catalogue de ces maladies, il faut y ajouter la folie, la démence, la paralysie générale, effets plus ou moins prompts ou éloignés de ces accès.

J'ai attaché une importance toute nouvelle à la région du cou, comme région médicale, importance qui mérite, je crois, d'être signalée par une expression nouvelle; j'ai choisi celle de *trachélisme*.

ACADÉMIE DE MÉDECINE.

SÉANCE DU 17 JUIN. — PRÉSIDENCE DE M. ORFILA.

Le procès-verbal de la dernière séance est lu et adopté.

Il n'y a pas de correspondance officielle.

La correspondance manuscrite comprend les pièces suivantes :

M. DELOTZ, de Saint-Flour (Cantal) adresse une note sur la formation des kystes de l'ovaire. (Comm.: MM. Huguier et Robert.)

M. le docteur GUMPRECHT (de Hambourg) adresse une lettre relative à l'efficacité de la racine de bourgène dans les affections intestinales et hémorrhoïdales.

M. WANNER communique une note sur la chaleur animale, les lois de l'inflammation et les moyens à employer pour la combattre. (Comm.: MM. Rochoux et Poiseuille.)

M. DUBOULOZ envoie de nouveaux échantillons des eaux minérales de Coise. (Comm. des eaux minérales.)

NICOTINE.

M. BARRAL adresse une note sur l'histoire de la nicotine, à propos du mémoire lu par M. Orfila, dans la séance du 3 juin dernier.

M. Barral se plaint, dans cette lettre, de ce que M. Orfila, en faisant l'histoire de la nicotine, ait omis de mentionner les noms des auteurs qui s'en sont le plus occupés, tels que MM. Melsens, Schlœssing et lui-même. Il rappelle que c'est lui qui a préparé le premier de la nicotine pure; il en a fait connaître la composition, décrit les caractères, et constaté les propriétés toxiques, ainsi que

farces, avec lui jamais de chagrin. Allons, répondez-moi de suite : où? Je ne sais pas. Je vous embrasse les larmes aux yeux.

» Votre fils pour la vie, qui sera peut-être bien courte. PIERRE G.

» *P. S.* Nous fumons beaucoup pour nous distraire. Le tabac est bon et à la portée du soldat : deux sous le paquet. »

Encore une fois, si ce n'est pas là une philosophie tout à la fois simple et ferme, cette philosophie *verte* et *gaie* dont parle Montaigne, il n'y en a point au monde; alors il faudrait dire d'elle ce que Brutus disait de la vertu : ce n'est qu'un vain nom. REVEILLE PARISE.

— La Société de médecine de Gand a mis au concours, pour l'année 1852, les questions suivantes :

Première question : « Faire l'histoire raisonnée des progrès de l'art des accouchements en Belgique, depuis Palfyn jusqu'à nos jours. »

Prix : une médaille de 200 fr.

Deuxième question : « Quelles sont les vertus thérapeutiques de la belladone? S'appuyer sur des faits pratiques. »

Prix : une médaille de 100 fr.

Troisième question : « Déterminer, par des faits, l'utilité de l'électricité dans le traitement des maladies. »

Prix : une médaille de 100 fr.

Quatrième question : « Quels sont les meilleurs moyens jusqu'ici connus, pour prévenir et pour combattre l'infection purulente, à la suite des grandes opérations chirurgicales. »

Prix : une médaille de 100 fr.

Cinquième question : « Exposer les vertus thérapeutiques du seigle ergoté; s'appuyer sur des faits pratiques. »

Prix : une médaille de 100 fr.

La Société a résolu, en outre, d'accorder une récompense de 100 fr. à l'auteur du travail le plus important, sur un point quelconque des sciences médicales, qui lui parviendra dans le courant de l'année 1851.

Les mémoires, écrits en français, en allemand ou en latin, devront être adressés, francs de port et dans les formes académiques usitées, avant le 1er avril 1852, à M. le docteur Teirlinck, secrétaire de la Société, rue Basse (Onderstraet), 48, à Gand.

— On écrit d'Angers, le 14 :

« M. le professeur Orfila a traversé avant-hier notre ville; il se rendait à Nantes, où il était appelé par le ministère public, pour donner son avis dans un cas d'empoisonnement par le sulfate de fer. Pendant plus d'une heure, le célèbre professeur a parlé avec cette lucidité, cette autorité qui le placent à la tête de la science médico-légale, et ses démonstrations ont porté dans tous les esprits la plus complète conviction. L'accusée a été condamnée aux travaux forcés à perpétuité.

» L'impression produite par M. le professeur Orfila a été si grande que, lorsqu'il a quitté la salle de la cour d'assises, l'audience a été suspendue, tout l'auditoire s'étant levé pour se porter sur son passage. »

le constate le mémoire présenté par lui à l'Académie des sciences le 31 janvier 1842, et dont il envoie un exemplaire à l'Académie.

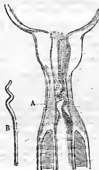
M. Orfila répond que le principal objet de son mémoire était de démontrer que la nicotine est absorbée et qu'on peut la déceler dans l'estomac, dans le foie, dans la rate, les poumons, etc. Son intention n'a jamais été de faire un historique complet de la nicotine, comprenant son mode de préparation, son analyse, les proportions dans lesquelles elle est contenue dans les divers tabacs. Il connaissait les travaux de MM. Barral, Meisens, Schlvessing; le mémoire publié en 1836 par MM. Boutron-Charlard et O. Henri, il est vrai, lui était inconnu; aussi s'est-il empressé de le citer dans le manuscrit qui sera imprimé dans le Bulletin de l'Académie. Il termine en disant qu'à l'exception de M. Stas, dont on ne connaissait pas encore le travail, personne avant lui n'avait fait connaître d'une manière aussi complète les propriétés chimiques de la nicotine.

Avantages des bougies tortillées en spirale dans les rétrécissements de l'urètre.

M. Leroy-d'Étiolles adresse la lettre suivante:

J'ai l'honneur de soumettre à l'Académie une nouvelle série de faits qui démontrent les avantages des bougies tortillées en spirale dans les retrécissements de l'urètre très-difficiles à franchir.

Je rappellerai brièvement que différents moyens ont été proposés pour surmonter les obstacles produits par les rétrécissements qui ont presque complètement oblitéré l'urètre ou qui lui ont imprimé de brusques déviations en zigzag à travers lesquels l'urine filtre encore, mais que ne peuvent franchir les sondes et les bougies ordinaires.



La distension par un liquide de la partie de l'urètre antérieure au rétrécissement, combinée avec les tentatives d'introduction d'une bougie fine proposée par Trye et Sœmmering, les injections forcées de M. Amussat, les conducteurs de bougies à ouverture excentrique d'Arnott et de Ducamp, le faisceau de bougies fines indépendantes poussées l'une après l'autre proposé par Beniqué et M. Amussat, sont d'une application plus difficile que la manœuvre si simple du tortillement des bougies et ne réussissent pas à beaucoup près aussi bien à remplir cette première condition essentielle du traitement, c'est-à-dire à franchir l'obstacle.

Je ne parle pas du cathétérisme forcé avec les sondes métalliques soit coniques, soit cylindriques, grosses ou petites; c'est une ressource ultime dont les bougies tortillées doivent encore diminuer les applications.

Déjà, dans mon Traité des rétrécissements ou angusties publié en 1845, j'ai inséré une vingtaine de faits qui démontrent l'importance de cette minutie; je prie l'Académie de me permettre de lui en adresser une nouvelle série, afin d'attirer sur ce point l'attention des médecins. Ces faits sont au nombre de cinquante-trois. Je n'ai pas relaté tous ceux que j'ai rencontrés, j'ai choisi de préférence ceux qui ont eu les médecins pour témoins afin de leur donner plus d'authenticité; au surplus, les occasions de vérifier les bons effets de la manœuvre que j'ai indiquée ne sont pas rares, et chacun par sa propre expérience peut en acquérir la conviction. Il n'est pas nécessaire d'avoir des instruments fabriqués *ad hoc*, il suffit de prendre une petite bougie fine de gomme ou de gutta-percha, de l'enrouler autour d'une grosse épingle ou de toute autre tige cylindrique et de l'y tenir fixée pendant une ou deux minutes; la forme de spirale qu'elle conserve permet au chirurgien de rencontrer l'ouverture excentrique de l'angustie et d'en suivre les sinuosités, il est bon de varier les courbes de la spirale et les formes du crochet qui la termine. La bougie tortillée demande pour son application beaucoup de légèreté de main et de patience; ce n'est parfois qu'après une demi-heure de tentative qu'il est possible de la faire pénétrer.



Ordinairement l'urine peut couler à côté de la petite bougie; alors l'indication est de la laisser à demeure pendant vingt-quatre heures et de la faire suivre immédiatement d'une plus grosse sans interruption, car autrement les difficultés se reproduiraient peut-être aussi grandes qu'à la première introduction.

Un médecin étranger habitant Paris présente au public comme lui appartenant les deux procédés de la bougie tortillée et de la bougie exploratrice à boule; cette prétention mal fondée prouve que ces deux idées, d'une très-mince valeur sous le rapport de l'invention, sont pourtant d'une utilité pratique réelle.

Il y a des rétrécissements que la bougie tortillée elle-même ne peut franchir et qui pourtant laissent encore passer l'urine; je demanderai à l'Académie la permission de lui dire, dans une prochaine communication, quels moyens je mets alors en usage.

Vaccinations.

M. Bousquet lit, au nom de la commission de vaccine, la première partie du rapport général sur les vaccinations de 1849.

Syphilis congénitale.

M. Cazeaux lit, en son nom et au nom de M. Moreau, un rapport sur un mémoire de M. le docteur Depaul, lu à l'Académie, dans la séance du 29 avril 1851, et qui a pour titre: Sur une manifestation de la syphilis congénitale, consistant dans une altération spéciale des poumons qui n'a pas encore été signalée.

La communication dont j'ai à vous rendre compte, dit M. le rapporteur, a pour sujet une nouvelle altération des poumons que l'auteur croit pouvoir rattacher à une syphilis héréditaire.

Avant d'aborder le point spécial qui fait l'objet de sa communication, M. Depaul se livre à quelques considérations générales. Tout en admettant, en ce qui concerne l'adulte, les idées de M. Ricord sur l'ordre de succession des accidents primitifs, secondaires ou tertiaires, l'auteur se hâte d'ajouter que cette ingénieuse théorie ne peut être appliquée aux manifestations diverses de la syphilis chez les fœtus intra-utérins et chez les enfants nouveau-nés. Ici, en effet, l'infection première ne se rattache plus à l'existence du chancre primitif et la constitution syphilitique du père ou de la mère, en l'absence même de toute manifestation extérieure appréciable, suffit pour transmettre au germe fécondé le virus dont est affecté l'organisme des parents.

Cette transmission de la vérole, prouvée par des faits nombreux, rentre évidemment dans l'histoire si variée des maladies héréditaires, et ne s'explique ni mieux, ni moins bien que les ressemblances physiques, morales et pathologiques qu'on observe si souvent entre les membres d'une même famille. Ajoutons que les symptômes secondaires sont les premiers observables, sans trace aucune d'ulcération primitive; et qu'enfin, loin d'avoir perdu, comme chez l'adulte, la propriété de se transmettre ou d'engendrer des ulcérations transmissibles, les accidents secondaires des nouveau-nés pourraient, suivant quelques observateurs, produire chez la nourrice une infection générale dont les symptômes se succéderont dans l'ordre régulier, si bien décrit par notre collègue.

L'étude du mode de transmission du père ou de la mère au fœtus conduit M. Depaul à émettre une proposition qu'il persiste, dit-il, à regarder comme l'expression d'une observation rigoureuse, c'est celle-ci: La mère étant incontestablement saine et la syphilis n'ayant pu être transmise que par le père, et seulement au moment de la fécondation, l'embryon seul malade pendant quelque temps pourra à son tour infecter la mère, pendant son séjour dans l'utérus.

M. le rapporteur exprime le regret que l'auteur n'ait pas cru devoir citer, dans son mémoire, les faits sur lesquels sa conviction est fondée.

M. Depaul rappelle encore que les manifestations de la vérole chez les nouveau-nés ne sont pas toujours limitées aux lésions de la peau; que, dans quelques cas rares, elle peut affecter le tissu osseux et produire la carie, comme l'a observé M. Laborie; amener des inflammations péritonéales, au dire de M. le professeur Simpson; déterminer dans le tissu du foie une altération fibro-plastique, signalée par M. Gubler; être, suivant M. P. Dubois, la cause unique des abcès que l'on rencontre parfois dans le thymus; et qu'enfin elle seule peut expliquer l'existence des collections purulentes plus ou moins nombreuses et plus ou moins volumineuses que l'on observe dans les poumons des enfants mort-nés, ou qui succombent peu de temps après la naissance.

C'est cette dernière altération qui fait le sujet spécial du nouveau travail de M. Depaul.

Cette altération purulente du poumon des nouveau-nés avait déjà été signalée par plusieurs observateurs, Baron, Billard, M. Husson, M. Sestier, M. Cruveilhier. Pour les uns, ces foyers étaient produits par des tubercules ramollis et déjà en suppuration; pour les autres, c'étaient autant d'abcès multiples résultant d'inflammations partielles; mais personne n'avait eu la pensée d'en faire la con-

séquence d'une syphilis héréditaire. M. Depaul dit que les faits de ce genre se sont présentés à lui une quinzaine de fois; il en cite avec détail deux observations.

Dans le premier cas, la mère n'offrait, au moment de l'accouchement, aucune trace de syphilis, mais en s'enquérant de ses antécédents, l'auteur apprit qu'elle avait eu autrefois un chancre, et que le mari lui-même avait séjourné quelque temps à l'hôpital des Vénériens. L'enfant mourut quelques instants après sa naissance. Il offrait aux régions plantaires et palmaires des bulles de pemphygus; le thymus, un peu plus volumineux que de coutume, offrait dans chacun de ses lobes une petite cavité, remplie par une matière grumeleuse, jaunâtre et assez épaisse. Au sommet du poumon gauche, on voit se dessiner à l'extérieur une bosselure: elle a le volume d'une petite noix et présente une teinte jaunâtre beaucoup plus marquée que le reste de la surface pulmonaire. Une incision fait constater qu'elle n'est pas ramollie à son centre: c'est du reste la seule indication de ce genre qui existe dans les poumons. Il n'existait ici aucune collection purulente, mais M. Depaul a voulu probablement faire connaître ce qu'il appelle le premier degré de l'altération qu'il décrit.

Dans la seconde observation, l'auteur décrit les altérations suivantes: après avoir retiré avec soin les poumons de la poitrine, il est facile de voir, à leur coloration extérieure, que pendant les premières vingt minutes après lesquelles il cessa de vivre, ce fœtus avait respiré très-incomplétement. Les portions du poumon non pénétrées par l'air se présentent sous forme de masses irrégulières, d'un volume variable. Le lobe supérieur de chacun des poumons en contient une qui a les dimensions d'une grosse noix; d'autres, plus petites, sont disséminées dans les autres lobes.

Ces différents noyaux incisés paraissent formés par un tissu compacte d'un jaune grisâtre, et au centre de chacun d'eux, on rencontre une cavité d'où s'écoule un liquide jaunâtre, séro-purulent et variable en quantité, selon le volume de l'induration. A l'œil, ce liquide a toutes les apparences du pus, et le microscope ne laisse aucun doute à cet égard. Le thymus présentait dans chacun de ses lobes une petite quantité de pus jaunâtre. Les mains et les pieds offraient un assez grand nombre de bulles de pemphygus. La mère de ce second enfant affirmait n'avoir jamais eu aucun symptôme syphilitique, et nulle part on n'en put trouver de traces. Mais on apprit que, deux mois avant le début de cette grossesse, le père de l'enfant avait contracté, d'une autre femme, un chancre qui s'indura, et contre lequel des émollients et quelques légères cautérisations furent seulement employés. Deux mois après, cet homme vit se développer des accidents secondaires.

Ces faits, rapprochés d'une quinzaine d'autres observés par M. Depaul, lui paraissent suffisants pour prouver que ces altérations pulmonaires sont une manifestation de la syphilis congénitale. Rarement ces altérations existaient seules, et presque toujours il y avait, soit des bulles de pemphygus sur la peau des pieds ou des mains, soit des foyers purulents dans le thymus, soit une augmentation dans le volume du foie, et il trouve dans cette coïncidence un argument de plus en faveur de son opinion; il est très-disposé à penser que les altérations analogues signalées par Baron, Billard et M. Husson doivent être rattachées à l'affection qui fait l'objet de son mémoire et considérées comme de même nature. Enfin, des faits observés par lui, il se croit autorisé à déduire les conclusions suivantes:

1° Aux lésions déjà nombreuses que l'enfant peut présenter au moment de sa naissance ou quelque temps après, et qui sont, avec raison, considérées comme des manifestations de la syphilis, il faut joindre l'altération spéciale des poumons que ce travail a eu pour but de faire connaître;

2° Le médecin devra se croire suffisamment autorisé à prescrire un traitement antisyphilitique, quand même il aura été impossible de constater l'existence de la syphilis chez le père ou la mère, mais alors qu'à la suite d'un accouchement antérieur suivi de la naissance d'un enfant mort, il aura pu trouver à l'autopsie la lésion que j'ai décrite.

Si M. Depaul, ajoute M. le rapporteur, s'était contenté d'exposer à l'Académie le résultat de ses intéressantes recherches anatomiques, s'il s'était borné à faire remarquer la coïncidence des suppurations pulmonaires chez les nouveau-nés, et de l'affection syphilitique des parents, nous n'aurions qu'à le féliciter d'avoir prouvé la fréquence d'une altération considérée avant lui comme rare; mais nous croyons ne pas pouvoir laisser passer sans quelques observations critiques les conclusions qu'il a cru pouvoir en déduire.

M. le rapporteur, examinant ces questions: s'il est possible d'affirmer, dans l'état actuel de la science, que les abcès du poumon sont toujours, chez les nouveau-nés, l'expression anatomique d'une syphilis héréditaire, et si cette affirmation peut être assez absolue pour autoriser le médecin à soumettre le père et la mère à un traitement antisyphilitique, alors même qu'aucun indice ne révélerait chez eux l'existence antérieure du virus, n'hésite pas à répondre par la négative. Je n'ai pas besoin, dit-il, pour appuyer ma négation de démontrer que ces abcès du poumon appartiennent à tel ou tel groupe de maladies autres que la syphilis; il me suffira de faire voir qu'on peut, sans forcer les analogies pathologiques, les rattacher à une phlegmasie par exemple; il me suffira de faire naître des doutes légitimes sur la vérité de leur origine syphilitique pour être en droit de rejeter la conclusion de M. Depaul. Cependant M. Cazeaux examine:

1° Si la présence du pus peut s'expliquer autrement que par la syphilis;

2° Si l'auteur du mémoire a logiquement démontré son origine syphilitique.

Après avoir cherché à expliquer ces lésions par les causes ordinaires de l'inflammation, il conclut qu'elles peuvent se rattacher naturellement à la pneumonie partielle ou lobulaire des enfants et des vieillards; en ce qui concerne le second point, il s'attache ensuite à démontrer que ces abcès ne sont pas syphilitiques. Il se fonde, d'une part, sur ce que l'on n'a pas fait assez de recherches pour être certain que ces abcès ne se rencontrent pas dans d'autres conditions que celles où l'auteur les a rencontrées, et d'autre part sur ce que les maladies ayant la même origine ont, en général, quelques signes communs, quelques rapports de famille auxquels il est possible de les reconnaître, ce qui ne se voit pas dans cette circonstance.

A l'occasion d'un passage de son mémoire où M. Depaul dit qu'il a presque toujours vu en même temps des abcès dans le thymus et des bulles de pemphygus aux mains et aux pieds, altérations qui, depuis les observations de M. P. Dubois, sont considérées comme des preuves de syphilis héréditaire, M. Cazeaux examine et discute cette question et conclut de cette dissertation qu'il n'y a rien de spécifique dans le pemphygus des nouveau-nés et dans les abcès du thymus et du poumon. Si je ne suis pas parvenu, dit-il, à vous en convaincre, j'espère au moins avoir fait naître dans votre esprit un doute légitime sur leur nature syphilitique. Or, comme je l'ai dit en commençant cette argumentation, ce doute seul me suffit pour ne pas me croire autorisé à prescrire au père et à la mère un traitement antisyphilitique qui n'aurait d'autre prétexte que les altérations décrites plus haut.

Quoi qu'il en soit de ces observations, votre commission pense que l'Académie ne saurait trop encourager les travaux de cette nature; elle a l'honneur de proposer à l'Académie: 1° d'adresser des remerciments à M. Depaul; 2° de l'engager à continuer ses recherches; 3° de lui exprimer tout l'intérêt qu'elles lui inspirent; 4° enfin de renvoyer son mémoire au comité de publication.

M. Gibert: J'applaudis à la réserve et aux remarques judicieuses de l'honorable rapporteur. Toutefois, dans l'impossibilité d'entamer à propos du rapport une discussion qui devrait, pour être complète, embrasser les points les plus importants de l'histoire des syphilides, je crois opportun de présenter à mon tour quelques remarques sur deux de ces points qui m'ont paru dominants dans le travail de M. Depaul et dans le commentaire de notre honorable collègue, M. le docteur Cazeaux, savoir les signes caractéristiques de la syphilis du nouveau-né, et notamment le signe nouveau découvert par l'auteur du mémoire et les conséquences thérapeutiques qui découlent du diagnostic.

Sur le premier point, je dirai, en me tenant dans les termes les plus succincts possibles:

1° Que les objections faites par M. le rapporteur me paraissent fondées. Il a cependant, selon moi, omis la mention de la cachexie syphilitique, sans symptômes locaux bien caractéristiques, qui peut exister chez le fœtus et entraîner la mort, et, chose beaucoup plus rare et beaucoup plus extraordinaire, dans quelques cas exceptionnels, chez l'adulte lui-même.

Il n'est pas tout à fait exact non plus de dire que l'auteur du mémoire soit le premier et le seul qui ait révélé le nouveau signe qu'il indique (les collections purulentes dans le poumon). Un élève des hôpitaux de Paris a fait, il y a quelques années, un travail remarquable sur la cachexie vénérienne, où il signale non-seulement des abcès analogues du poumon, mais encore des collections purulentes dans les membres, comme dépendant de cette cachexie.

Il y a trois ans environ que moi-même j'ai eu occasion, avec notre collègue le docteur Hervez de Chégoin, d'observer un exemple remarquable de ces vastes collections purulentes extérieures dues à une cachexie vénérienne, sans autre symptôme concomitant qui pût éclairer sur la nature du mal.

M. Cazeaux a combattu avec raison l'opinion qui rattache le pemphigus des nouveau-nés et les abcès du thymus à la syphilis.

Chez l'enfant, les manifestations syphilitiques les plus habituelles sont les éruptions pustuleuses varioliformes et les éruptions vésiculeuses varicelliformes ou les papules muqueuses ou tubercules plats. Ni chez lui ni chez l'adulte, on n'observe la forme véritablement pemphigoïde.

On admettait beaucoup trop généralement au commencement de ce siècle les dartres vénériennes. Les formes véritablement dartreuses, c'est-à-dire les éruptions humides et squammeuses ou croûteuses du genre de l'eczéma et de l'impetigo, ne se présentent point au nombre des manifestations syphilitiques.

2° L'auteur du mémoire a conclu à la nécessité d'un traitement antisyphilitique chez les parents sur la seule constatation du fait anatomo-pathologique signalé sur le fœtus, et sans que ces parents présentassent le moindre indice actuel de syphilis.

Non-seulement je partage la répugnance qu'a très-sagement manifestée M. le rapporteur contre une pareille conclusion, mais fondé sur une longue expérience et sur des faits que je crois bien observés, je vais beaucoup plus loin que lui, et je prétends qu'en l'absence de tout symptôme il n'y a jamais indication formelle à un traitement antisyphilitique, et je rejette sans hésitation tous les traitements dits *de précaution*.

Je ne crois pas à l'action thérapeutique ni préservative des spécifiques antisyphilitiques en l'absence de toute manifestation pathologique. Je ne crois pas qu'ils soient doués d'une sorte de propriété chimique et destructive du virus supposé caché dans les humeurs de l'économie, tant qu'il n'y a réellement pas état pathologique. C'est cet état seulement qu'ils sont aptes à guérir.

M. Roux: J'ajouterai mon assentiment à l'opinion que vient d'exprimer M. Gibert. C'est une très-grave question que celle du traitement antivénérien prophylactique. Il y a longtemps que je professe cette idée que les traitements antivénériens, lorsqu'il n'existe actuellement aucune manifestation syphilitique, sont inutiles et qu'ils auraient de graves inconvénients. Ils n'ont d'efficacité, d'ailleurs, que lorsqu'ils sont adressés à des symptômes actuels. Serait-il possible, comme le proposait Bordeu de déterminer la manifestation d'une syphilis latente par l'administration de bains sulfureux ou de tout autre excitant de la peau? Devrait-on, dans les cas de doute, recourir à des moyens de ce genre? C'est là une question que je ne crois pas résolue. Quoi qu'il en soit, jamais je ne consens, sur la simple demande des malades, à leur faire subir un traitement antisyphilitique de précaution. Je pense donc comme M. Gibert que M. Cazeaux

a eu raison de combattre l'opinion émise un peu légèrement peut-être par M. Depaul.

M. Moreau : Je ne peux qu'approuver dans son ensemble le rapport de M. Cazeaux que j'ai signé d'ailleurs comme commissaire. Je dois dire cependant qu'il est un point sur lequel je ne partage pas tout à fait l'opinion de M. le rapporteur, c'est en ce qui a trait au traitement d'individus n'ayant pas actuellement de symptômes syphilitiques, mais que l'on a lieu de soupçonner atteints d'une syphilis latente. Il y a bien longtemps que je fus consulté par un officier de la garde royale qui avait eu une affection syphilitique. Cet officier s'étant marié, sa femme devint enceinte et accoucha d'un enfant mort; une deuxième grossesse fut également suivie de l'accouchement d'un enfant mort-né; troisième grossesse, même résultat. Je pris alors le mari à part et lui conseillai de se soumettre lui ainsi que sa femme à un traitement antivénérien; le traitement terminé, la femme devint de nouveau enceinte, et cette fois elle mit au jour un enfant vivant et bien portant; tous les enfants qu'elle a eus depuis ont vécu.

M. P. Dubois : Je regrette que notre honorable collègue M. Cazeaux n'ait pas eu sous les yeux, quand il a rédigé son rapport, le travail que j'ai publié il y a un peu plus d'une année, et qu'il a cru devoir associer dans son examen à celui dont l'Académie l'avait chargé de lui rendre compte.

S'il en avait été ainsi, il n'aurait certainement pas altéré, ainsi qu'il l'a fait sans le vouloir, l'opinion que j'ai exprimée et qui n'était pas à beaucoup près aussi absolue que sa critique le ferait supposer. L'Académie me permettra de lui rappeler en peu de mots l'objet et le sens de ce travail.

J'avais remarqué des collections purulentes dans le thymus chez un certain nombre d'enfants, les uns morts avant de naître et issus de parents atteints d'une affection syphilitique constitutionnelle, les autres morts peu de jours après leur naissance et atteints alors d'une affection que je croyais et que je crois encore de nature vénérienne. Non-seulement cette altération particulière du thymus avait été observée par moi chez tous les enfants qui avaient succombé dans de telles circonstances, mais je ne l'avais pas reconnue chez des enfants morts-nés issus de parents qui pouvaient être considérés comme sains, ou chez des enfants morts après leur naissance et qui avaient succombé à des affections étrangères à la syphilis. M'autorisant de ces faits et usant d'un procédé d'induction qui, s'il n'est pas décisif, est du moins et avec raison très-généralement accepté et employé, j'en avais tiré cette conclusion que la suppuration du thymus observée chez l'enfant mort-né, et en l'absence de toute cause de mort évidemment étrangère à la syphilis, pouvait être considérée comme le témoignage de cette affection, et que pour éviter les retours d'un aussi déplorable accident on pourrait être autorisé à soumettre les parents ou l'un d'eux à un traitement antivénérien.

Cependant cette conclusion était exprimée avec une extrême réserve; je me contentais en effet de livrer à l'appréciation du public médical les faits sur lesquels elle était fondée. Je sollicitais même certaines recherches nécessaires encore et dont les résultats pourraient plus tard infirmer ou confirmer mon opinion et la conclusion pratique dont je la faisais suivre.

Si je ne me trompe, le travail de M. Depaul qui a trait à une altération partielle des poumons, et qu'il regarde également comme la conséquence d'une infection vénérienne pendant la vie fœtale, était écrit dans le même esprit et fondé sur des raisons analogues aux miennes, c'est-à-dire que M. Depaul avait vu la lésion signalée, et spécialement caractérisée par lui, coïncider assez souvent avec une infection syphilitique du nouveau-né, et être assez constamment absente dans les cas contraires pour qu'il fût autorisé à croire que la lésion était la conséquence de l'infection. Il en avait donc conclu que, dans des cas obscurs, la première pouvait révéler l'existence d'une infection vénérienne.

Il me semble que pour invalider la légitimité des conclusions de M. Depaul et les miennes, il y avait une marche naturelle à suivre, c'était d'établir par des faits que les altérations que j'ai regardées comme des témoignages possibles d'une infection syphilitique pouvaient être observées chez des enfants mort-nés et issus de parents parfaitement sains, qu'elles pouvaient être en conséquence le résultat de causes pathologiques diverses, étrangères à la syphilis; que dès lors la concomitance de ces altérations et d'une affection syphilitique actuelle ou antérieure n'avait point la signification que je lui avais prêtée. Je ne pense pas qu'il fût suffisant, pour arriver à ce résultat, de procéder, comme l'a fait notre collègue, par le raisonnement seul. Je ne crois pas surtout qu'il fût nécessaire ou même utile de consacrer la plus grande partie d'un rapport académique à la réfutation d'une opinion qui ne s'était produite dans la science que pour ouvrir la voie à de nouvelles recherches.

M. Cazeaux, et quelques-uns de nos collègues, ont contesté au pemphygus des nouveau-nés le caractère syphilitique; je pense que c'est à tort; je dois d'abord déclarer que je ne suis pas le premier qui ait regardé cette affection comme une conséquence de la syphilis; Dugès avait exprimé cette opinion avant moi et je l'ai acceptée; je crois d'ailleurs, sans attacher à cela une grande importance, que l'éruption dont il s'agit est moins vésiculeuse que pustuleuse. La forme particulière de la plupart des boutons et la lésion plus ou moins profonde du derme, quand ils sont bien développés, m'a fait souvent penser que cette affection avait plus d'analogie avec l'ecthyma qu'avec le pemphygus; les raisons qui m'ont déterminé à la regarder comme syphilitique sont celles qui m'ont fait supposer le même caractère à la suppuration du thymus. Des observations ultérieures pourront sans doute affaiblir la valeur de mon opinion sur ce point, mais quant à présent, je crois devoir la maintenir.

J'ai été, enfin, surpris de l'idée de danger qui s'attache dans l'esprit de quelques-uns de nos collègues, au conseil donné par M. Depaul et par moi de recourir, dans des cas que nous avons déterminés l'un et l'autre, à un traitement antivénérien. Nous avons cru qu'il pouvait être utile pour prévenir un malheur beaucoup plus redoutable que l'inconvénient d'un traitement superflu, le malheur de procréer des enfants infectés et condamnés ou à mourir avant de naître ou à succomber misérablement et rapidement après être nés. Notre collègue M. Moreau vient de vous faire connaître un cas dans lequel il croit avoir eu recours avec succès à un traitement préventif. Peut-être ce fait ne prouve-t-il pas d'une manière irrécusable l'utilité du traitement dans le cas indiqué, mais il en prouve du moins l'innocuité. Je crois, pour ma part, qu'il en sera ordinairement ainsi. Je déclare donc que, dans l'incertitude, je n'hésiterais pas un instant, parce que je suis convaincu qu'un traitement antisyphilitique ordonné et dirigé par un médecin instruit et attentif, ne saurait devenir une précaution dangereuse.

Quant à la question de savoir si ce traitement peut être utilement prescrit lorsqu'il n'existe aucun signe actuellement apparent d'une infection vénérienne, je ne saurais me prévaloir sur ce point d'une parfaite compétence, il me sera pourtant permis de penser que, chez un sujet infecté depuis longtemps, il peut y avoir, entre les manifestations successives des accidents vénériens apparents, des intervalles d'une durée variable pendant lesquels, malgré l'absence de tout phénomène visible, l'infection n'en est pas moins réelle, bien qu'elle existe à l'état latent. Or je crois que le mal peut être combattu avec succès dans cette condition même, comme il aurait pu l'être auparavant, ou comme il pourra l'être plus tard pendant les périodes des manifestations évidentes.

M. Cazeaux : M. P. Dubois a écrit, sur le diagnostic de la syphilis considérée comme cause du fœtus, un mémoire que je connais très-bien; il ne peut pas supposer que je ne l'aie pas lu. Mais M. Dubois me reproche de l'avoir mal interprété. Voici le texte même de ses conclusions, telles que je les trouve citées dans le mémoire de M. Depaul. (M. Cazeaux donne lecture des conclusions du mémoire de M. Dubois. — Voy. Gaz. Méd., 1850, p. 392.)...

M. P. Dubois : Je ferai remarquer à l'Académie que l'énoncé de ces conclusions est certainement précédé ou suivi de quelques phrases dans lesquelles je faisais des réserves pour le cas où des faits contraires à ceux que j'avais observés jusque-là viendraient contredire ma proposition.

M. Cazeaux : Il est évident que M. Dubois n'a pu ni voulu engager l'avenir. M. Dubois dit que j'aurais dû chercher les faits contraires capables d'infirmer sa proposition; mais ce n'était pas à moi de fournir des preuves, mais bien à M. Dubois lui-même. Des faits, il y en a d'ailleurs dans la science. J'ai déjà cité ceux de Baron, de Billard, de M. Cruveilhier; M. Dubois les récuse. Tout ce que j'ai dû et voulu faire, dans ce rapport, ç'a été de faire voir qu'il y avait des doutes à élever sur la valeur des propositions émises dans le mémoire de M. Depaul, et de prouver que ses conclusions n'étaient pas fondées. Il se trouve que les propositions de M. Depaul sont tellement connexes avec celles de M. Dubois, qu'on ne peut réfuter les unes sans réfuter en même temps les autres; j'ai dû accepter cette nécessité.

A propos de la signification donnée au pemphygus des nouveau-nés, M. Dubois dit que cette observation n'est pas de lui, mais il l'accepte, il en fait sa chose. Eh bien ! je dis que si l'on procédait ainsi pour toutes les lésions que l'on peut constater chez les enfants nouveau-nés, on arriverait à rattacher tout à la syphilis.

M. Dubois dit que c'est chez lui une opinion, une croyance; mais sur une simple croyance, sur une opinion, vous allez infliger un traitement antisyphilitique à des parents chez qui rien ne prouve l'existence de la syphilis. Une pareille détermination, qui ne laisse pas que d'être grave ne me paraît pas suffisamment fondée.

M. Danyau : J'ai vu beaucoup d'enfants venus au monde avec des pemphygus. Pour un très-grand nombre, j'ai pu reconnaître qu'ils étaient issus de parents affectés de syphilis; mais pour beaucoup d'autres il ne m'a pas été possible de vérifier l'état des parents. Il est résulté de là dans mon esprit un doute que je conserve encore. Cependant j'ai été récemment témoin d'un fait qui me porterait à admettre avec M. Dubois l'origine syphilitique du pemphygus. Un enfant est venu au monde avec un pemphygus; j'étais très-incertain sur la question de savoir si ce pemphygus devait être attribué à une origine syphilitique, d'autant plus que je n'avais pu constater l'état des parents, lorsqu'il survint ultérieurement une roséole que M. Cullerier, à qui je soumis ce cas, n'hésita pas à déclarer syphilitique.

J'ai observé aussi quelques faits analogues à ceux que vient de citer M. Moreau. Une dame ayant déjà fait une fausse couche eut une seconde grossesse qui se termina par la naissance d'un enfant mort et putréfié; il n'existait aucune altération dans le placenta qui pût expliquer la mort de l'enfant; j'émis le soupçon qu'il pouvait y avoir une influence syphilitique; ce soupçon était fondé sur l'aveu que me fit le père qu'il avait eu jadis des accidents syphilitiques dont il croyait avoir été guéri. Un traitement antisyphilitique fut proposé, mais le médecin ordinaire de la famille n'ayant point accepté ma proposition, il ne lui fut pas donné suite. J'ai su depuis que cette dame avait mis au monde deux autres enfants atteints de symptômes syphilitiques non contestables et auxquels ils avaient succombé.

M. Dubois demande à l'Académie l'autorisation de donner lecture, dans la prochaine séance, du passage de son mémoire où est exprimée la réserve dont il a parlé.

La parole sera réservée à M. Dubois pour cet objet.

Les conclusions du rapport de M. Cazeaux sont mises aux voix et adoptées.

La séance est levée à cinq heures.

BIBLIOGRAPHIE.

GUIDE PRATIQUE AUX PRINCIPALES EAUX MINÉRALES DE FRANCE, DE BELGIQUE, D'ALLEMAGNE, DE SUISSE, DE SAVOIE ET D'ITALIE, SUIVI DE QUELQUES CONSIDÉRATIONS SUR LES ÉTUVES, LES BAINS DE GAZ ET LES BAINS DE MER ; par le docteur CONSTANTIN JAMES. — Vol in-8°. — Paris, chez Victor Masson. — 1851.

NOTICE SUR TROUVILLE-LES-BAINS ; par le docteur ÉDOUARD AUBER. — Brochure in-8°. — Paris, chez Victor Masson. — 1851.

GUIDE MÉDICAL DU BAIGNEUR A LA MER ; par le même. — Vol. in-12. — Paris, chez Victor Masson. — 1851.

Il suffit de lire les titres de ces ouvrages pour deviner qu'il n'entre pas dans notre pensée d'en donner, à proprement parler, l'analyse. Il y a à cela plusieurs raisons : la principale est la multiplicité et la diversité des questions, générales ou spéciales, qu'on rencontrerait en suivant les auteurs aux bains de mer et à presque toutes les eaux minérales d'Europe Une autre raison est que ces différentes publications n'intéressent pas toutes au même degré le médecin. La critique médicale peut trouver aisément dans le caractère spécial de quelques-unes d'entre elles un prétexte à sa paresse naturelle, et elle en profitera.

Il est à peu près impossible de publier un livre exclusivement scientifique sur les eaux minérales et sur les bains de mer. Rien n'empêche assurément de se limiter à l'étude des effets physiologiques et thérapeutiques; mais ce ne serait pas là une instruction suffisante, non-seulement pour les gens du monde, mais encore pour le médecin. Dans un ouvrage de ce genre, le médecin doit trouver et tout ce qui intéresse la maladie pour laquelle on le consulte, et tout ce qui intéresse le malade lui-même. Or ce qui intéresse le malade ne saurait être indifférent au praticien. C'est un grand inconvénient, inhérent à notre position sédentaire, de ne pouvoir prendre une connaissance personnelle des stations d'eaux minérales auxquelles nous devons envoyer nos clients; de ne rien savoir du climat, du site, des moyens de distraction, de toutes les ressources et de toutes les conditions de la vie. En ce qui nous concerne, nous ne sommes jamais fâché qu'un auteur veuille bien venir en aide à notre ignorance, et nous y trouvons notre compte dans la pratique. Tel est en particulier le caractère du livre de M. James. La pratique y trouve un guide, et le praticien des renseignements utiles. Quand nous l'ouvrons, par exemple, sur le chapitre relatif aux eaux de Bagnères-de-Bigorre, sans doute ce que nous avons le plus hâte de savoir, c'est le nom des sources, leur composition et leur richesse minérale, leur mode d'action thérapeutique, etc.; mais nous ne trouvons pas inutile d'apprendre que si la source de Labasserre, tant vantée depuis quelque temps, contient 0gr.,0427 de sulfure de sodium, elle est à 8 kilomètres de la ville, sur une des hauteurs du Mont-Aigu ; qu'il n'y a pas à cette source d'établissement thermal ; qu'on n'y peut prendre de bains ; qu'on ne boit l'eau que transportée. M. Orfila, en 1832, n'aurait pas été envoyé par ses collègues de la Faculté *aux bains* de Mahourat, de Cauterets, si des livres sur la matière lui eussent appris que *mahourat* veut dire *mauvais trou*, et que l'eau de cette source ne se prend qu'en boisson. Quand M. James nous annonce l'érection prochaine d'un magnifique édifice thermal à Bourbon-Lancy, avec salons élégants, brillant orchestre, etc., nous nous promettons de tenir compte de ce renseignement quand il s'agira de concilier la nécessité d'un voyage à des eaux alcalines avec les convenances ou les goûts du client.

Ce qui n'est, dans M. James, qu'une couche de vernis mondain sur un fond essentiellement scientifique, donne leur couleur principale aux deux productions de M. Auber. Pour la NOTICE SUR TROUVILLE-LES-BAINS, la chose est évidente et naturelle : c'est le caractère propre de toutes les notices. Aussi y est-il question surtout de l'origine de la ville, de son aspect, du nombre de ses rues, des principaux édifices, des perspectives de la mer, des habitations et des habitants, du salon, des cours de danse, des leçons de billard, des matinées musicales, des messes en musique, des concerts et spectacles, des châteaux et ruines d'alentour, etc. De brèves considérations sur l'emploi thérapeutique de l'eau de mer, enclavées dans ce tableau de touriste, révèlent seules la plume du médecin. Dans le GUIDE DU BAIGNEUR A LA MER, le caractère scientifique est moins effacé ; mais pour qu'il soit bien entendu que l'auteur en a recherché un autre, il le dit lui-même quelque part en termes explicites, en exprimant l'intention « de tenir toujours le langage facile qui convient aux lecteurs auxquels l'opuscule est destiné. » Dans l'avant-propos, il avait déjà averti qu'il s'adressait « aux familles ; » il répète ailleurs qu'il écrit pour *les gens du monde*.

Est-ce pour jeter quelque défaveur sur le livre de M. Auber que nous présentons ces remarques? Rien n'est plus loin de notre pensée. Nous ne nous associons nullement au dédain avec lequel les savants accueillent d'ordinaire les publications qui ne s'adressent pas à eux seuls. C'est peut-être que nous ne sommes pas savant. Mais la raison n'y fait rien. Pourquoi ne serait-il pas permis d'adresser aux gens du monde des instructions qui peuvent intéresser leur santé ? L'honnête et grave Tissot doit à son AVIS AU PEUPLE une bonne partie de sa célébrité. Quand le but est manifestement utile, qu'il est honorable, quand la forme est mesurée, de quoi se plaindrait-on ? Sur le sujet spécial des bains de mer, n'y a-t-il pas un très-grand nombre de circonstances, médicales ou extra-médicales, sur lesquelles il importe aux malades d'être exactement renseignés? On croit devoir mettre à la portée du public les notions les plus importantes de l'hygiène ; on lui enseigne le moyen de se soustraire à certaines causes de pneumonie, de fièvre intermittente, de fièvre typhoïde : pourquoi ne lui dirait-on pas l'heure la plus convenable pour entrer à la mer, de combien de temps le bain doit précéder ou suivre le repas, la meilleure manière de se plonger dans l'eau, le terme moyen qu'on doit y rester, le genre d'exercice auquel on doit s'y livrer, les précautions à prendre à la sortie, etc.? Qu'y a-t-il d'étrange à lui fournir quelques indications relatives au costume, aux moyens de transport, à certains accidents ou inconvénients occasionnés par le bain de mer ?

Voilà donc le caractère général des ouvrages que nous annonçons. Le GUIDE PRATIQUE de M. James s'adresse surtout au médecin ; il lui transmet les notions les plus utiles sur la composition et les effets thérapeutiques des eaux minérales. Il le met aussi en mesure de fournir aux clients les renseignements de diverse nature qui peuvent influer sur leur détermination ou les guider dans le choix des localités. Le GUIDE MÉDICAL et la NOTICE de M. Auber s'adressent à peu près exclusivement aux gens du monde. Pour terminer cette appréciation, et aussi pour lui donner un peu plus de corps, il nous reste à dire quelques mots du contenu même des ouvrages.

Dans des considérations préliminaires très-sages et très-justes, M. James accorde une grande et légitime importance à l'action générale, primitivement stimulante, des eaux minérales; mais il trouve un peu exagérée la part attribuée à ce genre d'action par quelques médecins. Et d'abord, il affirme que certaines eaux jouissent du privilége de calmer d'emblée, *sans provoquer les moindres symptômes de réaction*. En parcourant le livre, on voit que ces eaux sont surtout celles de Pfeffers, en Suisse; d'Ussat, dans l'Arriège; de Wilbad, Gastein et Weilbach, en Allemagne; de Penticouse, en Espagne; puis il revendique en faveur de quelques autres, spécialement des eaux alcalines et ferrugineuse, une action chimique capable de neutraliser dans l'économie certains principes morbides. Nous avons eu déjà occasion de nous expliquer sur cette question de haute pathologie. Il y a manifestement dans l'action des eaux minérales trois modes distincts : une action générale, presque toujours excitante ; une action spécifique locale, se portant sur tel ou tel appareil, ici sur la peau, là sur les glandes, ailleurs sur les muqueuses; enfin une action chimique atteignant directement et neutralisant certaines causes de maladie. Dans quelle proportion s'exercent ces différents modes d'action ? On conçoit que cela doit varier avec la nature des eaux. Dans quelle proportion s'exerce chaque mode dans une eau déterminée? Ce n'est pas beaucoup plus facile à fixer d'une manière précise. Quant aux eaux de Vichy, il nous a semblé que M. Durand-Fardel, dans ses diverses publications, restreignait dans des limites trop étroites leur action chimique, et faisait une trop large part à leur action stimulante. M. James nous fait l'honneur de rappeler et de partager notre avis; M. Durand-Fardel, de son côté, se défend beaucoup de vouloir rabaisser l'action chimique. On sent bien que, réduite à ces termes, la question est difficile à juger. Le degré d'action d'un agent thérapeutique, si l'on nous passe la trivialité de l'expression, ne se mesure pas à l'aune; nous ne saurions dire au juste de combien celui qu'attribue M. Durand-Fardel à la constitution chimique des eaux minérales est inférieur à celui qu'elle nous paraît avoir en réalité; mais les termes de sa communication à l'Académie de médecine nous ont laissé cette impression que l'action chimique des eaux n'a pas, à ses yeux, une assez grande importance : c'est tout ce que nous pouvons dire, et c'est ce que dit également M. James.

Il nous paraît d'autant plus utile de maintenir cette réserve, que nous ne savons pas, dans l'état actuel des choses, jusqu'à quel point il est juste d'isoler l'action chimique d'une eau minérale de l'action qu'on appelle stimulante. Qui sait par quelles combinaisons passent les éléments minéralisateurs d'une eau introduite dans l'économie, avant de produire une excitation ? Et qui peut affirmer que ces combinaisons, opérées dans les profondeurs de l'organisme, ne contribuent pas à l'ébranler, à accroître son acti-

vité, à l'exciter enfin? On dira que ce n'est pas là le genre d'action chimique qu'on conteste; qu'on nie seulement, en tant qu'effet principal, la neutralisation des causes morbides par les principes constituants des eaux. Soit. Nous ajoutons alors que, ne sachant pas à quelles altérations chimiques des humeurs de l'économie peuvent se lier les affections chroniques, telles que le rhumatisme, les scrofules, les dartres, etc., et l'existence d'altérations quelconques étant néanmoins présumable, il n'est pas sage de faire aussi rigoureusement la part de l'action chimique des eaux dans le résultat définitif de la cure.

Est-ce à dire qu'il faille considérer les eaux minérales comme de simples dissolutions salines? Non certes, et M. James est le premier à le reconnaître. Le passage où il résume sa pensée à cet égard est très-explicite. Une eau minérale, dit-il, « est un breuvage qui a ses éléments, sa saveur, son arome, que la nature elle-même a fabriqué par une sorte de chimie souterraine et que nous ne pouvons ni reproduire, ni imiter, ni même définir. Il faudrait, qu'on me pardonne l'expression, en connaître la recette, et il resterait encore la difficulté de l'appliquer. Ces différents sels que l'analyse y découvre n'agissent pas chacun isolément. Ils sont entre eux dans des combinaisons déterminées, et, de leur action réciproque, doivent nécessairement résulter des effets *qu'on n'aurait pu pressentir en additionnant leurs forces respectives*. » Ce dernier membre de phrase exprime très-bien ce qu'il y a d'occulte, d'un peu mystérieux aux yeux de la science, dans l'action d'une eau minérale. Le résultat de toutes les actions réunies des principes actifs n'est pas conforme à ce que la science chimique de nos laboratoires eût attendu de la dose appréciable de ces principes et de leur mode de combinaison. Qu'on prenne bien garde que cette question ne préjuge en aucune manière celle dont nous nous occupions précédemment. La disproportion qu'il y a souvent entre la puissance thérapeutique d'une eau et sa valeur minérale n'a rien qui condamne l'hypothèse d'une action chimique sur l'organisme. Cette action ne serait pas proportionnelle à la quantité des produits donnés par l'analyse; voilà tout. Cela n'empêcherait pas qu'elle ne fût très-réelle et même de grande importance. Quoi qu'il en soit, et pour en revenir à notre point, il n'est guère d'hydrologistes qui n'aient insisté sur ce qu'il y a d'inexpliqué et d'inattendu dans l'action des eaux minérales. M. James, qui en a visité un si grand nombre en France, en Belgique, en Allemagne, en Suisse, dans la Savoie, en Italie, et même en Angleterre où l'hydrologie n'a rien de séduisant, était plus que personne en état d'appuyer le principe sur de nombreux exemples. Nous engageons à consulter, sous ce rapport, la partie de l'ouvrage consacrée aux eaux sulfureuses. On y verra comment, avec des éléments minéralisateurs identiques, l'eau pourra être calmante ou excitante, et quel contraste il y a parfois entre la quantité appréciable des éléments et l'énergie de l'action dynamique. Il y a même des sources qui se débarrassent très-vite, en coulant, de leur principal agent chimique, à ce point que l'analyse n'en trouve plus de trace dans une eau recueillie un peu loin du griffon; et cependant cette eau a gardé en partie les propriétés médicales inhérentes à l'élément disparu. Voilà ce que M. James a mis heureusement en relief en maint endroit de son ouvrage.

Nous ne sommes pas très-difficile en fait de classification des eaux minérales, surtout quand il s'agit d'un *Guide pratique*. L'essentiel, à nos yeux, est que la distribution de l'ouvrage permette au praticien de s'éclairer promptement sur le choix de l'eau applicable au cas particulier. M. James regarde la classification chimique comme la moins défectueuse, *comme la seule possible*; néanmoins, il suit d'un bout à l'autre l'ordre *géographique*. On se demande tout d'abord s'il y aurait là, par hasard, une inconséquence. En y regardant de près, on trouve que l'inconséquence n'est pas dans l'esprit de l'auteur, qu'il l'a aperçue et a même cherché à l'esquiver par un compromis; mais que, en fin de compte, elle est restée dans l'ouvrage. Le compromis consiste à signaler, à l'occasion de chaque eau minérale, venue à son rang géographique, les caractères fournis par l'analyse chimique, « afin de les rattacher toutes, autant que possible, à la division à laquelle elles doivent chimiquement appartenir. » Et comme l'auteur vient d'établir les bases d'une division chimique et rangé les sources en six classes (*sulfureuses, ferrugineuses, alcalines, gazeuses, muriatiques et bromo-iodurées*), dont il donne les caractères généraux, il suppose que cette classification couvre de son principe la classification adoptée ultérieurement d'après l'ordre topographique. Mais deux classifications qui se succèdent ne sont pas deux classifications combinées, et celle qui a prévalu est la vraie classification de l'ouvrage. Une vraie combinaison des deux méthodes eût consisté à transporter les divisions chimiques dans chaque localité; à étudier, par exemple, successivement les eaux sulfureuses, ferrugineuses, alcalines, etc., d'une région; puis, dans le même ordre, les eaux d'une autre région, et ainsi de suite. Nous ne disons pas que ce plan eût été bon; bien au contraire; nous voulons seulement montrer ce que c'est que la combinaison des deux méthodes. En se bornant à indiquer les caractères chimiques d'une eau déterminée, M. James ne fait autre chose que noter un des points de l'histoire médicale de cette eau, exactement comme il l'eût fait s'il eût adopté uniquement et exclusivement la méthode topographique; on ne peut donc pas dire qu'il *rattache* cette eau *à la division à laquelle elle appartient chimiquement*.

Nous avons avoué le peu d'importance que nous attachions à la méthode de classement; mais nous avons dit à quelle condition. A la condition de pouvoir trouver aisément, dans un ordre régulier, les indications dont on a besoin. Sous ce rapport, le défaut que nous signalions à l'instant eût pu être racheté par une énumération de toutes les eaux rentrant dans chacune des six catégories admises d'après le principe chimique. Nous regrettons que l'auteur n'y ait pas songé. Car il résulte de cette lacune, ceci: que celui qui cherche, par exemple, une eau sulfureuse à appliquer au traitement de telle ou telle affection, ne rencontrant pas la liste des eaux de même composition au chapitre qui consacre la division chimique, et se trouvant jeté ensuite en pleine géographie, ne sait plus où porter ses recherches. Le moyen de repère dont nous regrettons l'absence eût surtout donné un mérite de plus à un résumé dans lequel l'auteur a eu l'excellente idée de mettre les principales maladies qui alimentent les stations d'eaux minérales en regard des sources qui leur conviennent le mieux. Dans ce tableau, il est vrai, les sources sont le plus souvent nominativement désignées; mais là où leur caractère chimique principal (alcalin, ferrugineux, muriatique, etc.) est seul indiqué, on ne sait trop à quel endroit du livre recourir pour fixer son choix; heureusement l'analogie de composition qui unit d'ordinaire les eaux d'une même région ne permet pas de s'égarer longtemps, et quand on sait où se trouve, je suppose, Bagnères-de-Luchon, on a bientôt rencontré les principales sources sulfureuses de France.

Nous n'entrerons pas dans les détails du livre. Nous l'avons dit, médecins, malades et touristes peuvent y trouver leur compte. Sous sa forme concise, il est peu de notions médicales, peu de renseignements utiles au buveur, qu'il ne présente, et il le fait toujours avec un certain charme de style. Aussi croyons-nous ce livre destiné à un véritable succès.

Nous en dirons autant sous ce rapport du GUIDE MÉDICAL DU BAIGNEUR A LA MER, de M. Auber. On a vu plus haut dans quel but et dans quel ordre d'idées ce livre a été composé. C'est une instruction à l'usage des baigneurs. Ceci admis, si nous avions un reproche à faire à l'auteur, ce serait de s'être montré par intervalles trop savant. On voit que nous ne ressemblons pas à ces rigides critiques qui ne manqueraient pas de jeter l'anathème sur un livre que la science n'a pas seule inspiré. Nous admettons le genre et nous nous plaignons — pas trop fort — de ce que l'auteur ne s'y est pas conformé assez fidèlement. Nous donnons, par exemple, que *les familles* tirent grand parti du chap. II, relatif « aux maladies qui réclament l'emploi des bains de mer et à celles qui s'opposent formellement et absolument à leur administration; » non plus que du chap. III, où l'on traite « des bains de mer à la lame, de leurs effets primitifs ou d'impressionnabilité, des effets consécutifs ou de réaction, et des effets médicaux ou thérapeutiques. Il y est trop question d'asthénie, de mal de Pott, de rétraction musculaire, d'aménorrhée, de catarrhes vésicaux, de chlorose, etc. On y rencontre une dissertation trop approfondie et trop classique sur l'action et la réaction vitale. On y nomme trop souvent Galien, Paul d'Egine, Pomme, Tissot, Lorry, Zimmermann. Ces chapitres enfin et quelques autres, qui sont le résumé des préceptes et observations consignés dans les traités *ex professo* sur la matière (particulièrement dans celui de M. Lecœur) et fortifiés de l'expérience personnelle de l'auteur, tout cela dépasse un peu, ce nous semble, la compétence de l'immense majorité des baigneurs. Néanmoins, au milieu de ces notions trop exclusivement scientifiques, se montrent çà et là des instructions pratiques accessibles à tous, notamment en ce qui concerne les *contre-indications*. Il y en a de très-sages à l'adresse des vieillards, des natures nerveuses ou pléthoriques, des phthisiques, asthmatiques, rhumatisants, etc. Nous ferons une remarque au sujet du précepte relatif à l'état menstruel. « Les femmes, dit M. Auber, doivent rigoureusement s'abstenir des bains de mer un peu avant leur époque menstruelle, pendant toute cette époque et quelques jours après; autrement elles s'exposeraient aux accidents les plus graves. » Il est certain que beaucoup de femmes, sur le conseil même des médecins, continuent à aller à la mer avant, pendant et après l'écoulement des règles. La question valait peut-être la peine d'être examinée; il nous paraît évident que la règle à tenir doit varier avec les constitutions et les états morbides.

Mais où nous trouvons l'auteur tout à fait dans son rôle, c'est quand il promène sa plume à travers les détails tantôt pittoresques, tantôt prosaïques au premier chef, de l'arrivée aux bains, de l'installation domiciliaire, du choix d'un guide, du choix d'un costume, pantalon, blouse, ceinture, peignoir et chaussons; des différents modes d'immersion, de la natation, du saut, de la danse, des parties en commun, de l'*eau dans les oreilles* et des moyens de remédier à cet inconvénient, etc., etc., etc. Il nous faudrait encore plus d'espace qu'il ne nous en reste pour énumérer seulement tous les détails de pratique réunis et rangés avec art dans une étendue de près

de 300 pages; détails souvent minutieux, mais dont l'importance doit être mesurée au genre d'utilité qu'a recherché l'auteur. Nous nous bornons à rappeler ici que rien n'a été oublié de ce qui concerne les règles à suivre avant, pendant et après le bain (y compris la toilette des cheveux); les accidents produits immédiatement ou consécutivement par l'action des bains de mer, tels que courbature, éruption, douleur, diarrhée, syncope, apoplexie; l'emploi médical de l'eau de mer à l'intérieur et à l'extérieur; l'hygiène et le régime des enfants. Le tout se termine par un long chapitre relatif aux premiers secours à donner aux noyés.

Cet opuscule a donc un mérite particulier; il réalise nettement la pensée qui l'a inspiré. Il constitue une sorte de *vade-mecum* exact et complet qui entrera sans doute fréquemment dans la poche du baigneur. Nous le suivrons volontiers de nos vœux dans sa route vers cette modeste destination.

A. DECHAMBRE.

VARIÉTÉS.

CONSULTATION POUR L'ASSOCIATION DES MÉDECINS DU DÉPARTEMENT DE LA SEINE.

L'avocat soussigné, consulté par l'Association des médecins du département de la Seine, sur la question de privilége soulevée dans l'intérêt de M. le docteur Boullard devant la seconde chambre du tribunal de première instance de la Seine, est d'avis des résolutions suivantes :

La question se pose ainsi :

Le privilége général, accordé par le § II de l'art. 2101 du Code civil pour frais de dernière maladie, doit-il, quand il est réclamé sur le prix des meubles garnissant la maison du défunt, primer le privilége spécial accordé au propriétaire sur le prix de ces mêmes meubles par le § Ier de l'art. 2102?

La question du concours des priviléges généraux et des priviléges spéciaux a donné naissance, dans la doctrine et dans la jurisprudence, à trois systèmes différents.

Il a été enseigné et jugé tour à tour :

1° Que les priviléges généraux doivent toujours et dans tous les cas primer les priviléges spéciaux;

2° Que l'antériorité appartient, au contraire, aux priviléges spéciaux;

3° Que, dans le concours de ces deux priviléges, c'est la nature de la créance réclamée, suivant qu'elle est plus ou moins favorable, qui doit déterminer l'antériorité.

Ce dernier système est un terme moyen qui ne nous paraît reposer sur aucune disposition de loi, qui méconnaît et confond les deux principes, et en laissant à l'arbitraire du juge le soin d'apprécier la faveur de la créance, est contraire à l'essence même du privilége, qui, par sa nature et par ses conséquences, doit avoir une base fixe, invariable.

Sans doute c'est en considération de la faveur due à la créance que les priviléges sont institués, et c'est en raison de cette faveur plus ou moins grande que la classification de chacun des priviléges a été faite. Mais cette classification a dû être et a été en effet l'œuvre de la loi. Quand le Code a créé des priviléges généraux et des priviléges spéciaux, et quand il a classé entre eux chacun des priviléges compris dans l'une et l'autre de ces catégories, il s'est décidé par la nature de la créance, par la faveur qui y était attachée. C'est aller contre sa volonté que de permettre au pouvoir discrétionnaire du juge d'établir, suivant telles ou telles préférences, un concours entre les priviléges généraux et les priviléges spéciaux.

Il y a donc, dans tous les cas, et quelle que soit la nature de la créance, antériorité d'un privilége sur l'autre. La loi est pour le privilége général ou pour le privilége spécial : c'est celui-ci ou celui-là qui doit passer le premier; tout tempérament de l'un ou l'autre principe mène à la confusion.

C'est donc entre ces deux premiers systèmes qu'il faut opter, en faisant remarquer toutefois que, même en se plaçant dans le terme moyen dont nous venons de parler, il faudrait encore reconnaître que le privilége du médecin, par la nature de sa créance, par la faveur qui s'y attache, devrait primer celui du propriétaire.

Si l'on pose la question dans des termes plus absolus, elle doit recevoir la même solution.

En effet, la seule qualification de chacun des priviléges consacrés par la loi suffit pour indiquer le degré de faveur qui s'y attache et le droit de priorité qui en résulte.

Le privilége, par cela seul qu'il est général, est plus favorable, plus énergique que le privilége restreint, c'est-à-dire spécial.

« Le législateur, dit la cour de Rouen dans un arrêt du 12 mai 1828, n'avait pas besoin de dire que le privilége général sur les meubles l'emporterait sur le privilége spécial sur certains meubles, puisque cela ressortait sensiblement de la nature des choses, de la force virtuelle de la généralité établie au premier ordre, et du sous-ordre dans lequel il avait placé la spécialité. »

Il est évident que les priviléges de l'art. 2101 qui pèsent sur l'universalité du mobilier ont un droit de préférence fondé sur un degré d'intérêt et de faveur supérieurs à celui des priviléges de l'art. 2102 qui ne frappe que sur une nature spéciale et restreinte de meubles.

« A ne considérer que la faveur de la cause, dit M. Troplong sur l'art. 2096, les priviléges généraux doivent avoir préférence, puisque la loi les a jugés dignes d'une faveur telle qu'ils affectent la généralité des meubles et même des immeubles. La prédilection du législateur n'est pas douteuse. Elle s'explique par des considérations de haute moralité qui valent bien de petits et pénibles arguments empruntés à des textes sans liaison entre eux.... Tous les priviléges énumérés dans l'art. 2101 (les frais de justice exceptés) reposent sur des services rendus à l'homme, tandis que les priviléges spéciaux sont fondés sur la propriété ou sur la possession, sur des services rendus à la chose. Or ne serait-ce pas tomber, ajoute M. Troplong, dans un matérialisme dégradant que d'attribuer à ces derniers priviléges une préférence sur ceux qui sont destinés à encourager les devoirs de l'humanité et les soins dus à la personne?

» Ce que j'ai dit des frais funéraires, ajoute encore M. Troplong, s'applique aux frais de la dernière maladie; on peut consulter ce que dit Loyseau pour prouver *qu'ils doivent primer les loyers*. »

La même opinion est professée par M. Maleville (ESPRIT DU CODE CIVIL), par Tarrible, Grenier, Favard de Langlade.

Un arrêt récent de la cour de Rouen (30 janvier 1851) consacre le même principe. On peut voir aussi l'arrêt ci-dessus cité de la même cour, du 12 mai 1828. — Limoges, 15 juillet 1813. — Poitiers, 30 juin 1830. La cour de cassation ne s'est pas prononcée sur la question, mais elle a reconnu implicitement le principe, en jugeant, par son arrêt du 14 décembre 1824, que le privilége général de la douane primait le privilége spécial du prêteur à la grosse.

Ce n'est pas seulement par voie d'induction qu'il faut ainsi résoudre la question. On peut dire qu'il y a dans la loi un texte précis, formel, et qui ne laisse subsister aucun doute, c'est l'art. 2105.

Cet article dit que, lorsqu'à défaut de mobilier, les priviléges généraux se présentent pour être payés sur le prix d'un immeuble, en concurrence avec les créanciers privilégiés sur cet immeuble, les payements se font dans l'ordre suivant : d'abord les priviléges généraux énoncés dans l'art. 2101, puis les créances privilégiées sur les immeubles.

Ainsi se trouve nettement tranchée la question de priorité du privilége général, et l'on se demande quelle raison sérieuse pourrait faire fléchir ce principe quand il s'agit du privilége spécial sur certains meubles.

L'esprit de la loi et son texte sont donc d'accord pour justifier la demande formée par M. le docteur Boullard.

En conséquence, l'avocat soussigné estime qu'il y a lieu de maintenir le règlement provisoire qui a colloqué M. le docteur Boullard pour honoraires de soins donnés dans la dernière maladie du défunt, par préférence et antériorité à la créance réclamée pour loyer par le propriétaire sur le prix du mobilier.

Paris, 13 juin 1851.

PAILLARD DE VILLENEUVE.

L'Association des médecins du département de la Seine demande au tribunal la permission d'ajouter quelques mots aux développements juridiques donnés au point de droit par son conseil.

La question qui concerne M. le docteur Boullard intéresse le corps médical tout entier, et les membres du bureau de l'Association, établie aux termes d'un décret du président de la République, en date du 16 mars 1851, croient qu'il est de leur devoir d'intervenir dans ce débat.

Le privilége du médecin, pour frais de dernière maladie, repose sur un principe d'humanité, nous pouvons dire aussi de dignité professionnelle : il protége les intérêts si précieux du malade, en même temps qu'il sauvegarde la considération du corps médical. En assurant au médecin le prix légitime de ses soins, il fait obstacle à des exigences anticipées contraires tont à la fois aux sentiments de l'humanité et à la réserve imposée à l'homme de l'art dans l'exercice de sa profession.

Les membres du bureau de l'Association, pleins de confiance dans la justice du tribunal, ne doutent pas que la solution ne soit conforme aux règles du droit, aux principes de l'équité.

Les membres du bureau :

ORFILA, président de l'Association.
BÉRARD, doyen de la Faculté de médecine de Paris, vice-président.
ADELON, professeur de médecine légale à la Faculté, vice-président.
VOSSEUR, trésorier de l'Association.
MÉNIÈRE, secrétaire annuel.
PERDRIX, secrétaire général.

Paris, 15 juin 1851.

— On écrit de Rosoy (Haute-Marne), à la date du 10 juin :

« La fièvre miliaire règne dans notre commune; plusieurs personnes en sont mortes, 40 personnes environ sont atteintes de cette maladie. »

— M. le ministre de l'instruction publique ayant autorisé l'École secondaire de médecine de Reims à procéder, par voie de concours, à la présentation d'une liste de candidats pour la nomination d'un professeur titulaire à la chaire d'anatomie et de physiologie devenue vacante, le directeur de l'École invite les docteurs en médecine et en chirurgie qui auraient l'intention de concourir à vouloir bien la lui faire connaître; il s'empressera de leur fournir tous les renseignements qu'ils pourront désirer. Le concours s'ouvrira du 16 au 20 août prochain.

Le rédacteur en chef, JULES GUÉRIN.

REVUE HEBDOMADAIRE.

ACADÉMIES DE MÉDECINE ET DES SCIENCES. — LA VACCINE ET L'INOCULATION. — NOUVEAUX SELS DE QUININE. — RÉFORME DES GATEUX. — LA NICOTINE. — LA RIGIDITÉ CADAVÉRIQUE.

Tout n'a pas été dit encore sur la vaccine. Malgré une expérience de plus d'un demi-siècle, malgré les nombreux travaux dont elle a été l'objet depuis l'origine de sa découverte, malgré les immenses documents qui viennent s'accumuler tous les ans dans les cartons de l'Académie de médecine, tous les points de son histoire ne sont pas tellement connus, toutes les questions de physiologie pathologique qu'elle soulève ne sont pas si complétement élucidées, qu'il n'y ait encore dans les nombreuses inconnues de ce vaste problème de quoi exercer la sagacité d'un esprit investigateur. Aussi M. Bousquet, qui a fait de la vaccine sa chose, qui veille sur son avenir avec toute la sollicitude et la vigilance d'un tuteur pour son pupille, ne néglige-t-il aucune occasion de jeter quelque jour sur ces questions délicates. Ces occasions lui sont naturellement offertes par le rapport annuel sur les vaccinations. L'année dernière, c'était l'influence de la vaccine sur la population qui faisait le texte de son rapport ; cette année, c'est l'inoculation. L'inoculation, dira-t-on !... qu'a-t-elle à faire avec la vaccine ? L'inoculation n'a peut-être pas encore été si définitivement appréciée dans ses avantages comme dans ses inconvénients, qu'il n'y eût sur plus d'un point à reviser les jugements de nos devanciers ; mais ce n'est pas un pur intérêt rétrospectif qui a engagé M. Bousquet à entretenir l'Académie de l'inoculation, c'est un intérêt tout d'actualité. En effet, soit par un reste de préjugé profondément enraciné encore dans quelques populations, et auquel n'auraient pas craint de sacrifier quelques médecins, soit défiance inspirée par l'usage des revaccinations et peut-être aussi par les attaques dont la vaccine a été l'objet dans ces derniers temps, toujours est-il qu'il s'est manifesté depuis quelques années, sur quelques points de la France, une tendance à revenir à l'inoculation. C'est un médecin de Tarn-et-Garonne, grand partisan des revaccinations, qui n'ayant pas de vaccin sous la main, prend le virus de la variole et l'inocule à 72 vaccinés. C'est une sage-femme qui inocule la variole à 8 enfants le lendemain même du jour où ils venaient d'être vaccinés. Ailleurs, ce sont les parents eux-mêmes, qui, inspirés par les souvenirs de l'inoculation et encouragés par des médecins, se chargent de transmettre la variole à leurs enfants. Ces faits, révélés par le dépouillement des pièces et rapports sur les vaccinations de 1849, justifiaient bien, comme on le voit, le choix du sujet traité par l'honorable rapporteur. Nous ne le suivrons pas ici dans le parallèle qu'il a fait à cette occasion entre la vaccine et la variole artificielle ; nul besoin est de dire laquelle des deux a sa préférence. Mais la supériorité de la vaccine, justifiée par tant et de si puissants motifs, que le choix entre elle et l'inoculation ne saurait jamais, et dans aucun cas, rester douteux, devrait-elle exclure à tout jamais et d'une manière absolue la pratique de l'inoculation ? Telle est la question que s'est posée M. Bousquet. Sa réponse lui a été dictée par deux exemples remarquables. En 1798, à l'époque où Jenner venait de publier ses immortelles recherches, il lui naquit un fils qu'il s'empressa de vacciner ; l'opération échoua : quelque temps après, il le conduisit dans un pays où régnait la petite vérole ; il n'y avait point de vaccin dans la localité ; Jenner, prenant conseil du danger, lui inocula le virus varioleux. Le second exemple est plus près de nous et il est bien plus digne d'attention. En 1826, il régna, à Saint-Pol-de-Léon, dans le Finistère, une épidémie de petite vérole qui, dans l'espace de moins de cinq mois, enleva 285 personnes sur une population de 6,225. M. Guillou, médecin de cette localité, pensa tout d'abord à la vaccine ; mais il n'avait pas de vaccin et le pays en était dépourvu. Dans cette extrémité, son parti fut bientôt pris. Il y avait parmi ses malades une personne que la vaccine n'avait pas préservée de la varioloïde, il en prit le virus et l'inocula. Cette inoculation fut répétée ensuite sur plus de 600 personnes, et elle eut dans tous les cas le résultat le plus satisfaisant. Oui, sans doute, lorsqu'en présence d'une épidémie meurtrière, le vaccin vient à manquer, il n'est pas de médecin qui dût hésiter, à l'exemple de Jenner et de M. Guillou, à recourir à l'inoculation, à cet art qui, suivant l'expression de Lacondamine, « nous *millésime*, tandis que la nature nous décimait. » Telle est aussi la conclusion de M. Bousquet. Mais ce cas seul excepté, il veut, et tous les bons esprits voudront avec lui, qu'on reste fidèle à la vaccine.

— La lecture du rapport de M. Bousquet, bien qu'elle ait occupé une bonne partie de la séance, a permis cependant d'entendre encore quelques intéressantes communications, notamment une note de M. Barreswil sur deux nouvelles préparations de quinquina, le tannate de quinine et le tannate de cinchonine, auxquelles l'auteur attribue, entre autres avantages celui d'agir à moindre dose avec autant d'efficacité que le sulfate, d'être plus facile à administrer à cause de leur insipidité, et de convenir enfin dans les cas où l'usage du quinquina est plus spécialement indiqué ; c'est ce que l'observation clinique aura ultérieurement à vérifier. La seconde communication est un mémoire de M. Archambault, médecin de l'hospice des aliénés, à Charenton, sur les moyens de faire disparaître des hôpitaux d'aliénés les quartiers dits *des gâteux*. On trouvera un résumé de cette dernière communication au compte rendu ; nous nous bornerons ici à signaler un point important qu'a fait ressortir M. Archambault avec toute l'éloquence des chiffres : c'est que l'heureuse innovation qu'il a introduite dans l'asile de Charenton, loin d'avoir entraîné un surcroît de dépense pour cet établissement, a, au contraire, tout compte fait, réalisé une économie.

Au commencement de la séance, M. Orfila a fait connaître à l'Académie le résultat d'une expérience qui apporte un complément important à ses recherches sur l'empoisonnement par la nicotine : il s'agissait de savoir si la présence de la nicotine, dont la découverte est désormais assurée par les procédés d'analyse de M. Stas, serait aussi facilement décelée dans les organes de sujets morts depuis longtemps, et dont le corps serait dans un état de putréfaction plus ou moins avancée. Il y a déjà longues années que M. Orfila, préoccupé de cette question pour divers poisons, en avait recherché la solution dans une série d'expériences instituées à cet effet. Il avait reconnu pour un grand nombre de poisons minéraux et pour quelques alcaloïdes, tels que la strychnine, la morphine, la brucine, qu'une inhumation plus ou moins prolongée n'apportait aucun obstacle à leur recherche. Il a pu, en effet, constater par leurs réactifs ordinaires la présence de la plupart de ces poisons, plusieurs jours, plusieurs mois, et, dans quelques cas même, plusieurs années après l'inhumation. C'est cette

---

Feuilleton.

CHRONIQUE MÉDICALE.

Une excursion au palais de justice. — L'Académie de médecine et le prix d'Argenteuil. Une individualité remuante. — L'Union médicale devant les tribunaux. — Un docteur séquestre. — Importante question d'intérêt professionnel.

La Chronique s'est réveillée aujourd'hui avec l'agréable idée de vaguer à travers le palais de justice. N'ayant pas été *nourrie dans le palais*, elle n'en connaît pas les détours ; ce n'en sera que plus intéressant. La voici donc au milieu des robes noires, des toques noires, des détours noirs et des intentions *idem*. Vous croyez peut-être que la Chronique va se trouver perdue et dépaysée dans cette Babel. Pas du tout ; elle n'y rencontre que des figures de connaissance. C'est à se demander si les Pas-perdus ne seraient pas devenus un lieu de rendez-vous général pour les médecins ; si, par exemple, le *cercle médical*, qui a été longtemps en quête d'un logement, ne s'y serait pas définitivement installé. Vous y voyez passer tour à tour l'académicien à palmes vertes, le journaliste en lunettes et la plume sur l'oreille, le praticien orné de la cravate blanche ; une vraie procession. D'où vient ce monde confraternel et qu'y a-t-il ?

Il y a d'abord que l'Académie de médecine est appelée à s'expliquer devant messieurs les juges au sujet du prix d'Argenteuil. Ce bon marquis avait cru ne répandre, avec ses écus, que la paix et les bénédictions au sein de l'Académie ; et il se trouve qu'il lui a légué une machine de guerre. Des imprécations à la *Camille* n'eussent pas attiré sur elle plus de tribulations que ce testament si paterne. Le feuilleton a déjà composé là-dessus plusieurs chants. Il a dit les causes, *causas memoravit*, et par quelles voies l'Académie s'était engagée dans cette succession d'ennuis.... *tot volvere casus insignem pietate !...* Le premier prix devait être adjugé en 1844 ; il ne l'est pas encore, comme chacun sait. La commission d'alors voulait le partager entre cinq ou six concurrents. La Gazette Médicale a immédiatement soutenu que l'esprit et les termes formels du testament s'y opposaient. Ému de cette opinion qui s'était produite dans son propre sein, le conseil d'administration consulta un légiste éminent, Me Paillet, qui se déclara également pour le principe de l'intégralité du prix. Les conclusions de la commission furent repoussées par l'Académie. Une autre vint qui imagina une manière plus simple de ne pas morceler la somme ; c'était de la garder tout entière dans le coffre-fort de la compagnie et de ne distribuer que des mentions honorables. Cependant les fonds s'amassaient, la fondation datant déjà d'une douzaine d'années ; l'embarras des richesses commençait à se faire sentir (phénomène très-rare à l'Académie nationale de médecine) ; le conseil d'administration essaya de tourner le vœu du testament, de manière à n'en pas violer directement la lettre tout en ne s'y conformant pas dans sa disposition expresse. Ce compromis consistait à répartir la somme affectée au premier prix sur plusieurs prix subséquents, et à

même expérience qu'il a répétée pour la nicotine. Des animaux empoisonnés par cette substance ont été abandonnés ensuite à la putréfaction, et lorsqu'ils étaient dans un état de putridité déjà avancé, il en a soumis les différents organes aux procédés de recherche de la nicotine, qu'il a retrouvée avec autant de facilité que s'il l'eût fait immédiatement après la mort. La communication de M. Orfila a suscité quelques interpellations qui eussent été de nature peut-être à provoquer l'examen d'une intéressante question sur laquelle la GAZETTE MÉDICALE a appelé dans le temps l'attention de ses lecteurs, l'influence de l'abus du tabac sur la santé, si les termes mêmes de ces interpellations et la forme sous laquelle elles ont été présentées n'avaient exclu d'avance tout côté sérieux dans la petite discussion qui s'en est suivie, et ne l'avaient fait tomber dans le domaine du feuilleton, où nous la renvoyons.

— L'Académie des sciences a eu aussi celle semaine son petit contingent de communications. Dans une des précédentes séances, M. Brown-Séquard avait annoncé quelques résultats intéressants d'expériences entreprises dans le but d'étudier le phénomène de la rigidité cadavérique. Il avait constaté par une série d'expériences que des muscles atteints, depuis dix à vingt minutes, de la rigidité dite cadavérique, pouvaient perdre cette rigidité et redevenir irritables sous l'influence d'une injection sanguine dans leurs vaisseaux ou du rétablissement de la circulation momentanément interrompue. Ce fait qu'il n'avait pu observer jusqu'ici que sur des animaux, il a eu tout récemment l'occasion de le constater chez l'homme. Un supplicié, dont le corps a été apporté à l'amphithéâtre des hôpitaux, a été le sujet de cette nouvelle expérience. M. Brown-Séquard devant communiquer à la GAZETTE MÉDICALE la relation de cette curieuse expérience, nous lui laissons le soin d'en rapporter tous les détails, nous bornant pour le moment à en énoncer le résultat. Après s'être assuré que tous les muscles du cadavre étaient dans un état de rigidité complète et qu'ils ne donnaient plus, sous l'influence des excitants ordinaires, aucun signe d'irritabilité, M. Brown-Séquard se fit tirer à lui-même une demi-livre de sang; après avoir totalement défibriné ce sang par le battage et l'avoir passé à travers un linge, il l'a injecté dans l'artère radiale. Dix minutes après cette injection (treize heures et demie après la décapitation), on constata que l'irritabilité musculaire était revenue dans tous les muscles de la main sur laquelle on venait d'opérer; l'irritabilité s'est conservée pendant plusieurs heures. Ces expériences sont loin d'être dénuées d'intérêt, mais nous ne pensons pas qu'on puisse légitimement en déduire aucune application pratique utile pour la constatation du décès, ni qu'elles infirment en rien la valeur assignée au phénomène de la rigidité comme signe de mort.

H. BRUCHIN.

ANATOMIE.

MÉMOIRE SUR QUELQUES POINTS DE L'ANATOMIE DU PANCRÉAS; **lu à la Société de biologie, dans la séance du 1er février, par M. AR. VERNEUIL, prosecteur de la Faculté, ex-interne et lauréat des hôpitaux et de l'École pratique, membre des Sociétés anatomique et de biologie.**

(Suite et fin. — Voir le numéro précédent.)

CONDUIT EXCRÉTEUR.

Une question fort intéressante dans l'histoire anatomique du pancréas est relative à la multiplicité des conduits. J'ai consulté à ce sujet le travail de Tiedemann et la thèse de M. Bécourt; ils ont noté des dispositions très-multipliées. J'avoue que, pour ma part, sur vingt pancréas environ dont j'ai injecté les conduits excréteurs, je n'ai jamais trouvé qu'une seule et unique disposition, que par conséquent je regarde comme la plus commune; c'est donc la seule que je décrirai; l'ensemble de mes pièces la met en évidence.

Le canal de Wirsung occupe la partie moyenne du corps, à distance à peu près égale du bord supérieur et du bord inférieur; tantôt plus rapproché de la face antérieure, tantôt plus voisin de la postérieure, disposition qui m'a paru la plus fréquente; tantôt enfin au milieu de la glande. En approchant de la tête, ce canal s'infléchit fortement en bas, de manière à présenter une double courbure en *S* italique. Il se rapproche beaucoup du bord inférieur de la glande, et ultérieurement se dirige en arrière pour se réunir au canal cholédoque. Les conduits secondaires de l'extrémité splénique, et en général ceux qui sont d'un petit volume, se jettent perpendiculairement dans le conduit principal; mais on voit souvent vers la partie moyenne du corps, un ou deux canaux, l'un supérieur, l'autre inférieur, se jetant dans le canal de Wirsung, après avoir reçu eux-mêmes un assez grand nombre de canaux de troisième et de quatrième ordre.

Au point indiqué, le canal excréteur semble se trifurquer: la branche moyenne et antérieure n'est autre que le canal principal qui recueille lui-même un nombre considérable de canalicules venant des lobules de la face antérieure. A la réunion du corps et de la tête, on voit encore des canaux secondaires importants se jeter dans le canal de Wirsung. Le plus remarquable a été considéré à tort comme un second canal; c'est tout simplement une branche récurrente d'un volume très-notable qui reçoit tous les conduits de troisième, quatrième et cinquième ordre, venant des granulations qui constituent la plus grande partie du lobe duodénal: cette branche, que j'appellerais volontiers *canal azygos pancreatique*, a donc pour but de recueillir tous les canaux qui auraient peine à se jeter isolément dans le gros conduit; mais elle présente ceci de remarquable, qu'au lieu de se terminer en cul-de-sac, elle va s'aboucher dans l'intestin par sa petite extrémité. C'est, que je sache, le seul cas dans l'économie d'une branche d'un canal excréteur ouverte par les deux bouts. En effet, d'une part elle s'ouvre par un pertuis étroit dans l'intestin; et de l'autre, elle va en augmentant progressivement de volume, à mesure qu'elle reçoit de nouveaux

---

donner chacun de ces prix, ainsi augmentés, à un seul concurrent. De cette façon, on ne partageait pas la somme entre plusieurs têtes, mais on la divisait en plusieurs lots supplémentaires; c'est-à-dire que, de bon compte, on faisait au testament deux accrocs au lieu d'un; on grossissait les prix à venir au delà des intentions du testateur et l'on supprimait une des échéances. L'Académie admit ce système. C'est alors que l'exécuteur testamentaire a appelé l'Académie en justice *pour voir dire* : 1° qu'elle ait à déposer les fonds à la caisse des dépôts et consignations; 2° qu'elle ait à décerner le prix pour la première période sexennale; 3° que ce prix ne sera pas partagé. Voilà, si nous sommes bien informé, les trois questions qui doivent être posées par le demandeur. C'est Me Chaix-d'Est-Ange qui plaidera pour l'Académie.

Sur le premier point, il n'y aura pas lieu à contestation; nous croyons même savoir que le dépôt des fonds est déjà effectué. L'Académie compte aussi ne pas faire opposition au maintien intégral du prix; elle a d'ailleurs sanctionné elle-même ce principe le jour où elle a repoussé les conclusions de la première commission. Tout le débat portera donc sur l'expédient imaginé en dernier lieu par le conseil d'administration. Cet expédient remplit-il les conditions fixées par le donateur? Ces conditions ont-elles le caractère résolutoire? L'article 1046 du Code civil porte : « Les causes qui, suivant l'article 954..., ont riseront la demande en révocation de la donation entre-vifs seront admises pour la demande en révocation des dispositions testamentaires. » Or cet article 954, qui sera le pivot de la discussion, est ainsi conçu : « Dans le cas de la révocation *pour cause d'inexécution des conditions*, les biens rentreront dans les mains du donateur libres de toutes charges, etc. » Engagé sur cette question depuis le moment où elle a été soulevée, nous n'en voulons pas dire davantage aujourd'hui. Nous ne sommes pas comme les républicains de 1848 : nous ne *devançons* pas plus *la justice* des tribunaux que celle du peuple. Le bruit a couru que, dans le cas où le morcellement du prix, soit dans le système pur et simple du partage, soit dans celui, plus ingénieux, de la fusion, serait jugé être un détournement de destination, le conseil d'administration déclarerait ne pas connaître de candidat méritant. Il y serait certes autorisé par les rapports de ses deux commissions et les votes de l'Académie, et ce n'est à lui en aucun cas à désigner un candidat. Mais nous l'engageons à ne pas mettre trop de précipitation dans un acte dont la conséquence immédiate serait la restitution du legs. Par cela même qu'il n'a pas qualité pour adjuger un prix quelconque, il n'a pas qualité pour le supprimer. Le conseil représentera à l'audience l'Académie; à moins qu'il ne soit formellement et expressément muni de pleins pouvoirs, il devra compte à l'Académie de ses résolutions. Suivant notre humble sentiment, si le tribunal décide que le prix sera décerné, à peine de révocation, le devoir du conseil lui imposera de venir, avant toute résolution définitive, demander à la compagnie si, dans le nouvel état de choses et devant l'imminence d'une restitution importante, elle croit devoir maintenir ses précédentes décisions; ou si, au contraire, à supposer même que la somme disponible excédât pour cette fois la valeur des travaux, il ne serait pas plus sage de consentir néanmoins à une rémunération, comme à un moyen de conserver le même encouragement aux travaux à venir, dont on ne peut prévoir l'importance.

Tel sera, nous le répétons, l'objet propre de la discussion. Il n'est pas impossible toutefois qu'on soit amené, par le mouvement des plaidoiries, à l'orner

canalicules se jeter dans le conduit de Wirsung; près de sa terminaison, dans l'intestin, elle reçoit également les conduits très-petits des granulations qui rampent dans l'épaisseur des tuniques du duodénum. Le lieu de réunion de cette branche se fait à une distance variable du pli de Water (de 1 à 4 centimètres). Ce n'est point le cas d'admettre un second canal distinct du premier; mais on peut envisager cette disposition comme une voie supplémentaire ouverte par précaution au fluide pancréatique. Je pense néanmoins que, dans l'état normal, le liquide sécrété par les granulations de la tête du pancréas a plus de tendance à retourner dans le conduit principal, et à se mêler au liquide produit par le corps de la glande.

J'ai toujours vu le second orifice pancréatique situé dans le duodénum en avant et au-dessus du pli de Water. A l'extérieur, il correspond aux granulations qui s'avancent le plus sur la face antérieure du duodénum. A l'intérieur, sa présence se révèle par l'existence d'une petite ampoule plus petite que le pli de Water, mais que j'ai toujours rencontrée, quand je l'ai cherchée avec soin. Une de mes pièces donne une idée très-exacte des rapports des deux conduits pancréatiques entre eux et avec le cholédoque. J'ai dit que j'avais toujours vu ces deux conduits communiquer; voici comment je m'en suis assuré, expérience très-facile à reproduire dans un cours: il suffit d'introduire dans le pli de Water une canule de 1 à 2 millimètres de diamètre, et de pousser une injection avec la térébenthine colorée; on ne tarde pas à voir le liquide revenir dans l'intestin par le petit pertuis. Dans plusieurs cas, le liquide coloré est sorti sous forme d'un jet très-fin, jaillissant à 5 ou 6 centimètres; la plupart de mes collègues de l'École pratique ont été témoins de cette expérience intéressante.

Après ce que j'ai vu de la constance du second orifice pancréatique, je ne puis partager d'une manière absolue l'opinion de Meckel, qui regarde son existence comme un arrêt de développement, le fœtus ayant, suivant lui, toujours deux conduits pancréatiques. Je dois dire néanmoins, en faveur de son assertion, que j'ai toujours trouvé le second canal et le pertuis correspondant d'autant plus développés proportionnellement, que je les ai examinés sur des sujets plus jeunes. Je m'abstiens, pour les raisons que j'ai données plus haut, d'interpréter le but physiologique des dispositions signalées par les auteurs que j'ai déjà cités. Si l'on veut jeter les yeux sur le pancréas du cheval, on verra en grand la disposition que je signale chez l'homme, car elle est identiquement la même. On verra de plus combien la dénomination de *canal azygos* est justifiable. C'est là un exemple type et très-utile à cause des dimensions de l'organe.

Par la convexité de sa courbure, le canal de Wirsung reçoit encore quelques petits conduits qui viennent des granulations les plus inférieures de la tête du pancréas.

Depuis son origine jusqu'à son embouchure, le conduit pancréatique augmente de volume; toutefois cette augmentation est très-peu sensible dans le lobe splénique; elle est beaucoup plus marquée lors de l'abouchement du second conduit. Le canal de Wirsung paraît alors double de volume; son diamètre varie alors entre 3 et 5 millimètres. Je l'ai vu à peu près constamment diminuer de calibre à l'approche de l'intestin. L'une de mes pièces démontre comment se fait la réunion des conduits pancréatique et biliaire; ce dernier, également rétréci, semble se jeter dans le canal pancréatique, qui arrive seul à l'extrémité ouverte du pli de Water. Cette opinion est contraire aux idées reçues, mais elle justifie l'idée de E.-H. Weber, qui dit que la muqueuse du pli de Water ressemble plus à la muqueuse du conduit pancréatique qu'à celle du conduit cholédoque.

Je n'ai pas examiné assez de fois l'incidence de ces deux conduits pour ajouter quelque chose à ce qu'on a dit des variétés de leur rapport: le canal de Wirsung n'a pas de valvules. Je pense qu'il en existe quelquefois sur le trajet du deuxième conduit, qu'il est très-difficile d'injecter par le duodénum. Ces valvules existent bien évidemment près de son embouchure intestinale chez le chat, le chien, et dans le petit conduit du cheval. Chez ce dernier, la face interne du canal présente une foule de petites dépressions qu'on ne voit bien qu'à l'état frais, et qui ressemblent à des glandes de Lieberkuhn. C'est l'analogue des aréoles de la face interne du canal cholédoque.

Je n'ai vu qu'une fois, par l'insufflation, le pli de Water présenter le renflement ampullaire signalé par Sœmmering. Relativement à la disposition des lobules glandulaires, j'ai vu des granulations très-ténues accolées immédiatement sur les plus gros conduits y verser directement le produit sécrété par un canalicule très-ténu. Cette observation est facile à vérifier sur l'homme et bien mieux encore chez le cheval.

ARTÈRES DU PANCRÉAS.

En jetant les yeux sur les pièces précitées, on verra de suite la disposition des vaisseaux du pancréas; j'ajouterai néanmoins ici quelques réflexions. A l'extérieur, le pancréas paraît peu vasculaire; mais en pénétrant par la dissection dans l'intérieur du parenchyme, on peut y sculpter un riche réseau vasculaire; l'artère splénique ne fournit qu'un corps, l'hépatique qu'à la tête, la mésentérique supérieure à ces deux régions. La tête présente deux arcades à convexité tournée à droite. Je les nomme *arcades pancréatico-duodénales*; l'une est antérieure, l'autre est postérieure; toutes deux sont constituées: 1° par une branche descendante de l'hépatique; 2° par une branche ascendante de la mésentérique. Ces deux branches s'anastomosent par inosculation. De la convexité de l'arcade qu'elles forment naissent des branches pour la partie correspondante (antérieure ou postérieure) du duodénum. De la concavité des arcades surtout naissent les branches glandulaires qui forment des réseaux polygonaux. Ces deux arcades, descriptivement bien distinctes, communiquent très-largement par leurs branches.

Les artères du corps sont: 1° des branches descendantes de la splénique; 2° des branches ascendantes fournies par une artère pancréatique volumineuse venue de la mésentérique. Cette artère, largement anastomosée avec l'arcade pancréatico-duodénale antérieure, longe le bord inférieur de la glande parallèlement à la splénique: elle est d'abord cachée par le tissu glandulaire, puis s'enfonce plus profondément dans la glande vers son tiers externe; là elle s'approche de la face antérieure. Ultérieurement elle fournit à la queue et va se terminer en s'anastomosant largement avec la splénique. Le volume de cette artère et celui des rameaux spléniques sont en raison inverse.

Dans toute l'étendue du corps, ces deux gros vaisseaux envoient des branches qui vont former, près de la face antérieure des anses vasculaires en feston, dont la disposition est fort élégante. Entre ces anses se voient des mailles polygonales.

Un petit rameau qui m'a paru constant vient d'une des branches de la splénique, déjà arrivée à la scissure de la rate, et fournit à l'extrémité de la queue:

1° Ces artères, au moins les branches d'un certain calibre ne sont nullement satellites des conduits excréteurs;

---

d'accessoires plus ou moins piquants. Pour qui a suivi, dans la presse et à l'Académie même, toutes les phases de cette affaire, il est évident qu'on fait quelque part d'énergiques efforts pour substituer à une question de principe et d'intérêt général une question purement personnelle. Les premiers signes de cette manœuvre datent d'un certain rapport sur la méthode de traitement de l'un des concurrents, rapport qui a fait passablement de bruit il y a deux ans; dont la non-insertion dans le BULLETIN a été l'objet de vives apostrophes et l'occasion des premières relations de l'Académie avec MM. les huissiers; qui a enfin amené une lettre explicative de M. Moreau. Nous sommes d'autant plus à l'aise dans nos remarques qu'à cette époque, la GAZETTE MÉDICALE, par les divers modes d'action dont elle dispose, a essayé de retenir la justice académique dans les voies d'une égalité parfaite, et de concourir à provoquer l'explication publique de paroles susceptibles de recevoir une interprétation blessante pour le caractère d'un compétiteur. Mais il est impossible aujourd'hui de nier qu'on ne vise à mêler aux contestations de l'Académie et de l'exécuteur testamentaire un nom propre qu'elles ne touchent pas directement, et à faire croire que c'est la cause particulière d'un concurrent qui sera plaidée sous le couvert d'un principe. Pour parler en termes plus nets encore, l'Académie, en retenant le prix, n'aurait fait tort qu'à un concurrent qui eût été infailliblement lauréat. LA PRESSE, par la plume d'un abbé connu, L'ESTAFETTE, d'autres journaux encore, ont prêté leurs colonnes au développement de ce système, avec force injures contre l'Académie. On s'empare d'une phrase superlativement obligeante du rapport de M. Lagneau, dans laquelle une méthode de traitement des rétrécissements de l'urètre est placée au premier rang des *perfectionnements* introduits dans cette partie de la thérapeutique; et, comme l'Académie a voté les conclusions du rapport, on en conclut, par un syllogisme en forme, comme disent les journaux, que l'Académie a elle-même attribué le prix à l'auteur de cette méthode. Il y a là malheureusement deux grosses équivoques. M. l'abbé et ses confrères ignorent-ils donc que le corps du rapport n'appartient qu'au rapporteur, qu'il n'appartient pas même aux autres membres de la commission, encore moins à l'Académie tout entière, et que celle-ci ne vote ou ne repousse jamais que des conclusions? Or les conclusions du rapport de M. Lagneau tendaient seulement à faire adresser des remercîments à l'auteur du mémoire, et à renvoyer le rapport lui-même à la commission du prix d'Argenteuil. Cette première équivoque, quoi qu'en ait dit dans la REVUE MÉDICALE un *avocat au conseil d'État et à la cour de cassation*, n'était pas mince, et M. Lagneau en a jugé comme nous, puisqu'il l'a relevée dans le même journal. La seconde a bien aussi son importance. Les conclusions de M. Lagneau sont les conclusions de M. Lagneau, ni plus ni moins; elles ne sont pas celles de la commission du prix. L'Académie a pu adresser en 1849 des remercîments à un concurrent, et décider en 1850, comme en fait elle a décidé, que le concurrent n'avait droit, avec quatre ou cinq autres, qu'à une mention honorable. C'est donc très-injustement, et par un procédé regrettable, qu'on cherche à effacer derrière une seule individualité d'honorables et laborieux compétiteurs, qui n'ont pas moins souffert des décisions de l'Académie.

Au reste, il paraît que l'avocat du demandeur a exprimé l'intention bien arrêtée de se maintenir sur le terrain des principes. La présence de M. Chaix-d'Est-Ange, comme avocat de la partie adverse, ne l'encouragera pas vraisemblablement à s'en écarter.

2° A leur origine, à leur terminaison, dans l'épaisseur du parenchyme, elles communiquent largement entre elles.

Le pancréas est donc un des organes dans lequel la circulation artérielle générale et locale est la mieux assurée, autant par la multiplicité des sources que par la facilité des anastomoses.

Il se rapproche de l'estomac sous ce rapport et sous celui de la circulation générale de l'abdomen. Ces deux viscères, en effet, rallient les trois branches du tronc cœliaque ensemble et avec la mésentérique supérieure. Je n'ai pas besoin d'insister sur l'intérêt d'une semblable disposition.

VEINES DU PANCRÉAS.

Elles présentent beaucoup d'analogie avec les artères; elles forment, comme elles, deux arcades pancréatico-duodénales qui font communiquer la veine porte et la grande mésaraïque par une large voie collatérale. Les autres veines se jettent directement dans la veine porte, dans les deux mésaraïques, dans la splénique, en plusieurs points de son trajet : les réseaux vasculaires de la tête ont la même disposition que les réseaux artériels. Dans le corps, il en est de même; comme cela arrive pour le système de la veine porte, il n'y a qu'une veine pour chaque artère. Le système veineux du pancréas ne semble pas prédominer beaucoup sur le système artériel; ce qui du reste se comprend aisément, les veines de cet organe n'ont pas pour objet une absorption active, comme cela a lieu pour les mêmes vaisseaux qui rampent dans l'épaisseur des tuniques de l'estomac, de l'intestin grêle et du gros intestin. Par rapport à la circulation générale de l'abdomen, les réflexions présentées plus haut pour les artères s'appliquent également aux veines.

NERFS DU PANCRÉAS.

Les nerfs du pancréas sont mal connus. Haschke avance, je ne sais pourquoi, qu'ils proviennent du plexus spermatique. J'ai à dessein préparé les nerfs capsulaires et rénaux, et les plexus spermatiques qui sont une dépendance de ces derniers; j'ai vu une indépendance complète entre la distribution vasculaire et nerveuse du pancréas et celle des organes auxquels ces nerfs se rendent.

M. Cruveilhier s'approche plus de la vérité en disant que le pancréas reçoit ses nerfs du plexus solaire. Ils viennent en réalité de plusieurs sources :

1° Des nerfs spléniques qui se portent sur l'artère du même nom à la scissure de la rate, abandonnant les filets très-ténus qui pénètrent la glande par son bord supérieur;

2° Directement de la face antérieure du plexus solaire, soit sans artères satellites, soit en suivant l'artère mésentérique; les nerfs pénètrent le pancréas par sa face postérieure, et son bord inférieur au niveau de l'union du corps et de la tête;

3° Enfin sa tête reçoit les petits nerfs satellites des arcades pancréatico-duodénales, et qui viennent des plexus hépatique et mésentérique supérieur. Ce sont les nerfs pancréatico-duodénaux.

Une de mes pièces montre en même temps l'ensemble du plexus solaire et des plexus principaux qui en naissent. J'ai présenté ici les nerfs tels que je les ai trouvés. *J'affirme* qu'il n'y a aucune exagération dans leur nombre et que leur disposition est aussi fidèlement représentée que le permet une préparation sèche.

Les nerfs viscéraux n'affectent pas la forme de filets que la dissection puisse isoler. Sur les artères principales, tronc cœliaque, mésentérique supérieur, hépatique, coronaire stomachique, les nerfs forment aux vaisseaux une gaîne très-complète, très-dense, et tellement plexiforme qu'il serait, à mon avis, très-artificiel de les séparer. J'ai donc préféré isoler en masse cette gaîne nerveuse, et la laisser comme elle existe réellement.

J'ai essayé à plusieurs reprises des injections de vaisseaux lymphatiques; soit difficulté, soit inexpérience, toujours est-il que je n'ai rien obtenu qui méritât la peine d'être conservé. Je n'ai également rien recueilli d'intéressant ni de nouveau sur le développement; je m'abstiens donc d'en parler plus longuement.

Les recherches d'anatomie comparée que j'ai entreprises n'ont porté que sur un petit nombre d'espèces animales. Dans l'intention où je suis de poursuivre ces travaux, je me contenterai de donner ici la description du pancréas du chat et du cheval que j'ai disséqué plusieurs fois.

Chat. — La glande y est bien développée et séparée très-nettement en deux lobes, l'un horizontal, lobe splénique, appendu aux vaisseaux du même nom, appliqué sous la forme d'une plaque longue et mince le long de la face postérieure et du bord inférieur de l'estomac; son épaisseur est de 2 lignes environ; son extrémité splénique n'arrive pas jusqu'à la scissure de la rate. Les vaisseaux spléniques lui envoient des branches longues et grêles qui pénètrent perpendiculairement le bord supérieur de la glande; l'extrémité duodénale se renfle et se réunit à angle droit avec le lobe vertical ou lobe duodénal; celui-ci plus court, plus large que le précédent, suit tout le trajet du duodénum et remplit presque tout le vaste repli mésentérique qui fixe lâchement cet intestin à la colonne vertébrale. Les vaisseaux mésentériques supérieurs passent entre les deux lobes; ils envoient au duodénum des rameaux vasculaires qui, chemin faisant, abandonnent des ramuscules au pancréas.

Chacun des lobes présente un conduit principal qui reçoit les canaux secondaires. Ces conduits se réunissent à 1 centim. de l'intestin en un seul canal dont le calibre est à peine aussi gros que celui d'un des conduits lobaires et qui s'abouche avec le cholédoque dans le pli de Vater; près de son embouchure, ce canal présente quelques valvules qui obligent à l'injecter en dehors de l'intestin.

Indépendamment de ce conduit principal, il en existe un second d'un calibre très-petit, qui, d'un côté, s'ouvre dans l'intestin en avant du pli de Vater, dans une ampoule fort petite, et de l'autre s'anastomose avec un des deux conduits lobaires; il affecte absolument la même disposition que le second conduit chez l'homme, mais sa capacité est presque microscopique.

Le pancréas du chien m'a paru tout à fait semblable à celui du chat, sauf à l'embouchure du canal, dans l'intestin, où il présente une ampoule et des valvules, fait signalé déjà par les auteurs. Chez les deux animaux qui précèdent la glande est presque blanche, plus pâle que chez l'homme.

J'ai examiné le pancréas du lapin; mes dissections confirment complétement la description qu'en a donnée le docteur Bernard; je n'y insiste pas; malgré tous mes efforts je n'ai jamais pu trouver qu'un seul conduit.

Le cobaye n'en présente également qu'un, qui s'ouvre loin du duodénum.

Cheval. — J'ai étudié avec soin ce qui a rapport aux canaux pancréatiques. La glande est triangulaire, à base antérieure, longue de 12 à 15 p., épaisse de près d'un pouce en certains points; sa couleur est rosée, plus foncée que chez l'homme. On y distingue deux lobes volumineux qui se

---

— Nous avons placé, dans nos impressions de Palais, l'Académie de médecine avant la presse médicale. C'était par bienséance; car le procès intenté à un organe de la presse, à l'UNION, est plus avancé que le précédent. Les plaidoiries sont terminées; les conclusions du ministère public et le prononcé du jugement à huitaine.

Ce procès est intenté au journal, comme on sait, par M. le docteur Chassaignac, ex-candidat au dernier concours pour une chaire de pathologie externe, pour refus d'insertion intégrale d'une lettre en réponse à un passage *dudit* journal contenant une réflexion désobligeante pour le candidat. A la GAZETTE MÉDICALE si violemment vituperée jadis pour avoir réclamé la protection de la loi, non pas contre une appréciation plus ou moins sévère, mais contre ce qu'elle croyait être la diffamation et l'injure, le spectacle du procès actuel pourrait sembler deux fois piquant. D'abord l'auteur de l'article qui a éveillé de si vives susceptibilités, et le plaignant, sont également d'anciens et chaleureux partisans de la liberté de discussion. Le premier n'est pas ici, il est vrai, infidèle à son principe, puisqu'il en pousse l'application jusqu'à des limites qui ont été trouvées excessives; mais il peut voir que nous n'étions pas d'une excentricité aussi phénoménale qu'il le disait alors et que, en fait d'amateurs de papier timbré, il y avait pis que nous. Le second, qui se fâche tout rouge pour quelques mots, doit admirer maintenant la GAZETTE qui a supporté bien d'autres horions sans se plaindre et qui n'en est venue à une nécessité pénible qu'après avoir donné de nombreuses preuves de longanimité. La GAZETTE doute si peu de l'admiration de cet honoré confrère qu'elle prend la liberté de l'en remercier du fond du cœur.

L'autre côté piquant de cette affaire, c'est que le journal à qui ses appréciations de concours ont attiré coup sur coup (bien à tort, à ce que nous croyons) le procès que nous venons de dire et une étrange protestation en pleine faculté de la part de l'un des candidats, ce journal trouvait nos appréciations trop hardies, d'une couleur trop foncée, et semblait hésiter sur la question de l'intervention de la presse dans les concours. Le fait est que nous avons, en cette circonstance, passé à travers bien des discussions, risqué bien des froissements, mis bien souvent en cause la science et les savants, sans réveiller le moindre buissier. On voit que, une fois lancée sur nos traces, L'UNION MÉDICALE nous a bientôt dépassé. Nouvelle preuve de la vérité de cette maxime qu'un homme sage qui se dérange ne s'arrête plus.

— La CHRONIQUE a rencontré encore d'autres plaideurs de sa connaissance; par exemple, le docteur Tirat de *Malemort* (un nom peu rassurant pour les clients), lequel préparait les jeunes gens au baccalauréat avant de guérir radicalement (sur les murs) la phthisie pulmonaire. Les clients actuels du confrère se plaignent, dit-on, de tousser et de cracher *usque ad finem*; les anciens se plaignaient de ne devenir jamais bacheliers, et c'est pour reprendre, par extorsion, le prix d'une *préparation* infructueuse, que deux d'entre eux avaient attiré le docteur-homme de lettres dans une maison isolée et lui avaient fait signer un bon de quelques mille francs. Le plaignant a eu, devant la justice, le plus beau succès sans doute qui ait jamais marqué sa double carrière. Des peines sévères ont été infligées aux deux bacheliers manqués ainsi qu'à un certain comte qui les avait assistés dans leur honnête opération.

Mais nous passons vite sur cette cause, aussi bien que sur plusieurs autres

réunissent à 15 ou 20 centim. du duodénum. Le lobe supérieur ou antérieur est le plus long; il représente le corps et la queue du pancréas humain; il renferme un gros conduit qui augmente progressivement de volume en recevant des branches sur tout son pourtour, mais principalement vers ses bords supérieurs et inférieurs. Il se réunit au point indiqué avec un gros conduit qui vient du lobe inférieur ou postérieur. Celui-ci forme le sommet du triangle qui représente la glande; il est court, épais; il renferme plusieurs gros conduits à peu près égaux et parallèles qui se réunissent en un seul qui se réunit avec le conduit supérieur, comme je l'ai déjà dit. Ce lobe représente le lobe duodénal, mais seulement par analogie. Un pont de substance glandulaire réunit l'extrémité libre de ces deux lobes qui laissent entre eux un vide, un trou dans lequel passe la veine porte; c'est le vestige de la gouttière signalée dans le pancréas humain. Ce pont de substance glandulaire rappelle une disposition analogue qui existe chez le chat.

Le canal principal résultant de la réunion des conduits du lobe inférieur et de celui du lobe supérieur semble la continuation de ce dernier; il reçoit peu de ramuscules excréteurs, et néanmoins il est caché par une masse glandulaire assez considérable qui recouvre toute sa face antérieure. Cette disposition s'explique facilement. Le canal de Wirsung, qui présente en cet endroit le volume du doigt annulaire, est longé par un second conduit qui présente le volume d'une petite plume d'oie, et c'est lui qui recueille les branches provenant des granulations qui forment la masse glandulaire dont je viens de parler; ce conduit secondaire s'abouche, d'une part, soit dans le canal de Wirsung, soit dans le canal excréteur du lobe splénique; d'une autre part, dans l'intestin, en un point marqué par un bourrelet muqueux saillant, à 4 centim. en avant et au-dessus du pli de Vater.

On le voit, dans le second conduit, communiquer avec le duodénum et avec les conduits glandulaires principaux, et il recueille, chemin faisant, les rameaux qui ne se jettent point dans le canal de Wirsung. On reconnaît bien l'analogie que cette disposition offre avec ce que j'ai précédemment décrit chez l'homme, et qui m'a paru assez remarquable pour que je me permette d'appeler cette branche collatérale *canal azygos pancréatique*, nom qui rappelle par analogie le rôle que joue dans le système veineux la veine azygos.

Le petit canal que je viens de décrire m'a semblé, dans deux cas, présenter un rétrécissement près de son ouverture, dans l'intestin. Dans un cas dont j'ai gardé la pièce, au delà de ce rétrécissement se trouve une ampoule volumineuse; mais je ne saurais indiquer si cette disposition est fréquente.

J'ai examiné le pancréas sur plusieurs animaux, rat, hérisson, mouton, orvet, vipère, raie, congre. J'ai disséqué également un assez bon nombre d'appendices pyloriques de poisson; mais je n'ai pas poussé ces recherches assez loin pour faire une histoire anatomique complète de ces organes importants sur lesquels il reste à faire de nombreux travaux.

OBSTÉTRIQUE.

DE L'ACCOUCHEMENT PRÉMATURÉ ARTIFICIEL, ET DES MOYENS CONSEILLÉS POUR RÉDUIRE LE VOLUME DE L'ENFANT A TERME; par M. CHAILLY-HONORÉ.

(Suite et fin. — Voir le numéro précédent.)

Bien que la France ait précédé l'Allemagne dans la proposition de l'accouchement prématuré artificiel, car, en 1779, Roussel de Vauzesme, dans sa dissertation sur la synchondrotomie pubienne. propose, pour l'éviter, de provoquer l'accouchement au septième ou huitième mois, ce procédé est passé de l'Angleterre en Allemagne A Heidelberg, A. Mai, en 1779, la propose aussi; mais elle ne fut pratiquée qu'en 1804 par Wenzel. Ce succès et la publication de son livre (1818), et celui de Rei-inger (1820), acquirent à l'accouchement prématuré de zélés partisans. Kluge Busch, d'Outrepont, Ritgen, Kilian et Nægele, etc. Il n'eut pour antagoniste sérieux que le célèbre Boër (de Vienne). Osiander, Froriep, A.-E. Siebold en devinrent partisans après avoir été ses adversaires.

Ferrarion, en Italie, publia, en 1829, six observations dues au professeur Lovati (de Pavie), dans lesquelles cinq enfants vinrent vivants; un seul mourut d'apoplexie, et aucune femme ne succomba. Cisinelli a depuis fait connaître aussi de nouveaux cas dus à Lovati. Bili, à Milan, fut aussi heureux que ce dernier professeur.

En Hollande, il fut plusieurs fois pratiqué avec succès par Salomon Wellenbergh, bien qu'il fût élève de Gardien, et qu'il inventât tout exprès un des meilleurs pelvimètres que nous possédions; enfin par Schow, Van den Kieboom et Vrolik.

En Danemark, en Amérique, en Suisse et en Pologue, P. Scheel, James Spoendli et Mayor, ont fait connaître des observations riches d'intérêt et de détails (Lacour).

En Belgique, c'est au professeur Van Huevel que revient l'honneur d'avoir pratiqué le premier l'accouchement prématuré artificiel sur une femme de 30 ans, rachitique. L'enfant, lors de la publication de ce fait (1843), trois mois après l'opération, se portait très-bien.

En France, comme je l'ai dit, elle fut proposée pour la première fois en 1779, par Roussel Vauzesme; mais ce conseil tomba dans l'oubli. M. Dezeimeris remonte plus haut; il attribue l'initiative à Puzos, mais tout à fait à tort, car le procédé de Puzos n'est qu'une variété de l'accouchement forcé, tandis que dans l'accouchement prématuré artificiel, c'est à la nature qu'est confié le soin d'expulser le produit; l'art ne fait que donner la première impulsion au travail.

Bientôt après Lauverjat se montre partisan de l'accouchement prématuré; mais longtemps mal connue, cette opération éprouva, de la part de Baudelocque et de ses successeurs une opposition aveugle et passionnée, qui n'empêcha pas Fodéré de la recommander en 1813. En 1830, M. Burchard soutint une thèse remarquable sur ce sujet, sous l'inspiration de M. Stoltz, qui lui en fournit tous les matériaux. Enfin MM. Velpeau et Stoltz, la même année 1831, pratiquèrent les premiers en France cette opération, avec un plein succès.

La femme qu'opéra M. Stoltz s'appelait Ursule P... (de Strasbourg),

---

dont nous avions pris note, pour consacrer quelques mots à celle de M. le docteur Boullard. Celle-là, dont nous avons fait connaître les termes dans notre dernier numéro, touche à l'intérêt du corps médical tout entier. Il s'agit de savoir si le privilége accordé au médecin pour frais de dernière maladie, doit, quand il est réclamé sur le prix des meubles garnissant la maison du défunt, primer le privilége accordé au propriétaire sur le prix de ces mêmes meubles. Nous n'avons pas la prétention de refaire la consultation si décisive du conseil de l'*Association des médecins de Paris*, ni d'ajouter aux considérations pleines de sens qu'y a jointes le bureau de l'Association. En étendant le privilége du médecin à la généralité des biens meubles, la loi a voulu l'asseoir sur des garanties exceptionnelles, qu'elle perdrait évidemment dans le système de l'antériorité des priviléges spéciaux. La raison le dit, et la consultation de Me Paillard de Villeneuve l'établit avec force. On peut tirer en outre des dispositions de l'art. 2101, relatif aux priviléges généraux sur meubles, la présomption que la supériorité de cette nature de priviléges sur les priviléges spéciaux a été dans la volonté formelle du législateur. Ce même article comprend les créances privilégiées, non-seulement pour frais de dernière maladie, mais aussi pour frais de justice et pour frais funéraires. Si le privilége général devait être primé par un privilége sur *certains meubles*, il en serait de même nécessairement du second et du troisième. Or est-il possible que la loi n'ait pas voulu assurer, contre toute autre créance, les frais funéraires et les frais de justice?

On doit féliciter M. Boullard d'avoir demandé aux tribunaux de décider une question qu'il est toujours désagréable de débattre avec les familles.

A. DECHAMBRE.

— La GAZETTE MÉDICALE DE MONTPELLIER et la REVUE THÉRAPEUTIQUE DU MIDI ne contiennent aucune nouvelle relative à l'épidémie de suette militaire qui avait sévi pendant le mois dernier sur la ville et l'arrondissement de Pézénas. Ce silence prouve assurément que la maladie, si elle y existe encore, a perdu presque, toute sa gravité.

— Par décrets individuels des 12 et 13 juin 1851, le président de la République a sur la proposition du ministre de l'intérieur, nommé chevalier de la Légion-d'honneur : MM. Gamard, adjoint au mère de Pithiviers depuis 1848, et précédemment maire de cette ville pendant six ans, médecin de l'hospice depuis quinze ans, ancien chirurgien militaire; Motter, médecin de l'hospice des Andelys depuis plus de trente ans, chirurgien-major de la garde-nationale de cette ville pendant dix-huit ans.

— Les médecins du bureau de bienfaisance du 6me arrondissement, appréciant les avantages de relations entre eux pour faciliter et améliorer le service des malades confiés à leurs soins, viennent de se constituer en Société. Ils ont formé leur bureau ainsi qu'il suit :

MM. Collineau, président; Collomb, vice-président; Rollet, secrétaire; Ledeschault, trésorier.

— Deux médecins italiens distingués viennent de mourir : le docteur Baratta, oculiste renommé de Milan, auteur des OSSERVAZIONI PRATICHE SU LE PRINCIPALI MALATIE DEGLI OCHI, et le docteur P. Porta, auteur de nombreux Mémoires insérés dans les journaux italiens.

haute de quatre pieds et demi, dont le bassin ne présentait que deux pouces trois quarts, fut opérée par lui, le 27 septembre 1831; l'opération eut un succès complet. Rien, dans ce cas, ne peut donner matière à contestation; car cette femme étant morte de phthisie pulmonaire huit mois après, M. Stoltz put faire constater, sur le bassin qu'il présenta à l'Académie de médecine de Paris, le degré de rétrécissement et par conséquent la nécessité de l'opération, qui, du reste, était mise hors de doute par la perforation du crâne, à laquelle on avait été obligé d'avoir recours dans deux accouchements précédents. M. Villeneuve (de Marseille), en 1836, pratiqua aussi l'accouchement prématuré; M. Nichet la pratiqua une fois à la Maternité de Lyon (18 août 1840), chez une primipare; enfin, en dernier lieu, M. Stoltz publia, dans la GAZETTE DE STRASBOURG (1842, 1843), deux faits tirés de sa pratique: le premier eut un succès complet; dans le second, par le fait de circonstances que nul n'aurait pu prévoir, la mère et l'enfant succombèrent.

Cette femme, sur sept accouchements précédents, en avait eu six laborieux, et un seul avant terme, où l'enfant avait pu être expulsé vivant. Cette dernière circonstance avait dû paraître à M. Stoltz comme une indication tracée par la nature, et qu'il devait s'empresser de suivre. Malheureusement une excroissance osseuse qui existait derrière la symphyse des pubis, et à sa partie supérieure, et dont l'existence n'avait pas pu être reconnue à cause de son élévation, avait fait certainement des progrès depuis les dernières couches, si l'on en juge par les difficultés bien plus grandes qui se rencontrèrent dans ce huitième accouchement avant terme. M. Nægèle (Manheim, 1812) rapporte un fait de ce genre. Une femme qui avait mis au monde cinq enfants morts et bien portants, et un sixième qui avait succombé à la suite d'un travail prolongé, n'avait pu donner le jour au septième qu'en subissant l'opération césarienne.

La dame qu'opéra M. Velpeau s'appelait madame Tarlet. Desormeaux, Deneux et M. Velpeau n'avaient pu la délivrer que par la céphalotomie. En 1825 (1), cet habile chirurgien l'avait délivrée deux autres fois depuis avec le forceps ou la version, d'enfants morts, et M. Patrix n'avait pas été plus heureux près d'elle dans une quatrième couche.

Cette dame éprouva, au huitième mois d'une cinquième grossesse, quelque gêne; elle fit appeler M. Velpeau, à qui la circonstance parut favorable, et qui décolla et rompit les membranes. L'enfant fut extrait vivant, bien qu'il se présentât par l'extrémité pelvienne.

Enfin, la septième opération pratiquée en France appartient à M. P. Dubois: elle a été pratiquée à la Clinique pendant que j'étais en fonctions dans cet hôpital; elle eut un plein succès. Le bassin de cette petite naine (Leprati), âgée de 23 ans, avait tout au plus 3 pouces de diamètre; cependant elle accoucha très-heureusement au huitième mois, d'une fille bien portante.

RÉTRÉCISSEMENT DU BASSIN; ACCOUCHEMENT PRÉMATURÉ ARTIFICIEL, HEUREUX POUR LA MÈRE ET L'ENFANT.

OBS. I. — Mon ami le docteur Ameuil me pria d'examiner avec lui une jeune femme enceinte de quelques mois, et dont la conformation lui inspirait des craintes pour un accouchement à terme. Après avoir mesuré avec le compas de Baudelocque, puis avec le doigt et l'intropelvimètre de M. Van Huevel, le diamètre sacro-pubien, nous ne trouvâmes que 3 pouces et quelques lignes; nous pensâmes donc qu'il y avait opportunité à pratiquer chez cette femme l'accouchement prématuré artificiel.

L'étendue du bassin nous permit de fixer l'époque de cette opération au huitième mois accompli, afin de laisser les plus grandes chances possibles à l'enfant.

J'aurais désiré avoir l'avis de nos collègues les docteurs Danyau et Devilliers fils, afin de les faire contribuer, pour leur part d'expérience et de responsabilité; jour avait déjà été pris avec ces honorables confrères, quand je reçus de la mère de la jeune femme une lettre dans laquelle elle refusait tout autre concours que celui de M. le docteur Pous, qui nous fut adjoint. M. Pous, après examen fait, partagea notre avis, signa ainsi que nous la consultation, et approuva l'usage des moyens à l'aide desquels nous nous proposions d'opérer.

Une éponge préparée, petite et taillée en cône, fut donc introduite dans le col utérin, puis une autre éponge molle, du volume des cinq doigts réunis en cône, fut introduite sur la première afin de la maintenir, et un bandage en T fut placé pour fixer le tout. Il était onze heures du matin; le soir, vers quatre heures, malgré l'usage de ce moyen et l'administration de 2 grammes de seigle ergoté, aucune douleur ne s'était manifestée. L'appareil fut retiré, et un autre petit cône d'éponge préparée fut introduit dans le col. Pendant la nuit, quelques douleurs sourdes se manifestèrent, l'utérus devint le siége d'une légère sensibilité et d'une tension permanente: l'appareil fut de nouveau retiré, et nous trouvâmes le col dilaté, présentant l'étendue d'une ancienne pièce de 3 francs; les membranes étaient intactes.

Mais pendant que s'étaient accomplis les phénomènes d'aplatissement et de dilatation du col utérin, la face des choses avait tout à fait changé; la tête, poussant au-devant d'elle le segment inférieur de l'utérus, modifié par la présence de l'éponge, avait déjà subi un premier degré d'engagement dans le détroit supérieur. Cette circonstance nous donna à penser que la petitesse de la tête était extrême, et qu'alors il y avait tout lieu de croire qu'elle ne prendrait pas, pendant le dernier mois, un accroissement qui pût l'empêcher de traverser le bassin à terme, et qu'alors, dans l'intérêt de l'enfant, nous devions tâcher de suspendre ce commencement de travail, si cela était possible.

Nous laissâmes donc les membranes intactes; si elles résistaient et que le col vînt à se resserrer, l'enfant, expulsé à terme, aurait acquis son entier développement; mais cette chance était incertaine.

La femme fut mise au bain pour faire cesser la sensibilité de l'utérus, le ventre fut couvert de cataplasmes, le repos fut prescrit, et la femme fit usage d'une potion calmante.

Tout travail cessa; la sensibilité utérine avait complétement disparu, lorsque, trois jours après l'introduction de la première éponge, sans aucune douleur, les membranes se rompirent spontanément, et la femme accoucha seule d'un enfant vivace et bien portant.

L'accouchement fut si facile et si rapide, que la femme resta stupéfaite d'être accouchée pour ainsi dire sans s'en être aperçue. Un médecin fut mandé à la hâte pour effectuer la délivrance. Le rétablissement de l'accouchée fut aussi rapide qu'une couche aussi heureuse devait le faire espérer.

Qui croirait cependant qu'un mois après, notre ami, le docteur Cherest, entendait dans le monde une âme charitable faire passer cette femme pour morte? Elle était allée au spectacle la veille.

RÉTRÉCISSEMENT PRONONCÉ DU BASSIN; EXCÈS DE VOLUME DU PREMIER ENFANT; ACCOUCHEMENT PRÉMATURÉ AU HUITIÈME MOIS ENVIRON D'UNE SECONDE GROSSESSE, DÉTERMINÉ PAR LA CRAINTE DE L'ACCOUCHEMENT PRÉMATURÉ ARTIFICIEL QUI DEVAIT ÊTRE PRATIQUÉ; ENFANT VIVANT.

OBS. II. — Je fus appelé, en 1847, par M. le docteur Bouchon, chez madame Mul..., rue Papillon. Cette dame, affectée d'une luxation spontanée du côté droit, était en travail depuis vingt-quatre heures. La tête de l'enfant était arrêtée au détroit supérieur, rétréci; une application de forceps ne permit d'extraire qu'avec de grandes difficultés l'enfant volumineux et qui avait cessé de vivre. La mère s'est rétablie assez rapidement.

Cette année 1850, M. Vidal (de Poitiers), chargé, après le départ de M. Bouchon, de donner des soins à madame Mul..., vint m'annoncer qu'elle était enceinte de nouveau, et s'éclairer auprès de moi sur les antécédents de cette dame.

Les dimensions du bassin (3 pouces et demi), le volume de ce premier enfant, les difficultés qu'avait présentées son extraction, m'engagèrent à conseiller à M. le docteur Vidal (de Poitiers) de pratiquer l'accouchement prématuré artificiel.

L'opération fut résolue et fixée au 30 septembre 1850, au terme de huit mois environ, afin de laisser à l'enfant les plus grandes chances possibles de viabilité; mais la vive impression que la pensée de cette opération fit ressentir à madame Mul..., la fit accoucher spontanément trois jours avant celui qui avait été fixé pour l'opération. L'accouchement fut si rapide, que M. Vidal (de Poitiers) ne put être averti en temps utile, et que ce fut une sage-femme du voisinage qui reçut l'enfant.

Cet enfant était d'un volume bien en rapport avec le terme de huit mois, et dans un état de santé parfait. Il fut envoyé en nourrice. Plusieurs mois après, il a succombé, mais par l'effet de causes tout à fait étrangères à sa naissance.

Au bout de vingt jours, madame Mul... était complétement rétablie.

La nature, dans ce fait, s'est chargée d'effectuer ce que l'art avait dû résoudre pour le salut de la mère et celui de l'enfant, le fait n'en est pas moins concluant en faveur de l'accouchement prématuré artificiel.

EXCÈS DE VOLUME DE L'ENFANT DANS DEUX COUCHES SUCCESSIVES, COÏNCIDANT AVEC UNE LÉGÈRE DIMINUTION DANS LES DIAMÈTRES DU BASSIN; ACCOUCHEMENT PRÉMATURÉ ARTIFICIEL; FORCEPS; ENFANT VIVANT.

OBS. III. — Madame M..., femme de M. M..., aide de camp du général S..., d'une bonne constitution, d'une conformation régulière, présente cependant une légère diminution dans les dimensions des diamètres du bassin. Enceinte une première fois, cette dame ne put être délivrée, après un travail des plus pénibles et de près de trente heures, qu'à l'aide d'une application de forceps, longue et douloureuse, bien que l'enfant fût d'un petit volume et né un peu avant terme.

Dans une seconde grossesse, survenue au bout de six ans, le travail se présente de la même manière; mais l'application de forceps, comme la première fois, difficile, laborieuse, détermina la mort de l'enfant qui était à terme et d'un volume considérable.

Deux fausses couches suivirent ces deux accouchements.

Enfin une cinquième grossesse survint.

Madame M... vint à Paris et se mit entre les mains habiles de M. Récamier et de M. Vuiton, et notre très-honoré maître voulut bien confier cette dame à mes soins.

Lorsque ses antécédents et toutes les phases des deux accouchements précédents me furent expliqués par madame M... et sa mère, par M. M..., avec ce soin, cette précision, ce calme qu'on ne rencontre que rarement dans une énumération semblable faite par des gens du monde, je vis là toutes les indications qui requièrent l'usage de l'accouchement prématuré artificiel. Ainsi, le premier enfant n'avait dû son salut qu'à ce qu'il était petit et né un peu avant terme,

(1) TRAITÉ COMPLET DE L'ART DES ACCOUCHEMENTS, t. II, p. 410, 2e édit., 1835. Chez J.-B. Baillière, rue Hautefeuille, 19.

et le forceps ne détermina pas sa mort; le second, qui était volumineux, avait succombé dans l'opération même destinée à le sauver.

L'accouchement prématuré artificiel, à huit mois, devait nous offrir des chances tout au moins aussi favorables que celles de la première grossesse; il nous était même permis d'espérer que le volume de l'enfant, plus restreint encore, n'obligerait pas à appliquer le forceps. Je proposai donc de déterminer l'accouchement à huit mois.

M. Récamier, M. J. Massé, M. Désormeaux, M. A. Belin, partagérent cette opinion, et l'opération fut fixée au jeudi 1er mai.

Madame M... prit chaque jour un grand bain; elle fut convenablement rafraîchie; les entrailles furent tenues libres pendant les jours qui précédérent.

A six heures du matin, assisté de M. A. Belin, j'opérai par le procédé que j'avais déjà mis une fois en usage, et qui m'avait si bien réussi, procédé que j'avais vu employer pour la première fois par M. P. Dubois. C'est celui de Kluge.

Le col de l'utérus présentait les modifications qu'il doit avoir à ce terme de huit mois chez une femme qui a déjà eu des enfants. L'orifice externe était légérement entr'ouvert; mais la partie sus-vaginale du col avait conservé toute sa hauteur, 3 centimètres environ. Toute la première phalange de l'index pénétrait dans le col et en mesurait la hauteur; mais elle ne pouvait franchir l'orifice interne.

La petite éponge préparée, enduite d'extrait de belladone et de cérat fut introduite dans le col utérin, à travers le spéculum. Une seconde petite éponge mollette fut poussée sur elle pour la maintenir, et le spéculum fut retiré; un bandage en T et quelques compresses achevèrent de consolider le tout.

Cette petite manœuvre avait été tout à fait exempte de douleur. Vers neuf heures, madame M... crut sentir quelques contractions sourdes. A dix heures, elle prit un grand bain d'une heure et demie, dans lequel elle prit un déjeuner copieux. La journée se passa sans douleurs, et madame M... put se promener tranquillement dans son jardin. Un gramme de seigle ergoté, administré en trois doses, avait été sans effet.

A quatre heures du soir, je retirai les éponges. Le col était ramolli et avait subi un commencement de dilatation; sa hauteur avait aussi diminué. Je perforai les membranes avec une sonde d homme en caoutchouc; une petite quantité de liquide s'écoula.

A six heures du soir, les premières douleurs commencèrent à se manifester; mais elles étaient rares et à peine perçues.

A deux heures du matin, les douleurs préparantes se firent sentir avec une telle intensité, que nous dûmes les atténuer à l'aide d'inspirations de chloroforme.

A cinq heures, la dilatation fut compléte; mais, malgré des douleurs extrêmement énergiques, la tête, placée en occipito postérieure droite, restait au-dessus du détroit supérieur. Enfin, elle parvint à s'y engager un peu, puis elle resta sans avancer d'un millimètre. Une bosse sanguine considérable se forma; les contractions augmentaient d'intensité, et cependant la tête semblait invariablement fixée dans le détroit.

Jusque-là l'auscultation, pratiquée avec soin, n'avait fait concevoir aucune inquiétude pour l'enfant, mais vers huit heures, les battements du cœur, paraissant s'affaiblir, j'appliquai le forceps. Madame M... fut légèrement soumise aux inspirations du chloroforme, et conserva toute sa connaissance pendant toute l'opération, qui fut longue, et qui, sans cette précaution, eût été des plus douloureuses.

La tête fut saisie très-régulièrement, très-solidement; je commençai par achever l'engagement; l'occiput se rendit tout à fait dans la concavité du sacrum; puis, par un mouvement d'élévation prononcé, j'amenai l'occiput prés du périnée. Mes forces étaient à bout; M. A. Belin prit à son tour le forceps, et amena l'occiput encore plus en avant. Enfin, j'exerçai quelques tractions énergiques en élevant toujours fortement les manches de l'instrument; puis, par des tractions directes, je dégageai la tête par son diamètre occipito-frontal plein.

L'enfant était vivant. Le cordon fut coupé immédiatement; deux cuillerées de sang environ qui s'écoulérent par cette voie, des frictions, et la percussion, le ranimérent immédiatement. La délivrance se fit spontanément et suivit de très-prés l'accouchement. Madame M... fut reportée dans son lit, dans l'état le plus satisfaisant. Les suites de couches ont été des plus naturelles, exemptes du plus petit malaise.

Dès le douzième jour, madame M... fit quelques pas, et aujourd'hui 22 mai, elle a repris toutes ses habitudes.

L'enfant, du sexe masculin, est d'un volume tout à fait inaccoutumé, même chez un enfant à terme, et il n'a que huit mois; il pèse, nu, 8 livres.

Le diamètre occipito-mentonnier présente 13 centimètres 6 millimètres; l'occipito-frontal, 11 centim. 3 millim.; le bipariétal, 9 centim. 7 millim.; le bitemporal, 8 centim. 7 millim.

Toutes ces dimensions ont été prises par M. Belin, qui a eu soin de déprimer les tissus engorgés.

Cette tête si volumineuse, excédant un peu les dimensions de celle de l'enfant à terme, est de plus fortement ossifiée; c'est à peine si la fontanelle antérieure est sensible.

L'état du col de la matrice, l'époque de la cessation des règles, celle où les mouvements actifs de l'enfant se sont fait sentir établissent, de manière à ne laisser aucun doute, que la grossesse n'était parvenue qu'au huitième mois; que serait-il advenu si l'on eût laissé cette grossesse parvenir à terme? Quel eût été, à cette époque, le volume d'un enfant qui, à huit mois, présentait déjà de telles dimensions, et dont le poids dépassait de 2 à 3 livres celui des enfants forts nés à neuf mois? L'enfant eût dû être inévitablement sacrifié; et la santé de la mère eût peut être été compromise; car s'il a fallu, à huit mois, exercer, à l'aide du forceps, des tractions si longues et si énergiques pour dégager cet enfant, une simple application de forceps eût été insuffisante à terme. La perforation du crâne et le forceps auraient pu seuls suffire à délivrer la mère.

Nous ajouterons, pour l'édification de ceux qui pensent que le régime des saignées et de la diète infligé à la mère peut diminuer le volume de l'enfant, que madame M... mangeait peu, et que, depuis la moitié du sixième mois jusqu'au huitième, elle avait été à la diète, et de plus, elle avait été saignée plusieurs fois pour une pneumonie grave.

Les circonstances qui avaient accompagné cet accouchement avaient éveillé au plus haut point l'attention des nombreuses relations de madame M...; chacun s'empressait de venir admirer cet enfant vigoureux, développé comme d'autres le sont à trois mois.

Madame M... voulait nourrir; l'enfant fut mis au sein, mais il ne trouvait encore rien, et de l'eau sucrée lui fut donnée le premier et le second jour; le troisième, on y ajouta un peu de lait.

A une heure de l'après-midi, M. Récamier s'était extasié sur la beauté, la vigueur de cet enfant. Je le vis aussi à quatre heures et le trouvai dans l'état le plus florissant. A huit heures du soir, il était pris de convulsions, et à minuit, malgré un traitement actif et énergique mis en œuvre par MM. Récamier, J. Massé, Belin et moi, malgré l'allaitement par une nourrice qu'on se procura immédiatement, nous eûmes le regret bien vif de le voir expirer. Il est difficile de se figurer la douleur des parents.

C'est à sept mois et demi qu'il faut désormais que l'accouchement ait lieu! s'est écrié M. Récamier. Oui; c'est la seule indication à remplir à l'avenir, et si cet enfant, que l'application longue et difficile du forceps aurait dû faire périr, et qui ne succomba que sous un excès de force, fût né d'un plus petit volume, il n'eût point couru les mêmes dangers, soit au moment de sa naissance, soit après.

Malgré la mort de l'enfant, cette observation n'en présente pas moins un grand intérêt. Cependant il est bien regrettable que l'opération ait été faite quinze jours trop tard. Mais comment supposer de semblables dimensions à un enfant de huit mois?

Voici en 1840, d'après Kilian, le relevé des accouchements prématurés pratiqués depuis l'année 1831.

161 fois, savoir :

En Angleterre	72 fois.
En Allemagne	79
En Italie	7
En Hollande	3

46 enfants vinrent morts, 115 vivants.

Sur les 115, 75 vécurent.

8 mères seulement moururent, dont 5 par l'effet de causes entièrement étrangères à l'opération.

D'après les relevés de M. Stoltz, publiés en 1838 :

Sur 211 cas d'accouchements prématurés artificiels, plus de la moitié des enfants ont vécu; il a succombé à peine une femme sur 15.

D'après M. Clausure fils (d'Angoulême) :

Nombre d'opérations	280
Mères sauvées	274
Mères mortes	2
Enfants sauvés	166

Depuis ces relevés, un certain nombre d'opérations furent pratiquées.

Celle que je pratiquai avec MM. les docteurs Amenil et Pons, et qui est rapportée plus haut, fut des plus heureuses pour la mère et l'enfant.

Il en fut exactement de même pour celle que pratiqua M. le professeur Schœller (de Berlin).

M. d'Outrepont a pratiqué cette opération 11 fois.

9 enfants vinrent vivants au monde; deux succombèrent. L'un s'était présenté par le siége, l'autre par l'épaule, avec prolapsus du cordon ombilical, circonstances qui justifient très-bien la mort, sans qu'on puisse l'attribuer à l'accouchement provoqué.

Une de ces femmes avait déjà été délivrée 5 fois très-laborieusement d'enfants morts. A une sixième et à une septième grossesse, on la fit accoucher avant terme, et elle posséde aujourd'hui deux enfants qu'elle a allaités elle-même.

Dans un cas communiqué par M. Pinel-Grandchamp à la Société du 12e arrondissement, la mère et l'enfant vécurent.

Le fait cité par M. le docteur Cohen (de Hambourg), où il mit en usage sa méthode par injection de l'eau de goudron dans l'utérus avant la rupture des membranes, fut des plus heureux pour la mère et l'enfant, bien que ce dernier fût fort et se présentât par les pieds.

M. Villeneuve, professeur d'accouchements à Marseille, a communiqué, dans un mémoire sur l'accouchement provoqué qu'il a lu au congrès scientifique de France, quatorzième session, une observation d'accouchement prématuré favorable à la mère et à l'enfant.

M. Richard (de Nantes) a publié dans le BULLETIN DE THÉRAPEUTIQUE, 30 septembre 1848, un cas d'accouchement prématuré artificiel heureux pour la mère et pour l'enfant.

Enfin chaque jour de nouveaux faits viennent se joindre à ceux-ci pour confirmer l'excellence de cette méthode.

RÉSUMÉ.

En résumé, à l'aide du régime diététique, uni à la saignée, on espère, dans les cas de vices de conformation du bassin ou d'excès de volume de l'enfant, diminuer le volume de l'enfant et éviter les opérations que l'on est obligé de pratiquer à terme, opérations meurtrières, soit pour la mère, soit pour l'enfant, quelquefois pour tous les deux; ce régime, dis-je, qui peut quelquefois donner des résultats avantageux, devait certainement être tenté alors qu'on ne possédait pas mieux.

Mais depuis que M. Stoltz, M. Velpeau, M. P. Dubois, ont vulgarisé en France l'accouchement prématuré artificiel, procédé si rationnel, donnant autant que possible des résultats si certains; mais en 1850, après les nombreuses observations qui prouvent l'innocence de l'accouchement prématuré artificiel, n'est-il pas permis de regarder ce régime diététique, uni aux saignées répétées, comme un procédé irrationnel, bien dur dans son application, très-incertain et souvent dangereux dans ses résultats?

Irrationnel, incertain, car le hasard seul détermine ses effets; bien dur, car cette torture de la faim, dans un état comme la grossesse, est un supplice de cinq à six mois infligé à la femme, supplice d'autant plus cruel que bien souvent il atténuera la santé de la mère sans diminuer le volume de l'enfant, et ne préservera pas toujours à terme la mère et son produit surtout des opérations graves qu'on a voulu leur éviter.

Procédé qui, en supposant que le volume de l'enfant ait été diminué, ne placera jamais le fœtus dans des conditions de volume à peu près en rapport avec l'étendue du bassin, avantage qu'on obtient par l'accouchement prématuré, et qui lui réservera de bien moins bonnes conditions de santé; de sorte qu'il créera pour l'un et l'autre des deux êtres un véritable état pathologique plus ou moins grave.

Qu'enfin le régime pourrait seulement être essayé, combiné avec l'accouchement prématuré artificiel, dans les cas de rétrécissement trop prononcé pour que l'accouchement prématuré puisse suffire seul, et cela dans le but de délivrer la mère et d'éviter des opérations meurtrières pour l'enfant, même à l'époque où l'enfant commence à être viable.

Je terminerai en priant l'Académie de me pardonner d'avoir osé plaider devant elle une cause qui, j'en suis certain, n'avait pas besoin de l'être; aussi je ne l'ai fait que pour qu'au dehors son verdict vînt donner à mes paroles toute l'autorité que mérite un sujet aussi important.

CORRESPONDANCE MÉDICALE.

CONTRACTURE MUSCULAIRE AVEC PHLEGMON INTRA ET EXTRA-PELVIEN, PARAISSANT ÊTRE DES SYMPTÔMES SYPHILITIQUES CONSÉCUTIFS; par le docteur LUCIEN PAPILLAUD.

OBS. — Nègre de 25 à 30 ans, d'une bonne constitution, eut des symptômes primitifs de syphilis (chancres, bubons) qui furent traités pendant neuf jours à l'aide du calomel mêlé à de la farine, remède vulgaire au Brésil. Quelques mois après, ce sujet éprouvait une contracture permanente et qui allait toujours en s'augmentant, dans les muscles fléchisseurs de la jambe droite, laquelle ne pouvait être étendue au delà de la demi-flexion; de plus, douleurs continues dans le trajet des muscles contracturés, avec paroxysmes nocturnes, insomnie et réaction fébrile, et enfin amaigrissement considérable. Des ganglions indurés existaient encore dans l'aine droite, qui avait été le siége d'un ou plusieurs bubons; mais on ne rencontrait pas d'autres symptômes consécutifs. Les circonstances antécédentes et concomitantes nous firent rapporter l'affection musculaire à une cause syphilitique, et nous soumîmes ce malade à l'usage interne de l'iodure de potassium et du proto-iodure de mercure, associés à l'opium. Ce dernier médicament, à la dose de 5 centigrammes par vingt-quatre heures, n'eut aucun effet contre l'insomnie.

Vers le deuxième septénaire de ce traitement, les douleurs devinrent plus aiguës au niveau du grand trochanter et dans l'aine; la fièvre s'alluma très-intense; l'amaigrissement et la faiblesse devinrent extrêmes, et le malade fut obligé de garder le lit, conservant la jambe toujours fléchie. Une application de sangsues à la région inguinale, des onctions mercurielles opiacées, n'apportèrent aucun soulagement aux douleurs qui allaient toujours croissant. Enfin une tuméfaction entourée d'empâtement se manifesta autour de l'extrémité supérieure de la cuisse et dans la région sus-inguinale, où elle paraît occuper à droite tout le fond du bassin. (Cataplasmes par-dessus les onctions mercurielles.)

La tuméfaction étant considérablement accrue, il nous semble percevoir une fluctuation obscure. Des ponctions exploratrices sont faites dans les points les plus mous successivement avec une aiguille à cataracte, avec un trocart, et enfin avec un bistouri étroit. Ces dernières ponctions sont conduites jusqu'au fémur et ne donnent issue qu'à quelques gouttes de sang. Expectation pendant plusieurs jours, durant lesquels des douleurs apparaissent dans les genoux et dans les articulations tibio-tarsiennes. (Onctions avec le baume tranquille.)

Enfin la fluctuation paraissant évidente, une ponction avec un bistouri étroit est pratiquée aux environs du grand trochanter, et après avoir traversé une épaisseur que nous jugeons être celle de la peau et de l'aponévrose, elle donne issue à un flot de pus. L'ouverture, aussitôt agrandie, fournit immédiatement une quantité de matière purulente que nous évaluons à un litre et demi ou deux litres. Du moment de l'ouverture, le soir à six heures, jusqu'au lendemain matin sept ou huit heures, le pus ne cessa de couler et inonda la couche du malade. A ce moment on fit un nouveau pansement, pendant lequel il en sortit encore plus d'un litre. L'hypogastre était déjà revenu sur lui-même; il ne restait plus qu'un médiocre empâtement à la place d'une énorme tuméfaction. Ce vaste foyer, qui paraissait s'étendre de la fosse iliaque jusqu'aux trois quarts inférieurs de la cuisse, se tarit promptement; mais une fois la suppuration terminée, parut seul un écoulement de synovie qui donnait environ de trois à quatre cuillerées par vingt-quatre heures. Nous crûmes un instant que cette si grande quantité de synovie ne pouvait être fournie que par l'articulation coxo-fémorale, qui aurait été compromise dans le phlegmon; cependant l'impossibilité de découvrir un trajet qui y conduisît, la liberté des mouvements de cette articulation, l'état général du malade, qui semblait s'améliorer, toutes ces considérations nous détournèrent de cette supposition, et nous firent penser que la bourse synoviale trochantérienne avait vraisemblablement été ouverte par le bistouri et était la source de ce flux synovial. Des injections d'eau miellée d'abord, puis d'eau et vin miellés, en modérèrent l'écoulement et hâtèrent la cicatrisation de la plaie, qui fut prompte et solide.

Depuis l'ouverture de l'abcès, la contracture musculaire avait graduellement diminué jusqu'à cesser complétement, et la fièvre s'était éteinte. La plaie une fois cicatrisée, le malade put se lever et marcher à l'aide d'une béquille, dont il put se dispenser peu de jours après. Enfin il ne tarda pas à recouvrer une santé parfaite. Le traitement antisyphilitique, qui n'avait pas été suspendu, fut continué exactement pendant deux mois. Depuis le commencement du traitement jusqu'à la cicatrisation de la plaie, il s'était écoulé un mois. L'insomnie persista jusqu'au moment où le malade quitta le lit.

REVUE DES JOURNAUX DE MÉDECINE.

JOURNAUX FRANÇAIS.

I. ARCHIVES GÉNÉRALES DE MÉDECINE.

Les numéros de janvier, février et mars 1851 contiennent les travaux originaux suivants: 1° *Etudes analytiques de physiologie et de pathologie sur l'appareil spléno-hépathique*; par M. Beau. 2° *Mémoire sur les anévrismes des membres*; par M. Chassaignac. 3° *De l'emploi des douches froides excitantes contre le tempérament lymphatique, la chlorose et l'anémie*; par M. L. Fleury. 4° *Mémoire sur les divers moyens d'extraire les corps étrangers de la vessie de l'homme, accompagné de l'observation d'un sujet chez lequel une épinglette en fer a été extraite de la vessie à l'aide d'un instrument nouveau*; par M. Courty. 5° *Exposition d'une nouvelle méthode d'électrisation dite galvanisation localisée*; par M. Duchenne. (Troisième et quatrième articles.) 6° *Sur le pneumo-thorax et les phénomènes acoustiques auxquels il donne lieu*; par M. Monneret. 7° *Considérations sur l'hématocèle ou épanchements sanguins du scrotum*; par M. Béraud. 8° *Du ramollissement gangréneux de la base du cerveau et du cervelet, observé chez un individu affecté de paralysie générale*; par M. Delasiauve.

MÉMOIRE SUR LES ANÉVRISMES DES MEMBRES; par M. CHASSAIGNAC.

De toutes les remarques que contient ce travail, nous ne rapporterons ici que celles qui sont généralement applicables à la pratique; car elles ont été suggérées à M. Chassaignac par un cas d'anévrisme poplité, dont il serait fatidieux de détailler à nos lecteurs toutes les circonstances; et plusieurs de ces remarques n'ont d'autre intérêt que celui qu'elles pourraient tirer de la relation de cette histoire particulière.

En étudiant les bruits qui se font entendre dans une tumeur anévrismale, on constate que s'il s'agit d'un anévrisme variqueux, ce bruit se distingue et par sa nature et par son mode de transmission d'avec celui qu'on perçoit sur une tumeur anévrismale simple. Ainsi M. Chassaignac spécifie que le bruit auquel l'anévrisme variqueux donne lieu est une espèce de bouillonnement souterrain, tandis que l'anévrisme ordinaire ne produit qu'un bruit de souffle ou de râpe. — En outre, ce dernier est franchement intermittent, isochrone à la systole ventriculaire, tandis que le premier offre le caractère spécial d'être continu. — Enfin, et surtout, le bruit de l'anévrisme simple ne s'étend ni au-dessus, ni au-dessous de la tumeur. Au contraire, quand on applique l'oreille sur la longueur des veines qui com-

muniquent avec l'ouverture artérioso-veineuse, le bruit de bouillonnement se fait entendre avec une grande intensité, soit au-dessus, soit au-dessous du niveau de la communication. Cette propagation a été perçue par M. Chassaignac à une distance considérable du point où existe la lésion.

L'hémorrhagie consécutive à la ligature d'une artère ne provient pas constamment de la déchirure de celle-ci, soit au-dessus, soit au-dessous du fil. Elle est quelquefois due à une collatérale divisée pendant l'opération. Il faut se rappeler, en effet, que quand, par la ligature d'une artère volumineuse, on fait obstacle subit à la masse du sang destinée à cette artère, on doit s'attendre à ce que la colonne sanguine fasse un effort plus énergique vers toutes les voies par lesquelles elle peut se frayer une issue. Dès lors, toute branche artérielle, au voisinage de l'artère liée, peut être considérée comme susceptible de donner lieu à des hémorrhagies que n'eût pas comportées le volume de cette branche. D'où il faut conclure qu'il est très-important, pour prévenir la possibilité de cette espèce d'hémorrhagie, de lier pendant l'opération toutes les artères que le bistouri a divisées et qui donnent du sang. Il ne faudra donc pas, comme on le fait souvent, chercher, pendant l'opération, à comprimer avec le bout du doigt les petites artérioles. Cette hémostase momentanée, si elle réussissait, serait plutôt pernicieuse qu'utile; car c'est par ces extrémités vasculaires non liées que le sang aurait ensuite le plus de tendance à s'échapper, au moment où la circulation collatérale fait effort sur toutes les parties de l'arbre circulatoire, pour se rétablir.

Enfin comme, dans la ligature de la fémorale, l'incision doit porter presque inévitablement sur le trajet de la veine saphène interne, il importe d'explorer avec le plus grand soin le trajet de cette veine, afin d'inciser soit en avant, soit en arrière. Dans ce but, M. Chassaignac recommande d'exercer à l'avance une compression sur la veine fémorale à son entrée sous le ligament de Fallope: on détermine par là le gonflement momentané de la veine saphène interne, ce qui permet de reconnaître avec exactitude son trajet. Cette notion sert à diriger la ligne que l'incision doit suivre.

DE L'EMPLOI DES DOUCHES FROIDES EXCITANTES CONTRE LE TEMPÉRAMENT LYMPHATIQUE, LA CHLOROSE ET L'ANÉMIE; par le docteur L. FLEURY.

M. Fleury continue ses recherches expérimentales sur l'emploi des pratiques d'hydrothérapie, et l'on peut dire dès à présent que c'est à lui principalement que reviendra l'honneur d'avoir ramené dans le giron de la thérapeutique rationnelle une médication puissante, si dangereusement livrée tout d'abord à un grossier empirisme. Le nouveau travail de M. Fleury est relatif à l'emploi des douches froides contre le tempérament lymphatique, la chlorose et l'anémie. Voici, en résumé, les faits et les considérations sur lesquels il s'appuie.

Les douches froides excitantes doivent être placées au premier rang des agents appartenant à la médication reconstitutive, en raison de l'action qu'elles exercent sur la circulation capillaire générale, la composition du sang, les phénomènes de calorification, de nutrition et d'innervation. Ce mode d'action les rend éminemment propres à combattre les trois maladies qui viennent d'être mentionnées.

En premier lieu, elles modifient le *tempérament lymphatique*, en lui substituant un tempérament sanguin acquis, plus rapidement et plus sûrement, ajoute l'auteur, que ne le peuvent faire tous les agents hygiéniques et pharmaceutiques connus. Cette heureuse influence, il l'attribue à une double action: l'une s'exerçant sur la nutrition, et, par suite, sur la composition du sang, l'autre sur les vaisseaux capillaires eux-mêmes, dont les propriétés vitales propres et la contractilité sont excitées de manière à faire pénétrer des globules sanguins dans des vaisseaux qui auparavant ne donnaient peut-être entrée qu'à des fluides blancs. — Neuf enfants, âgés de 3 à 12 ans, offrant tous les caractères du tempérament lymphatique le plus prononcé, ont été soumis à cette médication; tous ont été notablement modifiés au bout de trois mois de traitement, et ceux qui l'ont suivi pendant deux années ont été complétement transformés de telle façon qu'un tempérament acquis, franchement sanguin, avait pris la place du tempérament lymphatique. Les douches froides ont exercé en même temps une influence très-favorable sur le développement du corps et du système musculaire, ainsi que sur l'établissement de la menstruation.

Cinq jeunes filles, âgées de 18 à 22 ans, affectées depuis plusieurs années de *chlorose* confirmée, grave, rebelle, ayant résisté aux préparations ferrugineuses et à tous les modificateurs hygiéniques et pharmaceutiques connus, ont été soumises à l'action des douches froides. *Toutes ont guéri.* La durée du traitement a été de sept mois au maximum, de deux mois au minimum et de quatre mois et demi en moyenne. L'effet de la médication a été constamment le même, et s'est manifesté d'abord sur les appareils digestif et musculaire, puis sur le système nerveux, et enfin sur le sang et la circulation.

L'*anémie idiopathique* et celle des convalescents ont disparu rapidement, sous l'influence des douches froides, en raison de l'action que celles-ci exercent sur la digestion, la nutrition et le système musculaire, action qui favorise mieux que tout autre agent thérapeutique la reconstitution du sang.

Dans les *anémies symptomatiques*, liées à certaines affections de l'utérus, aux névralgies anciennes et rebelles, à certaines névroses, à une hypertrophie du foie ou de la rate, à la cachexie paludéenne, à une phlegmasie chronique des organes digestifs, etc., les douches froides ont exercé une double action curative en guérissant simultanément, et souvent l'un par l'autre, les deux états pathologiques.

Dans l'*anémie accompagnée d'hémorrhagies abondantes et répétées*, les douches froides exercent également une double action fort remarquable: elles opèrent la reconstitution du sang, et par là elles empêchent les congestions organiques et diminuent ou arrêtent les hémorrhagies qui, après avoir produit l'anémie, étaient à leur tour favorisées par elle. L'action hémostatique des douches froides s'est manifestée même dans des cas où les hémorrhagies se liaient à une lésion des solides sur laquelle la médication ne pouvait avoir aucune prise. C'est ainsi que, chez une malade réduite au dernier degré de l'anémie par des métrorrhagies mensuelles dues à la présence d'un polype inséré sur le col utérin, les douches froides ont arrêté les hémorrhagies et fait disparaître l'anémie avant que le polype eût été enlevé. C'est ainsi encore que, chez plusieurs autres malades, elles ont notablement diminué ou même arrêté des hémorrhagies mensuelles liées à une tumeur de l'ovaire, à une affection de l'utérus, etc.

Dans l'*anémie liée à une affection curable*, mais sur laquelle les douches froides n'ont aucune prise, celles-ci rendent encore d'importants services au praticien en améliorant l'état général des malades, et en rendant ainsi plus faciles le traitement et la guérison de l'affection primitive.

Enfin M. Fleury se loue de l'emploi des douches même dans l'*anémie liée à une affection incurable*: elles ont amélioré, dit-il, l'état général de plusieurs malades atteints d'emphysème pulmonaire, d'une affection organique du cœur, du foie, de l'estomac, de cancer, de tumeurs abdominales, etc.

Nous ne donnons ici pour ainsi dire que le squelette du travail de M. Fleury. Le lecteur y trouvera racontées avec des détails suffisants les principales observations qui ont légitimé ces préceptes thérapeutiques, et de plus, des considérations de physiologie pathologique telles qu'on n'est pas habitué à en rencontrer dans les ouvrages sur l'hydrothérapie. Au point de vue scientifique comme au point de vue pratique, M. Fleury nous paraît avoir établi sans réplique l'opportunité de l'emploi des douches froides contre le tempérament lymphatique, la chlorose et l'anémie. De ces trois états morbides, il en est un qu'on modifie d'ordinaire si aisément et si rapidement par l'usage interne des ferrugineux, qu'on pourra être disposé à méconnaître le bénéfice d'une nouvelle médication. Mais il n'est pas de praticien expérimenté qui ne sache que les chlorotiques se montrent parfois réfractaires à la médication ferrugineuse. Tantôt ils ne peuvent supporter le fer sous aucune forme, et, si on insiste, on trouble leur santé sans modifier en rien la chlorose; tantôt le fer est supporté, et la chlorose n'en est que peu ou point influencée. D'autres fois enfin, comme l'ont fait justement remarquer MM. Trousseau et Pidoux, l'action du fer sur la chlorose, d'abord évidente et même assez rapide, devient tout à coup nulle, sans qu'on sache pourquoi. C'est dans les cas de ce genre surtout que l'hydrothérapie peut rendre de grands services.

La médication hydrothérapique se réduit ici à des douches. M. Fleury a soin de rappeler, en effet, que l'eau froide ne doit agir qu'à titre de moyen *excitateur*, et qu'un effet sédatif serait infailliblement nuisible. Pour obtenir l'action excitatrice, il faut que la température de l'eau soit suffisamment basse (8 à 12° cent.) et que les douches soient puissantes, afin que l'effet si utile, si nécessaire, de la *percussion* vienne s'ajouter à celui du froid pour provoquer la réaction. La durée des applications générales ou partielles d'eau froide doit toujours être proportionnée à la puissance de réaction du sujet. Au début, chez les individus très-débilités, la durée des douches ne doit souvent pas excéder quelques secondes, et ce n'est que graduellement que l'on peut arriver à deux ou trois minutes. Il est rarement utile de dépasser cette limite. Après la douche, l'exercice, la marche, sont de toute rigueur. Enfin la sudation est quelquefois indiquée par l'aridité de la peau; mais, dans aucun cas, elle ne doit être fréquente et prolongée.

Par la manière dont il est conçu, par son apport scientifique et expérimental, ce travail peut être considéré comme entièrement original, les indications qu'on trouve sur le même sujet dans quelques auteurs, et que M. Fleury a soin de rappeler, étant beaucoup trop vagues et trop incomplètes pour compter sérieusement dans la question.

OBSERVATION D'UN SUJET CHEZ LEQUEL UNE ÉPINGLETTE EN FER A ÉTÉ EXTRAITE DE LA VESSIE A L'AIDE D'UN INSTRUMENT NOUVEAU; par M. COURTY.

L'instrument que M. Courty fait connaître a été employé par lui avec succès pour retirer de la vessie, chez un soldat, une épinglette en fer, que celui ci y avait introduite étant en état d'ivresse.

On remarquera en effet qu'il est essentiellement et exclusivement destiné à ramener les corps étrangers *flexibles*, puisque ce n'est qu'en les ployant qu'il peut les saisir et les engager dans le canal. Limité à cette indication, nous reconnaissons volontiers qu'il la remplit avec sûreté et précision, sauf toutefois le temps de la préhension, lequel ne nous paraît pas toujours susceptible d'être exécuté aisément avec un agent de prise d'un volume aussi ténu qu'il l'est dans le mécanisme de M. Courty.

Cet instrument se compose de trois pièces:

1° Un barreau d'acier trempé aimanté, droit, de 37 centim. de longueur, terminé à son extrémité vésicale par une coupe oblique, à son extrémité extérieure par une forte vis, longue de 6 centim.

2° Une tige en maillechort, un peu plus longue, destinée à glisser dans la rainure du barreau ci dessus. Il se termine du côté de la vessie par un fort crochet. L'autre bout porte un talon destiné à le faire mouvoir à volonté dans la rainure longitudinale du barreau.

3° Enfin une canule très-forte, en maillechort, longue de 0,34, non pas cylindrique, mais à section elliptique, pouvant recevoir à frottement le système du barreau et de la tige à crochet adaptés ensemble. Elle porte à une extrémité une vis de pression, servant à arrêter complétement le mouvement du barreau dans la canule.

Pour introduire l'instrument, on doit d'abord l'assembler, c'est-à-dire placer la tige à crochet dans le barreau, puis celui-ci, ainsi chargé, dans la canule. Il faut remarquer que le bout vésical du crochet est configuré de façon que, lorsqu'il est dans le barreau, il forme avec lui un ensemble poli et arrondi, comme le serait l'extrémité d'une grosse sonde droite. Ajoutons encore aux trois pièces précédentes un écrou qui sert à agir sur le barreau et le crochet par l'intermédiaire de la vis qui termine le premier. C'est par l'effet du mouvement de cet écrou que le crochet et le barreau remontent peu à peu dans l'intérieur de la canule tenue fixe.

On peut maintenant comprendre le maniement et l'action très-simple de cet instrument, un peu compliqué dans sa description. Une fois qu'il a pénétré dans la vessie, on pousse le crochet, et l'on cherche à charger le corps étranger. Dès qu'il a été mis en contact avec le barreau aimanté, celui-ci le retient (1) jusqu'à ce que le crochet le fixe invariablement contre lui.

Ce temps étant accompli, on peut dire que l'opération est terminée. Il ne reste plus en effet qu'à faire jouer l'écrou, tout en maintenant la canule immobile. Ce mouvement attire le corps étranger contre l'ouverture vésicale de la canule; et si on le continue il le force de se ployer en deux pour s'engager dans cette canule, et finalement l'amène au dehors. On voit par là que la canule a besoin d'être construite très-solidement puisqu'elle sert de point fixe contre lequel la torsion ou flexion doit s'effectuer.

L'événement n'a pas tout à fait rempli les prévisions de M. Courty. La pression du crochet rompit l'épinglette et n'en retira qu'un fragment. Mais ce mécompte pratique ne prouve que mieux, à nos yeux, combien l'instrument était rigoureusement approprié à sa destination spéciale d'extraire les corps flexibles; car s'il échoua en partie, cela vient seulement de ce que l'épinglette étant depuis longtemps dans la vessie s'y était oxydée; ce qui l'avait rendue cassante. Du reste le succès définitif n'en fut ni compromis ni même sensiblement retardé. On parvint sans peine à faire sortir le second fragment qui était tombé de la canule dans l'urètre pendant qu'on retirait l'instrument. Un troisième et tout petit fragment fut extrait au bout de cinq jours; et le malade, sur lequel auparavant on avait essayé en pure perte dans un autre hôpital la pince de Hunter, le trilabe de M. Civiale et le lith triteur avec la modification imaginée par Delmas, le malade, disons-nous, sortit parfaitement guéri.

SUR LE PNEUMO-THORAX ET LES PHÉNOMÈNES ACOUSTIQUES AUXQUELS IL DONNE LIEU; par le docteur MONNERET.

On a beaucoup écrit sur le mode de production du tintement métallique et du souffle amphorique dans le pneumo-thorax, et des théories assez nombreuses qui se sont produites aucune n'a encore réuni l'unanimité des opinions. Il faut dire d'ailleurs que les conditions qui réalisent ces bruits anormaux paraissent assez diverses pour ne pouvoir être toutes comprises dans une seule explication. Dans le présent travail, M. Monneret se propose seulement de déterminer d'une manière générale la nature de ces bruits et les conditions physiques nécessaires à leur production. Disons que, sans citer d'autres noms que ceux de MM. Skoda et Spittal, il reconnaît préliminairement que ses opinions ont été déjà sans doute « développées par plus d'un auteur. »

Après avoir rapporté trois observations très-complètes de pneumo-thorax, M. Monneret aborde la théorie du tintement métallique et du souffle amphorique. Il l'aborde beaucoup moins pour se livrer à un examen critique des opinions que pour exprimer la sienne propre, laissant au lecteur le soin de la contrôler. Au fond, il attribue aux deux espèces de bruit à peu près le même mécanisme. Le tintement serait formé d'un bruit hydraulique, avec *consonnance* de l'air contenu dans la plèvre. En d'autres termes, ce serait un liquide qui, par ses vibrations sonores, donnerait lieu au bruit, lequel se propagerait à la masse d'air qui vibrerait en même temps. — Le souffle amphorique serait un simple souffle bronchique, reconnaissant pour cause première la vibration des lèvres de la glotte, et transmis jusqu'à l'air de la plèvre qu'il ferait consonner. Ainsi le tintement, et le souffle amphorique résultaient d'une vibration sonore répétée par l'air intrapleural; avec cette différence que la vibration, dans le tintement, serait celle d'un liquide et, dans le souffle amphorique, celle d'un solide.

Entrons maintenant dans quelques détails.

Il faut, d'après l'auteur, pour la reproduction du tintement, deux conditions physiques: 1° un liquide capable d'entrer en vibration ou de *parler*; 2° une cavité renfermant de l'air et assez spacieuse pour que cet air y puisse consonner, c'est-à-dire rendre le son qui lui est transmis. Les exemples tirés du bruit de succession et de celui que rend l'estomac lorsqu'il contient des gaz et des liquides, sont très-bien choisis et très-exacts. Nous ne sommes pas aussi satisfaits de l'exemple destiné à faire voir « qu'un bruit, non plus *hydraulique*, mais solidien, traversant une cavité pleine de gaz, acquiert un timbre spécial; » question un peu étrangère d'ailleurs à celle du mécanisme du tintement. Quand le cœur, dit M. Monneret, est hypertrophié ou excité, il frappe souvent avec force contre la paroi thoracique, et *alors* des bruits normaux, conduits par la paroi et le diaphragme jusqu'à la cavité gastrique pleine de gaz, au lieu d'offrir leur timbre habituel, deviennent clairs et éclatants, en raison même de la consonnance du fluide aériforme. Cette explication manque à nos yeux de justesse. La présence de gaz dans l'estomac donne bien lieu à des bruits particuliers sous l'action des battements du cœur, et même ces bruits imitent tout à fait le tintement métallique. Il y a parfois un tintement à chaque systole ventriculaire. Mais que l'estomac remplisse l'office d'une caisse de résonnance, de manière à rendre les bruits du cœurs eux-mêmes clairs et éclatants, c'est ce que nous contestons formellement. Le timbre éclatant a lieu que l'estomac contienne beaucoup de gaz ou qu'il n'en contienne presque pas, toutes les fois que le cœur vient heurter avec un peu de force les parois thoraciques; et, par contre, le bruit du cœur manque d'éclat, quelle que soit la quantité de gaz contenu dans l'estomac, si le cœur est d'ailleurs à l'état normal. Quoi qu'il en soit, on voit que M. Monneret renouvelle à peu près ici la théorie de M. de Castelnau, qui regarde le tintement comme un râle muqueux ou caverneux. Et en effet, lui-même appelle *hydroaériques* les râles humides laryngé, trachéal, bronchique, vésiculaire, et leur assigne le même mécanisme qu'au tintement métallique. Nous croyons cette vue fondée, au moins pour la grande majorité des cas où ce dernier bruit se fait entendre.

L'existence d'une fistule pleuro-bronchique est-elle indispensable à la formation du tintement? Laënnec ne le pensait pas, et il admettait alors qu'une goutte de liquide suspendue à la partie supérieure de la cavité pleurale s'en détachait et tombait, avec un retentissement particulier, dans le liquide épanché. M. Monneret, sans prendre l'explication pour son compte, accorde le fait. Il croit que le *tinnitus* peut exister en l'absence de fistule, mais à la condition que du liquide et du gaz seront renfermés dans la même cavité. Cette dernière condition n'est peut être pas tout à fait obligatoire. Des auteurs recommandables admettent la possibilité du tintement, non-seulement sans fistule pleuro-bronchique, mais encore sans épanchement pleural. La vibration hydraulique se passe alors dans les bronches ou dans des cavernes pulmonaires séparées de la cavité pneumatosée par des tissus assez minces pour permettre la consonnance de la masse gazeuse. Si même on s'en rapportait à l'induction, on serait tenté de croire que le tintement pourrait se produire dans les cas d'empyème simple, sans complication de pneumatose et aussi sans fistule pulmonaire, si la cavité pleurale confinait à une poche gazeuse, par exemple, à l'estomac distendu par des fluides aériformes. Une tumeur hydatique de l'abdomen, observée par M. Guillemin (GAZ. MÉD., 1847, p. 770), tumeur avoisinant par conséquent les intestins, était le siége de tintements multiples, d'une sorte de *carillon*. Pourquoi l'agitation brusque d'un liquide dans la plèvre n'occasionnerait-elle pas un tintement métallique, si la vibration de ce liquide pouvait faire

(1) Action fort douteuse, et sur l'efficacité, sinon sur la réalité de laquelle l'auteur lui-même ne semble pas faire beaucoup plus de fond que nous. (NOTE DU RÉD.)

consonner la masse aérienne de l'estomac? Toutefois, ce point de physique médicale n'est pas encore parfaitement fixé.

Quant au souffle amphorique, M. Monneret, avec plusieurs auteurs, le rapporte à une simple respiration bronchique. Et en ceci, nous ne pouvons que l'approuver. L'idée qui s'attache à la première de ces dénominations, cette idée qui rappelle le bruit qu'on produit en soufflant dans une amphore, est complétement fausse. Il est clair que la perforation des poumons une fois consommée, l'air et le liquide ne tardent pas à remplir la cavité de manière à rendre impossible, à chaque inspiration, une pénétration d'air assez considérable pour produire un bruit de ce genre. Il est d'ailleurs certain que le bruit amphorique existe parfois en l'absence de toute fistule pulmonaire. Et dès lors n'est-il pas naturel de ne voir dans ce bruit que celui de la respiration, transmis, avec un timbre bronchique, par le poumon, que l'épanchement liquide et gazeux a comprimé et rendu compact? C'est la théorie de M. Skoda. Faut-il ajouter, avec MM. Spittal et Beau, que ce bruit ainsi transmis est dû à la vibration des lèvres de la glotte? M. Monneret se range, non sans hésiter, à cette interprétation. Elle s'appuie en effet sur des considérations physiologiques et des expériences de grande valeur; néanmoins des expériences autrement instituées par MM. Barth et Roger, et dignes également d'une très-grande confiance, ne permettent pas, quant à présent, d'attribuer le bruit respiratoire exclusivement à la vibration des lèvres de la glotte; mais, nous le répétons, la manière dont M. Monneret considère le mécanisme du bruit amphorique nous paraît conforme et à l'observation et aux lois d'une saine physique.

Du ramollissement gangréneux de la base du cerveau et du cervelet; par le docteur Delasiauve.

L'observation de M. Delasiauve peut se résumer dans les traits suivants :

Obs. — Un commissionnaire âgé de 47 ans entra à Bicêtre le 30 août 1849. Sa santé était gravement ébranlée depuis un an. Douleurs d'estomac; vomissements de sang; puis à mesure que ces accidents disparaissaient, petites congestions cérébrales, signes d'affaiblissement paralytique plus marqués à droite qu'à gauche.

Cet affaiblissement, lors de l'admission du malade, était arrivé à un degré prononcé, sans notable différence des deux côtés. La généralité des muscles était envahie. Station difficile; pression manuelle presque nulle; prononciation très-embarrassée. Pas de divagation positive, mais affaissement intellectuel et moral. Réponses lentes, confuses, monosyllabiques; débilité croissante. Mort le 18 mai.

Autopsie. Notable quantité de sérosité à la base du crâne; il y en avait plusieurs cuillerées dans chacun des ventricules latéraux. Intégrité de la dure-mère et du feuillet arachnoïde correspondant; épaississement et opacité, sans adhérences, de l'arachnoïde viscérale en plusieurs points de la convexité des hémisphères et sur les bords de la grande scissure; infiltration légère de la pie-mère; cerveau généralement mou. La teinte grise de la substance corticale tendant à s'effacer et à se confondre avec celle de la substance médullaire, devenue d'un blanc jaunâtre. A la face inférieure de la masse encéphalique, dans une étendue comprenant la presque totalité des lobes moyens, les deux tiers antérieurs du cervelet, le quart environ de la partie postérieure des lobes antérieurs, se dessine une plaque noire, ardoisée, absolument analogue à celles qui constituent la gangrène sénile, et tranchant aussi nettement qu'elles sur les tissus environnants. Les lamelles cérébrales correspondant à cette plaque conservent, au premier aspect, la forme régulière; dès qu'on les touche, elles se détachent et se réduisent en un putrilage noirâtre *exhalant une odeur manifestement gangréneuse*. Dans certains points, la substance grise est seule détruite; dans le plus grand nombre, la mortification a envahi, à plusieurs millimètres de profondeur, la substance blanche elle-même. Le pont de Varole, ainsi que les faisceaux pyramidaux, avaient subi un commencement d'atrophie. Glande pituitaire ramollie; légère érosion des os composant la selle turcique.

L'état des artères cérébrales n'a pas été constaté; l'auteur dit seulement qu'*elles ne paraissaient pas ossifiées*.

Les cas de ce genre sont assez rares pour que nous n'ayons pas dû laisser échapper l'occasion d'en consigner un nouveau. Le but de l'auteur, en publiant son observation, a été de soulever, à son point de vue, la question de l'analogie du ramollissement cérébral et de la gangrène sénile. « Il est vrai, dit-il, que les symptômes caractéristiques de la mortification font défaut (dans le *ramollissement blanc grisâtre, jaunâtre ou verdâtre*); mais qu'importe l'absence de la coloration et de l'odeur gangréneuses? La texture du cerveau n'est-elle pas spéciale? Cet organe, renfermé dans la boîte crânienne, n'est-il pas à l'abri du contact de l'air, seule cause de l'odeur présentée par les tissus privés de vie? » Nous n'avons qu'une observation à faire. Beaucoup d'organes où la mortification s'annonce par une odeur caractéristique sont à l'abri du contact de l'air atmosphérique, aussi bien que le cerveau : témoin le tissu cellulaire sous-cutané, où se forment parfois des tumeurs dont l'ouverture laisse échapper immédiatement une odeur des plus fétides. Ce sont, dira-t-on, des gaz engendrés dans les tissus qui sont les agents du travail de putréfaction. On pourrait dire avec plus de raison qu'ils en sont plutôt le produit. Mais, en tout cas, pourquoi n'en serait-il pas de même dans l'encéphale? La preuve, d'ailleurs, que le tissu cérébral n'est pas soustrait plus qu'un autre à la gangrène armée de tous ses caractères, y compris la fétidité, c'est que précisément, dans l'observation relatée plus haut, la portion malade exhalait une odeur *manifestement gangréneuse*. Il peut y avoir, il y a, nous le croyons, une analogie assez étroite entre la gangrène sénile et certaines formes de ramollissement; mais rien n'autorise à y voir une similitude.

A. Dechambre et P. Diday.

(La suite au numéro prochain.)

TRAVAUX ACADÉMIQUES.

ACADÉMIE DES SCIENCES.

Séance du 23 juin. — Présidence de M. Rayer.

De l'inutilité de la bile dans la digestion.

M. Blondlot (de Nancy) adresse un mémoire complémentaire de l'essai sur les fonctions du foie, relatif à l'inutilité de la bile dans la digestion proprement dite.

La bile est-elle un produit entièrement excrémentitiel, ou bien ce fluide a-t-il un rôle essentiel à remplir dans la digestion. Telle est la question que l'auteur s'est surtout proposé de résoudre dans un mémoire publié en 1846, sous le titre de : Essai sur les fonctions du foie.

Dans ce travail, l'auteur posait en principe que, contrairement à l'opinion la plus généralement admise, la bile, véritable détritus dont l'économie se débarrasse par la voie des intestins, n'exerce aucune action chimique de quelque importance sur les aliments avec lesquels elle se trouve en contact, et qu'en conséquence elle pourrait cesser d'affluer dans le tube gastro-intestinal, sans que la digestion cessât de s'accomplir assez régulièrement pour l'entretien de la vie. M. Blondlot appelle de nouveau l'attention des physiologistes sur le fait capital de son mémoire, savoir l'établissement sur des animaux vivants de fistules permanentes, amenant au dehors la totalité de la bile dont le conduit normal a été oblitéré.

On se rappelle qu'après un grand nombre de tentatives infructueuses, M. Blondlot est enfin parvenu à établir des fistules de ce genre sur deux chiens. L'un de ces animaux ayant été mis à mort un mois environ après l'opération, on a pu remarquer que la digestion s'était très-bien accomplie, bien que l'occlusion du canal cholédoque fût déjà complète.

Quant à l'autre animal, il a été conservé, afin de poursuivre aussi loin que possible le résultat de l'expérience : c'était une chienne épagneule bâtardée, qui pouvait avoir de 3 à 4 ans à l'époque où elle a été opérée. Amenée à la campagne, elle y vécut en pleine liberté. Sa santé était tellement bonne qu'elle chassait avec ardeur une partie du temps, et que chaque année elle mettait bas des petits. Son appétit était excellent et les selles décolorées. Cependant la bile ne discontinua pas de couler par la fistule avec ses caractères habituels, mais d'une manière en quelque sorte intermittente, c'est-à-dire que quand l'animal était à jeun, à peine s'il en coulait quelques gouttes, tandis que, quelques minutes après l'ingestion des aliments, ce fluide sortait en abondance, et continuait ainsi pendant toute la durée de la digestion.

Cet état de choses dura pendant cinq ans, après quoi l'animal, qui semblait dépérir depuis quelque temps, finit par succomber, sans présenter aucun incident remarquable.

L'autopsie de l'animal, faite en présence d'une partie des professeurs et des élèves de l'École préparatoire de médecine, a fait constater ce qui suit :

Les organes de la poitrine et de l'abdomen ont été trouvés sains, à l'exception du foie, qui était ratatiné, dur, parsemé à sa surface de points jaunes, et offrait l'aspect des foies affectés de cirrhose.

Des adhérences solides unissaient le bas-fond de la vésicule aux parois abdominales, à l'endroit de la fistule. Du reste, ce réservoir n'était point réduit à un simple canal. Quoique vide, il avait conservé sa cavité piriforme et ses dimensions, ce qui tenait à ce que ses parois étaient considérablement épaissies. Le canal cystique, très-dilaté, semblait faire suite au canal hépatique. A leur point de jonction se voyait très-distinctement l'origine du canal cholédoque, qui se terminait brusquement en cul-de-sac. Ces différents canaux étaient très-dilatés, et leurs parois étaient épaissies. Du côté du duodénum, il n'existait plus le moindre vestige du canal cholédoque, et la dissection la plus minutieuse n'en put faire découvrir rien qui ressemblât à un conduit supplémentaire.

En définitive, toutes les personnes qui assistaient à l'autopsie ont acquis la conviction la plus absolue qu'aucun canal soit naturel, soit accidentel, ne déversait la bile dans l'intestin.

De cette expérience, M. Blondlot conclut que la bile n'a réellement aucun rôle essentiel à remplir dans la digestion : d'où il résulte que ce fluide doit être considéré, selon lui, comme un détritus qui, avant d'être entièrement expulsé de l'organisme, lui rend encore quelques services d'une importance très-secondaire, soit en contribuant, avec les autres fluides muqueux, à émulsionner les matières grasses, soit en protégeant les intestins contre l'âcreté du chyle, dont elle neu-

traise en partie l'acide, et dont elle favorise la progression par sa nature onctueuse, ce qui suffit pour expliquer la position constante de son conduit excréteur immédiatement au-dessous de l'estomac.

RECHERCHES SUR LE RÉTABLISSEMENT DE L'IRRITABILITÉ MUSCULAIRE, CHEZ UN SUPPLICIÉ.

M. Brown-Séquard lit, sous ce titre, un mémoire que nous publierons bientôt en entier. Nous nous bornerons en conséquence à signaler le principal résultat obtenu par M. Brown-Séquard. Il a vu que des muscles d'un homme décapité depuis plus de treize heures, ayant cessé d'être irritables depuis au moins deux heures, atteints de la rigidité cadavérique, ont pu, sous l'influence exercée par du sang humain, défibriné, injecté dans leurs vaisseaux, cesser d'être rigides et redevenir irritables pendant plusieurs heures.

MALADIES DES OUVRIERS QUI S'OCCUPENT DE LA PRÉPARATION DU SULFATE DE QUININE.

M. Chevallier adresse le complément de ses recherches sur les maladies des ouvriers qui s'occupent de la préparation du sulfate de quinine et sur les moyens de prévenir les maladies auxquelles ces ouvriers sont sujets. Ce travail, qui fait suite au mémoire déposé par M. Chevallier dans la séance du 7 novembre 1850, est destiné au concours pour le prix des arts insalubres.

M. Rivière, médecin à Marseille, adresse sur le même sujet la lettre suivante :

Dans la séance du 7 novembre 1850, l'Académie des sciences a pris connaissance d'un mémoire de M. Chevallier concernant une maladie jusque-là inconnue, qui se manifeste chez les personnes employées dans les ateliers où se manipule en grand le quinquina pour la préparation du sulfate de quinine.

Cette affection se présente quelquefois sous forme d'exanthème et revêt d'autres fois une forme pustuleuse.

Ces éruptions sont produites par le contact prolongé sur la peau de la solution aqueuse ou de la solution alcoolique de quinquina.

Suivant M. Zimmer, fabricant de sulfate de quinine à Francfort, la poussière de quinquina produit quelquefois un véritable accès de fièvre intermittente avec ses périodes de chaleur et de froid.

Une particularité assez singulière notée par le même observateur et sur laquelle je reviendrai, c'est que les malades qui ont eu cet accès de fièvre de quinquina peuvent ensuite s'exposer à la poussière de cette substance sans préjudice de leur santé.

Ces observations m'ont suggéré l'idée de m'enquérir par voie d'expérimentation si les pustules qui apparaissent dans la maladie de quinquina pourraient être transmises par voie d'inoculation, et dans le cas où cette première donnée se réaliserait, étudier le mode de développement de cet agent, de ce virus chez un certain nombre de personnes, et rechercher si cette inoculation ne serait pas une immunité, un préservatif contre les fièvres intermittentes, en soumettant à ce moyen de préservation un grand nombre d'individus choisis dans les contrées où règnent en grand les fièvres paludéennes.

En effet, si d'une part on admet, d'après les faits observés par Zimmer, que les sujets qui ont eu la maladie de quinquina peuvent s'exposer à la poussière de cette substance sans préjudice pour leur santé, et d'autre part, le quinquina étant le spécifique par excellence des fièvres intermittentes, ne peut-on pas, par induction, penser que les personnes qui ont eu la maladie de quinquina pourraient être préservées des fièvres périodiques ?

Si l'expérience venait à donner raison a une idée conçue *à priori*, le vaccin des fièvres intermittentes et peut-être d'autres maladies d'origine paludéenne serait trouvé.

ACADÉMIE DE MÉDECINE.

SÉANCE DU 24 JUIN. — PRÉSIDENCE DE M. ORFILA.

Le procès-verbal de la dernière séance est lu et adopté.

La correspondance officielle comprend :

1° Deux lettres de M. le ministre du commerce transmettant des recettes de remèdes secrets. (Comm. des remèdes.)

2° Six rapports de vaccinations pour l'année 1851.

3° Une lettre de M. le président du conseil de santé des armées qui transmet, au nom du conseil, copie d'un rapport qu'il a adressé au ministre le 13 avril 1850 sur les vaccinations pratiquées par M. Duponchelle, chirurgien sous aide aux ambulances de l'Algérie, dans la subdivision d'Oran. (Comm. de vaccine.)

— M. Léger (de Rambervillers) adresse un travail relatif à diverses maladies du cheval, du chien, du chat, du porc et des poules qui offrent, suivant lui, de l'analogie avec certaines maladies de l'homme.

— M. Charpignon, médecin à Orléans, adresse un mémoire sur la fièvre typhoïde. (Comm., MM. Louis, Chomel, Grisolles.)

TANNATE DE QUININE ET DE CINCHONINE.

M. Barreswil donne communication de quelques faits extraits d'un mémoire sur le tannin. L'auteur a commencé l'étude du tannin et de ses analogues au point de vue de leurs applications industrielles. Il détache aujourd'hui d'un travail d'ensemble qu'il a entrepris sur ce sujet quelques faits qui lui ont semblé présenter de l'intérêt au point de vue de l'action du tannin sur les alcaloïdes et des applications qui peuvent en être faites à la médecine. L'auteur appelle l'attention de l'Académie sur deux préparations de quinquina très-connues ou prévues, le tannate de quinine et le tannate de cinchonine ; ces sels ont, suivant M. Barreswil, le double avantage d'être plus actifs, à poids égal d'alcaloïdes, que les autres préparations indiquées, et de n'avoir point ou presque point de saveur amère. « Je pourrais ajouter aussi, dit-il, l'avantage de pouvoir être administré dans les circonstances où l'on préfère l'emploi du quinquina à celui du sulfate de quinine, et dans des conditions pathologiques où le sulfate de quinine n'est pas supporté par l'économie. »

L'auteur joint à son mémoire un recueil d'observations sur l'emploi de ces préparations par M. le docteur Berthelot.

(Comm., MM. Orfila, Bussy et Bouvier.)

NICOTINE.

M. Orfila rend compte verbalement de nouvelles recherches complémentaires qu'il vient de faire sur la nicotine. Il restait, dit M. Orfila, pour compléter les recherches médico-légales relatives à la nicotine, à déterminer si cette substance pouvait être décelée dans le corps d'animaux longtemps après leur mort. Pour résoudre cette question, j'ai empoisonné des animaux par la nicotine, j'ai abandonné leur corps à la putréfaction, et lorsqu'ils ont été entièrement pourris, j'ai soumis les différents organes aux procédés propres à déceler la présence de la nicotine; je l'ai retrouvée aussi facilement que si j'eusse opéré immédiatement après la mort. Ce fait est intéressant au point de vue médico-légal; nous l'avions déjà constaté avec M. Lesueur en 1830 pour la plupart des alcaloïdes, notamment pour la morphine, la strychnine et la brucine.

M. Roux demande à M. Orfila s'il ne pense pas que les individus qui font un usage habituel du tabac absorbent une assez grande quantité de nicotine pour que leurs organes en soient à la longue imprégnés et que l'économie puisse être affectée. M. Roux saisit cette occasion pour faire une piquante sortie contre l'usage du tabac et pour demander que l'Académie s'empare de cette question à laquelle l'avenir de la civilisation, dit-il, est intéressé.

M. Orfila répond qu'en effet la fumée de tabac renferme de la nicotine, mais que tous les fumeurs n'en absorbent pas; il n'y aurait tout au plus que ceux qui ont l'habitude d'avaler la fumée qui pourraient en absorber, encore serait-ce en si petite proportion, qu'il ne pourrait en résulter aucune action appréciable. Dans les cas d'ailleurs où il a pu y avoir absorption de nicotine, elle est promptement éliminée; et en supposant même qu'il en pût rester dans l'économie, l'habitude en émousserait les effets.

M. Roux : Cette question me paraît avoir également une portée au point de vue médico-légal; ne pourrait-il pas arriver que la nicotine trouvée dans les organes d'individus habitués à fumer pût donner lieu à des soupçons d'empoisonnement, ou bien qu'elle pût empêcher de constater la nicotine qui pourrait provenir d'un empoisonnement?

M. Orfila : La proportion de nicotine serait tellement minime dans ce cas qu'il n'y aurait pas lieu d'en tenir compte.

M. Bégin : Il y a une autre voie de pénétration de la nicotine que celle dont on parle en ce moment, c'est l'imprégnation de la salive et son ingestion dans l'estomac chez les individus qui ne crachent pas en fumant.

M. Orfila : J'admets également ce mode de pénétration, mais je répéterai à son sujet ce que je viens de dire pour la fumée, que la quantité de nicotine introduite par cette voie est trop minime pour qu'elle ait une action appréciable sur l'économie.

M. Bérard rappelle à cette occasion quelques recherches de M. Donné sur la salive, desquelles il résulterait, contrairement à ce qui vient d'être dit, qu'il y aurait plus d'inconvénient à cracher qu'à ne point cracher en fumant.

M. Londe croit que la distinction que l'on fait entre les fumeurs qui crachent ou qui ne crachent pas, ceux qui avalent ou n'avalent pas la fumée, n'est pas exacte. D'abord c'est une erreur de croire qu'on puisse avaler la fumée. Quant à cracher, c'est tout simplement le résultat du défaut d'habitude; les fumeurs ne crachant plus dès qu'ils ont acquis une certaine tolérance pour le tabac.

M. Cloquet est d'avis que l'excès ou l'absence d'expuition tient à la qualité du tabac dont on fait usage et au degré d'irritation qu'il provoque dans les glandes salivaires. Il signale à cet égard des différences très-sensibles entre les diverses espèces de tabac.

M. Roux insiste pour que l'Académie s'empare de cette question.

La proposition de M. Roux n'étant pas appuyée, l'Académie passe outre.

VACCINE ET INOCULATION.

M. Bousquet lit la seconde partie de son rapport sur les vaccinations pratiquées en France pendant l'année 1849.

M. le rapporteur, après l'analyse des travaux et pièces de correspondance relatifs aux vaccinations de l'année 1849, traite la question relative à l'art d'inoculer la petite vérole, auquel on semblerait vouloir revenir après l'avoir complétement abandonné pour la vaccine.

L'objet de cette deuxième partie du rapport de M. Bousquet est de démontrer que l'inoculation n'offrait pas plus de garantie à l'égard de la petite vérole que la vaccine, et qu'en lui supposant sur la vaccine des avantages qu'elle n'a pas, elle a des inconvénients qui feraient compensation.

M. Bousquet pense qu'il n'est qu'un cas où il serait permis d'y recourir, c'est celui où le vaccin viendrait à manquer en présence d'une épidémie meurtrière de petite vérole, auquel cas on serait autorisé à imiter la conduite qu'a tenue M. le docteur Guillou, en 1826, à Saint-Pol-de-Léon, dans le Finistère, et celle

que lui Jenner lui-même en 1798, envers son propre fils. Ce cas excepté, M. Bou quet est d'avis qu'on doit rester fidèle à la vaccine, dont l'efficacité est suffisamment demontrée par un demi siècle d'expérience.

NOTE SUR LA SUPPRESSION DES QUARTIERS DE GATEUX DANS LES MAISONS D'ALIÉNÉS.

M. le docteur ARCHAMBAULT, médecin de la maison nationale de Charenton, lit une note sur ce sujet.

Le nombre des malades, dit-il, désignés dans les établissements d'aliénés sous le nom de *gâteux* est considérable; dans tous les asiles, ils forment une classe à part et ils y occupent un quartier spécial, ainsi que le prescrit l'ordonnance de 1839, réglementaire des établissements d'aliénés.

A Bicêtre, sur une population de 850 aliénés, on compte 80 gâteux.
A la Salpêtrière, sur 1 074 aliénées, il y a 211 gâteuses.
A Pontorsin (Manche), sur 265 aliénés, on compte 40 gâteux.
A Rouen, sur une population de 736 aliénés, il y a 98 gâteux et gâteuses.
A l'asile de Maréville (Meurthe), dont M. Archambault a dirigé pendant plusieurs années le service médical, il a constaté que le nombre des gâteux s'élevait jusqu'à 70 pour une population de 717 aliénés des deux sexes.

Enfin, à la maison nationale de Charenton, dans le service des hommes, sur 230 aliénés se trouvent 34 gâteux, dont 14 idiots de démence simple, 13 de démence compliquée de paralysie générale, 2 d'épilepsie avec démence, et 3 d'imbécillité.

Ainsi, dans ces différents asiles placés dans les conditions les plus opposées, le nombre des gâteux s'élève, comme on vient de le voir, à 10, 13, 14 et même 15 pour 100 de la population d'aliénés qu'ils renferment.

En présence de l'insuffisance, pour ne pas dire de l'inefficacité de tous les efforts tentés jusqu'à ce jour pour détruire cette plaie, M. Archambault a pensé qu'il fallait s'engager dans une autre voie. Il s'est reporté à l'immortelle tentative de Pinel, qui a brisé les chaînes des aliénés en substituant la surveillance intelligente des gardiens aux moyens purement mécaniques de contrainte et de sûreté, et il a jugé qu'il fallait partir du même principe pour soustraire aujourd'hui les aliénés gâteux aux affligeantes conséquences de leur déchéance morale. En étudiant dans leurs détails les particularités qui les concernent, il avait pu s'assurer qu'en général, et à moins de circonstances accidentelles, les exonérations intestinales n'avaient lieu qu'une seule fois dans les vingt-quatre heures et avec les caractères ordinaires. Il était dès lors évident que ces malades ne gâtent que faute d'intelligence pour les diriger dans les habitudes ordinaires de la vie, et non pas par suite d'un changement dans la nature des selles ou d'un affaiblissement dans l'action des sphincters. M. Archambault s'est donc vu naturellement amené à substituer à l'intelligence absente des malades l'intelligence active du personnel de service, dont le zèle a été stimulé par une forte prime mensuelle.

Cette idée si simple a été mise à exécution; les malades ont été conduits à la garde-robe matin et soir, et dès ce moment les draps et les blouses ont cessé d'être salis par les déjections intestinales. Encouragé par ce premier résultat et réfléchissant à la rareté de l'incontinence d'urine chez les gâteux, même atteints de paralysie générale, puisque ce n'est que très-exceptionnellement, dans le cours d'une longue pratique suivie sur une très-grande échelle, que M. Archambault s'est vu obligé d'avoir recours au cathétérisme de la vessie, il a dû appliquer aux fonctions urinaires ses remarques sur les fonctions intestinales. Il a insisté pour que les malades fussent non-seulement conduits aux lieux d'aisances le matin et le soir, mais encore pour que l'émission des urines fût provoquée plusieurs fois par jour et deux fois dans le courant de la nuit en leur faisant présenter l'urinal. Ces tentatives ont commence le 1er mai, et le succès a dépassé les espérances de M. Archambault. Les draps, la literie, les vêtements ont cessé d'être souillés, et depuis le 20 mai tous les aliénés gâteux de la maison de Charenton ont repris les vêtements usuels que chacun d'eux avait quittés. Les blouses malpropres qui ne préservaient les malades ni du froid en hiver, ni de l'action du soleil en été ont maintenant disparu. Les fauteuils bideux et tout le mobilier spécial et infect du quartier des gâteux sont maintenant relegués dans les magasins de l'établissement. Aujourd'hui à la maison nationale de Charenton, dans le service des hommes, les gâteux revêtus de vêtements ordinaires occupent une salle de réunion qui, ainsi que les dortoirs, est parquetée, cirée et frottée, et où ils sont assis dans des fauteuils ordinaires. Dans ces salles, dans le réfectoire, en un mot dans tout le quartier, plus d'odeur fétide et repoussante, plus rien qui puisse le distinguer des autres divisions de la maison.

La tâche du personnel de service est moins pénible qu'il ne semblerait au premier abord. Il ne paraît pas impossible d'assujettir à une espèce de règle les habitudes des gâteux en ce qui concerne les exonérations. Si, dans les premiers jours, il a fallu aller chercher isolement et individuellement chacun des malades, on a vu bientôt, sous l'influence si puissante de l'habitude, se régulariser leurs besoins, et maintenant pour y satisfaire, lorsque les gardiens les appellent, ils arrivent en groupe, comme ils le font pour se rendre au réfectoire à l'heure des repas.

Indépendamment de l'heureuse influence que ce retour aux habitudes ordinaires de la vie exerce sur l'aspect de cette classe d'infortunés, leur santé ne doit-elle pas se ressentir de la suppression de tant d'éléments contraires aux lois de l'hygiène? Ils ne sont plus exposés jour et nuit au contact de liquides et de déjections irritantes; la perspiration cutanée devient plus libre; l'air qu'ils respirent n'est plus corrompu. D'un autre côté, les malades cessant d'être un objet de dégoût peuvent être visités par leur famille, dont ils étaient séparés par leur triste position qui les séquestrait d'une manière presque absolue pendant la dernière période de leur existence.

— M. BOUCHARDAT continue la lecture de son travail sur la glucosurie.

La séance est levée à cinq heures.

SOCIÉTÉ DE BIOLOGIE.

PRÉSIDENCE DE M. RAYER.

COMPTE RENDU DES SÉANCES PENDANT LE MOIS D'AVRIL 1851; par MM. les docteurs LEBERT et BROWN-SÉQUARD, secrétaires.

I. — ANATOMIE NORMALE.

1° PAVILLONS MULTIPLES RENCONTRÉS SUR DES TROMPES UTÉRINES DE FEMMES; par M. A. RICHARD fils.

« M'occupant de recherches sur la trompe utérine, dont je me propose de donner les résultats dans ma thèse, j'ai rencontré sur plusieurs trompes une anomalie dont aucun auteur jusqu'à présent n'a fait mention : je veux parler de la présence sur une même trompe de plusieurs pavillons distincts. Je crois que le hasard m'a favorisé dans ces recherches; car sur une trentaine de cadavres de femmes d'âge différent dont j'ai enlevé l'utérus et ses annexes pour les examiner, j'ai rencontré cinq fois cette singulière anomalie. Voici en quelques mots, d'une manière générale, en quoi elle consiste.

» Le pavillon normal qui termine l'oviducte existe sur toutes ces pièces. Il n'offre rien de particulier; mais en examinant le corps de la trompe, au-dessous de son pavillon, on rencontre à une distance qui varie depuis quelques millimètres jusqu'à 2 ou 3 centimètres, un second orifice muni de franges analogues à celle du pavillon normal, formées par conséquent par la muqueuse de l'oviducte, qui fait en quelque sorte hernie au travers des tuniques musculeuse et séreuse de la trompe. Il m'a toujours été possible d'introduire par l'orifice que présentent ces pavillons accessoires un stylet, et de pouvoir ainsi constater que cette ouverture anormale fait communiquer le canal de la trompe avec la cavité péritonéale; et poussant légèrement le stylet soit vers l'orifice abdominal, soit vers l'orifice utérin de la trompe, on le voyait, dans le premier cas, sortir par le véritable pavillon, et dans le second cas, pénétrer dans la cavité de la matrice.

» Je n'entrerai pas dans la description spéciale de chaque pièce; qu'il me suffise de dire que, sur les cinq cas que je possède, une trompe appartient à un fœtus à terme et présente deux pavillons accessoires; une seconde à une fille de 15 ans non réglée, et offre également deux pavillons anormaux; les trois autres à des femmes adultes, et sont munies chacune d'un pavillon surnuméraire.

» Je ne parlerai pas non plus des déductions physiologiques que l'on pourrait tirer de l'examen de ces trompes pour l'explication des causes si peu connues de la variété abdominale des grossesses extra-utérines; je voulais simplement constater le fait anatomique, me proposant de traiter avec quelques détails cette question dans ma thèse. » (12 avril.)

2° SUR LE CANAL CENTRAL DE LA MOELLE ÉPINIÈRE; par M. BÉRAUD.

M. Béraud met sous les yeux de la Société une moelle de chien adulte récemment sacrifié, pour en montrer le canal central.

Voici ce qu'il a trouvé de particulier. Il existe un canal dans toute l'étendue de la moelle, canal que l'on constate par des coupes transversales du cordon médullaire. Ce canal est situé sur la ligne médiane, et se présente sous la forme d'une fente ayant 1 millimètre environ de diamètre. Transversalement, la paroi antérieure est appliquée sur la paroi postérieure, de manière que la cavité est pour ainsi dire effacée; mais si l'on presse latéralement, on fait entr'ouvrir les lèvres de cette ouverture, et l'on voit manifestement qu'il y a un canal. Il occupe un espace compris entre la commissure blanche ou antérieure et la commissure grise ou postérieure. De plus, une membrane mince en tapisse tout l'intérieur. On n'a pas de peine à constater la présence de cette membrane en pénétrant dans le sillon médian antérieur ou bien dans le sillon médian postérieur. Si on détruit la substance de la commissure, on trouve au-dessous d'elle une membrane très-mince, très-transparente, venant se continuer avec la membrane qui tapisse la face postérieure du bulbe rachidien.

L'ouverture que présente ce canal à la coupe transversale n'est pas parfaitement la même à tous les points. Supérieurement, elle est arrondie; plus bas, elle devient transversale.

Ce qui a surtout fixé l'attention de M. Béraud est la présence d'orifices très-nombreux, assez régulièrement disposés dans toute la hauteur du canal, à une distance d'environ 1 centimètre les uns des autres. Il se demande si ces orifices arrondis ne seraient pas les ouvertures de canaux particuliers qui viendraient se rendre dans chaque paire de nerfs; de sorte que chaque cordon nerveux aurait aussi un canal central. Mais il reconnaît que cette interprétation mérite d'être réservée. Il se promet d'ailleurs de faire quelques études sur ce point. Il n'a pas trouvé de liquide dans l'intérieur de ce canal. (12 avril.)

II. — PATHOLOGIE ET ANATOMIE PATHOLOGIQUE.

1° VARIOLE DU FOETUS; VARIOLOIDE CHEZ LA MÈRE; AVORTEMENT AU CINQUIÈME MOIS DE LA GROSSESSE; par M. CHARCOT.

« Une femme âgée de 23 ans, brune, d'un tempérament où prédomine évi-

demment le système nerveux, bien réglée habituellement, portant au bras gauche des cicatrices de légitime vaccine et n'ayant jamais eu la variole, entre, le 25 mars, à l'hôpital de la Charité (salle Saint-Basile, 10, service de M. Rayer); elle se dit enceinte de cinq mois.

» Voici les faits que nous croyons devoir noter dans ses antécédents. Étant très-jeune, elle a eu des fièvres revenant par accès tous les deux jours; plus tard, à l'âge de 13 ans, elle a *été choréique* pendant plusieurs mois. Les règles se sont établies difficilement; leur apparition a été précédée et suivie de flueurs blanches abondantes. Mais enfin elles sont devenues régulières. Il y a deux ans, une première grossesse se manifeste. Nul accident ne l'accompagne, si ce n'est quelques douleurs dans les reins et dans le bas-ventre pendant la marche et la station verticale. L'accouchement se fait d'ailleurs naturellement, à terme, et l'enfant est aujourd'hui bien portant. Il y a cinq mois, signes d'une nouvelle grossesse. Ajoutons que, dans l'intervalle entre la première et la deuxième grossesse, aucun phénomène morbide ne s'est manifesté.

» Dès le début de la nouvelle grossesse, la malade éprouve une fatigue insolite, de la langueur. En même temps les tissus pâlissent; il survient de la céphalalgie, des douleurs dans les reins et dans les aines, surtout pendant la marche. En même temps un abondant écoulement de flueurs blanches apparaît. Les palpitations ne sont pas habituelles, mais il y a de temps à autre des lipothymies. Tout ceci dure pendant les quatre premiers mois de la grossesse.

» Il y a trois semaines environ, sans cause connue, le malaise augmente; en même temps des frissons assez intenses, de l'inappétence, de la chaleur fébrile se font sentir; puis, à la suite de légères démangeaisons, des boutons apparaissent aux bras, aux poignets, aux cuisses, sur la face. Ces boutons sont tout au plus au nombre de dix en tout: ce sont, d'après la description de la malade, des papules qui bientôt se couvrent d'une vésicule argentée dont l'enveloppe se dessèche bientôt de manière à former une croûte. Cette croûte, après sa chute, laisse voir, surtout à la face palmaire du poignet droit, deux petites ulcérations superficielles du derme, dont on voit encore très-bien les traces aujourd'hui.

» D'ailleurs, l'apparition de l'éruption que nous venons de décrire a été accompagnée d'une rémission presque complète des phénomènes généraux qui l'ont précédée. L'évolution des *pustules*, depuis l'apparition des papules jusqu'à la chute des croûtes, s'est faite à peu près en cinq jours. Notons que, dans les phénomènes prodromiques, nous n'avons à remarquer ni vomissements ni douleurs de reins nouvelles.

» C'est à cette époque que, pour la première fois, les mouvements de l'enfant se firent sentir. Assez intenses d'abord, douloureux même pour la mère, ils ne tardèrent pas à devenir très-rares, et bien différents, dit-elle, de ce qu'ils s'étaient montrés lors de la première grossesse. Remarquons toutefois qu'elle assure avoir senti remuer jusque dans ces derniers temps; mais c'était surtout quand elle changeait de position, et alors une sorte de choc se faisait sentir dans la partie de l'utérus devenue la plus déclive.

» Quinze jours après le début de la fièvre éruptive, elle entre à l'hôpital, où nous la trouvons dans l'état suivant:

» La face est très-pâle, plombée; les yeux sont enfoncés et entourés d'un cercle brun. État de langueur extrême; céphalalgie; pas de palpitations; pas d'œdème des membres inférieurs. La malade ne tousse pas; elle assure ne pas tousser habituellement et n'avoir jamais craché de sang. L'auscultation des poumons ne fait, au reste, entendre aucun bruit anormal. Souffle doux bien manifeste, au cœur, au premier temps et à la base; murmure vasculaire continu dans les vaisseaux du cou.

» Douleurs dans les reins et dans le bas-ventre, spontanées et provoquées par la pression, par la marche et par la station.

» La langue est rouge, sans enduit, parfois sèche. La peau s'échauffe un peu le soir, et il y a de temps en temps des frissons erratiques. Le soir aussi le pouls devient généralement assez fréquent (de 90 à 100 pulsations). Pas de sueurs nocturnes.

» Le foie et la rate ont leur volume normal; l'utérus remonte à 1 ou 2 pouces au-dessus de l'ombilic. Jamais l'auscultation de l'utérus n'a pu nous dénoter l'existence soit du souffle placentaire, soit des battements du cœur du fœtus.

» En raison de ces symptômes, on administre à la malade 50 centigrammes de sous-carbonate de fer chaque soir; bains simples.

» Au bout de cinq ou six jours de ce traitement, la malade se sent beaucoup mieux et pense déjà à sortir de l'hôpital. Ainsi la petite fièvre du soir avait diminué; les douleurs dans les reins et dans le bas-ventre avaient presque entièrement cessé, lorsque, dans la nuit du 3 au 4 avril, la malade est réveillée tout à coup par une violente douleur siégeant au-dessus du pubis, douleur suivie presque aussitôt d'un écoulement assez abondant de sang par les parties génitales. Ces douleurs prennent bientôt le caractère de douleurs expultrices, et l'accouchement s'opère à une heure de l'après-midi, le 4 avril.

» L'enfant offre tous les caractères d'un fœtus de 5 mois, et présente en outre tous les signes qui dénotent une mort remontant déjà à plusieurs jours au moins. En effet, le tissu cellulaire péricrânien est abondamment infiltré de sérosité rousse; de plus, l'épiderme s'enlève presque partout avec la plus grande facilité, surtout aux mains et aux pieds. D'ailleurs, pas de fétidité bien remarquable.

» Le corps de ce fœtus présente çà et là des *pustules* de divers volumes, dont les unes sont isolées, dont les autres, au contraire, sont réunies en plaques plus ou moins larges. De ces pustules, les unes ont de 6 à 7 millimètres de diamètre: ce sont, il est vrai, les plus volumineuses; il en est, au contraire, qui ont tout au plus de 1 à 2 millimètres de large; il en est enfin de volumes intermédiaires. Toutes sont parfaitement arrondies, et font une légère saillie au-dessus du niveau de la peau. La plupart présentent une dépression centrale de l'ombilic; d'autres présentent, au contraire, une surface entièrement lisse, et cet ombilic n'existe pas plus spécialement soit sur les grandes pustules, soit sur les petites; car il est de très petits boutons qui ont à leur centre une dépression bien nette; il en est de volumineux, au contraire, qui n'en présentent pas de traces.

» La couleur des pustules est d'un blanc jaunâtre, mat, opaque, qui tranche vivement sur la coloration rouge foncée des téguments. Voici d'ailleurs d'une manière générale comment elles sont disposées à la surface du corps. La région du crâne présente quatre ou cinq pustules, petites, non ombiliquées; trois pustules volumineuses, non ombiliquées, sur la face: l'une en avant du lobule de l'oreille droite; l'autre à la commissure droite des lèvres; l'autre enfin au-dessous de la lèvre inférieure. La région de la nuque est entièrement couverte par une large plaque composée de pustules, dont les plus périphériques sont encore libres par une partie de leur circonférence, dont les plus centrales sont entièrement confondues. De larges fissures sillonnent cette plaque, au fond desquelles le derme est mis à nu par suite de la chute d'une partie de l'épiderme et de *la matière opaque sous-jacente*, laquelle est en ce point friable et comme caséeuse. Quatre ou cinq pustules de divers volumes, dont quelques-unes sont ombiliquées, à la partie supérieure de la région du dos; quatre petites pustules non ombiliquées sur la fesse gauche; trois pustules non ombiliquées sur la région antérieure de la poitrine.

» Les membres inférieurs présentent les boutons les plus volumineux, les mieux caractérisés, les mieux ombiliqués. Ces boutons, chose à noter, semblent rassemblés autour des articulations du genou. C'est ainsi qu'on rencontre trois pustules, dont deux très-volumineuses et bien ombiliquées, immédiatement au-dessus du genou gauche, à la partie interne et inférieure de la cuisse; quatre pustules, dont trois volumineuses et ombiliquées, à la partie supérieure du mollet gauche; à droite, une large pustule non ombiliquée à la partie interne et supérieure de la jambe, et plus bas deux ou trois petits points blancs non ombiliqués. Le membre supérieur droit ne présente qu'une seule pustule, sans ombilic à la partie postérieure et inférieure de l'épaule; mais le gauche présente au coude une large plaque composée d'au moins huit ou dix pustules, dont la plupart sont encore distinctes et bien ombiliquées. Il en existe en outre une autre très-grande et sans ombilic à la partie postérieure de l'avant-bras, au-dessus de l'articulation du poignet.

» Nous avons cherché à nous rendre compte de la composition anatomique de ces pustules. Voici ce à quoi nous sommes arrivé.

» Si l'on enlève l'épiderme de la périphérie de la pustule vers son centre, ce qui est facile à cause de la macération à laquelle le fœtus a été exposé, on enlève avec lui la matière blanchâtre qui donne au bouton son relief et sa coloration. Alors on voit à la surface du derme, mis à nu, une foule de papilles coniques, d'une couleur blanchâtre, hyaline, du centre desquelles part généralement un poil. Les portions du derme sur lesquelles sont implantées ces papilles présentent aussi une coloration blanche et une légère saillie au-dessus du niveau du derme. En dehors de la tache blanche formée par ces papilles, qui ne sont évidemment que les follicules pileux anormalement développés, d'une part, et le derme infiltré d'une substance particulière, de l'autre, se voit une auréole d'un rouge vif sur laquelle les follicules pileux sont encore volumineux, mais beaucoup moins qu'au niveau de la tache. Enfin, en dehors de l'aréole, le derme présente ses caractères normaux, et les follicules pileux y ont leur volume ordinaire.

» Si l'on fait une coupe verticale de la peau passant par le milieu d'une pustule, et qu'on examine la tranche mince ainsi obtenue, par transparence et au microscope, on voit au niveau de la pustule le derme plus épais, plus opaque qu'ailleurs, contenant des follicules verticalement disposés et presque juxtaposés, cylindriques à leur centre, mais terminés en cul-de-sac à une de leurs extrémités, celle qui correspond à la face profonde du derme. Ces follicules paraissent en outre distendus par un liquide, et l'emportent au moins d'un tiers en volume sur les follicules pileux du derme examiné en dehors des pustules. Du centre de chaque follicule part un poil, qui naît tout près du cul-de-sac terminal, traverse la couche anormale sous-épidermique, et enfin l'épiderme lui-même; et en effet, en examinant à la loupe la surface des pustules, on la voit hérissée d'une foule de petits poils, comme cela a lieu d'ailleurs pour le reste de la surface tégumentaire.

» Nous avons examiné ensuite l'épiderme et la matière anormale qu'on enlevait avec lui, et à laquelle la pustule devait la plus grande partie de son relief. Or, dans cette masse, à part les cellules épidermiques à contours bien nets et à noyaux bien distincts, cellules très-nombreuses, il est vrai, au niveau de la pustule, nous n'avons rien trouvé de remarquable, si ce n'est une matière amorphe, au sein de laquelle existaient des granulations arrondies, opaques, disposées en groupes; nous n'avons pas pu déterminer la nature de ces globules, mais nous pouvons affirmer qu'il ne s'agissait pas là de globules de pus, bien qu'on pût les considérer comme tels, eu égard à leur volume.

» Rien, dans la structure des pustules, qui ait pu nous indiquer par quel mécanisme s'était opérée l'ombilication. Le plus souvent la dépression centrale embrassait le sommet de cinq ou six follicules pileux, qui d'ailleurs ne paraissaient pas plus volumineux ou autrement altérés que ceux qu'on rencontrait dans le reste de la pustule.

» L'ouverture du cadavre ayant été faite, nous n'avons rien trouvé de notable dans les principaux viscères. La muqueuse buccale, celle du pharynx, ne présentent pas de pustules. Rien de notable dans l'œsophage, l'estomac, l'intestin grêle, le gros intestin, qui ont été examinés dans toute leur étendue; foie décoloré, non congestionné; rate normale. Les poumons sont sains, ainsi que le cœur et le thymus. Une certaine quantité de sérosité sanguinolente dans les plèvres, le péricarde et le péritoine; mais ceci peut naturellement être attribué au genre de mort du fœtus. » (5 avril.)

2° SUR DEUX TUMEURS DU SINUS MAXILLAIRE; par M. NÉLATON.

M. Triquet présente, au nom de M. Nélaton, deux tumeurs du sinus maxillaire.

« L'une est un lipome; l'autre, enlevée il y a quelques jours, est une tumeur fibreuse.

» Ces tumeurs sont excessivement rares dans le sinus maxillaire; je ne crois pas que les auteurs en aient décrit de semblables en cet endroit. Elles doivent intéresser la société à plus d'un titre :

» 1° Par leur nature; 2° par leur siége; 3° par les symptômes; 4° par le diagnostic et par le traitement.

» Chez des malades jeunes, les polypes cancéreux, les exostoses, sont communs et se rencontrent tous les jours; mais il est peut-être sans exemple qu'on ait rencontré deux tumeurs de la nature de celles qui nous occupent.

» Le lipome était tout à fait semblable à ceux qu'on trouve ailleurs : masse adipeuse compacte, cloisonnée par des lamelles celluleuses. Chacune des loges renfermait de petites masses de graisse jaunâtre; il n'y avait pas de traces de vaisseaux. Un œuf ordinaire en peut mesurer le volume. La tumeur fibreuse est comparable à un œuf de pigeon. A la coupe, on ne voit que des lames et des fibres de tissu cellulo-fibreux; à la pression, on n'en voit sortir aucune espèce de liquide. Elle ne présente également point de vaisseaux. Une membrane de tissu cellulaire fin et rosé l'enveloppe de toutes parts : aussi a-t-on pu l'énucléer du sinus en quelque sorte et avec une spatule.

» Ces deux tumeurs, bien que peu volumineuses, avaient distendu les parois du sinus. Ces parois étaient amincies au point qu'une épingle ordinaire pouvait traverser la voûte palatine sans difficulté.

» Chez les deux sujets, quelques dents manquaient, et c'est en pénétrant par ces alvéoles que M. Nélaton put confirmer son diagnostic et reconnaître à quelle espèce de tumeur il avait affaire. Une très-petite portion avait été excisée avec des ciseaux fins, et donné ainsi le spécimen de la tumeur (si l'on peut ainsi dire). Du reste, les parois du sinus étaient tellement amincies qu'un instant on avait pu croire à une fluctuation apparente.

» Quant au traitement, M. Nélaton imagina de prolonger un peu en dehors la commissure labiale, au moyen du bistouri, dans l'étendue de 1 à 2 centimètres. La paroi antérieure du sinus, ainsi mise à découvert, fut enlevée au moyen d'un scalpel ordinaire, et la tumeur fut extirpée par énucléation en quelque sorte, et avec assez de facilité. Quant au lipome, c'est une pièce trouvée sur un cadavre, dans un pavillon de dissection; elle n'en a pas moins une certaine valeur au point de vue de l'anatomie pathologique. » (5 avril.)

3° LA PRÉSENCE DE L'ALBUMINE DANS L'URINE DES DIABÉTIQUES EST-ELLE TOUJOURS UN SIGNE FAVORABLE? par M. RAYER.

« M. Landouzy, professeur de clinique médicale à Reims, m'a adressé un malade atteint depuis plusieurs années de diabète sucré. La privation des féculents et l'usage des alcalis ont beaucoup diminué la proportion du glucose dans l'urine et les autres symptômes du diabète. Toutefois la guérison est loin d'être complète. Depuis deux mois environ, M. Landouzy a constaté qu'une certaine quantité d'albumine s'était ajoutée au glucose. La proportion de l'albumine dans l'urine ayant augmenté, le malade a éprouvé une sorte d'étourdissement et un trouble marqué, mais passager, dans la vision.

» Dans un premier échantillon d'urine, j'ai constaté, comme M. Landouzy, l'existence d'une certaine quantité de glucose. La quantité d'albumine, notable dans ce premier échantillon, l'était beaucoup moins dans un second, qui m'a été remis quelques jours après. Du reste, le malade ne présentait aucune trace d'œdème à la face ou aux membres, aucune trace d'infiltration des paupières, enfin aucun des caractères extérieurs de la maladie de Bright. Il ne paraît pas non plus, chez lui, y avoir d'inflammation des voies urinaires ni d'affection du cœur. Or je n'ai pas cru pouvoir me prononcer sur ce que pouvait signifier, dans ce cas, l'apparition de l'albumine dans l'urine.

Pour justifier cette réserve, je rappellerai d'abord une opinion émise par Dupuytren et M. Thénard; j'indiquerai ensuite quelques observations qui me sont propres et quelques autres que j'emprunterai à M. Christison.

» Dans un mémoire lu, en 1806, à la Société de la Faculté de médecine de Paris et inséré dans son Bulletin (BULLETIN DE LA SOCIÉTÉ DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS, 1806, p. 41), MM. Dupuytren et Thénard annoncèrent qu'en ne donnant aux diabétiques que des aliments animalisés, leur urine avait changé assez promptement de nature; que d'abord on y trouvait une matière albumineuse dont la quantité allant pendant quelques jours en croissant, paraissait être un signe non équivoque de la guérison de la maladie; qu'ensuite l'albumine disparaissait peu à peu, et que l'urine ne tardait pas à reprendre les caractères de l'urine d'un homme sain.

» Comme MM. Dupuytren et Thénard, j'ai vu chez une personne atteinte de diabète sucré le sucre disparaître de l'urine, et être remplacé par une certaine quantité d'albumine; mais, dans ce cas, l'urine continua d'être chargée d'albumine pendant plus d'un mois, et elle l'était encore lorsque la malade quitta l'hôpital. J'ai rapporté ce cas dans mon TRAITÉ DES MALADIES DES REINS, t. II, p. 224. C'était celui d'une femme âgée de 33 ans, dont l'urine, après avoir contenu une assez grande quantité de glucose (elle pesait 1,037 à l'aréomètre de Baumé), devint ensuite fortement albumineuse et légèrement sanguinolente. Après la disparition du sucre, il survint un catarrhe pulmonaire, *accompagné d'œdème* et d'autres accidents graves. La toux, la dyspnée et l'œdème cédèrent au bout d'un mois et demi de traitement environ, et la malade, se regardant comme guérie, voulut quitter l'hôpital. A cette époque, on s'assura de nouveau qu'il n'y avait pas de sucre dans l'urine; mais elle continuait d'être albumineuse. Quatre mois après, j'appris que cette femme avait succombé à une affection de poitrine, et que l'ouverture du corps n'avait pas été faite.

» On ne peut dire d'une manière positive quelle fut, dans ce cas, la cause de l'apparition de l'albumine dans l'urine. L'œdème passager fut-il lié à l'existence de l'urine albumineuse, comme dans la maladie de Bright? Plus tard, dans quel état eût-on trouvé les reins si l'autopsie du cadavre eût été faite? Tous ces *desiderata* de l'observation lui ôtent, je le reconnais, une grande partie de son intérêt; toutefois elle montre que la disparition du sucre, suivie de l'apparition et de la persistance de l'albumine dans l'urine, ne permet pas de s'abandonner à une sécurité complète.

» Au reste, un autre cas qui s'est présenté, dans mon service à l'hôpital de la Charité, et que M. Bell a cité dans son excellent travail sur le diabète (H. Bell, AN ESSAY ON DIABETES; translated by Alfred Markwick. Lond. 1842), établit nettement que l'apparition d'une urine albumineuse dans le cours d'un diabète est quelquefois l'indice d'une complication grave, au lieu d'être un signe favorable. C'était le cas d'un diabétique qui succomba à une néphrite terminée par suppuration.

» Une observation recueillie par M. Christison démontre aussi que l'apparition de l'albumine dans l'urine, dans un cas de diabète, peut être un symptôme *très-grave*, suivi tôt ou tard d'hydropisie; le symptôme, enfin, d'une altération des reins qui se terminera par la mort. Il s'agit d'un homme de 40 ans, bien constitué, qui, souffrant du diabète depuis deux ans, avait perdu graduellement de son embonpoint et de ses forces. L'urine fermentait avec la levûre de bière, et pesait de 1045 à 1055. Entré à l'hôpital le 9 juillet 1838, cet homme languit jusqu'au milieu de septembre. A cette époque, l'urine devint fortement coagulable par l'acide nitrique et par la chaleur; sa pesanteur spécifique diminua progressivement le 10 décembre; elle n'était plus que de 1010; le 5 janvier 1839, de 1005; il n'y avait plus de traces de sucre. Le malade, épuisé par une diarrhée rebelle, mourut vers la fin de mars. A l'ouverture du corps, on trouva des épanchements séreux dans le péritoine, les plèvres, le péricarde et l'arachnoïde. Une quantité considérable de matière jaune était déposée dans la substance corticale des reins, et se prolongeait entre les tubes urinifères, altération, dit M. Christison, qu'on observe souvent dans l'affection granuleuse des reins.

» L'auteur ajoute que, dans plusieurs autres occasions, il a observé de l'albumine dans des urines de diabétiques, et que dans un cas où la quantité de l'albumine était considérable, les reins présentèrent, après la mort, la dégénérescence granuleuse.

» Pour les autres cas, il ne fait aucune remarque.

» En résumé, si l'apparition de l'albumine dans l'urine des diabétiques est quelquefois un signe favorable, cette circonstance peut être aussi l'indice d'une complication grave ou de la substitution d'une autre maladie, parfois mortelle. » (12 avril.)

4° DE LA LEUCOCYTHÉMIE OU DU SANG A GLOBULES BLANCS; par M. HUGHES BENNETT, professeur de physiologie et de clinique médicale à Édimbourg.

« Le 19 mars 1845, j'ai examiné le corps d'un homme qui avait succombé dans le service de M. Christison, à l'infirmerie royale d'Édimbourg. Ce malade avait été atteint d'une hypertrophie de la rate et du foie; son sang renfermait une quantité très-notable de corpuscules ressemblant à ceux du pus (EDINB. MED. AND SUR. JOURN., octobre 1845). Au mois d'août 1845, Virchow a disséqué, à l'hôpital de la Charité, à Berlin, le corps d'un homme qui avait également un engorgement notable du foie, et chez lequel il y avait la même augmentation des globules blancs. Le 31 décembre 1845, on a reçu à l'hôpital Saint-Georges, à Londres, un homme qui présentait, au docteur Fuller, le même phénomène avant et après la mort; il avait eu, comme les autres, une hypertrophie notable de la rate (LANCET., juillet 1846). Depuis cette époque, plusieurs cas semblables ont été publiés, dans lesquels cette augmentation n'a point, il est vrai, été constatée pendant la vie, mais doit nécessairement avoir existé, d'après les faits mentionnés.

» Le nom de leucémie, donné à cette maladie par Virchow, ne paraît pas désigner nettement cette maladie, parce que le sang n'est pas blanc, mais présente sa coloration rouge ordinaire lorsqu'on le tire de la veine, et en outre on a donné ce nom, avec plus de raison, au sang gras examiné par Fraill, Christison et d'autres; car c'est plutôt ce sang qui présente une apparence laiteuse et opalisante. Le nom à donner à ce sang doit exprimer que le sang abonde en globules blancs; le terme de leucocythémie provenant de λευκὸς blanc, κυθος cellule, et αἷμα sang, désigne donc le fait, l'état pathologique, sans impliquer de théorie.

» J'ai examiné, pour ma part, quatre cas de leucocythémie.

» OBS. I. — Un homme est admis dans la clinique de Christison le 27 février 1845. Il présente une tuméfaction considérable de l'abdomen dépendant évidemment d'un engorgement du foie et de la rate, qui remontait à un an de date environ. Les glandes lymphatiques du cou, de l'aisselle et de l'aîne étaient engorgées aussi; les autres symptômes étaient l'œdème des jambes, une diarrhée considérable et un peu de fièvre qui survint le 13 mars; il succomba le 15. Le corps ne fut examiné que le 19, quatre jours après la mort.

» ÉTAT DU SANG. Dans tout le système veineux, le sang était bien coagulé et remplissait le calibre des vaisseaux. On y distinguait une partie rouge inférieure et une partie jaune et supérieure; la partie rouge était de couleur brique un peu granuleuse sur la coupe et grumeleuse; la partie jaune était d'un brun clair et opaque, facile à rompre et ressemblant à du pus crémeux. Examiné au microscope, avec un grossissement de 251 mètres, on y voyait beaucoup de filaments fibrineux mêlés avec des globules variant de diamètre entre 1/50 et 1/120 de millimètre, de forme ronde et globuleuse, à aspect granuleux et ressemblant tout à fait aux corpuscules du pus. De l'eau leur faisait perdre leur apparence granu-

lense et montrait un noyau de 1/200 de millimètre, ou deux ou trois plus petits. La partie rouge du caillot contenait une plus petite quantité de globules blancs mêlés avec beaucoup de globules rouges.

» Les parois des vaisseaux étaient sains, par places accidentellement adhérents au caillot, mais facile à détacher. Les petites veines des méninges paraissaient comme remplies de pus.

» Le foie était très-hypertrophié et pesait 10 livres et 12 onces; la rate, également hypertrophiée, pesait 7 livres et 12 onces; les glandes lymphatiques étaient partout très-volumineuses, surtout dans l'aine, où plusieurs avaient le volume d'un œuf de poule. Sur la coupe, elles présentaient un liquide sale et comme lactescent, qui, au microscope, contenait de nombreuses cellules propres à ces glandes.

» Les autres organes étaient sains; nulle part il n'y avait du pus.

» Obs. II. — C'était un garçon de 17 ans, reçu dans ma division clinique le 25 janvier 1850. Il était pâle, les conjonctives très-décolorées et présentant une apparence tout à fait cachectique. L'abdomen est très-distendu par une tumeur splénique qui, des dernières côtes, s'étend jusqu'à un pouce et demi de distance de la symphyse du pubis; en avant, la tumeur présente une convexité demi-circulaire, et on la sent jusqu'à un pouce et demi à droite de l'ombilic; en arrière, on suit la tumeur jusqu'à 3 pouces de distance des apophyses des vertèbres lombaires. La percussion détermine de la matité sur 10 pouces de longueur et 13 et demi de largeur; le foie est de volume normal; tout le corps très-amaigri; diarrhée abondante, parfois hémorrhagie nasale et gingivale.

» Ce garçon reste pendant six mois à l'hôpital, où le sang ne subit aucun changement, malgré les traitements variés. Du fer et du sulfate de quinine ont été donnés à fortes doses, et la diarrhée devint si intense qu'elle dut réclamer bientôt les principaux soins du traitement. Beaucoup d'astringents furent essayés, mais avec un succès tout au plus passager. Pendant un temps, il fut si faible que d'un jour à l'autre on croyait le perdre; cependant il reprit un peu de force; celles-ci étaient toujours en rapport avec la diarrhée. Au mois d'avril des symptômes pulmonaires survinrent, mais diminuèrent sous l'influence des toniques, de l'huile de foie de morue et de la bonne saison, au point qu'il demanda à sortir de l'hôpital pour retourner chez lui à Hull. Il fit ce voyage en août 1850, arriva en bonne santé chez lui où il vit toujours, et j'ai appris par une lettre du docteur Sandwith de cette ville, en date du mois d'avril 1851, qu'il était toujours dans le même état dans lequel il avait quitté Edimbourg.

» Le docteur Robertson a eu la bonté d'analyser pour moi le sang dans ce cas, et d'après le résultat qu'il a obtenu, il paraît que la quantité de fibrine était doublée, tandis que l'albumine et les sels existaient en quantité normale. Les globules existaient dans la proportion de la moitié de la quantité physiologique, tandis que la quantité d'eau avait augmenté d'autant. Le résultat de l'analyse est le suivant:

Pesanteur spécifique du sang. . .	1041,5
— — sérum. . .	1026,5
Composition de 1,000 parties:	
Fibrine.	6
Parties solides du sérum	72
Globules	67,5
Total des parties solides.	145,5
Eau.	854,5
	1000,0

» Obs. III. — Une blanchisseuse, âgée de 53 ans, fut reçue, le 15 juillet 1850, à l'hôpital d'Edimbourg, dans le service de M. Robertson. Elle présentait comme symptôme des vomissements, l'hémoptisie, du saignement des gencives et des taches de purpura; elle était constipée et très-faible. Elle succomba le 22. Pendant la vie et après la mort, la leucocythémie était constatée par l'examen microscopique.

» Les faits principaux trouvés à l'autopsie furent une grande fluidité du sang, l'état du foie comme dans la dernière observation, mais je n'en ai pas pris les dimensions exactes.

» A l'examen microscopique, on a constaté une légère augmentation des globules blancs, peut être trois fois plus qu'à l'état normal. Je regarde ce cas comme un commencement de leucocythémie. Le foie hypertrophié pesait 12 liv. 5 onces; la rate hypertrophiée 3 liv. 5 onces. Les glandes lymphatiques du mésentère étaient très-volumineuses et ramollies. Les taches de purpura existaient à la peau et dans divers tissus. Les autres organs étaient sains.

» La composition du sang, dans ce cas, était la suivante:

Pesanteur spécifique du sang	1036		
— sérum . . .	1023		
1,000 parties contenaient:			
Fibrine.	2,3		
Parties solides du sérum.	67,0	Parties organiques	55,8
		Parties inorganiques . . .	11,2
Globules.	49,7		
Total des parties solides.	119,0		
Eau.	881,0		
	1000,0		

» Obs. IV. — C'est celle d'un homme qui est encore en ce moment dans mon service à l'hôpital. Il est atteint d'une hypertrophie considérable du foie et de la rate. Son teint est légèrement ictérique; il a souvent des saignements de nez et de la diarrhée. Le sang présente les mêmes caractères que dans les cas précédents.

» A part les quatre cas que j'ai examinés moi-même, on m'en a communiqué huit autres, dans lesquels la leucocythémie a été déterminée par un examen microscopique exact. Huit autres cas ont été publiés par Craigie, Virchonne, Parkes, Fuller, Chambers et Vogel. Dans tous ces cas, le même état de sang fut constaté; il existe donc vingt cas positifs de ce genre dans la science.

» En outre, les recueils périodiques de médecine renferment un certain nombre de cas qui ont été rassemblés par Virchow; mais comme l'examen microscopique n'a point été fait, je ne le compte pas ici. Si je voulais analyser ces vingt cas sous le rapport des causes, de la durée, des symptômes et de l'anatomie pathologique, cela me mènerait trop loin dans cette communication. Ce travail fera du reste le sujet d'un mémoire que je publierai bientôt. J'insisterai ici seulement sur quelques points importants:

» 1° Dix-neuf fois sur vingt la rate était hypertrophiée, et dans un seul cas exceptionnel le foie était très-engorgé, ainsi que les glandes lymphatiques.

» 2° Dans trois cas seulement les malades avaient eu des fièvres intermittentes douze à quinze ans auparavant, de façon que l'hypertrophie de la rate ne peut pas être attribuée à la fièvre.

» 3° J'ai vu plusieurs fois l'hypertrophie de la rate consécutive à la fièvre, et dans ce cas il n'y avait point de leucocythémie.

» 4° Douze fois sur vingt, il y avait hypertrophie du foie, et onze fois sur douze la rate était en même temps très-engorgée. Une seule fois les glandes mésentériques et le foie étaient seuls hypertrophiés.

» 5° Neuf fois sur vingt, ou a fait l'autopsie; dans les autres cas, on a constaté la maladie pendant la vie seulement.

» 6° Dans plusieurs des neuf cas d'autopsie, les glandes mésentériques et lymphatiques étaient généralement plus ou moins hypertrophiées.

» 7° L'analyse des symptômes nous conduirait trop loin. Les plus communs étaient des saignements du nez ou d'autres hémorrhagies des membranes muqueuses, plus ou moins de dyspnée, dépendant probablement du volume de la tumeur abdominale. La diarrhée abondante et continue; un état fébrile léger, mais plus ou moins persistant. Il est à peine nécessaire d'observer que ces mêmes symptômes se trouvent dans l'hypertrophie de la rate, sans leucocythémie tenant à ce qu'il n'y a point de relation spéciale avec l'altération du sang.

» Quelles conclusions peut-on tirer de ces faits par rapport à l'origine, à la pathogénie de cette remarquable altération? Sur ce point, je sens qu'il faut être réservé, et que cette maladie est en connexion avec la formation du sang lui-même, sujet entouré encore de beaucoup d'obscurité. On a supposé que chez des jeunes sujets quatre glandes, la thyroïde, le thymus, la rate et les capsules sus-rénales, servent à la nutrition et que ce sont des glandes sanguines. Cette opinion est soutenue par Goodsir, qui a trouvé que les trois dernières glandes se forment ensemble dans la membrane germinative et se séparent seulement plus tard (Philos. Transact., 1846). Toutes ces glandes sont remplies de noyaux dont on suppose qu'ils entrent dans le sang par les vaisseaux lymphatiques. Les glandes mésentériques possèdent des cellules semblables et sans doute dans le but d'élaborer du sang. Il est curieux que dans le seul cas de leucocythémie dans lequel la rate n'était pas engorgée, les glandes mésentériques et lymphatiques l'étaient considérablement. Sans insister trop sur les faits nombreux qui viennent à l'appui de la doctrine des relations entre ces diverses glandes et la formation du sang, il est possible que l'hypertrophie de ces organes amène une plus grande quantité de ces cellules à noyaux dans le sang, et que la formation des globules colorés soit entravée en proportion de la plus grande abondance des globules blancs, et se développent aux dépens du blastème qui, dans d'autres circonstances, aurait formé les globules rouges.

» On peut supposer que le développement normal du sang est troublé par une cause inconnue, et que ces globules blancs ne soient autre chose qu'un état antérieur de développement des globules colorés. Je ne pourrais pas dire laquelle des deux théories est exacte, on si peut-être plus tard l'une et l'autre ne pourraient être trouvées fautives.

» La découverte de ces conditions spéciales du sang doit, il me semble, donner le coup de grâce à deux théories soutenues par des pathologistes distingués; la première est celle soutenue par Addison et Williams, que la stase dans l'inflammation est produite par l'accumulation des globules blancs dans le sang; la seconde est celle de Zimmermann et d'autres, que les abcès multiples qui se forment dans les cas d'infection purulente proviennent de l'obstruction des capillaires par l'arrêt des globules du pus.

» Quant au traitement de la maladie, nous n'en savons rien. Dans un cas, j'ai donné pendant quelque temps du fer et du sulfate de quinine à haute dose, sans amener le moindre changement dans la composition du sang. Du reste, l'épistaxis et la diarrhée sont souvent si abondantes qu'elles réclament toute la sollicitude du praticien; et ces symptômes ainsi que d'autres symptômes accidentels doivent être traités avec suite d'après les méthodes ordinaires. » (26 avril.)

COMPTE RENDU DES SÉANCES PENDANT LE MOIS DE MAI 1851; par M. le docteur Brown-Séquard, secrétaire.

I. — Anatomie normale.

1° Sur l'orifice du sinus maxillaire; par M. Gosselin.

M. Gosselin appelle l'attention de la Société sur l'orifice de communication du sinus maxillaire avec le méat moyen de la fosse nasale.

Les descriptions données par les auteurs classiques, à propos de l'ostéologie, sont propres à faire penser que cet orifice creusé sur l'os maxillaire et limité par le cornet inférieur en bas, le palatin en arrière, l'ethmoïde en haut, occupe la partie moyenne du méat moyen, et se trouve à peu près au niveau du bord inférieur du cornet, à 5 ou 6 centim. en arrière de la narine. Parmi ces auteurs, les uns donnent la même description à propos de l'étude des fosses nasales, les autres placent l'orifice du sinus maxillaire plus haut et plus en avant dans un endroit où il est difficile à apercevoir. Quelques-uns disent qu'il y a parfois deux ouvertures; mais ne s'expliquent pas sur la question de savoir laquelle est, dans ces cas, la plus régulière et laquelle est anormale.

Il y a donc sur ce point un peu d'incertitude, lorsqu'on s'en tient seulement aux connaissances qui nous sont fournies par nos traités d'anatomie.

Il est vrai que les auteurs de pathologie sont plus précis; ceux d'entre eux surtout qui ont fait une étude spéciale des maladies du sinus maxillaire, tels que Jourdain dans son TRAITÉ DES MALADIES DE LA BOUCHE (t. I), Bordenave dans son mémoire inséré dans le t. IV de l'Académie de chirurgie, n'ont étudié le sinus et son orifice que sur des pièces fraîches, et ont placé cet orifice à la partie supérieure et un peu antérieure du cornet moyen et non vers sa partie moyenne. Les deux auteurs que nous venons de nommer ont même assez bien indiqué la position, les dimensions, la direction de l'ouverture.

Cette contradiction entre les auteurs d'anatomie et ceux de pathologie répand encore un peu d'incertitude sur ce sujet. Pour la faire cesser, il suffit d'examiner comparativement un certain nombre de sinus maxillaires; c'est le résultat d'une étude de ce genre que je soumets aujourd'hui à la Société de biologie.

L'orifice du sinus maxillaire est le plus souvent unique; quelquefois il est double.

Lorsqu'il est unique, il se trouve à la partie supérieure interne et antérieure du sinus, où il représente une sorte d'infundibulum, tantôt arrondi tantôt allongé d'avant en arrière. Cet infundibulum est le commencement d'un canal long de 5 à 6 mill. qui se dirige quelquefois transversalement, et le plus souvent de bas en haut, d'autres fois décrit une courbe à convexité supérieure et à concavité inférieure. Il vient s'ouvrir vers la partie antérieure du méat moyen, dans une rainure profonde qui résulte de la jonction du maxillaire supérieur avec l'ethmoïde, et que l'on appelle infundibulum. Au niveau de cette ouverture, la muqueuse forme quelquefois un repli; mais cette disposition n'est pas constante. La rainure du méat moyen, au fond de laquelle se trouve l'orifice du sinus maxillaire, le masque entièrement, de même qu'elle masque deux autres orifices placés à son niveau, mais plus en avant et plus en haut; l'un est celui du sinus frontal (orifice naso-frontal, l'autre est celui des cellules ethmoïdales antérieures (orifice naso-ethmoïdal antérieur).

Cet orifice du sinus maxillaire, que j'appelle, pour le distinguer des deux précédents, naso-maxillaire, est en définitive placé de telle façon que les liquides accumulés dans la cavité ne pourraient pas en sortir pendant la station verticale, et ne seraient évacués que dans la position horizontale ou pendant les inclinaisons latérales forcées de la tête.

Lorsqu'il y a deux orifices, le premier est celui que nous venons de désigner; le second se trouve à la place indiquée par beaucoup d'anatomistes, c'est-à-dire à la partie moyenne du méat moyen, à peu près sur le même plan que le bord inférieur du cornet et au niveau de ce large hiatus que présente sur la pièce desséchée le maxillaire supérieur; tantôt il est très-étroit, tantôt il est plus large; en tout cas il n'est pas abrité par une rigole, comme le précédent, et se trouve un peu plus déclive, par conséquent mieux disposé pour l'écoulement des liquides.

La plus constante et la plus normale des deux dispositions est celle dans laquelle l'orifice est unique et placé en haut et en avant, c'est celle que l'on trouve chez le fœtus à terme et chez les enfants. L'existence du second orifice est exceptionnelle et ne se rencontre que sur les sujets adultes ou les vieillards, tantôt d'un seul côté, tantôt des deux côtés en même temps. (10 mai.)

2° DESCRIPTION D'UNE VALVULE INCONNUE JUSQU'ICI ET QUI EXISTE DANS LES VOIES LACRYMALES CHEZ L'HOMME; par M. BERAUD.

M. Béraud soumet à la Société des pièces et un dessin pour faire voir les dispositions nouvelles qu'il a trouvées dans les voies lacrymales.

Sur une pièce, il montre qu'à l'orifice des conduits lacrymaux dans le sac, il existe deux petits tubercules mamelonnés, siégeant l'un au-dessus, l'autre au-dessous de l'ouverture commune de ces conduits. Il y a en même temps, immédiatement au-dessous de cet orifice, une valvule mentionnée par Huschke. Elle se dirige en haut et s'oppose ainsi au passage des larmes dans le sac. Quelquefois cette valvule est circulaire et embrasse ainsi l'ouverture commune des conduits lacrymaux, en représentant une espèce de diaphragme percé à son centre. Elle offre une hauteur de 2 à 3 millim. et elle tend à venir s'appliquer sur la paroi du sac et fermer les conduits qui apportent les larmes. Mais la nature a employé un moyen très-ingénieux, analogue à celui qu'elle a employé pour les valvules sigmoïdes, afin d'empêcher les valvules de se coller d'une manière trop intime sur les parois correspondantes Ici la nature n'a pas placé les globules sur l'extrémité de la valvule, il y aurait eu des inconvénients graves; à cause de la direction de la valvule, le globule aurait pesé sur son extrémité libre et l'aurait renversé tantôt en dehors, tantôt en dedans. Aussi voyez comme la nature a été prévoyante, elle a mis ces globules sur la paroi même du sac à l'ouverture des conduits lacrymaux. Par ce mécanisme différent, le même but n'est-il pas atteint?

Outre cette valvule que M. Béraud propose d'appeler *valvule supérieure du sac lacrymal*, il en existe une autre vers la réunion du sac avec le canal nasal, et qui doit être appelée à cause de sa disposition *valvule inférieure du sac lacrymal*.

Cette *valvule*, dont l'existence n'est pas constante et dont la description ne se trouve dans aucun ouvrage d'anatomie, soit ancien, soit moderne, est située à la partie inférieure du sac, elle se détache de la paroi externe de cette cavité et se dirige en haut d'une manière oblique, de sorte que si on la prolonge par la pensée, elle vient rencontrer la paroi interne du sac vers sa partie supérieure. Elle est plus haute que la précédente; elle a environ 1 millim. de plus. Son épaisseur est aussi un peu plus considérable. Celle-ci ne présente pas de globules; il n'y a rien sur les parois qui dénote quelque chose d'analogue à ce que nous avons vu pour la valvule supérieure. M. Béraud n'a pas encore étudié la structure de ces valvules; mais il se propose de le faire dans un mémoire spécial où il démontrera l'influence que cet appareil peut avoir dans la physiologie et la pathologie. Il croit surtout que c'est par cette valvule qu'on doit expliquer la formation de la tumeur et de la fistule lacrymale, et que le traitement de cette affection qui fait aujourd'hui le désespoir du chirurgien doit être basé sur cette connaissance anatomique.

M. Béraud pense aussi que si la disposition de ce petit appareil valvulaire n'a pas été vu, cela tient uniquement à ce qu'on ouvrait les voies lacrymales par le côté externe et antérieur. Dans cette préparation, on incisait presque sûrement les valvules. Aussi pour vérifier les faits avancés par lui, il faudrait ouvrir le canal par sa face interne, comme il le fait toujours. (24 mai.)

3° SUR DES CORPS QUI SONT APPENDUS A L'EXTRÉMITÉ SUPÉRIEURE DU COU DES CHÈVRES ET DES MOUTONS; par M. ARM. GOUBAUX.

« C'est après avoir fait inutilement des recherches dans plusieurs ouvrages d'anatomie comparée et d'histoire naturelle que je me suis décidé à communiquer à la Société une note relative à des corps qui sont appendus au niveau de la gorge dans quelques animaux des espèces caprine et ovine, corps que l'on connaît vulgairement sous les noms de *breloques, pendants d'oreilles ou glands*.

» Ces appendices ne peuvent pas être considérés comme un caractère spécifique de race; car j'ai eu l'occasion d'observer une chose assez singulière à l'égard de leur existence chez des animaux de l'espèce caprine. Je vais citer cette observation.

» Dans une même écurie où il y avait deux chèvres, l'une avait des pendants d'oreille et l'autre n'en avait pas. Ces bêtes étaient pleines. — J'ignore si les boucs qui les avaient saillies présentaient de semblables productions, mais cela importe peu du reste. — Elles mirent bas à la même époque, et dans la portée de chacune il y eut un mâle et une femelle. Dans la portée de l'une, le bouc avait des breloques et la chèvre n'en avait pas. Ce fut le contraire qui se fit remarquer chez les animaux de l'autre portée.

» Ces appendices existent très-fréquemment dans les chèvres, et assez rarement dans les moutons, mais j'en ai vu aussi chez ces derniers animaux.

» Quels que soient la longueur (4 à 6 centim.) et le volume des pendants d'oreille, ils ont à peu près la forme d'une poire dont la grosse extrémité libre est inférieure, tandis que la petite extrémité est supérieure et continue à la peau du cou, en regard de l'articulation de la première vertèbre cervicale avec la deuxième.

» Les *glands* sont complétement entourés par la peau, qui conserve à cet endroit, les caractères qu'elle a partout ailleurs.

» Quand on roule ces appendices entre les doigts, on sent un corps dur, résistant, étendu longitudinalement dans le repli en cul-de-sac que constitue la peau.

» Valmont Bomare (1) et Grognier (2) ont considéré ces appendices comme « des espèces de verrues, » et ce dernier a dit « qu'elles sont plus communes sur les boucs que sur les chèvres. »

» J'ai disséqué plusieurs fois des pendants d'oreille, et je les ai toujours trouvés formés par les mêmes parties.

» La peau forme une véritable bourse, dans l'intérieur de laquelle on trouve un corps cartilagineux, aplati et plus large en haut que dans tout le reste de son étendue, appliqué sur le muscle sterno-maxillaire au niveau de l'articulation atloïdo-axoïdienne, et maintenu à la surface de ce muscle par du tissu cellulaire assez serré.

» Cette lame cartilagineuse diminue d'épaisseur de haut en bas, s'enfonce dans le repli cutané, et adhère au fond du cul-de-sac que ce repli constitue.

» Dans son trajet, cette lame cartilagineuse est accompagnée par des vaisseaux (une artère et une veine) et par une division nerveuse.

» Lorsque les bergers tondent les animaux, ils coupent quelquefois les pendants d'oreille avec leurs *forces;* il en résulte une hémorrhagie qui n'a jamais de conséquences fâcheuses.

» On ignore complétement quels peuvent être les usages de ces appendices, et c'est un préjugé sans fondement de croire que les chèvres qui ont des pendants d'oreille sont meilleures laitières que celles qui n'en ont pas. » (24 mai.)

II. — PHYSIOLOGIE.

SUR LA DURÉE DES MOUVEMENTS VIBRATILES CILIAIRES CHEZ UN SUPPLICIÉ; par M. GOSSELIN.

A propos d'une communication de M. Giraldès, M. Gosselin annonce à la So-

(1) DICT. RAISONNÉ UNIV. D'HIST. NATUR. (art. BOUC DAMOISEAU).
(2) COURS DE ZOOLOGIE VETERINAIRE, 2e éd. 1837 (DE LA CHÈVRE), p. 69.

cieté qu'il a constaté l'existence de l'épithélium vibratile, avec les mouvements des cils, sur la muqueuse des fosses nasales, sur toute l'étendue de celle qui tapisse les sinus maxillaires, les sinus frontaux et les sinus sphénoïdaux. Ces observations ont été faites sur un supplicié, qui a été porté à l'École pratique le 15 mai, huit heures après la mort.

A ce propos, M. Gosselin demande à ceux des membres de la Société qui s'occupent le plus d'anatomie microscopique, s'ils ont déterminé ou si les auteurs allemands ont déterminé jusqu'à quelle époque après la mort le mouvement ciliaire pouvait être constaté sur le cadavre. Cette détermination a été faite chez les animaux, particulièrement chez les animaux inférieurs, par Purkinje, Valentin et Muller; mais a-t-on cherché à la faire chez l'homme? Voici à cet égard ce que M. Gosselin a constaté sur ce supplicié. Huit heures après la mort, les mouvements ciliaires étaient extrêmement marqués sur la muqueuse des fosses nasales et de tous les sinus, ainsi que sur celle de la trachée-artère.

Trente-deux heures après la mort, ces mouvements étaient affaiblis, mais se voyaient encore bien évidemment sur la muqueuse des cavités nasales et sur celle des sinus; ils étaient beaucoup plus prononcés sur celle de la trachée-artère.

Cinquante-six heures après la mort, il n'y avait plus aucun mouvement vibratile dans les fosses nasales et les sinus. Il est vrai que les pièces, après avoir été soumises à plusieurs coupes, étaient restées exposées à l'air. C'était le 17 mai; la température avait été de 8 à 12° + 0 dans la journée et dans celles qui avaient précédé. Mais à cette même époque, la vibration était encore très prononcée et très-forte dans la muqueuse de la trachée-artère, à sa partie supérieure. (17 mai.)

Post-scriptum. Depuis le moment où cette communication a été faite, M. Gosselin a examiné jour par jour la muqueuse de la trachée et des bronches; il a reconnu l'existence du mouvement ciliaire beaucoup plus faible que les premiers jours, mais encore bien prononcé jusqu'au jeudi 24 inclusivement, c'est-à-dire que ce mouvement existait encore cent soixante-huit heures après la mort. Le vendredi 25, la putréfaction était assez avancée; on ne retrouvait plus ni les cellules, ni les cils, ni leurs mouvements, et l'on ne constatait plus dans le champ du microscope que le mouvement moléculaire appelé mouvement rotatoire de Brown.

Sur un autre supplicié âgé de 20 ans, qui a été apporté dans les amphithéâtres le mercredi 18 juin dernier, M. Gosselin a examiné de nouveau les mouvements des cils vibratiles de la muqueuse, des fosses nasales, des sinus, de la trachée et des bronches. Il a constaté, pendant les vingt-quatre premières heures, que ces mouvements étaient extrêmement rapides, et se transmettaient en plusieurs points des cils à la cellule elle-même. Le lendemain, ils étaient encore très-apparents, quoiqu'il s'en fussent perdu de leur intensité.

Le vendredi 20, à deux heures, c'est-à-dire cinquante-six heures après la mort, la muqueuse du larynx était putréfiée, et ne permettait plus de reconnaître les cellules ni les cils. Celle du sinus et de la trachée, qui n'était pas aussi immédiatement exposée à l'air, était moins putréfiée et présentait encore les mouvements ciliaires. Ils étaient affaiblis, et ne se trouvaient plus sur toutes les cellules, comme le premier jour. Le samedi, a deux heures, soixante dix-huit heures après la mort, ils étaient encore assez prononcés dans les endroits où les cellules avaient conservé leur forme et leur apparence naturelle, quoiqu'un bon nombre de ces cellules en fût dépourvu. Dans d'autres endroits où la putréfaction était commencée, on ne trouvait que le mouvement rotatoire de Brown.

Enfin, le dimanche 22, cent heures après la mort, toutes ces muqueuses étaient putréfiées, et il était impossible de retrouver en aucun point les mouvements vibratiles ciliaires.

La différence des résultats obtenus sur ces deux sujets s'explique sans doute par la différence de température. Le thermomètre s'était élevé à 20° cent. + 0 le 20 et le 21 juin, et la putréfaction avait marché beaucoup plus vite que sur le premier cadavre.

A propos de la communication de M. Gosselin, M. Ch. Robin rapporte avoir vu les mouvements ciliaires, dans l'espèce humaine, durer une fois vingt-quatre heures, une fois trente heures après la mort, dans la trachée et dans les trompes utérines. Il ajoute que M. Richard a observé à peu près la même durée.

III. — PATHOLOGIE ET ANATOMIE PATHOLOGIQUE.

1° SUR L'ÉPIZOOTIE DE MITRY; par M. CHARCOT.

« Le matin même de notre arrivée à Mitry, le 12 avril, deux poules avaient succombé à l'influence épizootique, qui cependant s'était singulièrement ralentie depuis une huitaine de jours. Ces animaux furent mis à notre disposition. Voici ce que nous apprit leur dissection.

» 1° *État du sang dans les veines.* — Toutes les veines du corps étaient remplies et comme artificiellement injectées d'un sang noir, poisseux, presque solide, à tel point que la section transversale du vaisseau ne s'accompagnait d'aucun écoulement de liquide. Ce ne sont pas seulement les gros troncs qui contiennent ce sang *solidifié*, mais aussi les plus petits troncs, ceux des parenchymes comme ceux des muscles, etc. Le cœur, qui d'ailleurs son volume ordinaire, a ses cavités entièrement vides et revenues sur elles-mêmes, à l'exception de l'oreillette droite, qui seule est distendue par un caillot.

» 2° *Sérosité dans le péricarde et matière gélatineuse.* — Le péricarde se trouve distendu par une assez grande quantité de sérosité entièrement limpide et transparente. Quand ce liquide s'est écoulé par une incision pratiquée au sac péricardiaque, il reste encore autour du cœur une masse gélatineuse, bien transparente, en tout analogue, pour ses propriétés physiques, à l'humeur vitrée. Il paraît que cette substance existe presque constamment chez les animaux morts sous l'influence épizootique; car M. Martin, qui a pratiqué plusieurs autopsies, l'a toujours rencontrée.

» 3° *État des parenchymes.* — Le foie était un peu plus volumineux que d'habitude, et très-friable dans les deux cas. C'est encore là un fait constant, d'après M. Martin. Quand on pratique une coupe dans sa substance, on voit la surface de section couverte d'une sorte de sable, qui tient tout simplement à la présence d'une foule de petits caillots noirs de diverses dimensions, qui obturent la lumière des veines et des veinules du foie.

» La rate présente le même pointillé, la même injection; mais elle a conservé son volume ordinaire et n'est pas du *tout friable*.

» Les reins sont dans le même cas; ils sont finement injectés, mais ne présentent pas de ramollissement.

» Mais ce sont les poumons qui ont présenté les altérations les plus remarquables. Dans un cas, les deux poumons présentaient une coloration d'un bleu noirâtre, due évidemment à une congestion vive, laquelle d'ailleurs n'occupait que les extrémités antérieures des deux organes; car la face postérieure des organes respiratoires avait conservé sa coloration rosée normale. Les parties noires ou congestionnées n'étaient d'ailleurs pas entièrement privées d'air, car il y avait encore çà et là un peu de crépitation; et quand un petit morceau du parenchyme était jeté dans l'eau, il surnageait. D'ailleurs, pas d'extravasation du sang dans le parenchyme. Quand on examine la surface d'une coupe à la loupe, on la voit présenter un pointillé plus ou moins fin, analogue à celui que nous avons décrit dans le foie. Ajoutons que le tissu pulmonaire a conservé sa coloration habituelle, et qu'il ne s'écrase pas plus facilement qu'à l'état normal.

» Chez l'autre animal, l'altération des poumons était bien différente. Ceux-ci, dans presque toute leur étendue, présentaient une coloration *acajou*. En même temps ils étaient très-friables, et de petits fragments, jetés dans l'eau, gagnaient immédiatement le fond. En un mot, il y avait là de toute évidence inflammation du parenchyme. Remarquons que l'hépatisation pulmonaire occupait d'ailleurs, chez le deuxième animal, les mêmes points que la congestion chez le premier, c'est-à-dire, ainsi que nous l'avons indiqué, la partie antérieure des deux poumons.

» *Écume bronchique.* — Dans les deux cas, quand on coupait le parenchyme et quand on le comprimait ensuite, il ne s'écoulait pas de sang; car, là comme ailleurs, ce liquide s'était figé, solidifié. Mais il s'écoulait une grande quantité de sérosité transparente, d'*écume bronchique*. Et quand on pressait certains points du poumon, on produisait un bruit qui rappelait le râle crépitant.

» Les autres organes ont été examinés, mais l'on n'y a trouvé rien de remarquable. C'est ainsi que le cerveau est complétement sain; seulement les veines du sinus sont distendues par des caillots noirs, solides.

» Rien de remarquable dans les intestins. Le jabot contient des aliments. Le ventricule succenturié et le gésier n'offrent rien de notable; il en est de même des intestins et des cœcums, qui contiennent des excréments d'aspect normal, et dont les parois sont naturelles.

» *Putréfaction.* — Nous avons pu nous convaincre que la putréfaction des cadavres d'animaux morts par suite de l'épizootie ne s'opère pas plus rapidement que celle des autres. En effet, une poule morte depuis quatre jours avait été abandonnée dans un coin; elle ne présentait pas encore de signes de putréfaction bien manifeste.

» *Symptômes.* — Un seul animal paraissait dominé par l'influence épidémique. Nous l'examinâmes avec soin. Nous fûmes frappé d'abord de son air triste et abattu, et l'on nous fit remarquer que sa crête était plus chaude que cela ne doit être. Cet animal semblait en outre gêné dans sa respiration, et faisait entendre à chaque inspiration, de temps à autre, une sorte de râle, qui semblait se passer dans la trachée. Ceci nous donna l'idée de pratiquer l'auscultation, et nous auscultâmes comparativement d'autres animaux parfaitement sains. Chez la poule malade, on entendait d'une manière très-évidente, pendant l'inspiration et dans toute l'étendue des deux poumons, un râle en tout analogue au râle crépitant de la pneumonie, ou mieux, de l'œdème du poumon. Ce phénomène pouvait-il être perçu chez tous les animaux atteints? Je l'ignore; mais l'on nous a assuré que l'espèce de râle trachéal que nous avons signalé était loin d'être constant.

» Mais ce cas qu'il nous a été donné d'observer était, à ce qu'il paraît, un cas léger, ou du moins à lent développement; car, dans la majorité des cas, la maladie agit avec tant de rapidité qu'on n'a pas même le temps d'être prévenu et d'observer le malade pendant les prodromes.

» Nous noterons cependant un fait sur lequel on a appelé notre attention. Les excréments des animaux malades ont une coloration noire qui n'est pas habituelle; en même temps elles sont moulées en petits cylindres, et présentent à peine à leur surface une toute petite quantité de matière blanche.

» *Conditions hygiéniques; espèces.* — Les conditions hygiéniques ont probablement peu d'influence sur le développement de la maladie. On nous a conduit dans un fort beau jardin anglais, au milieu duquel existe une faisanderie fort bien entretenue. Cette faisanderie contenait six faisans; quatre sont morts sous l'influence épidémique. Le même jour, deux canards exotiques ont été frappés. Plusieurs poules, dans la même maison, ont aussi succombé en fort peu de temps.

» La propriété dont je parle ici est située fort loin de l'établissement de M. Martin, au côté opposé du bourg de Mitry.

» C'est d'ailleurs au voisinage de l'établissement de M. Martin et dans l'établissement même que la maladie a sévi avec le plus d'intensité.

» Le fermier qui a le plus souffert, et qui a vu mourir presque tous ses animaux, n'est séparé de la propriété de M. Martin que par un mur mitoyen. » (3 mai.)

2° SUR DES KYSTES MUQUEUX DU SINUS MAXILLAIRE; par M. BÉRAUD.

M. Béraud présente deux pièces prises sur des sujets différents pour faire voir à la Société des kystes muqueux du sinus maxillaire.

Dans la première pièce, recueillie sur un homme de 40 à 50 ans, destiné aux dissections de l'École pratique, d'une taille élevée, d'une bonne conformation et ayant la peau extrêmement rugueuse, sèche et épaisse; il montre le sinus du côté droit, qui présente les particularités suivantes.

Le sinus est bien conformé, mais en l'ouvrant, on voit, dans la cavité, des petites tumeurs disséminées à la surface de la muqueuse, tumeurs dont le volume égale celui d'une lentille. Elles existent sur la paroi inférieure, sur la paroi interne et sur l'externe. Elles diffèrent de couleur; les deux qui sont sur la paroi inférieure et externe sont blanchâtres, molles, un peu élastiques, et faisant un léger relief dans l'intérieur du sinus. Elles sont contenues dans l'épaisseur de la muqueuse. Quand on les presse, on ne le vide pas, mais si on les fend, on fait écouler un liquide épais, filant, albumineux, qui, examiné au microscope, se présente sans organisation et n'offre qu'une masse hyaline. Sur la paroi interne, au voisinage de l'ouverture du sinus dans les fosses nasales, il existe un amas de petites tumeurs ayant un volume variable, depuis celui d'une tête d'épingle jusqu'à celui d'un petit pois. Ces granulations sont rougeâtres, et lorsqu'on les presse, on en fait sortir un liquide muqueux, épais, filant, analogue à celui des glandes de Naboth. L'examen au microscope montre les mêmes caractères que pour les tumeurs précédentes.

Le reste de la membrane muqueuse du sinus est dans son état normal, c'est-à-dire qu'elle n'offre pas les caractères de l'inflammation, soit aiguë, soit chronique.

M. Béraud pense que ces petits kystes ne sont autre chose que des espèces de tannes de la muqueuse du sinus, produites par l'oblitération de l'ouverture des follicules muqueux appartenant à la membrane qui tapisse cette cavité.

Sur la deuxième pièce, M. Béraud montre les mêmes altérations à un degré bien plus avancé.

Il s'agit d'un jeune garçon de 15 à 16 ans, qui avait des ganglions cervicaux parotidiens, considérablement affectés de tubercules à tous les degrés. Les ganglions parotidiens avaient même suppuré, et la matière purulente s'était fait jour au niveau de la partie moyenne de la parotide. De plus, ce garçon paraissait avoir succombé à une ostéite frontale qui avait produit des désordres assez étendus. Ainsi, sur la partie moyenne du front, et un peu à gauche, on voyait une ouverture arrondie et communiquant jusque sur les os. La peau était saine autour de l'ouverture; mais au-dessous d'elle, entre les os et le périoste, il existait une cavité contenant du pus et occupant surtout le côté gauche du coronal. Cette poche s'étendait transversalement jusqu'au niveau de l'arcade sourcilière et descendait même jusqu'à la racine du nez. Le périoste décollé était considérablement épaissi et vasculaire. La table externe était détruite; on voyait encore quelques débris au milieu du pus; mais cet abcès, qui communiquait à l'extérieur par une seule ouverture, s'était fait jour dans les sinus frontaux par trois points, dont un, à droite de la ligne médiane, communiquait avec les sinus frontaux correspondants, et les deux autres avec les sinus frontaux du côté gauche. La communication des sinus avec les fosses nasales n'était pas détruite.

En examinant le sinus maxillaire du côté droit, M. Béraud a vu qu'il était rempli par une matière gélatineuse, jaunâtre, homogène et se moulant sur toutes les anfractuosités du sinus. On pouvait facilement soulever les parois de ce kyste, qui n'offrait aucune adhérence avec les parties voisines. La paroi de ce kyste était lisse, et avait à peine un demi millimètre d'épaisseur, se laissait facilement déchirer, et offrait çà et là quelques ramifications vasculaires. Le contenu de la poche était jaunâtre, filant et ne s'écoulant pas quand on le plaçait dans la déclivité; il offrait tous les caractères du mucus épaissi. Quand ce kyste a été enlevé du sinus, ce qui a été très-facile, parce qu'il n'existait pas d'adhérence, si ce n'est dans un point; M. Béraud a vu une seconde tumeur analogue à celle-là, mais moins volumineuse, siégeant dans le même sinus, vers la réunion de la paroi postérieure avec l'externe. Cette tumeur renfermait un liquide d'une consistance gélatineuse analogue à celle du premier, mais d'une couleur un peu plus opaline. De plus, il était contenu dans l'épaisseur de la muqueuse, car, après avoir détaché celle-ci, il faisait saillie sur le côté profond de la membrane fibro-muqueuse. Elle avait un volume égal à celui d'un gros pois. D'ailleurs les parois des sinus n'offraient aucune altération; elles n'étaient pas refoulées, de sorte que rien n'apparaissait à l'extérieur.

M. Béraud croit que ces faits prouvent que les follicules muqueux du sinus maxillaire peuvent donner lieu à des kystes analogues aux kystes des autres membranes muqueuses. (3 mai.)

3° CAS DE CANCROÏDE GINGIVAL; par M. LEBERT.

M. Lebert montre à la Société un cancroïde épithélial, qui a pris son origine dans les gencives de la mâchoire inférieure, et qui a pénétré l'os verticalement jusqu'au niveau du canal dentaire qui a été respecté, ainsi que son contenu artériel et nerveux.

Sous le maxillaire se trouve une glande lymphatique infiltrée d'épiderme et en partie suppurée.

Ce cas est le second de cancroïde gingival, observé par M. Lebert; c'est une maladie des gencives non décrite dans les auteurs jusqu'à ce jour. Quant à l'infection épidermique des glandes lymphatiques voisines d'un cancroïde, M. Lebert l'a déjà observée un certain nombre de fois. (10 mai.)

4° SUR UN KYSTE DU SINUS MAXILLAIRE CONTENANT DU MUCUS AVEC DE LA CHOLESTÉRINE; par M. BÉRAUD.

M. Béraud présente à la Société un sinus maxillaire du côté droit, dans lequel il y a un kyste presque réduit à ses parois. Il flotte dans la cavité du sinus. Il adhère vers la partie antérieure de l'angle interne et inférieur de cette cavité. Son aspect est blanchâtre, sa surface interne est plissée à cause de l'évacuation du liquide qui s'est faite probablement pendant la vie, au moyen d'une rupture; car aujourd'hui on ne voit plus dans le sinus le liquide que le kyste a dû contenir. Quand on l'ouvre, il s'échappe une petite quantité de mucosités dans laquelle on reconnaît facilement des paillettes de cholestérine. Quand on l'insuffle on lui fait acquérir un volume égal à celui d'une noisette, de sorte qu'il occupe environ la moitié de l'antre d'Highmore. Alors on reconnaît que les parois sont transparentes, assez minces, peu résistantes, parcourues par des vaisseaux très-fins qui de la base vont en rayonnant se distribuer vers l'extrémité libre. Vers le bord adhérent de cette poche, la muqueuse acquiert une épaisseur considérable. Ce que ce fait offre de particulier, c'est l'existence de la cholestérine au milieu du liquide, et même les paillettes s'étaient déposées à la face interne de la cavité kystique, ce qui donnait à cette paroi un aspect soyeux. Si l'on rapproche le kyste de ceux qu'a déjà présentés M. Béraud sur le même point, on verra que des kystes variés peuvent exister dans le sinus maxillaire (24 mai).

M. FOLLIN rapporte que M. Jobert (de Lamballe) vient de trouver aussi de la cholestérine dans un kyste du sinus maxillaire. Fergusson avait déjà observé le même fait.

5° SUR DES TUBERCULES ÉTUDIÉS DANS DEUX OISEAUX DE L'ESPÈCE PÉNÉLOPE MARAIL; par M. DESMAREST.

M. Desmarest montre à la Société le tronc d'un *pénélope marail* mâle (*pénélope marail* Gmélin; *salpiza marail* Wagler) qui offre de nombreuses indurations tuberculeuses sur ou dans l'intérieur de plusieurs de ses organes internes. Il fait remarquer deux indurations, atteignant à peu près le volume d'une noix, qui sont placées aux environs du poumon, et il fait voir que le siége de la maladie semble surtout être situé dans le foie. En effet, on sent de grosses indurations tuberculeuses dans l'intérieur de cet organe, et l'on voit de petits tubercules jaunâtres à sa surface. Les reins, ainsi que le cœur, ne semblent pas avoir de tubercules.

Ce pénélope, dont l'espèce habite la Guyane, mais qui était né en France, en 1846 à Étampes, a vécu pendant trois années à la ménagerie du Muséum d'histoire naturelle de Paris. Donné en 1847 par M. Pomme, il y est mort le 16 mai 1851.

Dans un autre oiseau de la même espèce qui provenait également de M. Pomme, était aussi né à Étampes et avait vécu deux ans et demi au Muséum, où il était mort le 21 février 1851, notre collègue avait fait une remarque semblable. Tous les organes internes de ce pénélope étaient couverts de tubercules et de fortes indurations, mais on en observait principalement dans les poumons, dans le foie et dans les reins.

En terminant sa communication, notre confrère rappelle que dans la séance du 3 mars 1849 (COMPTES RENDUS, année 1849, p. 45), il a fait une observation sur un autre oiseau, le *jabiru* (*mycteria americana*, Gmelin) qui présentait aussi de nombreux tubercules, surtout dans les poumons, mais que cet oiseau étant conservé dans l'alcool on n'avait pu complètement en étudier la matière tuberculeuse.

Généralement, ajoute M. Desmarest, les mammifères des pays chauds que l'on amène dans nos ménageries européennes, et même ceux originaires de ces régions, qui naissent dans nos pays, présentent presque tous, à l'autopsie, des tubercules nombreux. D'après les faits qui viennent d'être signalés et quelques autres qui ont été recueillis dans nos laboratoires, ne serait-on pas en droit d'en conclure ce que l'on pouvait prévoir *à priori*, que les oiseaux américains sont soumis à la même règle? (17 mai.)

6° SUR UN CAS D'INFILTRATION GRAISSEUSE DES MUSCLES SANS CHANGEMENT DE VOLUME; par BÉRAUD.

Il s'agit d'une femme de 40 à 45 ans, apportée dans les pavillons de dissections de l'École pratique, et sur laquelle on ne peut pas malheureusement fournir des renseignements.

La tête, la poitrine et le ventre étaient ouverts; le cerveau, le poumon et le cœur étaient enlevés ainsi que le foie. Cette femme était d'une taille au-dessus de la moyenne, d'une bonne conformation; elle avait des formes arrondies et des mamelles très-volumineuses, et au premier aspect elle ne paraissait pas très-grasse. Cependant un examen attentif m'a fait voir les altérations suivantes.

La peau est rude, sèche, brunâtre; le tissu cellulaire sous-cutané est rempli de graisse en quantité assez notable, sans dépasser pourtant les limites ordinaires; mais les muscles du tronc et des membres étaient envahis par la graisse à un degré plus ou moins avancé, suivant les régions où on les considérait.

Au tronc, les muscles pectoraux, ceux des parois abdominales, ceux des gouttières vertébrales étaient d'un aussi beau jaune que la plus belle graisse; on n'y reconnaissait plus la moindre trace des fibres musculaires. Les muscles intercostaux et le diaphragme, quoique un peu graisseux, offraient encore une coloration très-prononcée qui contrastait avec celle des muscles voisins.

Au membre supérieur, on rencontrait les mêmes altérations vers la racine, et la graisse allait en diminuant de quantité à mesure que l'on se rapprochait de la main. Ainsi tous les muscles de l'épaule étaient graisseux à un degré aussi

prononcé que ceux du tronc; ceux du bras l'étaient encore, mais d'une manière moins prononcée; on y voyait çà et là quelques fibres d'un rouge très-pâle. Les extenseurs et les fléchisseurs étaient également et uniformément atteints. A l'avant-bras, les progrès du mal étaient moins avancés. La graisse avait bien envahi les muscles de la région antérieure et ceux de la région postérieure, mais c'était d'une manière bien plus prononcée à la partie supérieure, vers le coude que vers le poignet, où la fibre musculaire reprenait peu à peu tout son éclat. A la main, elle se trouvait exempte de toute altération dans sa couleur, sa consistance et ses propriétés.

Au membre inférieur, les muscles offraient le même ordre de phénomènes. Ainsi grande quantité de graisse dans ceux de la racine du membre, absence totale dans les extrémités après avoir diminué insensiblement dans les points intermédiaires. Les fessiers, les psoas, les iliaques, les pelvitrochantériens à droite et à gauche étaient totalement infiltrés de graisse et d'une manière égale et symétrique. C'est dans le grand fessier que l'on peut bien voir que le muscle a bien conservé sa forme; au lieu de faisceaux musculaires on a des faisceaux de coloration jaunâtre, d'un aspect huileux et laissant suinter de la matière grasse liquide. A la cuisse, comme au bras, la graisse diminuait d'une manière assez appréciable, et la coloration jaune paille devenait un peu plus foncée. Déjà à la jambe, au milieu des faisceaux complétement envahis, on voyait çà et là quelques fibres d'un rouge pâle; mais ici, comme au membre supérieur, on voit que la graisse s'est déposée symétriquement à droite et à gauche sur les extenseurs comme sur les fléchisseurs. Au pied comme à la main, la fibre musculaire n'avait rien de changé dans ses propriétés physiques. Les muscles de la face, de l'orbite, ceux du cou sont exempts de toute altération. Il n'existait au niveau des articulations rien de particulier. Les tissus fibreux aponévrotiques, le périoste, ne paraissent pas atteints par la graisse; au contraire, pouvant être séparés facilement des parties voisines, ils ont l'aspect très-prononcé; cependant ils n'offrent la même consistance que dans l'état normal. Les viscères qui restaient dans l'abdomen comme le foie et la rate ne m'ont rien offert de particulier.

Les faits constatés dans cette autopsie peuvent se résumer dans les quatre particularités suivantes :

1° Altération graisseuse des muscles sans atrophie;

2° Envahissement successif de la graisse en partant du tronc vers les extrémités.

3° Absence de déviation dans les articulations;

4° Intégrité d'une partie du système musculaire.

Quelle interprétation peut-on donner à une telle maladie? Peut-on dire qu'il y avait là ce que Sauvages et Cullen ont décrit sous le nom de *polysarcie*? Nous ne le pensons point à cause de ce caractère que la graisse n'avait pas été déposée dans le tissu cellulaire sous-cutané.

Faut-il croire qu'il s'agissait de cette affection qu'on a décrite récemment sous le nom d'*atrophie progressive des muscles*? Non, puisque, ainsi que nous l'avons déjà fait remarquer, le volume apparent des muscles n'était pas diminué.

Serait-ce alors la suite d'une paralysie? Nous ne le croyons pas plus, parce que la paralysie, siégeant sur une aussi grande étendue, n'aurait pas laissé la malade vivre assez de temps pour que des altérations semblables se fussent produites.

Il faut donc penser qu'il s'agit là d'une maladie spéciale du système musculaire, maladie qui serait sous la dépendance d'une cause qui nous échappe, et sur laquelle il serait bon que les pathologistes éclairés par les découvertes récentes de la physiologie fissent des recherches sérieuses. (31 mai.)

(*La fin prochainement.*)

BIBLIOGRAPHIE.

PRÉCIS THÉORIQUE ET PRATIQUE DES MALADIES DU CŒUR, DES VAISSEAUX ET DU SANG; par M. C. FORGET, professeur de clinique et de pathologie internes à la Faculté de Strasbourg, etc. — 1 vol. — 1851.

Cet ouvrage a pour but principal de mettre entre les mains des élèves un *précis* complet et méthodique des maladies du cœur, et de faire connaître les progrès réalisés par le maître dans le domaine de cette partie de la pathologie. Environ deux cents maladies idiopathiques du cœur, observées sur un total de six mille malades admis à la Clinique de la Faculté, ont servi de base à ce travail.

La GAZETTE MÉDICALE de 1844 a déjà été enrichie par l'auteur d'une série d'articles qui sont entièrement reproduits dans ce livre. Le PRÉCIS finit par deux cents corollaires ou propositions qui, selon les expressions de l'auteur, sont moins le résumé de cet ouvrage que la récapitulation des points principaux qui constituent son originalité, sa raison d'être, et qui peuvent justifier sa publication. Ce sont quelques-unes de ces propositions que l'auteur regarde comme lui appartenant et comme constituant un progrès que nous allons examiner, sans avoir égard pour aujourd'hui à l'estime, nous osons presque dire à l'amitié, dont l'auteur nous honore. Au reste, quand on est posé en maître dans la science, on peut se passer des éloges.

LIVRE Ier. — PATHOLOGIE GÉNÉRALE DU CŒUR. — Après quelques données historiques, l'auteur trace une *esquisse anatomo-physiologique* du cœur, qui est remarquable par une description précise et vraie de la position du cœur, position d'une importance clinique tellement majeure qu'elle domine, comme nous le verrons dans le courant de ce livre, tout le diagnostic des maladies du cœur, ce dont nous trouvons la preuve dans les propositions 4 et 5.

« Les orifices du cœur ne sont pas situés exactement les uns à droite, les autres à gauche. Les angles internes des orifices auriculo-ventriculaires s'entre-croisent sensiblement, et les orifices artériels sont exactement superposés l'un au devant de l'autre. »

« Les quatre orifices du cœur se trouvent ainsi groupés de telle sorte que, dans un espace très-circonscrit, sont agglomérés les deux orifices artériels superposés et une grande partie des orifices auriculo-ventriculaires. »

Ces deux propositions, auxquelles il faut encore ajouter la dix-neuvième, qui comprend l'*étiologie* des maladies du cœur, constituent ce que cet ouvrage présente de plus nouveau et de plus saillant. Pour nous, c'est un progrès clinique immense; car le professeur de Strasbourg, en simplifiant la théorie et la description, a considérablement facilité l'étude des maladies du cœur. Ce qui frappe surtout, c'est que l'auteur, fidèle aux données anatomo-physiologiques qu'il a posées dans les propositions 4 et 5, a su trouver une théorie qui explique naturellement et sans être tourmentée, comme cela arrive si fréquemment, les altérations si diverses de la pathologie du cœur. Cette théorie est ainsi résumée : « L'appareil circulatoire peut être figuré comme un tube continu, dilatable, élastique, renforcé de couches musculaires dans quelques points, et traversé par un courant plus ou moins énergique qui tend à le dilater. » (Proposition 18.)

« Un obstacle venant à se produire dans un point quelconque de ce tube, 1° celui-ci se dilatera en arrière de l'obstacle : d'où la loi de *rétro-dilatation* (opistectasie); 2° ce tube tendra à se rétrécir en avant de l'obstacle : d'où la loi d'*ante-coarctation* (prostéuosie); 3° les points musculaires situés en arrière de l'obstacle tendront à l'hypertrophie, en raison de leurs efforts pour vaincre la résistance : d'où la loi d'hypertrophie en arrière (opisthypertrophie). » (Prop. 19.)

« Le plus grand nombre des causes des maladies du cœur se résument en un obstacle à la circulation, que ces causes soient physiques ou morales, mécaniques ou organiques. » (Prop. 20.)

SYMPTOMATOLOGIE. — « De tous les symptômes des maladies du cœur, les *bruits anormaux* sont les plus expressifs; mais ils sont moins significatifs qu'on ne l'a prétendu. » (Prop. 25.)

En effet, on rencontre des bruits anormaux sans altérations organiques appréciables du cœur, chez des individus pauvres en sang, affectés de rhumatisme aigu ou d'autres maladies inflammatoires graves.

« Les *altérations du tissu valvulaire* sont les causes les plus positives des bruits de souffle. » (Prop. 28.)

Proposition juste; néanmoins il n'est pas rare de trouver à l'autopsie des altérations organiques des valvules dans des cas où, pendant la vie, les bruits étaient normaux.

« Le *rétrécissement* et l'*insuffisance* des orifices cardiaques sont des causes de bruits anormaux moins positives qu'on ne l'a prétendu. » (Prop. 29.)

Cette opinion est conforme à la théorie du claquement valvulaire, que l'auteur partage avec Rouanet.

« Les bruits anormaux remplacent les bruits normaux du côté malade, et couvrent les bruits normaux du côté sain. »

Cette proposition 31 s'éloigne des idées généralement acceptées, en ce que les orifices restés sains sont ordinairement situés plus en avant, plus près de l'oreille; l'explication que l'auteur en donne est très-ingénieuse et rationnelle : « Les bruits normaux et anormaux se passent dans le même point, point dans lequel le bruit anormal absorbe l'autre; mais de ces deux bruits combinés, l'un peut être plus susceptible de se propager que l'autre. Or il arrivera, dans ce cas, que le premier s'entendra plus loin que le second, absolument comme dans un concert, où plusieurs notes combinées sont simultanément perçues lorsqu'on se trouve près des musiciens, tandis qu'au loin, on ne perçoit que les notes les plus vibrantes. » (Prop. 37.)

Artériectasie. — M. Forget a rencontré trois sujets chez lesquels l'arbre artériel tout entier a paru offrir une ampleur normale. Cette circonstance n'a pas échappé aux auteurs.

Gangrène spontanée. — Un cas de cette affection, comme accident consécutif aux maladies du cœur, mise en doute par la plupart des auteurs, a été rapporté par M. Schützenberger dans la GAZETTE MÉDICALE, p. 612, 1847.

« La *dyspnée*, ou l'asthme cardiaque, est le produit de lésions pulmonaires variées. » (Prop. 38.)

Elle est causée par congestion sanguine, mais le plus souvent par bronchite chronique, plus rarement par œdème pulmonaire et par emphysème pulmonaire, fréquemment conjoint à la bronchite et à l'œdème pulmonaire, et enfin ta dyspnée peut résulter mécaniquement de l'excès du volume du cœur, etc. Cette distinction physiologique et rationnelle des différentes causes de la dyspnée est importante au point de vue théorique et pratique.

« La *cyanose* tient peut-être autant au vice de l'hématose qu'à la stase veineuse. » (Prop. 39.)

La cyanose produite par une oxygénation vicieuse du sang par obstruction pulmonaire, est toujours moins grave et plus facile à combattre.

« La *cachexie* est également un phénomène de cause complexe, probablement. » (Prop. 40.)

Les recherches cliniques de M. Forget tendant à confirmer les expériences cliniques de MM. Becquerel et Rodier (GAZETTE MÉDICALE, 1850), sur l'anémie par diminution de l'albumine du sang, sont très-importantes pour le traitement; car elles expliquent les effets fâcheux des évacuations sanguines dans ces cas de cachexie.

« La THÉRAPEUTIQUE des maladies du cœur peut réclamer toutes les médications et tous les remèdes; mais il en est qui lui sont plus particulièrement applicables : tels sont les évacuations sanguines, dont on use trop souvent d'une manière banale; les sédatifs, et notamment la digitale, qu'on peut appeler le remède *cardiaque* par excellence; les purgatifs, plus efficaces peut-être que les diurétiques, si généralement préférés; les altérants, dont l'effet est bien précaire; très-souvent les révulsifs, et toujours l'hygiène. » (Prop. 50.)

Nous regrettons ici une lacune importante : c'est l'indication que réclament les affections pulmonaires dont nous venons de parler. Elle consiste principalement à soulager le malade en facilitant l'expectoration par le sel ammoniac, la liqueur ammoniacale anisée, les antimoniaux, la scille, etc. En général, le chapitre du traitement, qui dénote le professeur de clinique consommé, aurait mérité peut-être plus de détails en considération du public, pour lequel le livre a été principalement composé; mais, pour être juste, nous devons dire que l'auteur, à l'occasion de chaque affection, revient sur le traitement spécial qu'elle réclame.

LIVRE II. — PATHOLOGIE SPÉCIALE DU CŒUR. — Nous passons les chapitres des vices congéniaux, des lésions mécaniques, des inflammations et des flux du cœur; nous mentionnons seulement la proposition 60.

« Il est probable que les ruptures spontanées peuvent s'opérer en plusieurs temps, dans le sens de l'épaisseur comme dans celui de la largeur. » C'est une hypothèse qui nous paraît surtout peu probable pour l'observation sur laquelle l'auteur s'appuie, où la rupture a eu lieu « dans l'oreillette droite, excessivement mince, pour ainsi dire complétement transparente. »

Nous arrivons aux *lésions organiques* les plus fréquentes et les plus importantes.

Les *adhérences du péricarde* générales et partielles sont étudiées avec soin. Il résulte de ces recherches que les adhérences sont communes et souvent une cause de trouble pour le cœur. Le tumulte et la confusion des battements de cœur, la fréquence, la petitesse, l'inégalité, l'irrégularité du pouls, la dyspnée, l'anxiété précordiale, la tendance aux syncopes, avec disparition du bruit de frottement, tels sont les signes caractéristiques de l'adhérence générale et récente dont la connaissance pendant la vie est d'une importance pratique.

Des lésions valvulaires. — Les résultats statistiques donnés par l'auteur, dans la GAZETTE MÉDICALE en 1844, et confirmés par une nouvelle expérience de sept ans, sont les suivants :

« Les altérations organiques des valvules sont très-rares dans le cœur droit, circonstance heureuse, eu égard à la difficulté de distinguer le siége de ces lésions à droite ou à gauche. » (Prop. 76.)

En effet, les rapports anatomiques (prop. 4 et 5) sont tels que, dans un champ qui n'égale pas celui d'une pièce de 5 francs, se trouvent englobés les deux orifices artériels superposés et la plus grande partie des orifices auriculo-ventriculaires. (P. 9.)

« Les lésions valvulaires se rencontrent presque toujours à gauche. » (Prop. 77.)

« Les lésions de l'orifice mitral sont aussi fréquentes que celles de l'orifice aortique, et les lésions des deux orifices à la fois sont aussi fréquentes que celles de chacun d'eux isolément. » (Prop. 78.)

Le chapitre du *diagnostic* est traité avec une prédilection toute particulière; il est tellement substantiel qu'il faudrait le transcrire complétement. Tâchons de donner en peu de mots les points les plus importants. L'*insuffisance*, aussi bien que le *rétrécissement*, manquent le plus souvent de signes propres, et comme ils se trouvent presque toujours liés à l'altération organique, on leur attribue ce qui appartient aux diverses altérations organiques des valvules. « Celles-ci n'ont pas de signes qui leur soient propres; presque toutes s'expriment par des bruits de souffle et par les résultats des obstacles à la circulation. » (Prop. 84.) Et comme l'induration valvulaire est la plus commune, le bruit de souffle sera doux, rude, très-rude, cutané, selon que cette induration est inflammatoire, fibreuse, cartilagineuse ou osseuse.

Est-il possible de spécifier le côté où les altérations existent et l'orifice du cœur où elles ont leur siége? D'après les auteurs, rien de plus facile que le diagnostic des *lésions valvulaires du cœur droit*; mais en considérant la position anatomique (prop. 4 et 5), nous devons garder à l'avenir, sous ce rapport, une excessive réserve. Au reste, « dans l'état ordinaire, les lésions du cœur droit sont bornées à la dilatation passive et à l'insuffisance de l'orifice bicuspide, qui a pour caractère propre le reflux veineux systolique, et parfois l'état variqueux des veines du cou. » (Prop. 95 et 96.)

Ainsi, comme les lésions organiques valvulaires sont très-rares à droite, l'existence du bruit de souffle rude constitue principalement le diagnostic des lésions valvulaires des *orifices aortique* et *mitral*.

Peut-on diagnostiquer séparément ces deux lésions? Non, dans l'état de nos connaissances actuelles; car les souffles systolique et diastolique se propagent dans la courbure de l'aorte, indiqués l'un comme signe de rétrécissement, et l'autre comme signe de l'insuffisance de l'orifice aortique, « manquent fréquemment, peuvent tenir à des rugosités de la crosse aortique, sans lésion valvulaire, et n'excluent pas, d'ailleurs, une lésion mitrale prédominante. » (Prop. 102.) Comme c'est ailleurs que dans les bruits anormaux qu'il faut chercher les signes différentiels des lésions aortique et mitrale, l'auteur les a trouvés dans la loi si féconde (prop. 19) de la dilatation et de l'hypertrophie consécutives en arrière de l'obstacle siégeant sur un point du canal circulatoire. Ainsi un obstacle existant à l'orifice aortique, il devra en résulter d'abord la dilatation, puis l'hypertrophie du ventricule gauche, et par conséquent des bruits anormaux ayant fait constater une altération organique des orifices du cœur gauche. « Si la lésion occupe l'orifice aortique, il y aura voussure précordiale, force d'impulsion du cœur, clarté du pouls, signes classiques de l'anévrisme actif ou de la dilatation avec hypertrophie du ventricule gauche; si la lésion occupe l'orifice mitral, les signes précédents feront défaut; il y aura absence de voussure, de force d'impulsion et de dureté du pouls. » (Prop. 105 et 106.)

En résumé, « les signes différentiels des lésions aortique et mitrale consistent dans la présence ou dans l'absence de la dilatation avec hypertrophie du ventricule gauche. »

L'excellence de cette loi, que nous avons donc eu raison de qualifier comme un progrès, est surtout démontrée dans les cas où le diagnostic s'était fourvoyé pendant la vie, la loi s'est vérifiée toujours à l'autopsie: nous voulons parler des cas d'absence des signes classiques de l'anévrisme actif où l'on a pu soupçonner une lésion mitrale, l'anévrisme du ventricule gauche apparaissant sur la table de l'amphithéâtre, le professeur de clinique a replacé *à priori* la lésion à l'orifice aortique, et l'autopsie du cœur lui donnait raison (p. 183); de même si le cœur apparaît sans développement du ventricule gauche, on peut affirmer d'avance que l'obstacle valvulaire, s'il existe, est à l'orifice mitral. (P. 196.)

Le diagnostic des lésions valvulaires combinées des orifices aortique et mitral, négligé en général par les auteurs, a été étudié ici pour la première fois, avec un soin proportionné à son importance. En effet, l'altération simultanée des deux orifices est au moins aussi fréquente que celle de chacun d'eux isolément. Le diagnostic n'est possible que dans les cas où il existe une prédominance de la lésion dans l'un ou dans l'autre orifice, et alors les symptômes sont les mêmes que ceux de la lésion isolée; à savoir : « présence ou absence de dilatation avec hypertrophie du ventricule gauche, suivant que la prédominence existe à l'orifice aortique ou à l'orifice mitral. » (Prop. 112.) « Si l'obstacle est proportionnellement égal dans les deux orifices, les symptômes seront ceux de l'obstacle mitral isolé » (prop. 113); car le ventricule gauche recevant juste autant de sang qu'il peut en expulser par l'orifice aortique, conservera ses proportions normales, et l'obstacle aortique sera comme non avenu, au moins quant aux effets qui se produisent en arrière de l'orifice mitral. (P. 198.)

DES LÉSIONS ORGANIQUES DES PAROIS DU CŒUR. « La dilatation des parois du cœur étant presque toujours l'effet d'un obstacle en avant du point dilaté » (prop. 119), il résulte d'après la loi de dilatation en arrière qu'un rétrécissement aortique produira la dilatation générale du cœur, et si nous reculons l'obstacle jusqu'aux poumons, nous aurons une dilatation isolée des cavités droites du cœur. Cette dilatation isolée du cœur droit due à une obstruction pulmonaire prolongée s'observe fréquemment et entraîne, d'après M. Forget, « le déplacement du cœur vers la gauche autant que vers la droite » (prop. 122); opinion contraire à celle généralement adop-

tée. Les mêmes causes qui produisent la dilatation sont aussi celles de l'*hypertrophie*; elle sera générale lorsque l'obstacle siégera à l'orifice aortique, ou bornée au ventricule droit, si l'obstacle existe à l'orifice mitral ou dans l'appareil pulmonaire. L'*hypertrophie* est *excentrique* ou *concentrique*; M. Forget n'admet pas l'*hypertrophie simple* (sans dilatation), pas plus que la *dilatation simple* (sans hypertrophie); car l'augmentation d'ampleur suppose une augmentation de tissu. L'hypertrophie existe dans ces cas en largeur et non en épaisseur, et forme l'*hypertrophie dilatatoire*. L'*hypertrophie concentrique* ou le retrait ventriculaire dont l'auteur ne nie pas l'existence, quoiqu'il ne l'ait jamais rencontré, s'explique parfaitement bien par la loi de dilatation *à tergo*; seulement dans ce cas l'obstacle circulatoire est situé en arrière de la cavité rétrécie (prosténosie) et est produit par des causes qui diminuent la quantité du sang qui traverse la cavité, cause qui peut être le résultat d'un obstacle mécanique ou de l'anémie.

Parmi les autres lésions organiques du cœur que l'auteur passe en revue, nous ne mentionnerons que « l'adipose comme étant la seule qui comporte des moyens thérapeutiques directs » (prop. 139); son diagnostic repose sur les troubles circulatoires coïncidant avec l'obésité générale, en l'absence des signes caractéristiques des autres lésions cardiaques. » (Prop. 140.)

Le chapitre qui traite des corps étrangers dans les cavités du cœur et des névroses du cœur est intéressant; mais soulève des discussions trop longues pour être rapporté; nous ne mentionnerons que les propositions suivantes :

« Les caillots sanguins et les végétations, appelés caillots chroniques par l'auteur, ont des signes propres et des caractères anatomiques particuliers, auxquels on peut les reconnaître avant et après la mort; mais la thérapeutique est impuissante à leur égard. » (Prop. 142.)

« Les kystes purulents, dont la formation est encore un mystère, paraissent résulter quelquefois de l'infection purulente. » (Prop. 144 et 145.) Des observations paraissent le prouver, mais que « les kystes purulents métastatiques des cavités droites proviennent de la circulation générale et ceux des cavités gauches de la circulation pulmonaire » (prop. 146.), ceci reste encore dans le domaine des hypothèses ingénieuses.

« Les névroses du cœur pouvant affecter la sensibilité ou la motilité de cet organe » (prop. 149) terminent ce livre.

Nous croyons avoir justifié, par ces principales citations, l'importance des propositions 4, 5 et 19, rapportées plus haut, propositions qui, nous le répétons constituent pour nous le mérite principal, la substance nouvelle de cet ouvrage; mais on ne manquera pas de dire que la position du cœur est depuis longtemps connue et même reproduite par des planches. Il est possible, il est même probable qu'elle ait été présentée et entrevue par d'autres observateurs; mais personne jusqu'ici n'a décrit, n'a formulé d'une manière aussi claire que le professeur Forget, les données anatomiques concernant la position relative des divers orifices cardiaques, et surtout personne n'a su en tirer des conséquences cliniques pour le diagnostic des maladies du cœur. A la loi de la dilatation *à tergo*, on objectera les exemples d'anévrisme du cœur où l'on n'a pas trouvé d'obstacles à la circulation; nous répondrons que M. Forget est à la tête d'un grand hôpital, et que depuis de longues années il a fait une étude spéciale des maladies du cœur, et a toujours trouvé l'obstacle qui expliquait l'anévrisme. D'un autre côté, ne serait-il pas possible, par exemple, qu'une affection pulmonaire chronique ou une tumeur pressant sur l'aorte, etc., aient donné lieu, par leur présence, à une maladie du cœur, puis que, ces causes premières ayant disparu, on n'ait plus retrouvé à l'autopsie que l'affection consécutive, c'est-à-dire l'anévrisme du cœur. D'ailleurs il n'y a pas de règle sans exception, surtout quand il s'agit d'une lésion de nutrition comme l'hypertrophie, qui nécessairement reconnaît des causes nombreuses et variées.

Le TROISIÈME LIVRE : DES MALADIES DES VAISSEAUX SANGUINS, et surtout le QUATRIÈME LIVRE : DES ALTÉRATIONS DU SANG, soulèvent des questions beaucoup trop obscures et litigieuses pour être discutées dans un simple article de compte rendu; cependant nous ne saurions laisser passer une boutade de l'auteur contre ceux qui admettent que la formation des caillots est primitive et cause de l'inflammation des artères. « Cette doctrine, dit-il, nous paraît avoir été reproduite et soutenue dans ces derniers temps, simplement par opposition à la doctrine de l'inflammation, dont il est de mode aujourd'hui de restreindre l'empire autant que possible. »(P. 322.) Cette sévérité nous étonne, surtout lorsqu'elle s'adresse à un homme de la valeur de M. Kokitansky, nominativement cité parmi les auteurs qui sacrifient à la mode. Le professeur de Vienne discute très-longuement et très-sérieusement ce sujet dans son célèbre MANUEL D'ANATOMIE PATHOLOGIQUE, t. II, p. 522. S'il n'admet pas une artérite spontanée, c'est que d'abord il n'existe pas de vaisseaux dans la membrane interne des artères, et puis parce qu'il n'a jamais vu une inflammation de l'aorte. Il regarde les caillots sanguins qu'on trouve dans cette artère comme le produit d'une maladie du sang. Mais dans les vaisseaux d'une texture moins dense et moins épaisse, l'exsudation formée dans la tunique celluleuse seule sujette à l'inflammation, toujours due à une dyscrasie du sang, cette exsudation peut se produire par imbibition sur la membrane interne, comme on l'observe souvent dans les artères crurales chez les femmes, et dans les artères ombilicales des nouveau-nés. Conséquent à sa manière de voir, M. Forget rejette l'opinion de ceux qui admettent une *phlébite consécutive à la coagulation d'un sang malade*. Nous avouons notre préférence pour cette opinion; par contre, nous admettons volontiers, d'après notre expérience, les propositions 158 et 159 : « La phlébite spontanée diffère de la phlébite traumatique par sa cause, qui est interne, par l'intégrité des téguments, par la bénignité de ses symptômes, par la rareté de la suppuration, par sa terminaison ordinairement heureuse, et par son traitement simple et le plus souvent suivi de succès.

« L'innocuité de la phlébite spontanée, comparée à la gravité de la phlébite traumatique, dépend de la soustraction de la veine enflammée au contact de l'air. »

Des tableaux placés à la fin de chaque livre forment des résumés intéressants qui permettent d'embrasser d'un seul coup d'œil tous les phénomènes des altérations dont il est traité dans cet ouvrage.

Nous avons cherché, dans cet article, à faire ressortir les points principaux qui constituent les progrès de ce précis. Dans ses détails comme dans son ensemble, dans la forme comme dans le fond, à la simple lecture comme à la méditation la plus réfléchie, l'ouvrage du professeur de Strasbourg atteint complétement le but que l'auteur se proposait en l'écrivant. Le style est clair, simple, facile; la pensée se présente toujours nette, précise; la théorie n'est jamais obscure, et ce livre, écrit pour les élèves, sera lu avec plaisir et intérêt par tous ceux qui devront aborder l'étude si redoutée et si ingrate des affections du cœur. La seule chose qui pourrait retarder le succès complet de ce livre, ce serait, chose triste à dire, son origine provinciale!...

MAURICE RUEF.

VARIÉTÉS.

— La Société médico-pratique de Paris met au concours la question suivante : *De l'huile de foie de morue et de son usage en médecine.*

Prix : Une médaille de la valeur de 300 fr.

Le travail couronné aura droit à l'impression dans le Bulletin, et cent exemplaires tirés à part seront offerts à l'auteur. Les mémoires, écrits lisiblement en français ou en latin, devront être adressés au secrétariat, rue Lobau, 1, avant le 1er mars 1852.

— M. le ministre de l'instruction publique ayant autorisé l'École secondaire de médecine de Reims à procéder, par voie de concours, à la présentation d'une liste de candidats pour la nomination d'un professeur titulaire à la chaire d'anatomie et de physiologie devenue vacante, le directeur de l'École invite les docteurs en médecine et en chirurgie qui auraient l'intention de concourir à vouloir bien la lui faire connaître; il s'empressera de leur fournir tous les renseignements qu'ils pourront désirer. Le concours s'ouvrira du 16 au 20 août prochain.

— HÔPITAL MILITAIRE DE LYON. — M. Cambay, membre de la Société nationale de médecine, médecin de première classe à l'hôpital de Lyon, passe à celui de Versailles. M. Magail, médecin de deuxième classe en Algérie, passe à l'hôpital de Lyon. M. Legouest, médecin adjoint, passe au même hôpital. M. Crestin, chirurgien sous-aide à l'hôpital de Lyon, passe aux ambulances de la division de Constantine; il est remplacé à Lyon par M. Rueff.

— Dans un travail qu'il a lu à la Société médicale de Londres, M. Webster a présenté un relevé de l'état sanitaire de Londres, pendant les trois derniers mois de l'année 1850 et les trois premiers de l'année 1851. Dans le dernier trimestre de 1850, il est mort 12,544 personnes, chiffre un peu au-dessous de celui de 1849 qui était de 12,877. En revanche, dans le premier trimestre de 1851, il est mort 15,410 personnes, au lieu de 13,219, chiffre de 1850, et cet excédant de mortalité porte principalement sur le mois de mars, dans lequel il y a eu 1,443 décès de plus que dans le même mois de 1850. C'est la bronchite, la pneumonie, l'influenza, la variole, le typhus-fever, qui ont augmenté le nombre des morts par une recrudescence insolite. Autrement dit, la constatation catarrhale paraît s'être appesantie aussi lourdement sur la ville de Londres qu'elle l'a fait sur celle de Paris.

— Pendant l'année 1850, on a compté dans les différentes universités, colléges et instituts d'Espagne : 21,094 élèves, dont 12,981 en philosophie; 1,089 pour les études préparatoires à la théologie, à la jurisprudence, à la médecine et à la pharmacie; 1,486 en théologie, 3,531 en droit, 1,476 en médecine, 51 en chirurgie et 480 en pharmacie.

— M. le docteur Phillips commencera un cours d'autoplastie, le mardi 1er juillet, à trois heures, dans l'amphithéâtre n° 2 de l'École pratique, et il continuera les mardis, jeudis et samedis suivants à la même heure.

Le rédacteur en chef, JULES GUÉRIN.

REVUE GÉNÉRALE.

LETTRE SUR LA CURE RADICALE DES HERNIES INGUINALES.

A M. LE DOCTEUR DIDAY, RÉDACTEUR DE LA GAZETTE MÉDICALE.

Mon cher confrère,

Je suivrai, dans ma réponse aux critiques que vous me faites l'honneur de m'adresser, l'ordre indiqué dans votre lettre. Vos objections se groupent autour de ces trois chefs :

Innocuité,
Efficacité,
Conseils.

Examinons-en la valeur.

§ Ier.

Ce que vous dites relativement à l'innocuité de mon opération trahit un certain embarras ; aussi est-ce moins au fait lui-même qu'à l'explication que j'en ai donnée que vous vous attachez. Le seul argument que vous formuliez est celui-ci : Les faits ne sont pas encore assez nombreux pour tirer une conclusion définitive. Vous ajoutez, du reste, que vous êtes prêt à vous incliner devant un nombre suffisant : c'est vraiment trop de modestie. Vous avez oublié de dire quel chiffre il vous fallait : cette précaution n'eût pas été inutile ; car vous paraissez vous soucier fort peu de l'aphorisme *non numerandæ, sed perpendendæ sunt observationes.* J'ai déjà répondu par anticipation à cette objection. Permettez-moi de vous rappeler quelques lignes de mon mémoire : « Le nombre de mes opérations, dira-t-on peut-être, n'est pas assez considérable pour être affirmatif. Une amputation de cuisse est dangereuse, et cependant un chirurgien peut être assez heureux pour avoir une série de dix, douze, quinze succès. Cela est vrai ; mais je répondrai que c'est là une objection spécieuse. En effet, si un chirurgien venait me dire : J'ai un moyen de pratiquer les amputations de cuisse sans faire courir au malade un danger sérieux, qu'il me démontrât théoriquement que ce moyen doit être innocent, et qu'il me fît constater sur dix opérés que sa méthode non-seulement n'entraîne pas d'accident grave, mais que, pendant toute la durée du traitement, la fièvre est nulle, l'état général le même que dans l'état de santé, je commencerais à croire que ce chirurgien a raison. » A défaut de bonnes raisons, vous invoquez une analogie qui n'est rien moins que juste : vous dites, par exemple : Avec le procédé Gerdy, on perd un malade sur dix : donc votre dixième est très-compromis ; mais vous oubliez un élément important de la question. Avec le procédé Gerdy, on a eu un mort sur dix ; mais vous vous dispensez de dire qu'une fois sur trois on a eu des accidents sérieux à combattre (Bourgery, Méd. op.). Or, si j'avais eu, dans un seul cas, des accidents, j'en aurais tiré avant vous la conclusion que mon procédé pouvait être mortel ; car du moment que des accidents sérieux peuvent se manifester à la suite d'une opération, et que ces accidents ne peuvent pas être attribués à une circonstance autre que l'opération, il y aurait témérité à se flatter de pouvoir les enrayer toujours. Remarquez-le bien, du reste, je n'ai pas dit : J'ai eu neuf guérisons sur neuf opérés : donc mon procédé est innocent. Cette conclusion eût été hasardée. Je me suis appuyé tout d'abord sur un principe que vous acceptez, l'innocuité des plaies par cautérisation, et j'ai pensé *à priori* que mon opération serait sans danger. Quand l'expérience est venue confirmer mes prévisions, quand j'ai vu se reproduire cette simplicité symptomatologique que j'avais pu constater un très-grand nombre de fois d'ailleurs, alors seulement j'ai conclu.

Est-il vrai que l'aiguille dont je me sers soit capable d'ôter à mon opération le caractère d'innocuité que vous lui accorderiez sans cela ? Je ne le pense pas ; mais il y a, dans tous les cas, un moyen bien simple de vous rassurer sur ce point : c'est de rendre la piqûre immédiatement cautérisante, et pour cela il suffirait de chauffer avec une lampe à l'alcool l'extrémité libre de l'aiguille, une fois que l'invaginateur serait en place ; elle ne tarderait pas à rougir et à se charger d'une assez grande quantité de calorique dans toute son étendue pour cautériser le canal qu'elle aura creusé au sein des parties. Si ce moyen ne vous convenait pas encore, ne pourrait-on pas se servir de l'aiguille caustique de Pelletan ? Vous savez qu'une aiguille d'argent, plongée dans l'acide nitrique au moment de s'en servir, remplirait parfaitement le but. On pourrait encore procéder d'autre manière ; mais je vous renvoie aux travaux de Pelletan, qui me fourniraient largement les moyens de répondre à vos exigences. Si je n'ai pas pris et si je ne crois pas utile de prendre ces précautions, c'est que la cautérisation, comme je la pratique, me paraît suffisante pour neutraliser les effets de la piqûre. L'explication que j'ai donnée du fait peut n'être pas satisfaisante, c'est possible ; que ce soit d'une manière mécanique, ou bien, ce que je suis plus disposé à croire, que ce soit en produisant une dérivation puissante, une fluxion inflammatoire soutenue qu'agissent la pâte de Vienne et le canquoin, le fait n'en existe pas moins. Si vous ne voulez pas l'accepter, vous avez maintenant le moyen de produire une piqûre *cautérisante.*

§ II.

En réponse à ce que vous me dites de l'efficacité de mon opération, je ne trouve rien de mieux que de reproduire la déclaration nette et catégorique que j'ai faite dans mon mémoire. Je n'ai aujourd'hui rien à ajouter, rien à retrancher : « Que penser maintenant de son efficacité ? C'est surtout pour répondre à cette question que des faits nombreux sont nécessaires ; on en conviendra toutefois, les résultats que j'ai obtenus sont singulièrement encourageants, surtout si l'on se rappelle que ces opérations ont été pratiquées dans des circonstances très-défavorables....., et 18 lignes plus loin. Mais combien la guérison durera-t-elle ? C'est là une autre question qu'il importe de résoudre, si faire se peut ; car ce n'est pas assez qu'une maladie guérisse, il faut encore que la guérison soit définitive, ou tout au moins que les récidives ne se manifestent ni trop souvent ni trop promptement. Ici encore, pour se prononcer, il faudrait avoir un grand nombre de faits depuis longtemps observés. »

La question d'efficacité ne saurait être résolue avec les faits que j'ai pu recueillir ; elle ne le serait pas davantage avec trente, avec cent, car à cette heure, il manquerait encore à ces faits la consécration du temps. Les récidives, j'ai lieu de l'espérer au moins, seront plus rares à mesure que le manuel opératoire sera mieux exécuté. Les chirurgiens sérieux qui m'ont fait l'honneur de lire mon mémoire ont pu voir que, dans un cas au moins, l'opération n'a pas été pratiquée comme j'aurais désiré le faire, comme je le fais aujourd'hui, et à coup sûr il ne viendra à l'idée à personne, si ce n'est peut-être à vous, de me faire un reproche d'avoir marché avec hésitation, au début, dans une voie qui n'avait pas encore été explorée. Le ma-

Feuilleton.

NOTICE BIOGRAPHIQUE SUR M. F. LEURET, MÉDECIN EN CHEF DE L'HOSPICE DE BICÊTRE.

François Leuret naquit à Nancy, en 1797, d'une famille industrielle ; son père exerçait la profession de boulanger. La mort d'un frère, médecin aux armées, fut la cause première du choix que sa mère fit pour lui de l'état où il devait obtenir un nom recommandable. Ses commencements furent des plus pénibles. M. Trélat, qui a publié sur Leuret une intéressante notice, raconte qu'au bout de quelque temps il reçut de son père cette cruelle lettre : « Quand j'ai appris » l'état de boulanger, je n'ai coûté d'argent que pendant une seule année. Dans » quelques mois, il y aura un an que tu es à Paris ; fais en sorte alors de te » suffire, car je ne t'enverrai plus rien. » L'arrêt était irrévocable. Bientôt le jeune étudiant ne fut plus soutenu que par la générosité de ses amis ; une pareille situation était trop opposition avec la fierté de son âme, pour qu'il s'y résignât ; il prit une résolution extrême, et s'enrôla comme simple soldat dans une des légions qu'on organisait alors. Tous ceux qui ont connu Leuret savent combien il était peu propre à remplir les devoirs de sa profession. La force corporelle et l'obéissance passive ne lui avaient pas été dévolues. Sa seule consolation fut son amour pour le travail ; heureusement ses chefs devinèrent de bonne heure le savant, et il put se livrer à ses goûts au détriment de la discipline. Son régiment ayant été appelé à Paris, il reprit avec ardeur ses études favorites, et les élèves d'Esquirol se rappellent encore le petit uniforme blanc qui suivait si assidûment les leçons du maître.

Une de ces catastrophes si fréquentes dans la vie des initiés de la science fut sur le point de briser de nouveau sa carrière ; son régiment, compromis dans une conspiration, reçut l'ordre de quitter Paris et d'aller tenir garnison dans une ville du nord ; heureusement une amitié chaleureuse, comme il appartient seulement aux jeunes gens de les concevoir, prit en mains ses intérêts, et M. le professeur Royer-Collard, alors tout-puissant à Charenton, dont il était médecin en chef, fit créer pour lui, dans cette maison, une place d'élève rétribué.

Ce fut en 1822 que Leuret entra dans cet établissement ; six mois après, il remplaçait dans ses fonctions d'interne l'ami qui l'avait sauvé. Depuis cette époque jusqu'à sa réception, il publia plusieurs mémoires sur *les effets de l'acétate de morphine*, sur *la structure de la membrane interne de l'estomac et des intestins* et sur *un mode d'altération propre aux villosités de cette membrane* ; il adressa à l'Académie des sciences, de concert avec M. Lassaigne, des *recherches physiologiques et chimiques sur les fonctions digestives*, qui furent honorablement mentionnées par ce corps savant.

Reçu médecin en 1826, Leuret ne crut point pouvoir rester à Paris ; il se retira dans sa ville natale pour y exercer son état. Il avait trop présumé de ses forces ;

lade, du reste, auquel je fais allusion, est aujourd'hui complétement guéri, si bien guéri qu'il n'a pas trouvé grâce devant le conseil de révision, qui l'a jugé propre au service militaire. Si vous aviez véritablement le désir d'asseoir votre conviction, chose dont votre critique me permettrait de douter, je pourrais vous communiquer une lettre de ce malade, et vous faire voir ce qu'*une partie intéressée* pense de mon opération. Je pourrais encore, si vous y teniez, vous montrer le second malade, que j'ai classé parmi mes insuccès, et quelle que soit votre défiance, vous rendrez justice à la réserve que je me suis imposée, car ce malade a vu disparaître les trois quarts de son infirmité. Une hernie grosse comme un petit œuf de poule et susceptible d'être parfaitement maintenue à l'aide d'un bandage simple, a remplacé une hernie grosse comme les deux poings réunis, et qu'aucun appareil ne pouvait contenir. C'est très-sérieusement que je vous fais cette proposition. Le malade est aujourd'hui dans une communauté religieuse, aux environs de Lyon, et il nous sera très-facile de le retrouver. Quant au troisième, il y a eu récidive, on vous l'a dit, et la chose est exacte. Vous avez été parfaitement renseigné; aussi n'ai-je qu'une observation à vous faire à ce sujet. Pourquoi donc avez-vous *oublié* de dire que ce malade s'était levé presque aussitôt l'appareil enlevé, avant que la cicatrisation ait eu le temps de se faire, qu'il aidait aux gens de service, qu'il balayait la salle? Toutes ces particularités ont été connues trop tard, il est vrai, pour qu'on ait pu prendre des mesures qui eussent peut-être changé le résultat de l'opération, mais assez tôt pour que vous n'ayez pu les ignorer. Comment donc expliquer cette omission?

Remarquez-le bien, je ne cherche pas à dissimuler les récidives; je ne cherche pas même à les expliquer. Pour ce qui me concerne, j'ai dû tenir compte de tout ce qui s'était passé pour éviter à l'avenir les causes d'insuccès. Je ne négligerai jamais rien de ce qui pourra m'apporter des enseignements; je les chercherai surtout dans la critique, mais quand elle sera convenable, sérieuse, digne.

§ III.

J'arrive au § III, qui renferme des conseils. Vous avez soin de me prévenir que cette fois vous parlez sérieusement : ce n'est pas trop tôt, vous en conviendrez ; mais enfin mieux vaut tard que jamais.

Vous n'avez pas réfléchi quand vous me faites une objection du peu d'étendue des adhérences que je produis. La comparaison que vous me faites de la manche d'habit et de sa doublure me prouve que les conditions du problème à résoudre vous ont complétement échappé. En effet, vouloir établir des adhérences tout autour du bouchon tégumentaire, c'est vouloir une chose presque toujours impossible. La disposition anatomique des parties ne saurait le permettre. Lorsque le canal inguinal existe encore, on comprend qu'un bouchon, poussé dans son intérieur, soit en rapport de tous les côtés avec les parois de ce canal; mais les conditions changent lorsqu'une hernie existe. Pour peu que celle-ci soit volumineuse (et il faut qu'elle le soit pour qu'on puisse produire l'invagination), la paroi postérieure manque; l'orifice interne s'est peu à peu rapproché de l'orifice externe. Il n'existe plus en réalité qu'un véritable trou, et non plus un canal, un simple anneau, une simple ouverture à travers laquelle passent les intestins. Le doigt pénètre alors directement dans le ventre, et il est en rapport en arrière avec la masse intestinale, dont il n'est séparé que par l'épaisseur des téguments refoulés. Tâchez maintenant de comprendre et surtout de faire comprendre la possibilité d'adhérences circulaires. La proposition que je viens d'émettre étant admise, vous conviendrez bien que mon procédé, en déterminant des adhérences dans une large étendue et dans toute la partie qui correspond à la paroi antérieure du canal, fait tout ce qu'il est possible de produire. Cette étendue, il est vrai, n'est pour vous que de 2 à 3 millimètres. Ici encore, mon cher confrère, j'ai une erreur à vous signaler. J'ai écrit que je donnais au cauquoin une largeur de 2 à 3 millimètres, et vous en concluez que l'escarre a juste la même étendue. Le chirurgien praticien n'ignore pas qu'une bandelette de cauquoin, large de 2 à 3 millimetres, donne une escarre dont la largeur sera de 6 à 9 millimètres, quand on la laisse en place vingt-quatre à trente-six heures. Si vous tenez à vérifier le fait, je vous préviens que j'ai dans mon service un malade atteint de varices qui vous offrira sept fois la preuve de ce que j'avance. Vous pourrez vous assurer *de visu* de l'étendue des escarres. Puisque nous sommes en train de faire de l'arithmétique, vous me permettrez bien de conclure que votre objection sur le peu d'étendue des adhérences a juste trois fois moins de valeur que vous ne lui en accordez.

Vous terminez en me conseillant la cautérisation de dedans en dehors; je vous dirai tout d'abord que l'on a essayé de le faire. Je cautérisais de dehors en dedans, il n'en fallait pas davantage pour décider certaine nature inquiète à cautériser de dedans en dehors. La tentative a, du reste, complément échoué; c'est qu'en effet l'exécution présente des difficultés très-grandes, et qui, je le crains bien, sont insurmontables. Invaginez la peau, et maintenez cinq minutes seulement le doigt dans l'ouverture herniaire, et vous verrez combien il est plus difficile de l'obtenir une invagination profonde et combien il est plus difficile de la maintenir pendant le temps nécessaire pour que les adhérences aient eu le temps de se former. Je vois plus d'une difficulté à surmonter pour arriver à la réalisation de votre idée, et si je ne vous les signale pas, c'est uniquement parce que ces difficultés étant surmontées, je n'oserais pas abandonner dans un cul-de-sac cutané un caustique dont le moindre déplacement pourrait produire en arrière la perforation des téguments invaginés et donner lieu à des accidents effroyables.

Si jusqu'à nouvel ordre je me tiens à mon procédé, c'est que je vois ce que je fais, je vais où je veux aller, je ne détruis que ce que je veux détruire; l'aiguille en même temps qu'elle contribue à maintenir la peau invaginée, me sert de guide et ne saurait me permettre de m'égarer.

J'ai hâte de terminer cette lettre, mon cher confrère; les raisons que je viens de vous donner pour motiver ma persistance à suivre les mêmes errements, vous prouveront, j'ai lieu de l'espérer, que vos conseils ont été acceptés avec reconnaissance; le soin avec lequel je les ai discutés témoigne du cas que je fais de celui qui les a donnés. Veuillez me permettre de vous en adresser à mon tour quelques-uns.

Je lis dans votre lettre ces lignes : « Ne m'attribuez pas, je vous prie, ces habitudes de critique honteuse qui s'en vont quêtant dans l'ombre ou vers des familles des renseignements toujours admis sans contrôle s'ils peuvent servir d'aliments aux passions jalouses. Non, j'estime quant à moi qu'en matière scientifique on ne doit jamais juger un auteur que sur son œuvre publiée. » Je ne puis qu'applaudir à ces lignes pourvu que le mot *juger* ait pour vous la même signification que pour moi. *Juger*, de *judicare*, rendre la justice. Mais *je juge* qu'il est peu digne de défigurer la pensée d'un auteur, de prendre une phrase à droite, une phrase à gauche, de les rapprocher de façon à lui faire dire le contraire de ce qu'il a écrit; cette manière de procéder ne peut, croyez-le bien, que servir la cause que vous

---

le besoin de retourner dans la capitale, d'y reprendre ses études favorites devint chaque jour plus impérieux; il dut céder. Revenir n'était pas le plus difficile; vivre, là était le problème. Comment fut-il résolu? C'est ce qu'il est important de savoir, car le moyen qui lui reussit n'est pas un des moindres titres à la reconnaissance de ses contemporains, du médecin célèbre, dont le souvenir est resté dans le cœur de tous ses élèves.

Esquirol, observateur plein de finesse, régnait alors sans conteste dans l'aliénation mentale. Ce savant, au cœur généreux, aimait à s'entourer de jeunes gens dont le goût et l'ardeur pour l'étude étaient les meilleurs titres de recommandation auprès de lui. Il n'est personne d'entre nous qui ne se rappelle avec émotion ces déjeuners du dimanche, où vinrent prendre place la plupart des hommes qui occupent aujourd'hui un rang distingué dans l'aliénation mentale. Là, dans des conversations empreintes de cette bonhomie spirituelle qui était un des traits distinctifs de son caractère, Esquirol indiquait les points de la science qui n'avaient été qu'effleurés, passait en revue les travaux connus, disait un mot sur les hommes, racontait quelques anecdotes inédites, et il est certain que plus d'un bon travail est sorti de ces entretiens si recherchés et si regrettés. Depuis bientôt dix ans que cet homme célèbre a cessé de vivre, personne n'a pris sa place, et pourtant quel beau rôle que celui de conseiller, de bienfaiteur des jeunes gens qu'enflamme l'amour de l'étude; mais pour le remplir comme Esquirol, il faut comme lui se faire accepter librement et non s'imposer. L'ami doit précéder le maître, et le cœur servir d'escorte au savoir. Ne soyons pas cependant injustes dans nos regrets; il est encore des savants qu'animent ces sentiments, et nous pourrions en citer plusieurs dont les exemples, les conseils et l'amitié ont ouvert la voie à ces esprits pleins de sève et de force, qui n'attendent qu'un signal pour se précipiter en avant.

Fondateur du premier asile privé d'aliénés, qui depuis a servi de modèle aux beaux établissements de ce genre en France, Esquirol eut presque aussitôt la pensée d'y attacher, en qualité de médecin résidant, un de ces élèves qui s'étaient formés à ses leçons et à sa clinique. Citer les noms de M. Falret, de Georget, de Leuret, de M. Baillarger, etc., c'est montrer la justesse de son coup d'œil.

Georget, à peine âgé de 33 ans et déjà célèbre, venait de mourir, lorsque Leuret, arrivant de Nancy, descendit chez le même ami auquel il avait dû son admission à Charenton. Celui-ci court chez M. Rostan, tous les deux ont la même pensée, voir Esquirol, l'intéresser a leur protégé. Dès les premiers mots de la négociation, l'ancien médecin de la Salpêtrière repondit : « Non-seulement il » remplacera mon pauvre Georget, mais il sera le rédacteur en chef d'un jour- » nal dont j'ai rêvé avec Marc la prochaine publication. » Peu de temps après, les ANNALES D'HYGIÈNE ET DE MÉDECINE LÉGALE paraissaient, et le succès de cette precieuse collection depuis cette époque ne s'est pas ralenti. Parmi les mémoires que Leuret a publiés dans ce recueil, nous ne devons pas omettre un bon travail SUR LE CHOLÉRA DE 1831, qui rappelle une anecdote honorable pour deux personnes. Leuret venait d'être nommé médecin temporaire du Grenier d'abondance. Il court à son poste avec le zèle qu'il mettait à faire le bien. Du premier coup d'œil il s'aperçut que les malheureux cholériques vont manquer de tout, qu'il n'a rien pour les secourir. Emporté par son cœur, il vole au Palais-Royal, demande à être introduit auprès de M. le duc d'Orléans, lui raconte les affreuses

combattez. J'ai laissé de côté l'histoire de votre urologiste, celle de votre *haricot voyageur* et les facéties que vous débitez sur ce vous que appelez le *code Valette*.

Agréez, etc.

A. VALETTE,
D. M. P., Chirurgien de l'Hôtel-Dieu de Lyon.

PHYSIOLOGIE EXPÉRIMENTALE.

RECHERCHES SUR LE RÉTABLISSEMENT DE L'IRRITABILITÉ MUSCULAIRE CHEZ UN SUPPLICIÉ, TREIZE HEURES APRÈS LA MORT; mémoire lu à la Société de biologie (1); par M. le docteur E. BROWN-SÉQUARD, lauréat de l'Académie des sciences, secrétaire annuel de la Société philomatique, secrétaire de la Société de biologie, etc.

J'ai trouvé récemment (2) que des muscles atteints, depuis 10 à 20 minutes, de la rigidité qu'on appelle cadavérique, pouvaient perdre leur rigidité et redevenir irritables, sous l'influence exercée par du sang circulant dans leurs vaisseaux. Ce fait, que j'avais observé chez des animaux, je viens de le trouver aussi chez l'homme. J'ai eu l'occasion de faire cette recherche sur le cadavre d'un homme, âgé de 20 ans, qui a été guillotiné mercredi dernier, 18 juin, à huit heures du matin. J'ai dû de pouvoir disposer complétement de ce cadavre, à M. Gosselin, chef des travaux anatomiques de la Faculté. Je suis heureux de pouvoir le remercier publiquement de toutes les complaisances qu'il a eues pour moi dans cette circonstance.

Bien que presque tous les muscles de ce supplicié fussent déjà roides, depuis plusieurs heures, à 7 heures du soir, quelques-uns conservaient encore de l'irritabilité. Un des membres supérieurs, sur lequel je me proposais d'expérimenter, avait presque tous ses muscles rigides à l'épaule, au bras et à l'avant bras. Dans ces parties trois muscles seulement avaient encore de l'irritabilité; c'étaient les sus et sous-épineux et quelques faisceaux du triceps.

A 6 heures 10 minutes, des traces d'irritabilité s'étaient encore montrées dans les muscles de la main; à 7 heures, je n'en trouvai plus.

A 8 heures, les sus et sous-épineux, ainsi que quelques parties du triceps, avaient encore des traces d'irritabilité. A 8 heures 25 minutes, ils n'en avaient plus, et la rigidité y existait à un degré très-prononcé.

Je commençai l'expérience de l'injection du sang dans une partie de ce membre à 9 heures 10 minutes.

Voulant faire une injection de sang humain frais et ne pouvant pas m'en procurer dans les hôpitaux à l'heure qu'il était, je me fis tirer environ une demi-livre de sang par mes amis, MM. Frédéric Bonnefin et le docteur Deslauriers. Ce sang fut battu et totalement défibriné, puis passé à travers un linge.

L'expérience m'ayant appris, contrairement à l'opinion générale, que s'il y a des avantages, dans les transfusions, à employer du sang maintenu à une température voisine de celle des animaux à sang chaud, il y a aussi à cela des inconvénients notables, j'ai laissé librement à l'air, pendant tout le temps qu'ont duré les injections, le sang dont j'ai fait usage. La température de l'air était de 19° c.; je regrette de n'avoir pas pris celle du sang au moment où j'ai commencé les injections; elle devait être à peu près la même que celle de l'air ambiant.

J'avais eu le désir de faire l'injection par l'artère humérale et d'essayer par là de rappeler l'irritabilité dans les muscles de l'avant-bras et de la main; mais craignant de n'avoir pas assez de sang pour arriver à ce résultat et de perdre ainsi le bénéfice de la circonstance exceptionnelle qui me permettait d'agir sur l'homme, je me résolus à limiter l'injection aux artères de la main. Le sang fut poussé dans l'artère radiale, à quelques centimètres au-dessus du poignet. L'injection a été d'abord faite avec une assez grande vitesse; elle a été ensuite faite lentement.

La totalité du sang fut injectée dans l'espace de 8 à 10 minutes, pendant lesquelles l'injection fut interrompue et reprise plusieurs fois. Tous les vaisseaux ouverts, artériels ou veineux, à l'épaule, au bras et à l'avant-bras, donnaient du sang. Quoique veineux, le sang injecté était, comme on le pense bien, devenu d'un rouge vif par l'action de l'air; il sortait noir des veines. L'artère cubitale, qui avait été liée à 5 ou 6 centim. du poignet, ayant été piquée au-dessous de la ligature, laissa écouler du sang d'un rouge noirâtre, mais moins noir que celui qui s'échappait des veines. M'étant assuré de ce fait, je fis une seconde ligature à la cubitale, au-dessous de la piqûre, afin d'empêcher la sortie du sang par cette voie.

Dans les premiers instants, ces différences de coloration, entre le sang qui sortait et celui qui entrait, ont pu dépendre de ce que le sang entrant a chassé devant lui du sang noir se trouvant dans les vaisseaux de la main sur laquelle j'expérimentais; mais comme ces différences de coloration ont existé pendant tout le temps où les injections ont été faites, il est incontestable que le sang que j'injectais subissait dans la main un changement en vertu duquel sa couleur se modifiait. A l'égard de ce changement de couleur, il se produisait dans cette main de cadavre le même phénomène que celui qui a lieu dans une main d'homme vivant.

Ayant recueilli presque tout le sang qui s'était écoulé pendant les injections dont je viens de parler, je jugeai convenable de m'en servir pour l'injecter de nouveau. Il était redevenu rouge par l'action de l'air, et après avoir passé encore une fois par les vaisseaux de la main, il en sortit noir, surtout par les veines, comme précédemment. A plusieurs reprises, j'ai réinjecté le sang qui était recueilli lorsqu'il s'échappait des vaisseaux.

La première injection fut commencée à 9 heures 10 minutes; la dernière fut terminée à 9 heures 45 minutes. Il s'écoula donc 35 minutes depuis le commencement de la première jusqu'à la fin de la dernière injection. Le temps propre aux injections pendant ces 35 minutes a été de 10 à 15 minutes.

Dix minutes après avoir terminé la dernière injection, c'est-à-dire à 9 heures 55 minutes, ou 13 heures 55 minutes après la décapitation, je constatai que l'irritabilité musculaire était revenue dans la main sur laquelle j'opérais.

A 10 heures, ayant mis à nu presque entièrement tous les muscles de

(1) Ce mémoire a été aussi lu, en grande partie, à l'Académie des sciences, dans la séance du 23 juin dernier.

(2) Voy. GAZ. MED., 1851, n° 23.

---

privations de son hôpital, en obtient à l'instant même 2,000 fr. avec lesquels il organise les premiers secours.

Ce fut pendant sa résidence chez Esquirol que Leuret fit imprimer avec son confrère, M. Mitivié, neveu d'Esquirol, un intéressant travail, ***sur la fréquence du pouls, principalement chez les aliénés, et sur la pesanteur spécifique du cerveau.*** A la même époque il travaillait avec son ami, M. Guerry, à un autre mémoire sur les différentes mesures de la tête. Il serait à désirer que ce savant mît la dernière main à ces matériaux, qui ne peuvent qu'éclairer les recherches de Camper, de Cuvier et d'autres sur cet intéressant sujet.

En 1834 parurent ses FRAGMENTS PSYCHOLOGIQUES: c'est le premier ouvrage important de Leuret sur l'aliénation mentale; c'est celui où l'on voit poindre les germes de son traitement moral. Il y aborde les plus hautes questions de la physiologie, de la psychologie et de l'histoire; il y donne une preuve victorieuse de l'utilité de l'intervention de la philosophie dans la médecine. Comment, en effet, prétendre, comme l'a fait dernièrement un médecin de beaucoup d'esprit, qu'un vaste abîme sépare les questions de philosophie pure des questions de médecine pratique et appliquée? qu'il faut laisser l'intelligence, l'esprit, l'âme, là où ce principe doit rester? que le médecin, s'il tient à demeurer savant utile et pratique, ne doit se préoccuper que des organes, de leurs fonctions, des lois ou des forces qui maintiennent ou qui troublent leur action? enfin qu'il n'y a aucun avantage à faire intervenir le spiritualisme dans la médecine, parce que le spiritualisme, objet de foi, de sentiment, de conviction intime, ne peut être ni compris ni prouvé par la raison humaine, et qu'il est imprudent de le soumettre à un *critérium* quelconque? Soutenir de pareilles propositions, c'est, à mon sens, avancer les plus étranges paradoxes. S'il est une branche de la médecine où cette théorie soit impraticable, c'est sans contredit celle des maladies mentales. A chaque instant nous touchons aux problèmes les plus ardus de la métaphysique: l'analyse, par exemple, des différents délires ne donne-t-elle pas à cette science une base solide et expérimentale? L'étude du mysticisme n'est-elle pas une préparation indispensable à la médecine des aliénés, en retraçant, dans un style pittoresque et spécial, les plus délicates altérations de l'entendement et du cœur? L'enchaînement et la loi des idées, les évolutions si variées des opérations de l'esprit, son augmentation subite de pouvoir, le réveil de facultés inconnues, les pressentiments, les prévisions, les faits vrais du magnétisme et du somnambulisme, ne touchent-ils pas aux plus profonds mystères de l'âme? Et qu'ont à faire les organes avec ces grands phénomènes, sinon de leur servir de théâtre? Que seraient-ils si le machiniste ne tenait tous leurs fils? La vue de ces grandes intelligences touchées par la folie, et qui deviennent pour le médecin aliéniste un sujet continuel de méditations, ne le ramène-t-il pas sans cesse à l'examen de ces hautes questions qu'on déclare sans utilité pour notre science? C'est avec raison qu'un écrivain a dit: Le jour où la philosophie descendra avec son flambeau dans l'étude des affections mentales, elle rencontrera une ample matière à observations nouvelles, comme dans une ville détruite, on découvre çà et là des monuments qui portent l'empreinte du génie de la nation éteinte: ainsi, dans ces grands ravages de la folie, on retrouve partout, sur les ruines de nos facultés, la trace du principe immortel qui les animait. » (PARIS, OU LES SCIENCES, LES INSTITUTIONS ET LES MŒURS AU DIX-NEUVIÈME SIÈCLE; par Alphonse Esquiros, t. II, p. 4.) Nous avons montré, dans un livre assez favora-

cette main, je trouvai qu'ils présentaient les différences suivantes à l'égard de leur irritabilité.

Douze muscles étaient très-irritables. Dans ce nombre, ceux qui l'étaient le plus étaient le palmaire cutané et deux des lombricaux, le premier et le troisième ; ensuite venaient les deux autres lombricaux, puis tous les interosseux. Quatre muscles, bien qu'assez vivement irritables, l'étaient moins que les précédents : c'étaient le court abducteur du pouce et les trois muscles du petit doigt. Il y avait encore un muscle irritable, mais à un très-faible degré : c'était l'opposant du pouce. Sur 19 muscles qui existent à la main, 2 seuls n'avaient retrouvé aucune trace d'irritabilité : c'étaient le court fléchisseur et l'adducteur du pouce.

Comment s'expliquer que certains muscles soient redevenus irritables et que d'autres ne le soient pas redevenus ? Peut-être y avait-il, dans les vaisseaux de ces derniers muscles, du sang coagulé, qui s'est opposé au passage du sang que j'injectais. Peut-être aussi, par une anomalie qui se rencontre quelquefois, une ou plusieurs des artères du pouce naissaient de la radiale, au-dessus de l'endroit où se faisait l'injection, de sorte que le pouce ne pouvait recevoir qu'une très-minime quantité du sang injecté.

Après les muscles du pouce, ceux du petit doigt sont ceux qui ont repris le moins d'irritabilité. L'explication de ce fait se trouve probablement en ceci que l'injection a été faite par l'artère radiale, et que par cette voie il n'a dû arriver au bord cubital de la main qu'une quantité de sang moindre que dans les autres parties de cet organe. Je regrette de n'avoir pas fait faire l'injection du sang à la fois par l'artère radiale et par l'artère cubitale.

Nonobstant ces différences, les résultats que j'ai obtenus sont décisifs ; ils démontrent que chez l'homme aussi bien que chez les animaux, des muscles atteints de rigidité cadavérique peuvent, sous l'influence exercée par du sang injecté dans leurs vaisseaux, cesser d'être rigides et redevenir irritables. Sur les 19 muscles de la main, 12, c'est-à-dire près des deux tiers, sont redevenus très-irritables, et 3 surtout à un tel degré qu'ils se contractaient dans toute leur longueur sous une simple excitation mécanique.

J'ai constaté l'état de l'irritabilité des muscles de la main avant et après l'injection du sang, par un même procédé. J'enfonçais des aiguilles dans les muscles à travers la peau, et après avoir mis les conducteurs d'un appareil électro-magnétique puissant en rapport avec ces aiguilles je faisais passer le courant.

En opérant de cette manière, j'ai trouvé, pour la dernière fois avant les injections, à 6 heures 10 minutes, des signes d'irritabilité dans les muscles de la main. Par un autre examen fait à 7 heures 30 minutes, je n'en ai pas trouvé.

A 9 heures 55 minutes, c'est-à-dire 10 minutes après la dernière injection, j'ai constaté par le même procédé le retour de l'irritabilité. Il y avait au moins deux heures et demie qu'elle avait disparu, mais peut-être aussi était-elle revenue depuis près d'une demi-heure.

A 8 heures 25 minutes, trois quarts d'heure avant de commencer les injections, ne pouvant résister à mon désir de constater *de visu* s'il y avait encore des traces d'irritabilité dans les muscles de la main, et n'osant pas en mettre plusieurs à nu, dans la crainte de couper des vaisseaux qui auraient laissé s'écouler le sang injecté, j'ai mis à découvert l'un des muscles interosseux dorsaux. Il ne possédait plus la moindre irritabilité. A 10 heures, un quart d'heure après la dernière injection, je trouvai le même muscle très-manifestement irritable. Trois heures après, c'est-à-dire à une heure du matin, l'irritabilité y existait encore. Elle ne disparut qu'à une heure un quart.

Il est très-difficile de s'assurer de l'existence de la rigidité cadavérique dans les muscles de la main. Pour les lombricaux, pour le palmaire cutané, cela nous paraît même impossible. Tant que la peau n'est pas enlevée, ce n'est qu'aux muscles du pouce et du petit doigt qu'il est possible de reconnaître si la rigidité existe. Il faut pour cela couper les muscles de l'avant-bras qui envoient des tendons à ces doigts, et puis chercher si l'on peut, sans résistance, imprimer à ces doigts tous les mouvements qu'ils peuvent faire sans être arrêtés par les obstacles mécaniques que présentent les ligaments et les capsules articulaires. C'est ainsi que j'ai fait cette recherche, et j'ai vu, vers huit heures et demie, que le pouce pouvait à peine être mis en mouvement, et que le petit doigt était aussi en partie arrêté par la roideur de ses muscles.

Après les injections, le petit doigt est devenu très-mobile, et le pouce a lui aussi retrouvé presque toute sa souplesse. Il résulte donc de là que quelques-uns, au moins, des muscles de la main étant rigides, ont cessé de l'être sous l'influence d'une injection de sang.

A minuit, tous les muscles de la main qui avaient réacquis de l'irritabilité, à l'exception de l'opposant du pouce, la possédaient encore à un degré assez considérable. Une heure après, les muscles du petit doigt étaient à peine irritables, ainsi que le court abducteur du pouce ; les interosseux, les lombricaux et le palmaire cutané étaient encore assez vivement irritables. A une heure et demie du matin, dix-sept heures et demie après la décapitation, il y avait encore des traces d'irritabilité dans les muscles lombricaux et dans le palmaire cutané ; il n'y en avait plus dans les interosseux.

Malheureusement il me fut absolument impossible de continuer plus longtemps cette recherche, et je ne pus savoir jusqu'à quelle heure les lombricaux et le palmaire ont été irritables. Mais il y a lieu de présumer que ce n'a guère été qu'une demi-heure ou trois quarts d'heure au plus, après l'interruption de mes observations.

A 6 heures du matin, le lendemain de la décapitation, je trouvai de nouveau de la rigidité cadavérique, à un faible degré, dans les muscles du petit doigt et du pouce.

En comparant les résultats de cette expérience faite sur l'homme avec les résultats de mes expériences sur les animaux, mentionnés dans ma communication du 9 juin dernier à l'Académie des sciences (1), on trouve des différences notables et qu'il importe de signaler.

Sur les cadavres des animaux de la première série d'expériences, l'irritabilité a duré depuis une demi-heure jusqu'à trois heures après la mort, et d'autant plus tard que l'animal était plus vigoureux (2). Dans les autres séries d'expériences, l'irritabilité des muscles privés de circulation sanguine a mis à disparaître, dans un cas, 12 minutes seulement, dans d'autres de 20 à 60 minutes environ. Pour ces dernières expériences, j'ai choisi, en général, des animaux peu vigoureux, afin de n'avoir pas à attendre longtemps la cessation de l'irritabilité et l'apparition de la rigidité.

Chez l'homme, l'irritabilité dans les muscles de la main a duré au moins 10 heures 10 minutes (de 8 heures du matin à 6 heures 10 minutes du

(1) GAZ. MÉD. DE PARIS, 1851, n° 23.

(2) J'ai vu quelquefois l'irritabilité durer sept ou huit heures après la mort chez des lapins et des cochons d'Inde très-vigoureux.

---

blement accueilli pour que nous en réimprimions en ce moment la seconde édition, combien était incompréhensible le fait de l'hallucination en dehors des doctrines spiritualistes et des croyances religieuses.

Il y a dans le livre des FRAGMENTS PSYCHOLOGIQUES des points fort curieux, et qui offrent de nouvelles pages à ajouter aux articles des analogies de la raison et de la folie, du chapitre oublié de la pathologie mentale, de l'état mixte : ce sont ceux de la cohérence des idées conduisant aux projets les plus sublimes ou au délire ; du principe d'association, de l'imitation, donnant lieu aux raisonnements les plus suivis, les plus concluants, à un nombre prodigieux d'actes normaux et habituels, ou bien, par un tour de cheville de plus, brisant un chaînon dans le discours, et jetant une teinte de bizarrerie dans les actes ; de sorte que le même homme qui tout à l'heure vous avait paru plein de bon sens, devient pour vous un sujet de doute et d'étonnement. Ce chapitre des limites de la raison et de la folie, tout au plus nommé, parce que pour l'écrire il faut être médecin, moraliste, philosophe et peintre, est cependant un des plus intéressants de l'histoire des variations de la raison ; lui seul peut nous mettre sur la voie de ces mystères, où l'esprit, qui vient de briller par les plus savantes combinaisons de l'éloquence, des sciences et des arts, nous frappe de surprise en soutenant les opinions les plus fausses, les paradoxes les plus étranges, les systèmes les plus opposés à l'expérience, à la nature humaine, aux plus simples notions du sens commun. On prétend qu'un grand ministre, dont l'attention avait été de bonne heure éveillée sur ces disparates, avait formé une liste de ceux que cette organisation prédestinait à la folie. Comme on lui demandait un jour si un orateur célèbre qui venait de prononcer un discours fort éloquent, mais très-peu pratique, était sur sa liste, il se contenta de sourire. Les événements dont nous avons été les témoins sont le meilleur commentaire de ce sourire.

Aux fragments psychologiques succéda l'ANATOMIE COMPARÉE DU SYSTÈME NERVEUX, CONSIDÉRÉ DANS SES RAPPORTS AVEC L'INTELLIGENCE (1839). — Peut-être la lutte qu'il soutint avec Gmelin et Tiedeman à l'occasion de ses recherches physiologiques et chimiques pour servir à l'histoire de la digestion, fut-elle un des motifs qui l'engagèrent à faire de l'encéphale une étude approfondie. Quoi qu'il en soit, le volume qu'il publia sur ce sujet fut très-favorablement accueilli. Les recherches auxquelles Leuret s'est livré pour établir la différence de volume, de position, de configuration des ganglions, du système ganglionnaire, de la moelle épinière et de l'encéphale chez les mollusques, les animaux articulés, les poissons, les reptiles, les oiseaux et les mammifères sont très-nombreuses et pleines d'intérêt. Nul doute que l'anatomie comparée ne lui doive d'importantes découvertes. Mais l'examen anatomique n'était que le premier degré de son immense travail ; ce qu'il cherchait surtout à établir, c'étaient les facultés propres à ces différentes classes d'animaux. Les chapitres consacrés à ce sujet ont un grand attrait, et le résumé de la plupart d'entre eux est une réfutation complète de la doctrine de Gall. Il est à regretter que Leuret n'ait pu terminer le second volume qui eût été spécialement consacré aux relations qui existent entre la perfection progressive de ces centres nerveux, et l'état des facultés instinctives, intellectuelles et morales de l'homme. Un magnifique atlas accompagne le premier volume ; tel qu'il est, cet ouvrage est indispensable à ceux qui étudient l'histoire naturelle, l'anatomie comparée, cette mine inépuisable d'observation.

soir), et, *au plus*, 12 heures 25 minutes (de 8 heures du matin à 8 heures 25 minutes du soir, moment où j'ai vu qu'il n'y avait pas la plus légère trace d'irritabilité dans l'un des muscles interosseux mis à nu). C'est dans cet intervalle, de 10 heures 10 minutes à 12 heures 25 minutes, après la mort, que l'irritabilité a disparu.

Ces muscles d'une main d'homme ont donc différé des muscles des animaux sur lesquels j'ai expérimenté, par la très-longue durée de leur irritabilité après la cessation de la vie, ou mieux, de la circulation. Ils en ont aussi différé par la durée plus considérable de leur rigidité avant l'injection du sang. Deux autres différences dignes d'être mentionnées ont encore existé entre ces muscles d'homme et ceux des animaux. Les premiers ont reçu du sang, rougi à l'air, mais veineux, et, de plus, défibriné par le battage; ce sang a été lancé très-irrégulièrement à l'aide d'une seringue. Les seconds ont reçu du sang artériel normal, lancé par le cœur d'un animal de même espèce. Malgré toutes ces circonstances défavorables, l'irritabilité est revenue dans les muscles de la main d'homme. Qu'est-ce qui l'y a fait revenir? Ce n'est pas la fibrine de la liqueur du sang, puisqu'elle était enlevée. Est-elle revenue par suite d'une action de l'albumine, ou des sels, ou des globules, ou du sérum seul, ou du sérum et des globules à la fois, ou bien enfin, par suite d'une action de l'oxygène contenu dans le sang injecté? Je ne saurais résoudre aujourd'hui ces questions, mais je puis dire que, quelle que soit la part de l'oxygène, dans la reproduction de l'irritabilité musculaire, il en a une incontestablement. J'en donnerai les preuves dans un prochain mémoire.

Le lendemain de la décapitation du criminel sur lequel j'ai expérimenté, à 11 heures et demie du matin, j'ai essayé une seconde fois de faire revenir de l'irritabilité dans des muscles atteints de rigidité. J'ai fait cette nouvelle recherche sur le pied de ce supplicié; le sang employé était du sang humain défibriné par le battage et recueilli 2 heures avant, par M. Bonnefin, à l'hôpital de la Charité, à la consultation de M. Rayer. Le résultat a été complétement nul; aussi ne donnerai-je aucun autre détail de l'expérience que celui-ci. Le sang injecté était rouge; il revenait noirâtre par les veines, mais bien moins foncé que dans l'expérience de la veille au soir.

En résumé, j'ai trouvé, sur un homme décapité depuis plus de treize heures, que des muscles de la main, sous l'influence exercée par du sang, défibriné par le battage et injecté dans leurs artères, ont pu — après avoir perdu leur irritabilité depuis au moins deux heures, et étant atteints de rigidité cadavérique depuis environ une heure et demie — cesser d'être rigides et redevenir irritables pendant plusieurs heures.

En d'autres termes, il a suffi d'environ une demi-livre de sang humain, défibriné, pour donner de l'irritabilité, à un assez haut degré, pendant deux, trois ou quatre heures, à dix-sept des muscles d'une main d'homme (1).

(1) Dans notre prochain numéro, nous publierons quelques observations faites sur des suppliciés par MM. Marcelin, Duval, Jules Rochard et Louis-Alex. Petit.

CLINIQUE MÉDICALE.

CONSIDÉRATIONS GÉNÉRALES SUR L'ÉTUDE ET L'ENSEIGNEMENT DE LA CLINIQUE MÉDICALE; discours d'ouverture des conférences professées à l'hôpital militaire du Gros-Caillou, par M. le docteur Worms, médecin en chef.

Chargé d'étudier avec vous la médecine au point de vue clinique, j'aborderais avec une beaucoup plus grande confiance l'accomplissement de la tâche qui m'est dévolue, si, au moment de vous servir de guide dans cette partie essentiellement pratique de l'art qui a pour objet de ramener à la santé le corps humain malade, je pouvais en quelques mots vous exposer nettement ce qu'on entend par la maladie, ce que sont la nature et le mode d'action des causes qui la produisent, et les rapports qui existent entre la maladie et les agents thérapeutiques à l'aide desquels on la combat.

Mais c'est précisément là le triple but vers lequel se dirigent, sans qu'il ait encore pu être atteint et sans qu'on puisse espérer qu'il le soit jamais complétement, les méditations et les efforts de tous les hommes qui ont travaillé à l'édifice de la science médicale depuis l'époque où l'immortel Hippocrate en a posé les fondements.

Permettez-moi de jeter un rapide coup d'œil sur les vicissitudes et la portée de ces travaux; cet examen sommaire nous mettra plus à même de distinguer au milieu de cette foule de doctrines qui n'ont eu sur la destinée de l'art qu'une influence partielle et transitoire, celles auxquelles le génie de leurs auteurs a imprimé le cachet de la durée et qui ont laissé sur le terrain de la science des traces ineffaçables et des principes consacrés par le temps et les faits.

Je ne vous parlerai pas des temps antérieurs à Hippocrate où les tables votives appendues dans les temples par les malades reconnaissants et relatant à la fois les symptômes du mal et les moyens employés pour le vaincre, constituaient encore le code informe de la médecine naissante, temps qui déjà d'ailleurs recélaient en germe, sous le rapport dogmatique, les qualités sur lesquelles plus tard Galien fonda son système.

J'arrive d'emblée à l'époque où réunissant en un seul faisceau les lumières fournies par l'empirisme et l'observation, Hippocrate, libre de toute idée préconçue, de toute préoccupation dogmatique, s'attache à la poursuite d'un but unique, la guérison, et y marche par l'observation attentive de la maladie et par l'étude scrupuleuse des modifications successives qu'elle présente avant de faire place à la santé.

C'est à cette investigation faite avec un soin religieux des évolutions spontanées de l'organisme que la postérité doit cette série de pronostics qui a si glorieusement subi l'épreuve du temps, ce tableau si fidèle et si frappant des phases et des crises pathologiques et cet immortel principe de la puissance de la nature médicatrice qui, à toutes les époques et à travers tous les égarements de la science, est resté le soutien et le refuge des véritables praticiens.

En se bornant ainsi à rendre un compte fidèle et naïf des résultats de la simple observation, en indiquant avec la puissante sagacité du génie l'influence exercée sur les liquides de l'organisme par les agents du monde extérieur (air, eaux et lieux), soit comme moyens de reconstitution ou de

Un an après parut le Traitement moral de la folie, celui de ses livres qui eut le plus de retentissement, qui contribua à lui donner la position élevée qu'il prit dans l'aliénation mentale, et lui valut sans doute la place de médecin en chef de l'une des divisions des aliénés de Bicêtre, si toutefois un bon livre a jamais, par lui-même, rapporté quelque chose à son auteur. Les jugements divers portés sur cette œuvre, comblée d'éloges par les uns, dénigrée avec acharnement par les autres, lui donnent un intérêt particulier.

Dès les premières pages, on saisit la pensée de l'auteur. Si la folie proprement dite ne laisse après la mort aucune trace de son passage, c'est que les éléments qui la produisent sont d'un autre ordre que les causes physiques des malades. Spiritualiste dans toute l'acception du mot, Leuret cherche l'origine des dérangements de l'esprit dans la fausseté des idées. Quoi! s'écrie-t-il, voilà des gens qui délirent, parce qu'ils sont hallucinés; mélancoliques, parce qu'ils veulent épouser des princes, parce qu'ils se croient civilisateurs et régénérateurs du monde, porteurs de titres et dignités imaginaires, et vous voulez les guérir à coups de lancettes, de vésicatoires et de moxas, ou en les purgeant pour évacuer la matière peccante? Y pensez-vous? Et ne croirait-on pas voir d'autres fous aux prises avec les premiers? Qu'y a-t-il au fond de tout cela? Des idées exagérées fausses sans doute, des associations vicieuses, des jugements erronés, des illusions des sens, mais en définitive, des phénomènes psychiques et pas de symptômes physiques. Quand le désespoir s'empare de quelqu'un, lui ôte l'appétit, le prive de sommeil, le plonge dans l'abattement et la stupeur, va-t-on lui administrer un vomitif? Non, mille fois non, le médecin éclairé cherchera à faire naître une autre idée pour opérer diversion, ou bien à remonter à la source du mal pour lui opposer des moyens convenables. Au point de vue où nous nous plaçons, la folie est le résultat d'une idée vicieuse, c'est donc cette idée qu'il faut combattre.

Cette argumentation de Leuret bat directement en brèche l'opinion de ceux qui recommandent de ne pas discuter, de ne pas raisonner avec les fous; elle annonce une méthode pédagogique d'une nature particulière, et présente sans aucun doute la thérapeutique de l'aliénation sous un nouvel aspect. Mais dans sa préférence exclusive pour l'idée, Leuret n'est-il pas allé au delà des bornes? Il y a dans l'homme deux choses qu'il ne faut jamais perdre de vue: l'élément psychique et l'élément somatique.

Et d'abord, cette distinction est-elle aussi fondée que le pense Leuret? Cela est très-contestable. Une proportion considérable de monomanes et d'hallucinés ont, au début, de l'agitation, de la fièvre, des dérangements des voies digestives, et les moyens thérapeutiques employés ont souvent une influence des plus marquées sur leur état. Il est donc contraire à l'observation de prétendre que le traitement moral convienne toujours à ces malades, puisque beaucoup d'entre eux ont des désordres physiques; il y a plus, son application peut rencontrer de graves obstacles. Examinons le raisonnement, qu'on peut considérer comme la pierre angulaire du système. Un homme se trompe, dit Leuret; attaque-t-on son erreur par des remèdes ou par des objections? Par des objections. Faisons de même avec les aliénés, car les aliénés sont des hommes qui se trompent. A-t-on donc oublié ce qui se passe dans le monde parmi les gens raisonnables, et n'est-ce pas le cas de répéter ce que j'ai écrit autrefois: Lorsque j'avais vingt ans, je discutais souvent avec mes camarades, et je pourrais dire

conservation, soit comme agents pathogéniques, il a donné à la doctrine qui porte son nom une si grande fécondité et une si magnifique ampleur, qu'il n'est pas un progrès *réel* de la science qui n'y puisse trouver place et qui ne vienne en confirmer la réalité et en étendre le domaine.

Des siècles nombreux se succèdent après Hippocrate pendant lesquels cette admirable tendance qu'il a imprimée à l'art médical semble disparaître sous le poids de la philosophie d'Aristote et de la doctrine de Galien qui, elle-même, reste longtemps triomphante sur les ruines du méthodisme et substitue au strictum et au laxum d'Asclépiade les qualités de chaud, de froid, de sec et d'humide en raison desquelles aussi fut classée alors la matière médicale.

Surgit alors ce génie puissant, mais inculte, Paracelse, qui jette aux disciples de Galien leur arrêt en ces termes : « Le grand maître dans l'art de guérir, c'est le corps humain; c'est là qu'il faut étudier et non en vous-même; car les créations de votre imagination ne sont qu'une menteuse contrefaçon de la vérité. »

Paracelse ne cherche pas à démontrer l'universalité de la vie; il pose cette notion en axiome et nous montre le monde (macrocosme) et l'homme (microcosme) non pas comme une œuvre accomplie, mais comme les objets d'un développement incessant sous l'empire des lois de la vie universelle.

La maladie qui pour Galien était une qualité, une chose passive, est à ses yeux un procédé, un acte organique; dans les altérations matérielles caractéristiques il ne voit pas l'essence, mais bien le produit de la maladie; enfin la force médicatrice de la nature d'Hippocrate dont il fait la clef de voûte de son système, il l'appelle, dans son rude langage, l'*alchimiste* qui siége dans le corps humain.

Cette œuvre de réforme commencée violemment par Paracelse trouve un continuateur en Van Helmont qui lui est infiniment supérieur par l'étendue de l'éducation et du jugement, et que placent au plus haut rang parmi les médecins de tous les âges, l'admirable élévation morale du caractère et un inépuisable amour de Dieu, de la vérité et de l'humanité.

Dans sa doctrine qui, elle aussi, repose sur l'unité de la vie dans l'univers, tout être vivant est le produit de l'union *intime* de la matière et d'une force ou principe immatériel qu'il dénomme indifféremment *archée* ou *ferment;* la nature, le monde (pour me servir de ses expressions) n'est pas *in facto*, mais *in fieri;* toutes les parties dont l'ensemble constitue l'organisme humain sont individuellement animées par une force inhérente à leur substance et qui a présidé à leur développement (*archæus insitus, faber*), tandis que la totalité est investie d'une force analogue, mais supérieur et directrice (*archæus influus, actio regiminis*).

Il rapporte à l'influence de ces forces vitales les fonctions des divers organes; la digestion, par exemple, n'est plus l'effet du calorique et d'une fermentation matérielle, mais le produit de l'acte vital, de l'archée gastrique; dans le réservoir commun de la nutrition représenté par le sang (*latex*), les tissus des différentes parties du corps prennent à l'aide de la force qui leur est propre, les éléments de leur reconstitution. La maladie pour lui est *ens reale subsistens in corpore;* il la distingue avec grand soin de ses symptômes et des altérations qui en sont le produit.

Par ce côté qui lui est commun avec Paracelse, il ne fait pas état de l'étude des altérations cadavériques, et avec lui il suppose que les substances médicamenteuses ont un principe essentiel (*sapores*) qu'il est réservé à la chimie de mettre à découvert.

Ces théories de Paracelse et de Van Helmont ne sont, on le voit, que la résurrection et l'amplification dogmatique des grands préceptes d'Hippocrate, que d'ailleurs tous deux se proposaient hautement pour modèle et pour guide.

Mais elles embrassaient un horizon trop vaste pour leurs successeurs; aussi est-ce surtout aux données de chimie thérapeutique et d'alchimie qui pour ces puissants esprits n'avaient été qu'accessoires, que nous voyons se rattacher exclusivement ceux qui, immédiatement après eux, constituèrent la secte chemiatrique.

Mais si cette nouvelle déviation de l'art médical, caractérisée par une préoccupation absolue des recherches chimiques, eut pour fâcheux résultat de détourner pendant assez longtemps les praticiens de la route tracée par Hippocrate et aplanie par Paracelse et Van Helmont, on ne saurait, d'un autre côté, nier qu'elle n'ait fait faire à la chimie dans la première moitié du dix-septième siècle, d'immenses progrès qui permirent de la constituer en corps de science au dix-huitième siècle, et on ne peut trouver surprenant que les brillants travaux de Sennert, de Glauber et de tant d'autres lui aient à cette époque fait prendre une influence si puissante sur la physiologie, et par suite sur la thérapeutique. Aussi ne tardons-nous pas à voir Sylvius, laissant de côté toute préoccupation de la vie, considérer le corps humain comme une espèce de machine dans l'intérieur de laquelle s'accomplissent des opérations chimiques.

Néanmoins, je recommande à vos méditations cette ère de la science, malgré l'entraînement exclusif vers les études chimiques qui la caractérise; jamais à aucune autre époque l'étude des propriétés des corps dans les trois règnes ne fut poursuivie avec un zèle plus soutenu et un succès plus complet, et il ne faut pas oublier qu'elle nous a légué les plus riches trésors de la matière médicale.

D'ailleurs quelques esprits éminents, tels que Ramazzini et Etmuller, surent mettre à profit ces conquêtes, sans se laisser entraîner par l'erreur commune et méritèrent par la sagesse de leur pratique et la sagacité de leur travaux l'estime qui est restée attachée à leur nom.

Harvey découvre les lois de la circulation du sang, et éblouis par cette vérité nouvelle, les esprits abandonnant la poursuite de la chimie s'efforcent, à partir de ce moment, à appliquer à l'économie humaine les principes rigoureux de la statique. Cette tendance nouvelle donne naissance à la secte des iatro-mécaniciens ou mathématiciens; mais cependant la plupart des adeptes conservèrent dans la pratique les traditions des chimistes, ou s'abandonnèrent à un éclectisme, mélange confus des doctrines d'Hippocrate, de Van Helmont et de Sylvius.

Un instant la tradition hippocratique reparaît dans tout son éclat et revendique ses droits dans la personne de Sydenham; il fonde la plupart des maladie sur les vices des liquides et attribue la part importante de la maladie aux efforts de réaction vitale. Comme épidémiographe, il marche sur les traces de son modèle, et considérant aussi la maladie comme un acte vital, il appelle le moment où les maladies seront classées par familles, genres et espèces (1), et où des spécifiques seront trouvés contre les affections morbides.

(1) Ce vœu est en partie réalisé. Dans les temps modernes, un célèbre clinicien allemand s'est efforcé de classer les maladies selon le système d'histoire naturelle, en réunissant en faisceaux spéciaux des processus morbides, ou modes pathologiques élémentaires qui, restant identiques quant au fond, sont

---

comme Gil-Blas : Quels cris, quelle ardeur, quelle dépense d'arguments! Eh bien! en nous séparant, personne n'avait changé d'opinion. Plus tard, j'ai assisté à des sermons où des hommes à la parole forte, à la conviction profonde, flétrissaient les pompes et les fêtes du monde. Le soir je retrouvais, dans les bals ou dans les spectacles, les épaules découvertes, l'œil animé, l'oreille attentive à d'autres discours, les femmes que j'avais vues le matin, pieusement rangées autour de la chaire, et écoutant avec un profond recueillement les paroles de l'orateur sacré; rien n'était encore changé. A quoi donc servent les objections et le raisonnement? A convaincre les hommes de jugement, c'est à-dire le microcosme dans le macrocosme. Les fous enfermés seraient-ils plus privilégiés que les fous libres?

Prenons un des autres éléments du système, la douleur. En vain Leuret, alarmé des attaques malveillantes de ses ennemis, a-t-il voulu rejeter dans l'ombre ce puissant et indispensable auxiliaire, il n'en est pas moins un de ses moyens les plus énergiques et les plus employés. Sans doute, l'intimidation tempérée par la justice est une des meilleures manières de conduire les hommes. Un pouvoir ferme et juste fera mille fois mieux les affaires d'un pays qu'un pouvoir faible et partial; et, en agissant ainsi, Leuret s'est montré grand observateur, et, avant tout, homme de conviction, car il n'ignorait pas, comme il l'a dit plus tard, le parti qu'en tireraient les spéculateurs de la profession. Mais l'application de cet élément du système est-elle toujours praticable? La douleur, la crainte peuvent avoir une action énergique sur les individus affaiblis par la misère, les besoins, la dépendance, le manque d'éducation. Croyez-vous que ces sentiments auront la même efficacité sur les classes riches et éclairées? N'exciterez-vous pas plutôt leur fureur et leur vengeance, bien loin de dompter leurs idées fausses.

Ce système de Leuret présente, d'ailleurs, des difficultés contre lesquelles une volonté ordinaire viendra plus d'une fois se briser. La série des moyens qu'il a préconisés exige, en effet, beaucoup de fermeté, de sagacité, une grande souplesse d'esprit, une connaissance approfondie des opérations de l'intelligence, de l'histoire des passions et des penchants, c'est-à-dire une reunion de qualités qu'on voit rarement chez le même homme, et cependant, sans ce concours, on n'aura que des mécomptes. D'un autre côté, il se rencontrera des esprits ardents, exagérés, mal organisés, qui outreront le système ou lui donneront une interprétation à laquelle l'auteur était loin d'avoir pensé, témoin ce médecin qui, voyant tout dans le raisonnement, traitait la démence confirmée par les prières, les lectures et les discours philosophiques. A cet égard, nous pourrions rapporter de curieuses anecdotes; on nous saura gré, je l'espère, de notre silence. Au reste, six ans après, dans les INDICATIONS À SUIVRE POUR LE TRAITEMENT MORAL DE LA FOLIE, Leuret modifiait considérablement le point capital de sa doctrine : au lieu de donner une préférence exclusive aux moyens moraux, il annonçait qu'il fallait se conduire d'après la prédominance des symptômes.

Il nous resterait, pour terminer cette notice, à rechercher l'influence que le traitement moral a eu sur la thérapeutique des maladies mentales; les progrès qu'a faits ce système depuis son apparition; son rang actuel dans le monde scientifique et la part qu'on doit lui attribuer dans le traitement général de l'aliénation mentale. Nous nous bornerons à quelques observations. En médecine, les systèmes ont généralement peu de durée, surtout par le temps

Venant à la suite de Sydenham, F. Hoffmann et Boerhaave tentèrent d'établir une conciliation difficile entre les dogmes des iatro-mécaniciens et l'hippocratisme; mais Stahl survient aussitôt qui, exagérant la portée philosophique des idées de Van Helmont, voulut assurer la prédominance et le culte exclusif de la force vitale. Cette tentative plus que toutes les autres avait contribué à dénaturer le sens attaché par Van Helmont à l'union intime de la matière et de la force vitale; on attribuait les mouvements des diverses parties du corps à un principe vital sans doute; mais on concevait cette force comme un agent d'impulsion *juxtaposé* pour ainsi dire à une substance inerte par elle-même, quand *Haller*, en voyant le cœur se contracter après qu'il avait été extrait de la poitrine, fit la découverte de l'*irritabilité* propre aux tissus organiques.

Par Cullen ce principe nouveau passa dans la pathologie; il admit comme bases de division le spasme et l'atonie, qui plus tard devinrent la cause sthénique et asthénique. A cette même découverte se rattachent les brillants travaux sur les formes et le développement des divers tissus de l'économie qui firent la gloire du nom de Bichat, ainsi que le système nosologique de Pinel.

A partir de cette époque la doctrine des anciens disparaît à peu près entièrement de la scène. On semble perdre de vue le rôle si important du sang, ainsi que son influence sur la nutrition; et les recherches scientifiques, ainsi que les travaux pratiques semblent n'avoir plus pour objet, que l'investigation incessante des propriétés des solides de l'économie et de leur moteur le système nerveux.

Ce solidisme exclusif et l'étude de la névropathologie furent le berceau des systèmes de Brown et de Broussais que vous connaissez tous, et l'aveugle ardeur avec laquelle on procéda à l'exploitation de ce champ nouveau explique assez comment foulant aux pieds les traditions hippocratiques dédaignant tous les legs précieux d'une expérience éprouvée, on en vint à nier la force médicatrice de la nature, l'importance des altérations du sang et de ses produits, ainsi que la spécificité de certaines maladies et celle des médicaments.

Nous avons été presque tous ou les contemporains du règne, ou les malheureux héritiers des traditions de la plus brillante de ces deux hérésies qui, portant en elles-même le germe de leur ruine, n'ont pas tardé à disparaître du terrain de la science, en y laissant, comme toutes les erreurs du génie, quelques semences fécondes et d'innombrables et informes débris. Au moment même de leur plus grande splendeur, c'est-à-dire un peu avant qu'elles mourussent, de nombreux travaux étaient entrepris en Europe, et surtout en Allemagne et en Prusse. Des savants laborieux, armés du microscope, étudiaient avec une scrupuleuse et patiente attention les phénomènes du développement et de la nutrition des êtres simultanément dans les règnes végétal et animal; et pendant que Schleidon, Ehrenberg et Schwann découvraient la théorie des cellules ou globules, de leur côté Berzélius, Liebig et Dumas allaient, aidés de la chimie, à la recherche des secrets de la vie.

Ce n'est point ici le lieu d'exposer dans tous ses intéressants détails cette théorie des cellules qui a déjà changé, et qui est destinée à changer complètement la face des sciences anatomique et physiologique; je me bornerai à en indiquer les caractères principaux et les conséquences.

Selon Schwann, la formation marche de la manière suivante: on voit apparaître d'abord une masse amorphe, qu'il nomme cytoblastème; c'est le germe de la cellule qui est tantôt liquide tantôt gélatineuse et qui, en raison de sa constitution chimique et de la vitalité qui lui est propre, est douée d'une aptitude plus ou moins prononcée à produire des cellules secondaires; dans ce cytoblastème se montrent bientôt de petits corps ronds, ovales on plats, portant à leur centre plusieurs points plus foncés qui sont les noyaux des cellules et dans lesquels on distingue une substance membraneuse et un contenu qui est granuleux ou liquide. Autour de ces corpuscules, les cellules se forment en les enfermant; elles s'accroissent par intussusception, et quand elles ont acquis un certain développement, on voit ordinairement disparaître le noyau (ce qui n'a pas lieu pour les cellules du sang).

Je n'insisterai pas sur les modifications par suite desquelles ces cellules secondaires concourent à former les tissus de l'économie; je me bornerai à vous faire remarquer que ce n'est pas toute la matière du germe qui est prise indistinctement pour la formation de ces cellules secondaires; de ce milieu commun s'extrait ici l'élément d'une cellule musculaire ou nerveuse, là celui d'une cellule graisseuse, etc. Et la cellule nouvelle n'a pas seulement, en vertu de sa vie propre, la faculté de choisir pour ainsi dire sa substance dans le germe et de se l'assimiler, mais aussi de la soumettre à une séparation telle, que certaines parties en apparaissent à la surface interne et que le reste est visiblement laissé au dehors.

De l'observation de tous ces intéressants phénomènes sur lesquels repose la théorie de la formation de toutes les parties de l'organisme au moyen de globules, ou cellules toutes douées des mêmes facultés vitales que celle du germe qui est leur prototype, il ressort que la machine humaine est un tout vivant, dont les parties constituantes sont de leur côté autant de petits organismes complets, animés des mêmes forces vitales et qui fonctionnent de telle sorte que, tout en accomplissant dans leur sphère propre les fonctions spéciales qui leur sont dévolues, elles concourent simultanément, ainsi que les rouages d'un artifice vivant, à la marche harmonique de l'ensemble.

La santé résiderait donc dans le complet accord de la vie propre à chaque partie de l'organisme, avec celle de la totalité, ou pour m'exprimer d'une manière plus abstraite, avec l'idée fondamentale qui préside au développement incessant de l'ensemble du corps.

Or c'est précisément là la loi qu'avait formulée le génie de Van Helmont quand il donnait à l'organisme humain, considéré dans son ensemble, une force vitale dirigeante sous le nom d'*archæus influus* ou *actio regiminis*, et qu'il l'accordait aussi à toutes les parties prises isolément sous le nom d'*archæus insitus*.

De la définition que nous venons de donner de la santé découle naturellement celle de la maladie, qui ne serait autre chose que la modification de la fonction départie à une des parties de l'organisme et son action dans un sens différent de celui qui dirige l'ensemble. En effet, si au lieu de concourir chacun dans leur sphère individuelle au but assigné à l'organisme entier, ces organismes partiels revendiquent leur liberté absolue et tendent à fonctionner dans un sens différent de celui de l'ensemble, il se forme au sein de l'économie une individualité morbide que la force vitale inhérente à l'organisme entier s'efforce de ramener à la règle et de réduire, et nous avons la maladie telle que l'entendaient Hippocrate et Sydenham quand ils

susceptibles d'apparaître avec les phénomènes les plus variables en raison des différences du sujet, de la cause, etc. Ses élèves Stark, Eiseman, exagérant probablement dans le but de mieux faire saisir leur idée, la pensée de Sydenham et de Van Helmont, ont fait de la maladie un parasite.

---

qui court. Nous avons assisté à la chute du broussaisme, et cependant qui pourrait nier le génie puissant de son auteur? Le traitement moral formulé par Leuret n'a guère eu un sort plus heureux. Préconisé, lorsque le maître était debout, ce que ne devraient jamais oublier ceux qui remplissent des emplois élevés, il n'a plus donné signe de vie après sa retraite, et il y a peu de jours encore, devant le premier corps savant médical, il était attaqué avec une certaine vivacité par un homme qui avait vu de près les expériences de Leuret. Dans les enseignements publics, dans les ouvrages en réputation, à peine fait-on allusion au traitement moral.

Cette conduite est excessivement injuste; il est incontestable que Leuret obtint des guérisons remarquables par le traitement moral, devenu entre ses mains d'un usage beaucoup plus fréquent qu'autrefois. Mais la méthode s'est noi à elle-même par ses exagérations. A l'aide du traitement moral, on croyait, en effet, pouvoir restaurer les facultés d'un grand nombre d'individus réputés incurables, créer de nouvelles intelligences chez ces êtres informes placés au dernier degré de l'échelle humaine et qu'on appelle les idiots. C'est une prétention excessive contre laquelle nous nous sommes élevé autrefois en rendant compte de l'ouvrage de M. Séguin.

Mais si ces difficultés, et d'autres encore que nous ne signalons pas ici, parce que nous nous proposons de revenir sur ce sujet lorsque nous répondrons plus tard à l'appel du congrès scientifique d'Orléans aux aliénistes, ont créé des obstacles au traitement moral et dû nécessairement en restreindre l'emploi, il faut reconnaître aussi que, pour les médecins qui recherchent la vérité et le progrès, l'ouvrage de Leuret a été l'objet de sérieuses méditations, et qu'il leur a fait attacher plus d'importance qu'on n'en avait attribué jusqu'alors aux raisonnements, aux objections, aux ressources variées de l'esprit; son influence s'est surtout fait sentir sur l'amélioration générale du sort des aliénés. Stimulé par son exemple, chacun s'est mis à l'œuvre: des classes de musique, de chant, de dessin, de lecture, de calcul, de déclamation, de travail de toute espèce, sont venues remplir les longues heures de désœuvrement dans lesquelles s'écoulaient les journées de ces pauvres malades, et si l'accroissement des guérisons n'a pas toujours répondu aux espérances que ces heureux changements avaient fait concevoir, le bien-être et la bonne tenue des aliénés y ont considérablement gagné.

Il y a onze ans, en rendant compte, dans la GAZETTE DES MÉDECINS PRATICIENS (14 et 21 juin 1840), de l'ouvrage de Leuret, nous disions: Son livre est du petit nombre de ceux que l'on consultera avec fruit, et il ajoutera un nouveau fleuron à la réputation si justement méritée de ce médecin distingué. Nous n'avons rien à retrancher à ces paroles. Leuret a pris rang désormais parmi les célébrités médicales de l'aliénation, en pénétrant plus avant que ses devanciers dans l'analyse des troubles de l'intelligence, et en ajoutant aux méthodes déjà connues une méthode importante de traitement, puisée dans le plus noble élément de l'homme, le raisonnement. Comme anatomiste et comme écrivain, la place de Leuret n'est pas moins marquée dans les annales de la science.

A. BRIERRE DE BOISMONT.

prescrivaient d'en observer et d'en respecter l'évolution, et telle que la représentaient si pittoresquement Paracelse, en la comparant à la lutte de deux hommes l'un dans l'autre, et Van Helmont en la définissant, *ens reale subsistens in corpore.*

Il me semble que ce n'est pas se jeter trop à l'aventure dans la carrière de l'hypothèse que de considérer la réaction, qui est le caractère visible de la maladie, comme l'expression des efforts de la force vitale qui anime l'ensemble de l'organisme, pour ramener dans la sphère normale l'organisme partiel dont l'action s'égare, et nous voyons ainsi des recherches entreprises de toutes parts, sans idée préconçue du but auquel elles devaient aboutir, confirmer et mettre en évidence la vérité des principes immortels posés par Hippocrate et développés par Van Helmont, de l'entité des maladies, de leur existence comme manifestation organique et de la puissance médicatrice de la nature.

On peut résumer en quelques mots le résultat de ces travaux, et dire que la santé et la maladie sont deux rameaux sortant d'un tronc commun, deux formes diverses par lesquelles se manifeste la vie.

Il résulte en effet, des recherches de Muller, que de même que la cellule est le point de départ de toute organisation normale, elle est aussi la base de toutes les productions pathologiques, que les exsudations, le pus, le cancer, etc., obéissent à la même loi de formation.

En même temps que le microscope se chargeait de confirmer la justesse de la manière dont les immortels fondateurs de l'art de guérir avaient envisagé les actes de la vie, soit qu'elle conserve la forme de la santé, soit qu'elle revête celle de la maladie, la chimie organique venait donner une sanction irréfragable à ces sentences par lesquelles Hippocrate dénonçait en termes à la fois si naïfs et si vrais l'influence sur l'économie humaine des principes chimiques existants dans les liquides du corps, et qui y sont introduits du dehors sous toutes les formes et par toutes les voies, ainsi que les résultats de leurs combinaisons :

« Neque humidum, neque siccum, neque calidum et frigidum hominem lædit... Inest enim in homine amarum et salsum et dulce et acidum et acerbum et fluidum et alia infinita omnigenas facultates habentia, copiamque robur; atque hæc quidem mixta et inter se temperata neque conspicua sunt, neque hominem lædunt; ubi vero quid horum secretum fuerit, atque ipsum in se ipso fuerit, tum et conspicuum est et hominem lædit. » Et plus loin, en parlant des mêmes agents : .... « Tunc in homine, tum extra hominem, sive edantur, sive bibantur, sive forinsecus illinantur et quomodocumque formata adhibeantur..... partim ex diætis, partim ex spiritu quem attrahentes vivimus. »

La chimie nous montre en effet les combinaisons multiples des substances alimentaires et médicamenteuses avec les sucs gastriques et intestinaux. Mitscherlich poursuit jusque dans le sang les métamorphoses qu'elles subissent, ainsi que leurs combinaisons avec le sérum. C'est ainsi que quand nous arrivons à séparer par l'analyse les éléments du sang, nous y retrouvons, soit en suspension, soit en combinaison intime, les produits empruntés au monde extérieur; c'est à cette source au moins que la chimie attribue la quantité considérable de sels et les particules métalliques dont elle y constate la présence.

Nous pouvons suivre jusque-là dans leur marche et leurs transformations les substances que l'économie emprunte au monde extérieur, dans l'intérêt de sa conservation et de sa reconstitution. Nous en retrouvons plus tard les traces dans les exhalations gazeuses ou liquides au moyen desquelles elle restitue à ce monde les éléments inutiles de ces substances. Mais au delà de la digestion et en deçà des sécrétions git impénétrable à nos sens le secret de la vie elle-même, ainsi que l'éternelle énigme de la thérapeutique, le mode d'action des médicaments.

(La fin au prochain numéro.)

REVUE DES JOURNAUX DE MÉDECINE.

JOURNAUX FRANÇAIS.

II. REVUE MÉDICALE.

Les numéros de janvier, février et mars 1851 contiennent les travaux originaux suivants : 1° *Traitement de l'hydrocèle par un nouveau procédé*; par M. Baudens. (V. le travail publié sur le même sujet par M. Baudens, dans la GAZETTE MÉDICALE.) 2° *Du nævus maternus et des tumeurs érectiles*; par M. Costilhes. 3° *De la dyssenterie épidémique*; par M. Verger. 4° *Du mal de mer et des opinions auxquelles il a donné lieu*; par M. Pellarin. 5° *Sur le traitement spécifique du choléra*; par M. Ramean. 6° *Gastro-entéralgies*; par M. Vignes. 7° *La transfusion du sang pratiquée avec succès*; par M. Marmonier. 8° *Signes propres à assurer le diagnostic des pleurésies avec épanchement*; par M. Roy (de Lyon). 9° *Du mécanisme de l'inflammation et du traitement qui en procède dans des conditions déterminées*; par M. Robert-Latour.

DU NÆVUS MATERNUS ET DES TUMEURS ÉRECTILES; par le docteur COSTILHES.

Ce travail, où quelques pages seulement sont consacrées aux *nævus maternus*, et qui est presque tout entier relatif aux *tumeurs érectiles*, ne contient pas d'aperçu nouveau. C'est une sorte d'article de dictionnaire où les notions acquises sont bien groupées et appréciées en connaissance de cause. Néanmoins la question du traitement y est traitée avec une étendue et un savoir pratique qui impriment à cette partie du mémoire une véritable originalité. Voici en résumé comment, après avoir rapporté sept observations de tumeur érectile diversement traitées, il apprécie la valeur de chaque moyen thérapeutique.

Il rejette les *topiques astringents, styptiques, réfrigérants*, comme inutiles dans presque tous les cas, sans nier toutefois qu'ils ne puissent procurer de rares succès quand la disposition des parties permet d'y joindre une compression soutenue.

La *vaccination* ne convient qu'aux tumeurs capillaires; elle n'est d'ailleurs pas applicable chez les sujets déjà vaccinés ou qui ont eu la variole, à moins que chez les premiers le vaccin n'ait perdu sa puissance préservatrice. M. Costilhes conseille de tenter la vaccination lorsque la tumeur sera d'un petit volume, de 1 à 2 centimètres de diamètre; mais au delà de ces limites, on aurait la chance d'un insuccès. Une observation du mémoire (obs. 2) vient à l'appui de ce précepte.

La *ligature des artères* qui alimentent la tumeur est une opération toujours grave et dont le résultat n'est pas aussi sûr qu'on pourrait le croire tout d'abord. L'auteur a constaté qu'elle échouait au moins une fois sur trois. Aussi ne faut-il y avoir recours qu'après avoir essayé tous les autres moyens, excepté dans les cas où le siége de la tumeur ne permet pas l'emploi des caustiques ou de l'instrument tranchant.

L'*acupuncture*, quel que soit le nombre des aiguilles employées, n'assure pas la complète oblitération des vacuoles et des canaux de la tumeur. Elle ne réussit en général que contre les tumeurs plus saillantes que larges, à mailles spacieuses, et convient peu aux taches de naissance, aux tumeurs érectiles capillaires.

La valeur des *sétons multiples* n'est pas facile à déterminer d'après le peu d'observations publiées sur l'emploi de ce moyen. L'auteur estime que les sétons conviendraient aux tumeurs veineuses d'un certain volume et saillantes, principalement à celles qui occupent les lèvres, l'intérieur de la bouche, lorsqu'elles ne sont constituées que par des rameaux vasculaires réguliers ou d'un petit calibre.

Le *broiement* n'est applicable qu'aux tumeurs facilement compressibles: il offre peu de chances de succès et exige une longue durée de traitement; c'est un moyen généralement abandonné.

La *ligature de la tumeur*, quand celle-ci est pédiculée, a l'avantage de ne donner lieu à aucune hémorrhagie; mais elle est douloureuse; elle donne lieu parfois à des convulsions et à l'inflammation de la tumeur et des parties voisines; elle expose à ne pas enlever la tumeur jusqu'à la racine.

L'*extirpation* constitue une excellente méthode, appliquée aux tumeurs bien limitées, superficielles et peu volumineuses, surtout si l'on peut réunir ensuite par première intention. La guérison alors est rapide et exempte de cicatrices étendues. Mais il y avait de grands dangers à poursuivre avec le bistouri l'ablation d'une tumeur qu'on ne serait pas sûr d'enlever en entier; on s'exposerait ainsi à des hémorrhagies mortelles. Quant à l'extirpation en plusieurs temps, conseillée et pratiquée par Dieffenbach, elle est peu connue en France, et tout ce qu'on en peut dire, c'est qu'elle allonge beaucoup le traitement et expose à des pertes de sang.

La *cautérisation* par le caustique de Vienne est, de tous les moyens, le plus sûr, le moins dangereux et le plus généralement applicable. Elle n'entraîne pas une aussi grande perte de substance que l'extirpation; elle est plus rarement suivie d'inflammation phlegmoneuse ou érisypélateuse; elle n'expose pas à l'hémorrhagie; elle garantit d'une manière spéciale contre la récidive en opérant, outre la destruction du tissu morbide, la transformation fibreuse des parties environnantes.

Ces appréciations sont généralement justes. Nous approuvons surtout la préférence accordée à la cautérisation. Le succès des caustiques ne dépend peut-être pas tout entier des conditions alléguées par l'auteur, et ils ont quelques avantages particuliers qu'il ne mentionne pas; mais nous sommes d'accord avec lui sur la prééminence de la méthode.

Il est à regretter que M. Costilhes n'ait rien dit d'un moyen applicable surtout aux tumeurs érectiles sous-cutanées ou sous-muqueuses, et qui, dans ces conditions, offre plus d'avantages encore que la cautérisation. Nous voulons parler des scarifications de la tumeur, au moyen d'un ténotome introduit par une petite ouverture de la peau ou de la membrane mu-

quense. En les faisant suivre d'une compression permanente, on parvient à oblitérer des tumeurs assez volumineuses, sans chance aucune ni d'inflammation, ni d'hémorrhagie, et sans trace de cicatrice.

OPÉRATION DE TRANSFUSION DU SANG PRATIQUÉE AVEC SUCCÈS; par M. MARMONIER.

Nous sommes heureux de pouvoir rapporter, avec les détails scientifiques qui manquaient à sa première publication, cette observation si intéressante par les diverses conditions de temps, de lieu et de coexistence dans lesquelles elle s'est produite. C'est à l'auteur lui-même, à M. le docteur Marmonier, que nous laissons la parole.

OBS. — « Le 3 janvier 1831, à six heures du matin, je fus appelé auprès de la femme Mallet (de Lancey), âgée de 30 ans, d'une constitution lymphatique, un peu affaiblie par plusieurs grossesses rapprochées, par des accouchements antérieurs laborieux et par quelques peines morales et physiques.

» Les douleurs, à mon arrivée, avaient presque cessé. La malade était faible et épuisée par de longs et inutiles efforts qui n'avaient pu amener l'expulsion de l'enfant à cause d'une antéversion très-prononcée de la matrice. J'opérai la version par les pieds. Une perte plus forte que de coutume se manifesta et me força d'extraire rapidement le placenta et d'exciter la contraction de la matrice qui se trouvait dans l'inertie. Cette manœuvre réussit; la perte s'arrêta en quelques instants.

» Au bout de trois quarts d'heure, je me retirai, la laissant aux soins de l'accoucheuse. Mais après une demi-heure, la perte se reproduisit avec beaucoup d'abondance. Un évanouissement la termina. Puis la perte reparut encore et laissa cette fois la malade dans un plus long évanouissement et avec une plus grande faiblesse.

» Je fus appelé et je revins au moment de la première perte. Les assistants l'avaient crue morte, et en effet elle était d'une faiblesse desespérante et d'une pâleur mortelle. Extrémités froides, pouls presque insensible et quelquefois nul; obscurcissement de la vue, syncopes répétées.

» J'employai des applications astringentes et réfrigérentes, l'infusion concentrée de seigle ergoté, une potion cordiale, des frictions sèches sur la peau avec une brosse et de la laine, des linges chauffés sur les membres. Je luttai ainsi trois quarts d'heure sans obtenir la moindre amélioration. Le mal allait au contraire toujours en s'aggravant. J'entrevoyais une mort prochaine, inévitable.

» A ce moment le souvenir de l'observation de M. Nélaton me décida à pratiquer la transfusion du sang, quoique je fusse seul et sans aucun des instruments usités pour la manœuvre si délicate de cette opération.

» Je trouvai dans la maison une petite seringue d'enfant, qui pouvait contenir 70 grammes de sang. Je fis préparer d'avance l'eau chaude, les vases et le linge.

» Une voisine de la malade, la fille Faget, voulut bien consentir à donner son sang.

» Tout étant disposé, je fis sur la veine basilique du bras droit de la malade une incision de 3 centim. dans la direction de son trajet. Puis j'isolai complétement cette veine dans l'étendue de 2 centim. Je fis passer au-dessous d'elle un fil qui devait me servir à la soulever et à la serrer sur la canule de la seringue. J'incisai alors la paroi veineuse dans un demi-centimètre de longueur. Il n'en sortit que deux ou trois gouttes de sang. Je fis comprimer le vaisseau au-dessus et au-dessous.

» Immédiatement je saignai la fille Faget. Je reçus le sang dans une tasse placée dans un vase plein d'eau assez chaude pour conserver au sang sa chaleur ordinaire. Je pris rapidement la seringue, qui était chauffée. Je la remplis exactement, en poussant le piston de manière à m'assurer qu'il n'y avait point d'air. J'introduisis ensuite le bout de la canule dans l'ouverture de la veine; je fis légèrement serrer le fil sur ce bout; puis je poussai lentement et avec précaution le sang dans la veine. Après avoir fait parcourir au piston un tiers de son trajet, je sentis une résistance subite qui m'avertit que le sang ne pénétrait plus, soit qu'il se fût coagulé, soit par toute autre cause. Je cessai immédiatement de pousser.

» Je recommençai l'opération, mais avec la précaution d'envelopper la seringue de linges constamment imbibés d'eau chaude. Cette fois, tout le sang que contenait la seringue fut poussé dans la veine ou à peu près.

» La quantité totale du sang introduit par ces deux opérations successives peut être évaluée à 90 grammes. Aucun accident, aucune douleur n'en fut la suite.

» Presque immédiatement après la transfusion, la respiration devint plus régulière, le pouls plus fort. Les dispositions à la syncope cessèrent subitement. L'obscurcissement de la vue qui avait été un des symptômes permanents se dissipa rapidement.

» Pour consolider ce mieux, après avoir pansé la petite plaie, je recommençai les frictions et les linges chauds. Je continuai à donner du ratanhia et du seigle ergoté. La circulation et la chaleur se rétablirent par degré. Deux heures après, la malade était tellement bien qu'elle s'endormit quelques instants, et à ce sommeil succéda une amélioration inespérée qui fut la fin de cette crise effrayante.

» A partir de ce moment, la convalescence a été rapide; le travail de sécrétion du lait s'est fait régulièrement. Dix jours après, la malade a pu se lever une heure par jour. Le vingtième jour elle était guérie complétement. Au bout de trente jours, elle avait repris ses occupations habituelles. »

— Voilà, simplement obtenu et simplement raconté, un beau et légitime succès. Mais il y a plus que des éloges à donner à l'auteur pour la ferme et prudente décision dont il a fait preuve en cette circonstance. Sa conduite aura surtout le grand avantage d'inspirer aux praticiens une confiance dont ils manquaient. Dans l'opinion publique, la transfusion pour réussir, pour n'être pas dangereuse, nécessitait une dextérité toute spéciale, un appareil instrumental compliqué, des aides instruits et attentifs. Eh bien! en la voyant exécutée heureusement à la campagne, par un médecin dont c'est là le premier titre à l'illustration, sans autres instruments que ceux de sa trousse, sans autres auxiliaires que d'inexpérimentés villageois, les praticiens, je n'en doute pas, reprendront courage, et M. Marmonier aura mieux mérité de la science qu'il ne l'espérait peut-être lui-même par l'exemple à la fois plein de hardiesse et de circonspection qu'il lui a été donné de fournir.

A. DECHAMBRE et P. DIDAY.

(*La suite au prochain numéro.*)

TRAVAUX ACADÉMIQUES.

ACADÉMIE DES SCIENCES.

SÉANCE DU 30 JUIN. — PRÉSIDENCE DE M. RAYER.

RECHERCHES EXPÉRIMENTALES SUR LES MODIFICATIONS IMPRIMÉES A LA TEMPÉRATURE ANIMALE PAR L'INTRODUCTION, DANS L'ÉCONOMIE, DE DIFFÉRENTS AGENTS THÉRAPEUTIQUES.

MM. AUG. DUMÉRIL, DEMARQUAY et LECOINTE adressent leur quatrième et dernier mémoire sur les STUPÉFIANTS.

Les auteurs de ce mémoire terminent aujourd'hui l'exposé de leurs recherches, en soumettant au jugement de l'Académie les résultats de leurs expériences sur les stupéfiants. Elles ont été nombreuses, en raison de l'importance de cette classe de médicaments au double point de vue de la thérapeutique et de la toxicologie. Ils en ont pratiqué un certain nombre en introduisant directement les substances dans le système veineux. Aussi ont-ils pu dans quelques circonstances, comme ils l'avaient déjà fait pour l'émétique, à l'exemple de M. Flourens, déterminer la rapidité d'action des préparations pharmaceutiques employées.

Opiacés. Neuf expériences ont été faites avec le laudanum de Rousseau, l'acétate de morphine et la codéine. Ces substances ont été introduites dans l'estomac ou dans les veines, et le résultat final a toujours été un abaissement de température, lequel a parfois été considérable, et, dans certaines circonstances, s'est produit avec une grande rapidité.

L'*acétate de morphine* a été employé quatre fois : deux fois il a été porté dans l'estomac, et deux fois dans le torrent de la circulation veineuse. Dans le premier mode d'expérimentation, les doses ont été de 0g,20 et de 0g,30, dans 120 grammes d'eau à 35°, et ont déterminé une diminution très-notable de la chaleur propre des animaux : elle est allée jusqu'à 3° dans l'une et dans l'autre expérience. Un des chiens a succombé le lendemain dans la journée, mais l'autre a survécu. Une circonstance importante à noter est la rapidité avec laquelle les effets sur la calorification se sont produits. Ainsi le médicament était introduit dans l'estomac depuis une heure à peine, que déjà le thermomètre avait baissé de 2°,9 dans un cas, et dans l'autre de 2°,3.

Comparativement à ces résultats, deux expériences ont été faites avec 0g,03 et 0g,12, qu'on a injectés dans l'une des veines crurales unis à 60 grammes d'eau à 35°.

Avec 0g,05, on a noté une diminution de 3°, et de 5° avec 0g,12, et les animaux ne sont morts que le lendemain dans la journée, vingt-quatre à vingt-huit heures environ après le début de l'expérience.

Quant à la durée du temps écoulé entre le moment où l'injection a été pratiquée et celui où la dépression de la température s'est manifestée, on constate qu'elle a été très-courte, car avec 0g,12, l'animal a perdu 1° de chaleur en dix-huit minutes, et 3°,2 en quarante-deux minutes, sa température étant tombée de 39°,7 à 36°,5. Ou voit de plus que 0g,05 ont suffi pour faire descendre le thermomètre de 1°,7 en vingt-cinq minutes, et en cinquante-cinq minutes de 2°,6. L'abaissement a continué ensuite, mais avec plus de lenteur.

Ces faits apportent donc un élément de plus à l'appui des conclusions tirées par Hunter et par différents observateurs, et particulièrement par M. Magendie, des expériences qu'ils ont faites pour démontrer la rapidité souvent surprenante de l'absorption. Mais l'observation capitale qui ressort de plusieurs expériences des auteurs de ce mémoire, et plus spécialement de ces dernières, où l'acétate de morphine a été porté dans l'économie par la voie de la circulation veineuse est relatif à ce fait que la substance dont il s'agit a exercé sur les forces de la vie une action assez puissante pour que la température animale, cette manifestation palpable, évidente du jeu normal des organes, ait été profondément modifiée dans un temps très-court.

La *codéine* a été donnée deux fois : la première par l'estomac, à la dose de 0g,20. Il y eut d'abord un léger abaissement; mais bientôt, par suite de la réaction vitale, il y eut une petite élévation, qui, au bout de onze heures, n'avait pas dépassé 1°. La seconde fois, 0g,10 furent injectés dans les veines. Les phénomènes furent parfaitement semblables, mais accompagnés d'effets infiniment plus énergiques. En quarante-cinq minutes, le thermomètre baissa de 3°; puis, la réaction vitale se manifestant, la température, en onze heures, était presque revenue à son point initial. L'animal, du reste, se remit parfaitement de ce trouble si grave, mais momentané, de sa calorification.

Trois expériences ont été faites avec le *laudanum de Rousseau*. A deux re-

prises, il a été porté dans l'estomac à la dose de 4 grammes et une fois à celle de 8 grammes. Avec 4 grammes dans un cas et avec 8 grammes, on a obtenu 2° d'abaissement. Dans la seconde expérience, avec 4 grammes, contrairement aux résultats précédents, la température, restée d'abord stationnaire, s'est élevée de 0°,4 au bout de deux heures, et cette élévation persistant, elle était de 1° à la cinquième heure.

Si donc on laisse de côté ce fait exceptionnel, dont l'explication pourrait être attribuée peut-être soit à la présence dans l'estomac de matières alimentaires qui auraient annulé l'effet du médicament, soit à sa composition un peu complexe, on voit le résultat habituel des préparations opiacées consister en un abaissement de la température. Dans aucune des expériences consignées dans les mémoires précédents, il n'avait été aussi considérable ni aussi prompt.

Parmi les agents thérapeutiques dits stupéfiants, fournis par la famille des SOLANÉES, les auteurs ont choisi la belladone, le tabac, le *datura stramonium* et la jusquiame.

Extrait de belladone. Trois expériences ont été faites avec 0g,20, 4 et 12 grammes. Le résultat final a été une diminution de la température; elle a varié depuis 0°,2 jusqu'à 1°,3, et cette dernière limite n'a été atteinte qu'avec 12 grammes, dose énorme, si l'on songe aux effets toxiques ordinaires de cette substance, qui, sans avoir déterminé un trouble très-considérable dans le jeu des organes, a cependant causé la mort en trente-six à quarante heures. A ce fait et à quelques autres se rattache l'importante question de savoir si les perturbations apportées à l'exercice normal des fonctions sont toujours liées à des modifications de la température, ou si, au contraire, elles peuvent en être indépendantes.

Atropine. Ce principe actif de la belladone a été introduit une fois dans l'estomac à la dose de 0g,25 dans 30 grammes d'eau à 35°. Il a déterminé un abaissement de 0°,5 dans la première heure; mais assez promptement la température s'est relevée, et au bout de dix heures, elle dépassait de la même quantité son point de départ. Mais si les effets ont été peu marqués dans ce mode d'expérimentation, ils l'ont été bien plus par le mélange direct de la substance avec le sang. La dose injectée fut deux fois de 0g,20 et une fois de 0g,19. Dans une des deux premières expériences, vingt minutes, et dans la seconde quarante minutes étaient à peine écoulées, que déjà une dépression de 2° s'était manifestée. Le troisième chien, quoiqu'il eût reçu, par l'introduction de cet agent toxique, une violente secousse, puisqu'il est mort dans la nuit qui a suivi le jour de l'expérience, n'a pas présenté les mêmes phénomènes. Le refroidissement, en effet, n'a commencé qu'à la quatrième heure et seulement après une élévation de 0°,6; mais au bout de dix heures, il était de 3°.

Tabac. 8 et 15 grammes, introduits dans l'estomac, ont amené quelques oscillations dans la température, dont le résultat, en définitive, a été une augmentation de 0°,6 dans un cas et de 1°,6 dans l'autre.

Extrait alcoolique de semences de datura stramonium. Expérimenté aux doses de 1 et 4 grammes, il a déprimé la température de 0°,8 en une heure, à la dose la plus faible, et c'est à la cinquième heure seulement qu'elle est revenue à son chiffre initial. La dépression, dans le second cas, a été de 1°,4; elle s'est maintenue la même pendant plus de trois heures, et n'avait pas encore cessé cinq heures après le début de l'expérience. Dans un troisième cas, 1 gramme, au contraire, a dès les premiers moments produit un peu d'élévation, et on a noté 1°,3 au bout de cinq heures.

Extrait de jusquiame. Les effets obtenus n'ont pas été fort tranchés. Dans deux expériences avec 10 et 30 grammes, il y eut d'abord léger abaissement, puis un peu d'accroissement. Une élévation franche de 0°,8 dès l'origine s'est montrée avec 2 grammes; elle ne s'est produite, au contraire, qu'au bout de quatre heures avec 15 grammes.

En résumé, si l'on excepte le tabac, avec lequel les essais n'ont été ni assez nombreux ni par conséquent assez concluants, et la jusquiame, dont les effets définitifs paraissent être d'exciter la fonction de la calorification, les principaux médicaments de la famille des solanées agissent sur cette fonction à la manière des opiacés, mais avec un peu moins d'énergie. Le trouble qu'ils apportent dans l'économie, et en particulier dans les fonctions du système nerveux, sont cependant bien manifestes. La différence dans l'intensité de leur action, comme modificateurs de la température animale, tiendrait-elle à ce qu'ils exerceraient leur influence sur d'autres points du système nerveux que les opiacés? Et si, par hypothèse, la production et le maintien de la chaleur dépendent de certaines parties de ce système plutôt que de certaines autres, ne pourrait-on pas chercher peut-être dans cette supposition une explication de la dissemblance dont il s'agit?

Cyanure de potassium. Huit expériences ont été pratiquées : dans cinq d'entre elles, le médicament a été donné à des doses non toxiques pour les animaux, mais cependant assez puissantes pour produire dans l'économie de graves désordres, et spécialement de la stupéfaction. Elles furent trois fois de 0g,01 et deux fois de 0g,025. Avec 0g,01, on a noté, au commencement de l'expérience, une faible dépression, et peu de temps après, la réaction vitale l'emportant, le thermomètre est remonté et est revenu à son point de départ, ou l'a même dépassé de 1°,4 ou de 2°,7; 0g,025 ont produit une diminution longtemps prolongée, qui a été jusqu'à 1° dans un cas et jusqu'à 1°,8 dans un autre. Ce n'est qu'au bout de quatre et de sept heures que la température s'est relevée. La mort, précédée de mouvements convulsifs, est arrivée en une demi-heure environ, quand on a porté dans l'estomac 5, 25 et 50 centigrammes. de cet énergique médicament; mais dans ce court espace de temps, il est survenu un trouble considérable dans la calorification, qui, déprimée dès les premiers instants, a subi un abaissement continu qui n'est pas resté au-dessous de 1°, et a atteint, dans une des expériences, 1°,9.

Ainsi le cyanure de potassium abaisse la température. Comme pour toute autre substance, l'action déprimante est vaincue par la réaction vitale lorsque les doses sont faibles, et la chaleur augmente alors un peu. A haute dose, au contraire, l'action déprimante persiste jusqu'à ce que la mort arrive.

INOCULATION DE LA SYPHILIS.

M. AUZIAS-TURENNE adresse la lettre suivante :

J'ai eu l'honneur d'annoncer à l'Académie, à la date du 11 novembre de l'année dernière, que je suis parvenu, par des expériences faites sur les animaux, à trouver un mode de vaccination contre la syphilis. J'ai désigné cette vaccination particulière par le mot de *syphilisation*, pour indiquer qu'elle s'obtient en saturant l'économie de virus syphilitique. J'ai ajouté que des observations faites sur l'espèce humaine démontrent la possibilité de *syphiliser* l'homme, c'est-à-dire de le garantir de l'action du virus syphilitique par l'inoculation réitérée de ce virus. C'est une thèse que je n'ai pas cessé de soutenir, en la fortifiant chaque jour de réflexions et de faits nouveaux.

Je sais que, dans ce moment, des expériences sont instituées dans de grands hôpitaux et ont déjà confirmé plusieurs des faits que j'ai annoncés. Néanmoins j'attendrai, pour en informer l'Académie, que les auteurs de ces expériences les jugent eux-mêmes assez complètes pour être dignes de la publicité, et je me borne aujourd'hui, monsieur le président, à vous envoyer la substance d'un mémoire intitulé SYPHILISATION CHEZ L'HOMME, et lu, le 22 mai 1851, à l'Académie royale de médecine et de chirurgie de Turin, par le docteur Casimire Sperino, membre de cette Académie.

Frappé de la conformité qui existait entre les résultats de ses observations et ceux de mes expériences, M. Sperino entreprit de répéter celles-ci (avec toutes les précautions exigées) sur les femmes confiées à ses soins, dans le Syphilocome ou hôpital des femmes vénériennes de Turin. Son mémoire expose les heureuses conséquences de la *syphilisation*, à laquelle il a soumis cinquante-deux prostituées atteintes de symptômes vénériens primitifs ou constitutionnels plus ou moins graves.

Dans ces cinquante-deux cas, les chancres sont devenus d'autant moins actifs qu'on les multipliait davantage sur la même personne, jusqu'au moment où les femmes étant enfin *syphilisées*, il ne fut plus possible de leur en donner aucun. Il n'y a pas eu d'exception à cette règle.

On a constaté en outre que les chancres serpigineux, les ulcères rebelles de la gorge et du pharynx, les bubons spécifiques déjà fluctuants, les plaques muqueuses et d'autres accidents plus graves, peuvent céder à la puissante action de leur propre virus, convenablement renouvelé. Bien entendu qu'il n'a été administré aucune préparation mercurielle ou iodurée. La confiance dans cette vaccination, en apparence si singulière, était si bien établie à Turin que plusieurs filles venaient spontanément prier M. Sperino de les *syphiliser*, soit pour les préserver, soit pour les guérir de la syphilis : « De sorte que, dit M. Sperino, » l'innocuité et les avantages de l'inoculation syphilitique étant maintenant re» connus par les malades elles-mêmes, il arrive assez souvent que quelques-unes » d'entre elles, oubliant la répugnance que leur avaient inspirée les premiers es» sais, me prient de les soumettre à la *syphilisation*. » C'est tout au plus s'il y a quelques accidents bien faciles à éviter.

Voici dans quels termes M. Sperino termine son travail : « Les femmes *syphi» lisées* qui ont perdu actuellement la faculté de contracter une nouvelle infec» tion, conserveront-elles toujours cet immense privilége, ou bien cette immu» nité ne durera-t-elle qu'un temps donné La guérison de la syphilis primitive » et secondaire sera-t-elle permanente et radicale? Le temps et les faits, scrupu» leusement observés, pourront seuls résoudre ces grandes questions.

» Ce qui est certain, c'est que de toutes les femmes entrées, il y a cinq mois, » au Siphilocome avec des accidents primitifs, et que j'ai saturées au plus haut » degré de virus syphilitique, non-seulement pas une seule n'a été jusqu'à pré» sent atteinte de symptômes constitutionnels, mais encore la santé de chacune » d'elles s'est graduellement améliorée, depuis la période aiguë de la pre» mière ulcération artificielle jusqu'à la fin des expériences dont elle était » l'objet.

» Ce qui n'est pas moins certain, c'est que l'inoculation successive du virus » syphilitique fait promptement disparaître les différents symptômes de sy» philis primitive et secondaire, et il me semble que des faits semblables, quoi» que fort étranges, doivent être pris en grande considération et étudiés avec un » soin tout particulier. »

Les observations de M. Sperino, encore inachevées, ont été dirigées avec une rare sagacité. Ce savant étranger a fait sans doute une part trop large d'éloges à mes expériences; car il m'a suffi d'avoir de la patience et d'observer sans idées préconçues, pour trouver la *syphilisation*.

— M. BAUDENS présente un mémoire sur la rupture du ligament rotulien, que nous publierons textuellement.

— M. SÉDILLOT adresse une note sur les effets hémostatiques de l'eau de M. Paghari, pharmacien à Rome. (Nous publierons textuellement cette note dans notre prochain numéro.)

ACADÉMIE DE MÉDECINE.

SÉANCE DU 1er JUILLET. — PRÉSIDENCE DE M. ORFILA.

Le procès-verbal de la dernière séance est lu et adopté.

La correspondance comprend les pièces suivantes.

M. DELANNEAU, directeur de l'institution des sourds-muets, informe l'Académie qu'il sera célébré, le 5 juillet, un service pour l'anniversaire de la mort de

M. le docteur Itard. (MM. Guéneau de Mussy, Husson, Bousquet, Devilliers, Villeneuve et Gaultier de Claubry sont invités à assister au nom de l'Académie à cette cérémonie.)

M. le Préfet de police transmet le relevé statistique des décès dans la ville de Paris pour le mois de mai dernier.

M. Ribes, professeur à la Faculté de médecine de Montpellier, transmet à l'Académie, au nom de la commission spéciale dont il était président, tous les documents relatifs à l'épidémie de suette miliaire qui a régné sur plusieurs points du département de l'Hérault. (Ces documents sont renvoyés à la commission des épidémies.)

M. Fournier, pharmacien, adresse une note sur un nouveau moyen d'administrer l'iode, moyen qui, suivant l'auteur, permettrait d'administrer ce remède directement, sans avoir à redouter aucun des inconvénients qui ont jusqu'à présent accompagné son emploi. Son procédé consiste à associer l'iode avec un corps organique avec lequel il s'unisse assez intimement pour que son odeur, sa saveur, sa causticité aient disparu complétement, mais qui possède en outre la propriété essentielle d'être facilement détruite par les fonctions vitales, de manière que l'iode devenu libre soit assimilé par l'économie. Il a rencontré ce corps dans le produit qui résulte de la modification que subit le sucre traité par les alcalis.

M. Renaudin, directeur de l'asile d'aliénés de Mareville (Meurthe), écrit à l'occasion de la communication de M. Archambault sur les améliorations introduites dans le service des aliénés gâteux de Charenton, qu'il a appliqué, il y a neuf ans, cette méthode dans l'asile de Saintes où le quartier des gâteux avait presque disparu sous l'influence de ces soins.

M. le docteur Girard, directeur de l'asile d'aliénés d'Auxerre, écrit sur le même sujet, pour réclamer la priorité des réformes introduites par M. Archambault dans le service de Charenton. Il prétend avoir employé depuis trois ans les mêmes moyens. Il rappelle de plus que dans le but de prévenir les évacuations involontaires, il prescrit avec avantage le sulfate de strychnine. Déjà dans plusieurs circonstances, M. Girard avait mentionné combien la régularité des habitudes des aliénés influait sur la régularisation naturelle de leurs fonctions. Il prie l'Académie de renvoyer cette note et celles qu'il a précédemment envoyées à la commission chargée de faire un rapport sur le travail de M. Archambault. (Renvoyé à la même commission.)

Traitement de l'onixis.

M. Leroy-d'Etiolles dépose au nom de M. le docteur Bafico, chirurgien principal de l'hôpital de Savona, un mémoire sur le traitement de l'onixis.

L'auteur s'est attaché à perfectionner la méthode du redressement de l'ongle, et il est arrivé à d'excellents résultats tout simplement en substituant aux plaques de plomb, de fer-blanc, à la charpie et à tous les moyens de soulèvement de l'ongle incarné, l'agaric, substance douce, souple, imputrescible, qui adhère sans agglutination.

Depuis douze ans M. Bafico a fait usage de ce procédé si simple avec un succès constant. Parmi les faits de guérisons radicales qu'il a obtenues il en choisit trois fort remarquables qu'il a relatés dans sa brochure. L'une des conditions de la réussite est la prolongation pendant quelque temps de l'introduction de l'amadou sous le bord de l'ongle jusqu'à ce que sa tendance à une direction vicieuse soit tout à fait détruite, le malade arrive promptement à l'insinuer lui-même avec facilité.

M. Leroy-d'Etiolles profite de cette circonstance pour communiquer à l'Académie une modification apportée par lui au procédé de Lisfranc, qui consiste, comme l'on sait, à enlever le bord incarné de l'ongle avec toute la chair du côté de l'orteil. La plaie qui résulte de cette ablation faite dans le coussinet graisseux dont les orteils sont matelassés a une tendance très-grande à végéter; en sorte que l'application presque quotidienne du nitrate d'argent ou d'un autre escarrotique est nécessaire pour la réprimer. Cette végétation retarde la cicatrisation et l'application répétée du caustique cause de vives douleurs; M. Leroy-d'Etiolles a pensé que l'on pourrait accélérer l'une et supprimer l'autre en n'enlevant pas, comme le faisait Lisfranc, la totalité du lambeau, mais en se bornant, après l'avoir formé d'un coup de histouri plongé au-dessus de la racine de l'ongle, à réséquer du bord interne de ce lambeau la portion d'ongle coupée et les chairs dans lesquelles il s'enfonce; le reste du lambeau, c'est-à-dire les deux tiers environ, se réunissent immédiatement.

Un dessin qui montre les deux temps de cette opération est joint à la note de M. Leroy-d'Etiolles.

(Commissaires: MM. Gimelle et Malgaigne.)

— M. Bricheteau, en son nom et au nom de ceux de ses collègues de l'Académie qui faisaient partie du jury de concours à la Faculté de médecine pour la chaire de pathologie interne, rend compte du résultat de ce concours qui s'est terminé par la nomination de M. Requin.

—M. Civiale en présentant à l'Académie un exemplaire de son troisième volume du Traité des maladies des voies urinaires, lit à ce sujet une note sur le progrès que la découverte de la lithotritie a imprimé à ces maladies.

Conicine.

M. Orfila donne verbalement quelques renseignements à l'Académie sur les résultats de ses dernières recherches relatives à la conicine.

Il existe, dit-il, une telle analogie entre la nicotine et la conicine, que j'ai cru devoir étudier ce dernier alcali sous le rapport toxicologique, comme je l'avais fait pour la nicotine.

La conicine existe dans le *conium maculatum*, et notamment dans les graines; on en retirera probablement de toutes les ciguës. Je ne la décrirai pas en détail; il me suffira de dire quelles sont les principales propriétés qui la distinguent de la nicotine. Elle a une odeur forte d'*urine de souris*, se rapprochant aussi de celle *du céleri*; tandis que la nicotine, surtout lorsqu'on la chauffe, exhale une odeur de tabac; elle bout à 170° et la nicotine à 250°; elle est très-soluble dans l'éther et peu soluble dans l'eau; lorsqu'on cherche à la mêler avec ce liquide, même après l'avoir agitée, elle vient à sa surface en formant une couche plus légère que l'eau, tandis que la nicotine se dissout à l'instant même dans ce liquide. L'acide sulfurique concentré ne l'altère pas à froid, tandis qu'il colore la nicotine en *rouge vineux*. La conicine, parfaitement anhydre, tue aussi rapidement les animaux que la nicotine, même à faible dose; si elle est hydratée, la mort n'arrive qu'au bout de deux ou cinq minutes, suivant que l'on en a donné 10, 12 ou 20 gouttes; on peut, comme pour la nicotine, constater dans ces *derniers cas* que l'empoisonnement se compose de trois périodes:

1° Des vertiges;
2° Des mouvements convulsifs;
3° Un grand affaissement.

Les mouvements convulsifs ont constamment été plus faibles qu'avec la nicotine; ainsi, je n'ai jamais pu produire d'accès tétanique ni d'opisthotonos.

La conicine est absorbée, car je l'ai décelée dans la rate, dans les poumons, et en plus petite proportion dans le foie et les reins. On prouve qu'il en est ainsi en soumettant ces organes à l'action des réactifs qui m'ont servi à découvrir la nicotine dans les deux procédés que j'ai fait connaître, le 20 mai dernier (paquet cacheté déposé à l'Académie); on traite les organes par l'eau aiguisée d'acide sulfurique; on filtre; le sulfate obtenu, convenablement évaporé, est décomposé et rendu alcalin par un excès de soude; à peine a-t-on ajouté l'alcali que le mélange exhale une forte odeur de *conicine*; on enlève celle-ci par l'éther qui la dissout, ou bien on chauffe à feu nu la liqueur alcaline dans un vase distillatoire, la conicine vient se condenser dans le récipient.

En agissant de même sur la langue, l'arrière-bouche, l'estomac et sur les matières que celui-ci contient, on parvient très-facilement à extraire la conicine que renferment ces organes.

La conicine, composée uniquement d'hydrogène, de carbone et d'azote, comme la nicotine, peut être représentée par de l'ammoniaque H^3 Az et par un hydrogène carboné H^{12} C^{16}. On ne connaît, en fait d'alcalis végétaux *naturels* vénéneux et volatils, qu'elle et la nicotine.

M. Desportes demande si les animaux empoisonnés par la conicine tombent sur le côté droit.

M. Orfila répond qu'il les a vus tomber tantôt à droite, tantôt à gauche. Pour ce qui concerne la nicotine, ajoute M. Orfila, M. Stas et moi nous avons toujours vu les animaux tomber à droite; mais dans les expériences faites tout récemment par M. Vandenbroeck, sur neuf animaux, trois sont tombés à gauche, et dans celles plus récentes encore de M. Vleminckx, il y a eu autant de chiens qui sont tombés à droite qu'à gauche; en sorte qu'il ne faut attacher aucune importance à ce fait.

La parole est à M. Dubois.

Syphilis congénitale.

M. P. Dubois. Lorsqu'à la fin de l'avant-dernière séance je demandai que la parole me fût réservée pour la séance suivante, je ne me proposais pas de rentrer dans la discussion; depuis ce moment, toutefois, j'ai pu prendre connaissance du rapport imprimé de notre collègue M. Cazeaux. J'en ai pu apprécier les termes et l'esprit beaucoup mieux que je ne l'avais fait à une seule et rapide audition, et je demanderai sans doute à l'Académie la permission de rentrer dans la discussion. Je crois d'ailleurs qu'un de nos collègues, dont la parole aura plus d'autorité que la mienne dans la question qui est le sujet du débat actuel, se propose de demander la parole; la discussion sera donc ouverte de nouveau. Maintenant, je n'ai qu'à m'expliquer sur une question qui m'est purement personnelle. Il n'est ni dans mes goûts ni dans mes habitudes d'occuper l'Académie de questions de cette nature; la science et l'Académie n'y sont point non plus intéressées; c'est assez dire que je serai bref, je désire seulement rappeler les faits.

Notre collègue, M. Cazeaux, avait été chargé par l'Académie de lui rendre compte d'un mémoire de M. Depaul, dont le sujet était une altération particulière du poumon, observée par lui sur le cadavre de quelques enfants nouveau-nés, et qu'il croit être le résultat d'une infection syphilitique. Une certaine connexité des idées de M. Depaul avec celles que j'avais exprimées dans un travail que j'ai publié il y a un peu plus d'un an dans la Gazette médicale, cette connexité, dis-je, fit penser à M. Cazeaux qu'il pouvait soumettre mon travail à son examen critique, et il se crut autorisé à contester la légitimité des conclusions par lesquelles je le terminais. Malgré ce qu'il y avait d'insolite dans la résolution qu'il avait prise d'associer mon travail à celui d'un médecin étranger à l'Académie et à l'occasion d'un rapport qui doit se terminer par des conclusions qui seront soumises à son jugement et à son vote, je me contentais de faire remarquer à notre collègue qu'il avait donné aux propositions contenues dans son travail un sens beaucoup plus absolu que celui qu'elles avaient en réalité. J'exprimai le regret qu'il n'eût pas eu ce travail sous les yeux lorsqu'il rédigeait son rapport. M. Cazeaux me répondit qu'il connaissait parfaitement mon travail, qu'il l'avait lu attentivement, qu'il n'en avait pas altéré le sens, et qu'au surplus il en pouvait articuler la preuve, car il avait sous les yeux les conclusions de ce travail transcrites sur le mémoire même de M. Depaul, et il lut, en effet, ces conclusions, qui paraissaient donner un démenti formel à mes assertions; je représentai alors que ces conclusions, si absolues en apparence, mais conditionnelles en réalité, étaient certainement précédées ou suivies de réserves. M. Ca-

zeaux me répliqua que j'étais trop prudent et trop éclairé pour ne pas savoir que la science marche, qu'elle fait des progrès, et qu'il ne m'appartenait pas d'engager l'avenir. Ce fut alors que je demandai la permission de lire à l'Académie, dans la séance suivante, les réflexions dont les conclusions, déduites des faits indiqués dans mon travail, devaient être suivies. Voici ces réflexions :

« Je suis loin toutefois de regarder ces conclusions comme rigoureuses. Avec moins d'expérience, je pourrais avoir cette prétention; mais je crois, au contraire, que le sujet de ce travail mérite encore d'être attentivement étudié. Il se pourrait, en effet, que la suppuration du thymus ne fût pas une conséquence constante de l'infection syphilitique chez le fœtus ou le nouveau-né, bien que je l'aie toujours observée dans les cas où la syphilis est devenue mortelle. Il se pourrait même que, contrairement à mes observations, cette altération ne fût pas exclusivement propre à l'affection vénérienne chez le fœtus et qu'elle fût aussi consécutive à des états pathologiques étrangers à la syphilis. Dans l'un comme dans l'autre cas, la suppuration du thymus, que je regarde comme le témoignage d'une infection vénérienne, perdrait beaucoup de la valeur que je lui ai donnée. Des recherches ultérieures éclaireront sans doute cette question. »

Maintenant l'Académie peut voir que les réserves placées à la suite de conclusions conditionnelles ne consistaient pas à prendre la précaution inutile et ridicule de déclarer que je ne me croyais pas infaillible, et que je ne voulais pas engager l'avenir. Elle voit que, dans ma sécurité et dans mon désir d'éclairer une question importante et obscure, je signalais à mes confrères les points vulnérables de mes propositions, et que je sollicitais à cet égard de nouvelles recherches.

M. Cazeaux : Parmi tous ceux qui ont entendu mon rapport, personne, j'en suis convaincu, ne me reprochera d'avoir soulevé une question personnelle : c'est tout simplement une question scientifique que j'ai voulu traiter, et je serais désolé qu'on pût y voir autre chose qu'une question scientifique.

Puisque M. Dubois me reproche encore d'avoir, sans utilité, introduit dans le débat un mémoire qui, publié par lui dans un journal, semblait ne pas appartenir à une discussion académique, je suis obligé de rappeler que c'est malgré moi que j'ai été appelé sur ce terrain.

M. Depaul, dans son mémoire, cherche à démontrer l'étiologie syphilitique des abcès du poumon, et il invoque surtout les deux arguments suivants : 1° Ces abcès, je les ai toujours trouvés chez des enfants nés de parents syphilitiques; 2° il existe presque toujours en même temps des abcès du thymus et du pemphygus, qui, depuis les recherches de M. Dubois, sont considérés avec raison comme étant de nature syphilitique.

Il est évident que si cette dernière proposition est vraie, la conclusion de M. Depaul y trouve, ainsi qu'il l'avait compris lui-même, un puissant auxiliaire. Or, rejetant celle-ci, j'étais bien obligé, sous peine d'abandonner la discussion, de combattre l'argument sur lequel elle était fondée. J'ai donc cherché à prouver que l'étiologie syphilitique du pemphygus et des abcès du thymus ne me paraissait pas suffisamment démontrée. L'Académie jugera si j'ai réussi.

M. Dubois vient de lire à l'Académie et les conclusions de son mémoire et les réserves prudentes dont il a cru devoir accompagner ces conclusions. En vérité, je ne vois pas le parti que M. Dubois peut tirer de cette lecture et la conclusion qu'il veut en déduire. Je l'ai déjà dit dans la dernière séance : toutes les fois qu'en médecine un auteur émet une opinion nouvelle, il fait implicitement des réserves pour l'avenir. Celles-ci n'ont pas besoin d'être exprimées : tout le monde suppose qu'un homme, quelque éminent qu'il soit, n'a pas la prétention d'enchaîner l'avenir. Dans les sciences exactes seulement, on peut prétendre à poser des vérités inébranlables, des axiomes enfin; mais en médecine, les recherches de la veille sont démenties sans cesse par celles du lendemain.

Quelques réserves qu'ait faites M. Dubois, il résulte évidemment de la lecture de son mémoire qu'au moment où il écrivait, il était convaincu de la nature syphilitique de ces abcès du thymus, et sa conviction était telle qu'il base sur ce fait un précepte thérapeutique de la plus haute importance. Cela ressort non-seulement des conclusions dans lesquelles l'auteur résume sa pensée et veut la rendre saillante, mais encore à chaque pas cette conviction se fait jour. A la page 393, il s'exprime ainsi : « L'embarras des praticiens peut être extrême lorsqu'il s'agit de choisir une médication qui puisse prévenir le retour du même événement (l'enfant mort-né). Il ne reste alors d'autre ressource que d'admettre, pour ces cas de mort inexpliquée du fœtus, l'hypothèse, fondée ou non, d'une infection syphilitique, et de soumettre les parents ou l'un d'eux à un traitement antivénérien. Mais indépendamment des inconvénients possibles d'une telle détermination, on conviendra sans doute qu'il vaudrait beaucoup mieux qu'elle fût établie sur une donnée *plus scientifique et plus positive*. Il m'a paru que celle-ci pouvait être trouvée dans une observation attentive des faits, et surtout dans la recherche d'une altération pathologique spéciale, et qui est, je crois, *caractéristique d'une affection vénérienne*. »

Plus loin : « Dans les cas qui viennent d'être exposés, la part que l'infection vénérienne avait prise à la mort des enfants était rendue évidente par *les indices certains de la syphilis*, développée soit chez la mère, soit chez eux-mêmes. »

Plus loin enfin, réclamant pour lui la priorité : « Les faits que je viens de rappeler n'avaient fait naître dans l'esprit de ceux qui les avaient observés aucune idée d'un rapport quelconque entre la suppuration du thymus et l'infection vénérienne. La même omission existe dans les descriptions du pemphygus *infantilis, que je regarde comme un résultat et un indice certain* de l'affection syphilitique chez les nouveau-nés. »

Après une affirmation si souvent répétée, reste-t-il encore quelque incertitude sur la pensée réelle de M. Dubois? Ces réserves d'ailleurs, derrière lesquelles vous vous retranchez aujourd'hui, sont, à mon avis, un bien faible argument. En effet, ou elles n'ont aucune valeur, ou elles sont uniquement destinées à prouver que vous avez été trop absolu dans vos conclusions; car elles attestent dans votre esprit l'existence de doutes sur l'étiologie syphilitique des abcès thymiques. Eh bien! si vous les interprétez dans ce sens, nous sommes d'accord, et toute discussion entre nous devient inutile.

Qu'ai-je voulu prouver en effet, si ce n'est que des doutes légitimes pouvaient s'élever sur la nature syphilitique de ces altérations anatomiques, et que ces doutes existant, le praticien ne pouvait pas se croire autorisé, après avoir seulement constaté un abcès thymique, à prescrire aux parents un traitement antisyphilitique, alors même qu'il n'existerait chez eux aucune trace d'infection vénérienne?

Je pensais que les propositions émises dans mon rapport seraient attaquées par M. Dubois, et j'étais prêt à les défendre; mais je me borne pour aujourd'hui à répondre aux observations qui viennent d'être faites.

M. Dubois : M. Cazeaux a mal interprété le sens que j'ai donné et le seul que je puisse donner à l'expression de question personnelle. Je n'ai pas voulu dire que je répondais à une attaque personnelle, mais bien que la question que je voulais vider me regardait personnellement, puisqu'il s'agissait de prouver que mes assertions, quant au sens de mon travail, étaient fondées. Maintenant j'abandonne une question désormais stérile. J'ai exposé mes raisons; l'Académie et le public en seront juges.

M. Ricord : J'ai pensé que ma position spéciale me faisait un devoir de donner à l'Académie mon opinion personnelle et le résultat de mon expérience sur les intéressantes questions traitées dans l'avant-dernière séance, questions de nosologie et de thérapeutique.

Sous le point de vue nosologique, on peut dire que les syphilographes sont généralement restés à la superficie de la question; ils n'ont guère considéré la syphilis que sous ses manifestations les plus extérieures, au delà de la peau, des muqueuses, du tissu cellulaire sous-cutané, du tissu fibreux et osseux, ils n'ont plus rien vu. Hunter lui-même n'avait-il pas nié que la syphilis pût atteindre les testicules? N'était-il pas convaincu que les muscles échappaient à son action? Et cependant qui de nous aujourd'hui doute des affections syphilitiques des organes sécréteurs du sperme et du tissu musculaire? J'ai, pour ma part, démontré des altérations syphilitiques non-seulement dans les muscles des membres, mais encore dans l'épaisseur du cœur. Le cerveau, le foie, les poumons nous ont aussi offert des altérations que nous nous sommes crus en droit de rattacher à la syphilis.

Poser des bornes à l'infection syphilitique, c'est poser des bornes à la nature et à l'art. Comment supposer qu'un empoisonnement qui porte d'abord sur l'élément de la nutrition, sur le sang, et qui persiste, ne pénètre pas l'économie tout entière? Que quelques organes résistent plus que d'autres; qu'ils laissent passer à travers leur crible, qu'ils tamisent pour ainsi dire l'agent morbifique que le sang charrie pendant des temps plus ou moins longs? C'est possible; mais on comprend aussi qu'ils puissent finir par s'affecter, et c'est aussi ce que l'expérience enseigne.

Toutefois, sous le point de vue de ce que la syphilis peut produire, il faut tenir compte de deux actions distinctes : l'une spécifique, l'autre analogue à celles des causes communes, et pouvant donner lieu aux mêmes résultats que ces dernières, en altérant, en viciant l'organisme.

Pour ne pas sortir des questions qui sont ici agitées, je vais d'abord parler du pemphygus.

La plupart des auteurs qui se sont occupés du pemphygus, et parmi eux ceux qui s'en sont occupés d'une manière plus générale, Gilibert, dans sa Monographie, et Kruss dans sa thèse sur le pemphygus *neonatorum*, n'ont jamais rattaché le pemphygus à la syphilis; et cependant pourquoi le pemphygus ne pourrait-il pas être syphilitique? Est-ce une forme cutanée si absolument distincte des autres formes, qu'il faille à la rigueur les classer à part? Comment, lorsque nous voyons la peau se plaindre de la syphilis en employant son langage le plus varié; lorsque nous savons qu'il n'est pas une forme d'affection cutanée vulgaire qui n'ait sa variété syphilitique, pourquoi n'oserait-elle plus, sous l'influence de cette cause, produire une bulle?

Sans doute, il y a deux manifestations que la syphilis signe de manière à se faire toujours reconnaître, mais est-ce à dire qu'il en est toujours ainsi? Non, sans doute. Dans certaines circonstances, les caractères peuvent être moins tranchés, surtout à mesure qu'elle vieillit, qu'elle pénètre plus avant dans l'économie, et qu'elle perd ainsi de sa physionomie.

D'un autre côté, comme je l'ai déjà dit, la syphilis, en altérant la constitution, peut agir à la manière des causes communes qui tendent aux mêmes résultats, et s'il est vrai que le pemphygus soit souvent la conséquence de mauvaises conditions hygiéniques, telles que habitation malsaine, nourriture mauvaise, insuffisante, etc., ne peut-il pas, chez le fœtus, se développer de de la même manière? Une mère, sous l'influence d'une syphilis constitutionnelle, ne constitue-t-elle pas une habitation malsaine, et ne lui envoie-t-elle pas de mauvais matériaux de nutrition?

Sans doute, la distinction à faire entre le pemphygus, comme affection spécifique, le pemphygus, comme résultat d'une organisation viciée, mais sans spécificité, et le pemphygus accidentel, intercurrent, comme vous le voudrez, est impossible, attendu qu'il n'y a pas un signe pathognomonique servant à les différencier, comme cela a lieu pour beaucoup d'autres affections cutanées. Aussi ai-je longtemps hésité à admettre un pemphygus syphilitique; mais lorsque l'observation m'a présenté deux malades chez lesquels deux antécédents syphilitiques étaient incontestables, chez lesquels aussi le pemphygus s'était développé avec d'autres accidents caractéristiques de syphilis secondaire marchant avec eux, vivant de leur vie, pour ainsi dire influencés par les mêmes médications pour disparaître et récidiver avec eux, quand la médication était suspendue, je me suis cru autorisé à admettre un pemphygus syphilitique ou tout au moins un pemphygus produit par la syphilis. Aux observations que j'ai données dans mon

ICONOGRAPHIE, je pourrais en ajouter une autre, publiée par un de mes bons élèves, lauréat de cette Académie, M. Lendet, cité par M. Depaul, dans laquelle ce va-et-vient des accidents a été en quelque sorte produit à volonté, comme dans les expériences de Hunter, en continuant ou suspendant alternativement la médication.

Quant aux lésions pulmonaires, il n'y a pas de doute que la syphilis ne puisse les produire. Les anciens les avaient déjà parfaitement entrevues. Les observations de Lieutaud sont peut-être les plus remarquables sous ce rapport; cependant, moins avancés que nous en anatomie pathologique, leurs observations pourraient être contestées si nous n'avions par devers nous des faits plus concluants. Il nous a été donné de trouver des altérations du poumon parfaitement analogues à celles qu'a décrites M. Depaul, et qu'on ne pourrait pas confondre avec les altérations tuberculeuses proprement dites; leur siége n'était pas le siége fatal, de prédilection de ces dernières; il était impossible de les rattacher soit à la pneumonie simple, soit aux abcès multiples métastatiques, soit aux fièvres dites de résorption. Elles se reliaient au contraire parfaitement bien à d'autres accidents bien caractéristiques de syphilis, et appartenant à la même période, tels que tubercules profonds du tissu cutané, tumeurs gommeuses du tissu cellulaire, affections du tissu fibreux et osseux, etc. L'anatomie pathologique nous a permis de vérifier ces altérations dans des cas rares sans doute, car dès que la vérole abandonne les surfaces, elle nous échappe souvent pour tomber dans d'autres mains moins prévenues sur la cause spéciale que nous devons plus spécialement poursuivre. Il nous a été aussi donné de suivre ces altérations sur le vivant et de trouver des malades qui, présentant actuellement des signes extérieurs et incontestables de syphilis tertiaire, offraient en même temps les signes de la phthisie pulmonaire, moins la présence de la matière tuberculeuse dans les crachats, et qui, dans les conditions les plus graves d'une apparente phthisie arrivée à son dernier terme, en guérissaient cependant, sous l'influence d'un traitement antisyphilitique, en même temps et quelquefois plus tôt que des autres accidents.

Toutefois, en admettant que la syphilis puisse produire les accidents dont nous venons de parler, soit le pemphigus, soit les altérations pulmonaires, etc., comme nous n'avons pas encore ici de signes pathonomoniques qui différencient ces lésions quand elles existent seules, d'altérations analogues, que d'autres causes pourraient produire, on n'est pas encore en droit de conclure, d'après elles seules et en l'absence de tout antécédent et de tout symptôme concomitant, à l'existence de la syphilis; surtout lorsqu'il s'agit de l'hérédité et qu'on a pu prendre ces lésions comme point de départ d'un traitement qui doit être appliqué aux parents.

J'arrive par conséquent à la seconde question, traitée devant l'Académie, c'est-à-dire à la question de thérapeutique.

On a dit que le traitement antisyphilitique n'avait d'influence que sur les manifestations syphilitiques; qu'il était inutile d'y revenir quand il n'existait actuellement aucun symptôme de syphilis. De là on est arrivé à soutenir cette thèse, à savoir qu'il était inutile de faire subir un traitement antisyphilitique à un père ou à une mère, qui, n'ayant actuellement aucune manifestation syphilitique, bien que sous l'influence de la diathèse, aurait donné naissance à des enfants infectés.

Mais il me semble qu'on a oublié, ici, qu'un enfant naissant avec les symptômes de syphilis constitutionnelle, est une véritable manifestation de la syphilis des parents. D'un autre côté, je suis bien convaincu que personne, dans cette enceinte, ne serait satisfait d'un traitement antisiphilitique limité à la première disparition des accidents. Ainsi une syphilide qui, après huit jours de médication se serait effacée, vous ferait-elle croire à la guérison du malade?

L'expérience de tous les jours ne nous a-t-elle pas appris que, si nous ne savons pas la quantité absolue de mercure à employer pour guérir une vérole, nous savons au moins que plus un traitement est convenablement continué, et dans des proportions relatives au malade, et plus aussi la guérison se maintient. Si, comme le pensait Hunter, il ne détruit pas la diathèse, il empêche au moins ou retarde plus ou moins longtemps, plus ou moins définitivement les manifestations. Nous pouvons affirmer que nous avons vu, dans un grand nombre de circonstances, un traitement méthodique administré à des parents infectés, qui, jusque-là, avaient eu des enfants soit venant à terme, soit morts à terme, soit vérolés après la naissance, leur permettre d'avoir désormais des enfants bien portants. Que si la médication était de nouveau suspendue, de manière à permettre des récidives, de nouveaux enfants naissaient infectés. Notez bien qu'ici, pour accepter les lois que je formule, c'est toujours après l'étude de la mère à l'enfant que je me suis dirigé. Car si la paternité est douteuse, il n'en est pas de même de la maternité. Cette manière d'envisager la question avait même fait croire à quelques personnes que je n'admettais l'hérédité que de la mère à l'enfant, ce qui est inexact, j'admets seulement qu'ici l'hérédité est incontestable.

D'après ce que je viens de dire, toutes les fois donc que des symptômes incontestables de syphilis se seront manifestés sur un enfant, et qu'on aura la conviction que le père ou la mère, ou les deux à la fois, auront subi l'infection syphilitique, il sera nécessaire de les soumettre à un traitement antisyphilitique, mais dans ces cas seulement.

Il ne suffira jamais d'un symptôme contestable chez l'enfant, d'un antécédent douteux chez les parents pour faire subir un traitement plus ou moins ennuyeux, plus ou moins compromettant, et faire ce que j'ai vu dans certaines circonstances, c'est-à-dire administrer un traitement antisyphilitique à de prétendus pères coupables, peut-être quelque vingt ans auparavant, de la plus innocente chaudepisse, sans pour cela avoir été plus tard coupable ni de l'enfant ni de la maladie de celui-ci; car, on le sait, si le Code civil est un signe certain de mariage, ce n'est pas un signe pathognomonique de paternité. En conséquence, non-seulement je ne veux pas appliquer un traitement mercuriel aux parents lorsque l'enfant ne me présente que des signes douteux de syphilis, mais encore ces signes seraient-ils certains qu'il me faudrait trouver dans les antécédents des parents la raison rigoureuse de ces antécédents, la syphilis constitutionnelle de l'enfant pouvant être étrangère à la mère et au mari de celle-ci.

M. LAGNEAU monte à la tribune après M. Ricord, et présente, au milieu du bruit des conversations, quelques considérations générales sur la question, desquelles il nous a paru résulter que M. Lagneau partageait l'opinion émise par M. Ricord, à l'appui de celle de M. P. Dubois, savoir que les manifestations de la syphilis pouvaient se produire, non pas exclusivement, comme on l'a cru longtemps, sur les surfaces cutanées et muqueuses et sur le tissu osseux, mais sur tous les tissus et sur tous les organes de l'économie.

L'Académie se forme en comité secret à cinq heures moins un quart.

BIBLIOGRAPHIE.

MANUEL DE L'ART DES ACCOUCHEMENTS, A L'USAGE DES ÉLÈVES SAGES-FEMMES QUI SUIVENT LES COURS DÉPARTEMENTAUX; par MM. MANNOURY et SALMON. — 1850, un vol. in-3°. Paris, chez J.-B. Baillière, rue Hautefeuille, 19, et à Chartres, chez Noury-Coquard.

Avant de hasarder un jugement sur ce livre, il importe d'en bien relire le titre. Ce n'est point, tant s'en faut, un TRAITÉ de l'art des accouchements que ses auteurs ont prétendu écrire. Un but plus modeste, mais non pas moins utile, les a seul préoccupés. Ils se sont proposé de réunir dans un volume portatif l'ensemble des notions anatomiques, physiologiques, médicales, tocologiques, médico-légales qu'une sage-femme a besoin de posséder pour exercer sa profession. C'est là le cadre qu'ils ont volontairement choisi, où ils se sont renfermés avec une rigueur parfois si inflexible qu'ils sembleraient presque avoir pris pour devise ce fameux: *pas une virgule de plus, pas une virgule de moins!* Souvent, en effet, amenés par le développement naturel du sujet à traiter une question un peu en dehors des attributions légales de la sage-femme, on les voit s'arrêter brusquement, et couper, non sans déplaisir pour le lecteur, une discussion intéressante d'indications, une série de conseils des plus sensés, par les mots sacramentels: « Dans ce cas, il faut appeler un médecin. »

Une pareille abnégation, toutefois, eût par trop simplifié leur tâche; car les circonstances où la sage-femme agit seule touchent par tant de côtés intimes à la sphère où la loi ne lui permet qu'un rôle secondaire, que, pour mieux la prémunir contre le péril d'outre-passer ses droits, on aurait fini par la laisser dans une ignorance cent fois plus compromettante pour les intérêts qui lui sont journellement confiés. — L'appréhension de ce danger a vraisemblablement frappé MM. Mannoury et Salmon à mesure qu'ils avançaient dans l'exécution de leur programme. Et l'on peut voir que n'osant franchir ostensiblement les bornes de leur plan, ils ont plus d'une fois cherché à les reculer. C'est ainsi que, pour les secours à donner dans les accouchements laborieux, dans les diverses opérations tocologiques, ils maintiennent bien leur sentence « qu'il faut appeler un médecin. » Mais comme, disent-ils, la sage-femme est toujours l'aide naturel, souvent le seul aide de celui-ci, il importe qu'elle sache au moins ce qu'il va faire. Et par conséquent, ils tracent une description sommaire, mais complète, de la conduite que l'homme de l'art doit tenir en pareil cas. De manière ou d'autre, donc, la sage-femme se trouve éclairée. Ce qu'on lui refusait à titre de précepte, on le lui donne comme renseignement. A la bonne heure, pourvu qu'elle soit suffisamment instruite. Ce n'est pas nous qui blâmerons les auteurs de ce petit détour. Celle qui devait rester l'auxiliaire du médecin devient trop souvent, par la force des choses, son suppléant pour qu'on soit autorisé à lui mesurer l'éducation au sévère tarif que les prévisions de la loi, à chaque instant déçues, voudraient imposer. L'accoucheuse qui habite les petites villes, celle qui est le seul oracle médical de sa commune, pourront-elles donc jamais pécher par excès de science?

Cela dit, nous demanderons aux deux auteurs la permission de leur adresser sans transition une observation toute contraire. La rédaction de leur œuvre, irréprochable, remarquable même par la concision et la clarté, ne se maintient pas constamment, ce nous semble, au degré voulu pour que la plupart de ses lectrices la trouvent d'une assimilation facile. Il est, je le sais, des habitudes littéraires dont un esprit cultivé ne parvient jamais à se dépouiller: MM. Mannoury et Salmon prouvent à chaque page qu'un tel effort eût été au-dessus de leur puissance. Certes, ce n'est pas nous qui leur en ferons un reproche. Il dépend toujours d'un écrivain d'élever jusqu'à lui ceux auxquels il s'adresse: quels que soient les

sujets sur lesquels il s'exerce, un style lucide trouve peu de réfractaires. Notre critique n'a donc point pour objet d'incriminer la forme littéraire, ornée, élégante que MM. Mannoury et Salmon ont su donner aux éléments d'une science si aride par elle-même. Mais, quant aux termes techniques, il y aurait, selon nous, une correction utile à introduire ici dans leur emploi. Les élèves sages-femmes ne sont ni des anatomistes ni des physiologistes, encore moins des hellénistes. Avec elles c'est souvent trop que d'appeler les choses par leur nom scientifique. Que d'efforts, de travail d'esprit, de méprises ne leur faudra-t-il pas avant d'avoir compris ce que c'est qu'une position *calcanéo-iliaque*, une grossesse gémellaire? Ne craignez pas de leur parler de talons, de jumeaux. Au lieu de trois ***circulaires*** autour du cordon ombilical, dites-leur qu'il faut faire trois tours avec le fil avant de le lier. Ces simples éclaircissements n'allongeront en rien le texte. Ne s'accordent-ils pas d'ailleurs tout à fait avec l'esprit essentiellement élémentaire d'un ouvrage, dans lequel les auteurs ont cru devoir ajouter au mot constipation la définition suivante: « La constipation est l'état d'une personne qui ne peut aller librement à la selle. »

Ces remarques générales nous ramènent à l'ordonnance du livre, au plan qui a présidé à la distribution des matières. Il est à la fois des plus simples et des plus complets. D'abord, une première partie — PRÉLIMINAIRES — offre la description abrégée des organes du corps humain et de leurs fonctions. Il est bien entendu que cette anatomie volontairement écourtée ne comprend point l'étude du bassin, des organes génitaux, du fœtus. Ces notions, au contraire, ainsi que celles qui ont trait à la fécondation, à la lactation, etc., ont reçu tous les développements nécessaires pour être bien saisies, pour rester nettes et durables dans la mémoire.

Quant à l'art des accouchements proprement dit, une division heureuse a permis aux auteurs de présenter sans omissions ni redites, et dans l'enchaînement le plus naturel, l'ensemble des préceptes que tant de circonstances variées peuvent réclamer. Quatre têtes de chapitre, selon l'ordre de succession des phénomènes, sont traitées l'une après l'autre, savoir: 1° la conception; 2° la grossesse; 3° l'accouchement; 4° les suites de couches, où, pour faire l'histoire complète de tout ce qui se rapporte à ces quatre phases du même phénomène, ils en considèrent successivement les quatre chaînons suivant qu'ils se déroulent, A. d'après les lois normales; B. que leur évolution est altérée par l'effet de causes inhérentes à l'organisation même de la mère ou de l'enfant; C. par l'effet de causes fortuites ou accidentelles, se développant inopinément dans les conditions en apparence les plus heureuses.

Ainsi ***état normal***, ***anomalies***, ***accidents***, telle est la division qui embrasse tout, répond aux diverses exigences de l'enseignement avec le mérite particulier de présenter aux élèves les sujets de leur étude en allant du simple au compliqué: initiation toujours utile, doublement précieuse ici, vu le degré spécial d'aptitude de celles qui auront à en profiter.

Dire avec quel soin ces chapitres sont traités serait vouloir faire l'analyse d'un livre, analyse elle-même de tout ce que les auteurs originaux ont produit de plus sensé, de plus clinique, de plus pratiquement applicable au lit de la malade. MM. Mannoury et Salmon ont utilisé en maîtres les travaux des maîtres: MM. Nægelé, Paul Dubois, Moreau, Cazeaux, leur fournissent les pures doctrines, et les sages conseils pour les cas embarrassants. Mais le travail de fusion, celui d'***adaptation*** surtout, est entièrement d'eux; et l'on pourrait citer tel paragraphe, celui du ***toucher***, par exemple, celui de la grossesse double, où leur expérience personnelle a fructueusement ajouté aux lumières déjà acquises.

Pour mieux régler la conduite que la sage-femme doit tenir dans l'accouchement naturel, MM. Mannoury et Salmon ont partagé la durée du travail régulier en quatre périodes. Ce morcellement artificiel leur donne plus de facilité pour indiquer, dans l'ordre et à l'époque où elles conviennent, les mille précautions, les infinies et infimes grosses minuties dont la sage-femme plus que l'accoucheur doit alors se préoccuper sur cette matière, on n'en a jamais assez dit. Ce serait là notre excuse pour adresser aux auteurs encore une critique. Bien faire n'est pour la sage-femme que la moitié de sa besogne. Il faut encore — elle a presque mission spéciale pour cela — qu'elle empêche de mal faire. Craintifs devant le médecin, les préjugés vont, elle, l'assaillir, s'insinuer, s'imposer, commander à sa place. Quelques conseils sur ce point auraient donc été fort bien à son adresse, et d'autant mieux que, on le sait, de ces torts, la sage-femme n'est pas toujours la complice entièrement involontaire.

Un formulaire simple, mais tout à fait à la portée de celles qui auront à y puiser; un exposé des obligations que la loi leur impose relativement aux déclarations de naissance, aux secrets que leur profession les oblige à garder; la description succincte des opérations de petite chirurgie; enfin deux planches représentant les diverses positions du fœtus et les détails anatomiques les plus importants, complètent ce manuel et achèvent de le rendre digne du but que ses auteurs ont voulu lui donner.

DIDAY.

VARIÉTÉS.

AU RÉDACTEUR.

Monsieur,

En rendant compte de la séance de l'Académie de médecine du 20 du mois dernier, à propos de ma communication sur la présence de la nicotine dans les organes, excessivement pourris, des animaux empoisonnés par cette substance, vous dites: « Il s'agissait de savoir si la présence de la nicotine, dont la découverte est désormais assurée par les procédés d'analyse de M. Stas, etc. » Cette phrase pourrait faire croire que, pour m'assurer du fait que j'énonçais, j'avais eu recours à la méthode du professeur belge: or il n'en est rien. J'ai dit à l'Académie que j'étais arrivé à ce résultat en suivant les deux procédés que j'avais décrits dans mon mémoire déposé à l'Académie le 20 mai dernier, huit jours avant que j'eusse pu prendre connaissance, à Mons, du travail de M. Stas. Que les procédés d'analyse de ce chimiste permettent de déceler la nicotine dans nos organes, cela est incontestable; mais il est également avéré que l'on découvre cet alcali par l'une ou l'autre des méthodes que j'ai proposées, et dont l'une *surtout* diffère notablement de celle qui a été adoptée par le savant professeur de Bruxelles.

Agréez, etc. ORFILA.

Paris, ce 1er juillet 1851.

— CONCOURS DE PATHOLOGIE INTERNE. — Les voix dans les divers scrutins qui ont eu lieu ont été réparties comme il suit:

Premier tour. MM.	GRISOLLE. . 4 voix.	MM. Chomel, Cruveilhier, Bousquet, Patissier.
	GUILLOT . . 4	MM. Rostan, Trousseau, Duméril, Lévy.
	MONNERET. 3	MM. Andral, Gavarret, Piorry.
	REQUIN . . 2	MM. Bérard, Cloquet.
	BEAU. . . . 2	MM. Bricheteau, Roche.
Deuxième tour. MM.	GRISOLLE. . 4	Les mêmes.
	GUILLOT. . 3	Les mêmes, moins celle de M. Trousseau.
	MONNERET. 3	Les mêmes.
	REQUIN . . 3	Les mêmes, plus celle de M. Trousseau.
	BEAU. . . . 2	Les mêmes.
Troisième tour. MM.	GRISOLLE. . 3	Les mêmes, moins celle de M. Bousquet.
	GUILLOT. . 4	Les mêmes qu'au premier scrutin par le retour de M. Trousseau.
	MONNERET. 4	Les mêmes, plus celle de M. Bricheteau.
	REQUIN . . 4	MM. Bérard, Cloquet, Roche, Bousquet.

Quatrième tour (premier tour de ballottage entre les candidats qui ont obtenu le plus de voix):

M. REQUIN. . . .	7 voix.	MM. Bérard, Cloquet, Chomel, Cruveilhier, Bousquet, Patissier, Roche.
GUILLOT . . .	4	Les mêmes qu'au précédent tour.
MONNERET. .	4	Les mêmes qu'au précédent tour.

Cinquième tour (scrutin de ballottage entre MM. Guillot et Monneret pour décider lequel des deux sera ballotté avec M. Requin).

MM. GUILLOT. . . .	7 voix.
MONNERET . .	7
REQUIN	1

Ce scrutin est déclaré nul par suite de l'erreur d'un juge, qui a continué à voter pour M. Requin.

Sixième tour. MM. GUILLOT. . .	8 voix.	MM. Rostan, Trousseau, Duméril, Lévy, Bérard, Cloquet, Bousquet, Cruveilhier.
MONNERET. .	7	MM. Andral, Gavarret, Piorry, Bricheteau, Patissier, Roche, Lévy.

Septième tour (scrutin définitif entre MM. Guillot et Requin):

MM. REQUIN . .	11 voix.	
GUILLOT. .	4	Les mêmes qu'aux premier, troisième et quatrième tour.

— Par décret de M. le président de la République, en date du 26 avril 1851, M. E. de Saint-Amand, ancien chirurgien militaire, médecin des épidémies et des prisons de Meaux depuis vingt-six ans, a été nommé chevalier de la Légion d'honneur.

Le rédacteur en chef, JULES GUÉRIN.

REVUE HEBDOMADAIRE.

ACADÉMIE DE MÉDECINE. — SYPHILIS CONGÉNITALE.

Nous disions dans un précédent article, au sujet de la discussion élevée à l'Académie de médecine entre MM. P. Dubois et Cazeaux, nous disions : quelle que soit l'essence des lésions trouvées par M. Depaul dans le poumon des nouveau-nés et rapportées par lui à la syphilis, il est au moins certain que ces lésions ne sont pas le produit d'une simple phlegmasie locale, mais traduisent un état pathologique de l'organisme entier, une cachexie tout au moins, sinon une diathèse. C'était le premier point à établir, celui qu'il importait de dégager avant tout autre de la controverse. Premièrement, l'économie est-elle en proie à une cause morbide générale? Secondement, quelle est cette cause? Voilà l'ordre naturel et logique des questions à examiner. Cette marche prudente ne serait pas d'obligation sur un terrain parfaitement connu et solide, et il n'est pas toujours nécessaire, dans la pratique, de passer par la première question pour arriver à la seconde. Sans sortir de la syphilis, certaines ulcérations de la gorge, certaines pustules de la peau révèlent la spécificité de la cause en même temps que sa généralité; on peut même dire que c'est ici la généralité qui se déduit de la spécificité. Mais, dans le débat ouvert devant l'Académie, le caractère spécifique de la cause faisant précisément l'objet de la contestation, et les altérations qu'elle engendre ne ressemblant pas d'ailleurs, pour le dire tout de suite, aux altérations pathognomoniques de la syphilis des adultes, il importe de mettre préalablement hors d'atteinte le fait de l'envahissement de l'organisme entier par un principe morbide. Or sur ce premier point, après avoir entendu dans la dernière séance la dissertation si lucide, si judicieuse, de M. P. Dubois, après avoir relu attentivement le travail de M. Depaul et pesé ses observations, il nous est impossible de conserver le plus léger doute. La multiplicité des lésions chez le même individu, la coexistence du pemphigus et d'infiltrations purulentes dans le thymus et les poumons, accuse une cause générale. Le même fait contredit déjà la supposition d'une simple phlegmasie du parenchyme pulmonaire, laquelle est, de plus, en opposition avec les caractères anatomiques de la lésion décrite par M. Depaul. Qu'on veuille bien se reporter à la description originale, et l'on verra que cette lésion ne ressemble, ni dans ses éléments constitutifs, ni dans ses phases successives, à la pneumonie des nouveau-nés. Ce sont des noyaux compactes, d'un jaune grisâtre, répandus çà et là dans le parenchyme, sans altération du tissu intermédiaire. Que ces noyaux arrivent ou non à suppuration, qu'ils se transforment ou non en abcès, aucun d'eux ne présente les signes de transition qui révèlent habituellement le passage graduel de la pneumonie lobulaire de la simple infiltration sanguine à la fonte purulente. On ne peut les rattacher, comme l'a dit M. Ricord, ni à la pneumonie ordinaire, ni aux abcès métastatiques. Ils constituent enfin une lésion spéciale dont le travail local du poumon ne saurait à lui seul donner la clef.

Maintenant la condition générale de l'organisme, dont le désordre pulmonaire est la manifestation, consiste-t-elle dans un état cachectique, dépendant ou non de l'état syphilitique des parents, mais exempt par lui-même de spécificité, ou bien dans une véritable vérole constitutionnelle transmise à l'enfant? Voilà la question litigieuse, la plus importante au point de vue scientifique, la plus grave au point de vue pratique.

Nous commençons par déclarer que nous n'affichons pas, sur un sujet aussi nouveau et aussi sérieux, une opinion formelle. Les réserves de M. Dubois lui-même rendront les nôtres excusables aux yeux de tous. Notre prétention ne va qu'à poser les termes de la question, et à dire dans quel sens et jusqu'où les documents produits et la discussion engagée nous paraissent avoir avancé la solution.

Avant tout, il faut faire une remarque : c'est que l'observation marche ici dans des voies inconnues, et que les notions acquises par les travaux modernes sur la syphilis des adultes, quelque positives qu'on les suppose, pourraient bien ne pas s'appliquer avec justesse à la syphilis des nouveau-nés. On connaît bien aujourd'hui les caractères extérieurs des lésions syphilitiques dont l'origine est postérieure à la naissance. Étant données les conditions de la transmission, on peut dire d'avance par quels signes se traduira immédiatement ou dans l'avenir l'infection communiquée. Il ne s'ensuit pas du tout que ces signes doivent être les mêmes chez l'enfant qui a reçu la syphilis avec la semence du père ou le sang de la mère. La conception, la nutrition du fœtus, toute sa fonctionnalité, ont pour nous des mystères trop impénétrables pour qu'il soit permis de s'en fier à des analogies éloignées et de s'étayer d'autre chose que de l'expérience directe. Ainsi voilà une ressource fermée à la détermination scientifique. Le témoignage le moins trompeur, quand il s'agit de l'adulte, pourrait égarer si on l'appliquait à l'enfant, et force est de demander ailleurs les éléments de la solution.

Il en reste encore trois au moins, qui peuvent suffire; ils résident : 1° dans les antécédents des parents; 2° dans la coexistence, chez l'enfant, des indurations pulmonaires et d'autres lésions manifestement syphilitiques; 3° dans les résultats du traitement.

Sur tous ces points, le discours de M. P. Dubois a répandu une lumière dont nous ne saurions nous défendre. Sera-t-elle obscurcie par la réplique de M. Cazeaux, annoncée pour une des prochaines séances? Nous ne sommes pas rassuré à cet égard par toute la confiance que nous avons dans le talent du jeune académicien. En attendant, les affirmations de MM. P. Dubois et Depaul conservent toute leur autorité. « Les indurations partielles du poumon produites pendant la vie fœtale, dit M. Dubois, ont coïncidé *constamment* soit avec des manifestations syphilitiques évidentes chez les enfants dont les poumons étaient ainsi altérés, soit avec des indices de syphilis ancienne chez le père et la mère de ces enfants ou chez l'un d'eux. » Et telle est aussi la déclaration de M. Depaul, conforme d'ailleurs aux observations contenues dans son mémoire. Cela établi, nous l'avons déjà dit et nous le répétons, il n'y a d'autre moyen d'infirmer la déduction tirée par ces deux observateurs que de produire des exemples d'induration identiques aux leurs, en l'absence de tout indice de syphilis chez l'enfant et chez les parents. Nous savons bien que M. Cazeaux l'a tenté dans quelques explications données séance tenante; mais nous ne pouvons accorder que les cas empruntés à la quinzième livraison de l'ANATOMIE PATHOLOGIQUE de M. Cruveilhier soient tous identiques, quant à la forme des lésions pulmonaires, à ceux qui sont l'objet du débat, ni que l'absence de tout signe, antérieur ou actuel, de syphilis chez les parents et les enfants, doive être admise dans toutes les observations qui sont absolument muettes à cet égard. Ce n'est pas le lieu d'appliquer le proverbe : *qui ne dit non consent*; car le proverbe suppose une interrogation qui, vraisemblablement, a été souvent négligée par l'observateur. Bien plus, l'argumentation de M. Cazeaux pourrait être aisément retournée contre lui-même. On pourrait dire :

Feuilleton.

RÉCLAMATIONS CONTRE LES GENS DE LETTRES.

Les médecins lisent peu de romans; c'est sans doute à cette circonstance qu'il faut attribuer leur longanimité à l'égard des romanciers. Cependant, aujourd'hui que la littérature paraît se résumer dans le roman, il y a un certain intérêt pour nous à examiner les rôles qu'on nous y prête. Le médecin est un personnage de simple utilité dans beaucoup d'ouvrages; il est assez rare qu'il y occupe une place principale, bien que quelques auteurs lui aient fait cet honneur. Est-il traité plus favorablement dans les rôles de premier ordre que dans ceux de deuxième ou troisième importance? Il nous semble que le rôle qui le défigure le moins est celui qu'on lui fait le plus court, ce qui nous ferait donner la préférence à ceux qui sont les plus obscurs. D'où vient donc que nous sommes ainsi maltraités par des gens qui représentent passablement les avocats, les banquiers, les militaires, les magistrats, etc.? Par quel bizarre privilége sommes-nous ridiculement travestis, tandis que les autres conservent, tant bien que mal, leur physionomie naturelle? Notre rôle dans le monde réel est-il donc si plaisant qu'il inspire des idées bouffonnes à ceux qui veulent le copier dans le monde imaginaire de leurs écrits? N'y eût-il que la profonde gravité des maux avec lesquels nous sommes en contact, cela devrait suffire à modérer l'humeur joviale des écrivains qui nous font porter le fardeau de leurs bons mots et de leurs excentricités scientifiques, et qui nous accablent sous le poids de tant d'aménités. De grâce, messieurs les romanciers et vaudevillistes, feuilletonistes des grands et petits journaux, auteurs de revues, de pochades, de folies, de biographies, de caricatures, et autres, dépensez un peu moins d'esprit à notre égard, ne nous gratifiez pas de la responsabilité de vos diagnostics et pronostics, de vos expositions de faits et de vos prescriptions, de votre méthode de comprendre et d'appliquer la médecine, et même des guérisons que vous faites opérer à vos personnages. Vous êtes très-certainement de grands docteurs quand vous voulez vous en donner la peine, c'est incontestable, mais vos méthodes transcendantes nous rendent tout honteux de nos ressources vulgaires, et le vulgaire auquel nous appliquons ces ressources doit les trouver tellement impuissantes en comparaison des médications que vous faites, que je m'étonne de ne pas vous voir assaillis de clients et de demandes de consultations arrivant par lettres affranchies d'une extrémité de la France à l'autre.

Par exemple, on lit à tel page et à tel chapitre de tel volume, de tel ouvrage, que madame (trois étoiles), après avoir eu le cœur brisé trois ou quatre fois consécutives, après avoir versé des larmes de quoi suppléer pendant un trimestre d'été la source d'une rivière de quatrième ordre, après avoir subi des fatigues corporelles auxquelles auraient succombé trois terrassiers limousins (et tout cela sans boire ni manger, bien entendu), a été prise d'une maladie terrible dont la définition reste un peu obscure, mais enfin qui devait indubitablement siéger dans les nerfs, le sang, ou autre chose; on lit de plus que, soumise au traitement de quelques ignares de médecins qui lui prodiguaient les potions et les pilules,

M. Cruveilhier ne s'est pas enquis de l'état sanitaire des parents dans tous les cas où il ne fait aucune mention d'enquête. Dans tous les autres, il a reconnu l'infection syphilitique des parents. Si donc les lésions pulmonaires par lui notées sont semblables à celles qu'a décrites M. Depaul, c'est à ce dernier à invoquer le TRAITÉ D'ANATOMIE PATHOLOGIQUE, et M. Cruveilhier devient l'adversaire de M. Cazeaux. Mais nous n'allons pas si loin, et nous nous contentons d'en appeler à l'observation ultérieure.

A cette occasion, M. P. Dubois a élevé une question de philosophie médicale trop ardue pour que nous l'abordions incidemment, mais sur laquelle nous croyons devoir faire quelques réserves. Si l'on impose, dit-il, aux *coïncidences*, pour qu'elles soient significatives en étiologie, la condition que « celui des deux faits qui constitue la cause ait le double privilége de produire *constamment* les lésions qu'on lui impute, et d'être *la seule cause* qui les puisse produire, il n'est pas une seule doctrine étiologique qui reste debout.» Nous ne croyons pas que personne ait jamais exigé d'une condition morbide, pour lui conférer un caractère de causalité, qu'elle réalise toujours certaines lésions; M. Cazeaux, très-probablement, n'en demande pas tant à l'infection syphilitique. Mais la philosophie, dont l'essence est d'être absolue dans ses principes, autorise à attacher indissolublement la spécificité des effets à la spécificité des causes, et à dire, par exemple, que les indurations pulmonaires des nouveau-nés, telles que les décrivent MM. P. Dubois et Depaul, ne doivent être considérées comme filles de la syphilis qu'autant qu'elles ne pourront être engendrées par aucune autre cause morbide. Notre profonde conviction est que ce principe ne reçoit jamais, dans la pratique, que des démentis apparents, qui seraient bientôt remplacés par une confirmation si notre oeil pouvait plonger plus profondément dans la nature intime des phénomènes, et si l'on s'accoutumait davantage à ne pas considérer les faits par un seul côté, mais à les embrasser dans leur ensemble. A n'envisager dans l'induration pulmonaire que le fait même de l'induration, rien n'empêche de dire qu'elle peut être produite par plusieurs causes. Il y a des indurations par phlegmasie; il y en a par hémorrhagie; il y en a par tuberculisation, etc. Elles se distinguent néanmoins les unes des autres assez nettement pour que chacune trahisse à première vue son origine spéciale. MM. Dubois et Depaul ne confondent pas non plus avec elles l'induration syphilitique. Mais ce n'est pas tout. Cette induration, si elle est de la nature qu'on dit, doit pouvoir se spécifier elle-même, non-seulement dans sa période d'état, mais dans les différents moments de son évolution, dans son mode de terminaison, en un mot, dans tous les phénomènes dont elle est le point de départ ou l'aboutissant. En général, le rapport d'un effet à sa cause est d'autant plus éclatant qu'il est plus direct, c'est-à-dire qu'il y a moins d'intermédiaires entre les deux termes; et c'est à cause de la complexité ordinaire des phénomènes physiologiques et pathologiques que ce rapport nous paraît si souvent obscur. La syphilis de l'adulte se révèle clairement dans les accidents primitifs, elle commence à s'obscurcir dans les accidents secondaires, elle s'obscurcit davantage dans les accidents tertiaires, et finit par se perdre dans des manifestations à peu près insignifiantes qui peuvent appartenir à d'autres conditions morbides. L'avenir dira ce qui en est des indurations pulmonaires en question. S'il montrait qu'elles ne sont pas exclusivement un produit de la syphilis, elles ne se rattacheraient plus que très-indirectement à cette affection, à peu près comme des éruptions de furoncles ou des abcès multiples paraissent se rattacher quelquefois à la vérole constitutionnelle des adultes; le diagnostic perdrait toute certitude, et les conséquences thérapeutiques que MM. Dubois et Depaul ont tirées de leurs observations seraient notablement compromises. C'est dans ce sens, et dans ces limites, que nous accorderions de l'importance à des cas d'induration observés en l'absence de tout indice de syphilis et chez les parents et chez les nouveau-nés.

Nous avons dit enfin que l'expérience thérapeutique pouvait aider à déceler la véritable nature des lésions pulmonaires. Elle n'a pas jusqu'ici porté sur les lésions elles-mêmes, parce que tous les enfants sont morts avant ou immédiatement après la naissance. Mais, d'une part, le cas peut se présenter où des manifestations évidentes de syphilis ne s'accompagneraient que d'une altération légère du poumon, compatible avec la vie; et alors si, d'une manière ou d'une autre, par l'auscultation, ou, en cas de mort accidentelle, par l'inspection nécroscopique, on venait à constater l'influence d'un traitement antivénérien sur la lésion du poumon en même temps que sur les autres, la question aurait acquis un élément important. D'un autre côté, le traitement suivi par les parents pourra éclairer, comme il paraît l'avoir déjà fait, la nature des lésions offertes par leur progéniture. Un, deux, trois enfants issus des mêmes parents sont morts avec des indurations pulmonaires et des syphilides. Le père ou la mère ou même tous les deux portent des signes d'infection. On les soumet à un traitement approprié et ils mettent au monde plusieurs enfants sains. Certes ce serait là une expérience de grande valeur et dont l'occasion ne peut manquer de se présenter de temps à autre.

On induira facilement de ce qui précède que, à nos yeux, les probabilités sont en faveur de la nature spécifique des altérations pulmonaires des nouveau-nés; nous craindrions de devancer les faits en allant au delà. Mais nous ne voulons pas quitter ce sujet sans mentionner l'appui qu'a prêté, dans un brillant discours, aux opinions de MM. Dubois et Depaul, un académicien dont le nom seul est une garantie de compétence, l'honorable M. Ricord. M. Ricord a rencontré chez des adultes syphilitiques des indurations et des suppurations du parenchyme pulmonaire fort analogues à celles qui font le sujet de la discussion.

L'espace nous manque pour suivre M. Dubois dans la partie de son discours qui concerne le pemphigus. Nous aurons sans doute occasion de nous y arrêter à l'occasion de la réplique de M. Cazeaux.

A. DECHAMBRE.

PHYSIOLOGIE.

OBSERVATIONS PHYSIOLOGIQUES FAITES SUR DES SUPPLICIÉS; par MM. MARCELLIN DUVAL, professeur de pathologie externe, JULES ROCHARD, professeur d'anatomie et de physiologie, et LOUIS-ALEXANDRE PETIT, chef des travaux anatomiques à l'École de médecine navale de Brest.

Des circonstances, malheureusement trop fréquentes, nous ont permis, depuis quelques années, de faire, sur un certain nombre de forçats suppliciés, des expériences qui nous ont paru offrir assez d'intérêt pour mériter d'être publiées. Il est difficile d'être plus favorablement placés que nous

---

elle allait infailliblement succomber, quand arrive le docteur X., qui examine brièvement, interroge plus brièvement encore, et aussitôt ordonne de jeter aux immondices les fioles et les boites qu'il trouve sur la table de nuit, fait respirer à l'intéressante malade un flacon *ad hoc* qu'il avait tout prêt dans sa poche, prépare et fait donner par cuillerées quelque chose dans lequel il verse quelques gouttes de je ne sais quoi, en annonçant pour minuit précis une crise qui se vérifie; et à partir de ce moment, la dernière période d'une maladie mortelle se transforme immédiatement en convalescence. De plus, le merveilleux docteur découvre une cause morale à l'affection, et il n'a garde d'omettre le traitement moral qu'il se charge d'appliquer lui-même. Enfin, en quelques jours, voilà une malade guérie et qui court la poste en Italie ou en Allemagne, ou bien s'embarque à Calais, selon les besoins de la cause.

Eh bien! je dis qu'il est incroyable, qu'après une telle lecture, on voie autour de soi et parmi les siens des malades en danger sans penser à écrire à l'auteur et lui demander le quelque chose assaisonné de quelques gouttes, le traitement moral et le flacon d'odeur qui ont guéri madame (trois étoiles). Comment! on a obsédé Lamartine de lettres pour lui demander des nouvelles de Jocelyn et de Laurence; on l'a accablé d'injures par la poste au sujet d'une Elvire révélée par ses CONFIDENCES; et dans l'espoir, quelque erroné qu'il fût, d'arracher à la mort un malade qu'on chérit, on n'aurait pas écrit au romancier qui raconte des guérisons prodigieuses avec quelques paroles, quelques gouttes et quelques senteurs? On n'aurait pas fait dans l'entraînement ou l'égarement de la tendresse et de la douleur ce qu'a fait faire par centaines de fois une stérile curiosité? Pour l'honneur des sentiments des lectrices et lecteurs de romans, je veux croire le contraire, et si ce feuilleton parvient à quelques-uns de ces auteurs qui se sont donné le plaisir de guérir si lestement leurs malades, je suis persuadé qu'ils déclareront avoir eu souvent le regret de recevoir des lettres de ce genre, sans pouvoir y répondre par l'indication du spécifique demandé.

Selon nos chers gens de lettres (du moins d'après ce qu'ils disent dans leurs ouvrages), la plupart des médecins ne seraient que des ignorants faisant leur métier terre à terre, cherchant toujours et croyant toujours reconnaître des maladies physiques, tandis que ce sont des affections morales qui consument les malades. Nous gorgeons nos clients de préparations pharmaceutiques, ou nous les épuisons par la lancette et les sangsues, tandis que, sans que nous y prenions garde, l'âme se tord de douleur dans un corps qui ne demanderait pas mieux que de se porter bien, si cette âme voulait le permettre. Mais aussi, dès qu'un médecin habile dans le diagnostic des maladies de l'âme se présente, la guérison a lieu comme par enchantement, à la grande confusion des médicastres matérialistes qui s'acharnaient aveuglement à combattre une lésion physique. Hélas! je ne crains pas d'en appeler au souvenir et au témoignage de mes confrères, pour les entendre dire comme moi que les maladies matérielles fourmillent sous nos yeux, mais qu'il ne nous arrive guère d'avoir à traiter des maladies de l'âme. Ceci ne fait peut-être pas un très-grand éloge de l'homme, mais il faut bien en convenir, nous voyons des gens se porter parfaitement bien, tout en nourrissant dans leur intérieur les remords d'une ou plusieurs mauvaises actions; d'autres supporter, avec une santé intacte, des peines et des chagrins qui suffiraient pour défrayer plusieurs drames du théâtre de la Gaieté; d'autres enfin se révoltant contre ce mauvais vouloir de l'organisme qui s'entête à fonc-

ne le sommes pour profiter de ces tristes occasions. Le grand nombre de condamnés à perpétuité que renferme le bagne de Brest y rend les crimes nombreux et les exécutions capitales fréquentes. Une distance de 260 pas seulement sépare l'échafaud de l'amphithéâtre d'anatomie, et dans nos observations, il ne s'est jamais écoulé plus de six ou sept minutes entre l'instant où la tête est tombée et le moment où le cadavre nous a été livré. Cette particularité est de la plus haute importance; la plupart des manifestations spontanées qui survivent à la décapitation sont tellement fugitives, s'affaiblissent si rapidement qu'il faut, pour ainsi dire, les saisir au vol, et c'est là ce qui constitue la plus grande difficulté de l'expérimentation. Toutefois, grâce à la rapidité du trajet, il nous a toujours été possible d'observer, pendant un certain nombre de minutes, les phénomènes que nous relaterons, et si ce laps de temps a été un peu court pour en analyser toutes les nuances, il nous a toujours suffi pour en bien saisir l'ensemble; car les manifestations qui s'évanouissent promptement, les mouvements spontanés du cœur, par exemple, sont en même temps d'une évidence telle qu'il n'a pu rester aucun doute, ni dans notre esprit, ni dans celui des assistants placés à une plus grande distance.

Parmi les faits que nous allons exposer, il en est un certain nombre qui ont trait à des points de physiologie encore controversés; nous nous sommes efforcés de l'oublier, afin de n'apporter devant le sujet aucune idée préconçue; nous nous abstiendrons même de mentionner les opinions qu'elles pourraient confirmer ou ébranler; nous nous bornerons à dire ce que nous avons vu, ce qu'ont vu comme nous les médecins de la marine présents à nos expériences.

Les observations que nous avons recueillies sont au nombre de six; mais nous ne ferons connaître dans tous leurs détails que les deux plus récentes, qui sont aussi les plus complètes, et comme l'ordre de succession des faits pourrait parfois amener de la confusion dans les idées, nous l'abandonnerons souvent pour suivre l'ordre physiologique.

Obs. I. — François (Auguste), âgé de 36 ans, condamné aux travaux forcés à perpétuité, condamné à mort pour tentative de meurtre sur la personne d'un agent des chiourmes, exécuté sur la place du bagne, le 20 juin 1850, à trois heures du soir. Doué d'une forte constitution et d'une grande énergie, cet homme est monté sur l'échafaud avec calme, et s'est livré sans résistance aux mains des exécuteurs.

Lorsque le cadavre nous est apporté, cinq minutes se sont écoulées depuis que la tête a été séparée du tronc. Le premier phénomène qui nous frappe est le suivant :

Les extrémités divisées des carotides se soulèvent par saccades, au-dessus du plan de la section, pour revenir ensuite sur elles-mêmes; elles sont poussées au dehors en subissant une véritable élongation, et ce mouvement, d'une régularité parfaite, ne peut être mieux comparé qu'à celui que présente, après une amputation, l'artère principale dont on vient de pratiquer la ligature. Une petite quantité de sang écumeux, vermeil, s'échappe, à chaque impulsion, par l'ouverture béante de ces vaisseaux. Il s'en écoule aussi, mais d'une manière continue, par les jugulaires; spumeux comme le précédent, ce dernier offre une coloration plus foncée.

Aucun mouvement réflexe ne peut être déterminé, ni par le pincement, ni par les autres modes d'excitation mécanique. Dans aucun des cas que nous avons observés, du reste, il ne nous a été possible d'en produire.

Après un quart d'heure environ consacré à l'incision de l'abdomen, à la recherche des chylifères, à l'examen des mouvements de l'intestin, du renversement de sa muqueuse dans les plaies qui en intéressent les parois, la poitrine est enfin ouverte, et nous voyons le cœur battre à travers le péricarde encore intact; nous nous empressons d'inciser cette enveloppe, et les mouvements deviennent de la dernière évidence. L'oreillette droite, l'auricule surtout, nous offrent des battements énergiques, brusques, parfaitement réguliers, qui se reproduisent quarante-trois fois par minute, que nous avons pu observer pendant une heure et quart, qui ont survécu à l'ablation du foie, de l'estomac, de l'intestin, du diaphragme et même des poumons, pour ne cesser qu'à l'instant où nous avons ouvert les cavités. Ce mouvement est surtout caractérisé par le redressement, le soulèvement de l'auricule qui s'écarte de l'aorte, en laissant ce vaisseau à découvert, et retombe bientôt dans sa position primitive. Il sera plus longuement décrit du reste dans l'observation suivante, car il s'est montré identique dans les deux cas. La masse ventriculaire présente aussi une sorte de frémissement ondulatoire, de froncement qui cesse bientôt d'être perceptible. C'est alors que nous avons recours au galvanisme, et sous l'influence d'une pile à colonnes de 60 couples, de 4 centimètres de diamètre, les battements de l'oreillette s'accélèrent, le frémissement ventriculaire reparaît. Après avoir varié le mode d'application, sans obtenir de nouveaux résultats, nous nous décidons à ouvrir les cavités du cœur. L'oreillette droite renferme un caillot noirâtre du volume d'une petite noix, nageant au milieu d'une assez grande quantité de sang fluide et de même couleur.

Avant d'ouvrir la poitrine, sept à huit minutes après l'arrivée du cadavre, le galvanisme est appliqué, par l'un de nous, à la section de la moelle épinière, et détermine des mouvements d'inspiration et d'expiration qui s'accompagnent de sons très-rauques produits dans le larynx; pendant qu'ils se font entendre, les cordes vocales inférieures se rapprochent d'avant en arrière et n'interceptent plus qu'une fente linéaire, la glotte interarythénoïdienne elle-même se rétrécit sensiblement. Ces phénomènes sont d'autant plus faciles à observer que le larynx est intact, le couteau ayant porté sur l'espace thyrohyoïdien.

Après l'ouverture du thorax, nous appliquons le galvanisme aux muscles intercostaux, et nous voyons les côtes se rapprocher avec force en rétrécissant les espaces qui les séparent d'une manière très-sensible, surtout en avant. L'effet est identiquement le même, que nous agissions sur les intercostaux externes ou sur les internes, dans les points où ils se recouvrent ou dans l'espace occupé par le plan interne seulement. Il serait d'ailleurs difficile de tirer quelques conclusions de cette expérience, à laquelle nous n'attachons que peu de valeur, en raison de l'ablation du sternum.

L'estomac, rempli d'aliments, est détaché à l'aide d'une double section pratiquée au delà de ses orifices; aucune ligature n'est appliquée, et bien qu'il paraisse réagir fortement sur son contenu, rien ne s'en échappe, tant le cardia et le pylore sont énergiquement contractés; mais à peine une incision est-elle pratiquée à la partie la plus élevée du viscère, placé sur un plan horizontal, au niveau de la petite courbure, que les bords de cette ouverture accidentelle se renversent, et qu'on voit la pâte alimentaire s'en échapper lentement, comme sous l'influence d'une pression concentrique et continue. On le fend alors, d'un de ses orifices à l'autre, et il revient sur lui-même avec assez de puissance pour résister à de fortes tractions. Il semble se rétrécir entre nos mains, et, sur sa surface interne, d'abord lisse, se dessinent des rides de plus en plus proéminentes, qui effacent bientôt, en se rapprochant jusqu'au contact, les dépressions lozangiques intermédiaires.

La bile est d'un noir verdâtre très-foncé et d'une consistance sirupeuse.

La vésicule et les conduits biliaires sont complétement insensibles à l'action du galvanisme.

Il en est de même de la rate : ce viscère, ridé et comme exsangue, n'a pu nous offrir le moindre mouvement de contraction, quelque attention que nous y ayons apportée. Il est vrai que nous n'avons pu faire usage, pour ces expériences, d'un appareil électro-magnétique; nous n'en avions pas sous la main en ce moment.

Nous avons été plus heureux dans nos tentatives sur l'uretère; nous l'avons vu se contracter, par le galvanisme, de la manière la plus évidente. Lorsqu'il a été mis à découvert, il nous est apparu large, mince, applati, affaissé sur lui-même, tel enfin qu'on l'observe sur le cadavre; peu d'instants après l'application

---

tionner régulièrement, bien que l'âme soit malade, employer, pour vaincre cette impertinente résistance, des réchauds de charbon, des mets assaisonnés à l'arsenic ou des couteaux-poignards et des pistolets. Si l'âme avait le pouvoir de rendre le corps solidaire de ses souffrances, on verrait moins d'exemples de ce dernier genre. Chose encore plus étonnante, nous voyons de ces corps à âmes malades contracter aussi quelquefois des pleurésies ou des fièvres typhoïdes comme les autres, et l'âme, qui aurait alors une si belle occasion de se venger de l'indifférence égoïste du corps en cherchant tous les moyens possibles de prolonger la maladie physique par l'influence de la sienne propre, oublie le plus souvent alors ses préoccupations antérieures pour ne songer qu'à aider le corps à sortir de ce mauvais pas. De plus, j'ajoute que je serais très-peu rassuré sur le sort des pleurétiques et des fébricitants que je viens de supposer, si leur médecin, sous prétexte de maladie morale, se bornait à leur donner des consolations, des raisonnements et des conseils, et enfin, je me hasarde à supposer que les malades soumis à ce traitement ne lui accorderaient, comme moi, qu'une très-médiocre confiance. La maladie spirituelle est donc une illusion qu'il faut perdre comme tant d'autres, et il faut se rendre à l'évidence des faits qui nous montrent les sujets placés dans les meilleures conditions pour languir et mourir de maladies morales, prendre, au lieu de ce parti, dont je ne conteste pas la convenance, une voie tout opposée, digérer et dormir parfaitement, et même au besoin lutter avec énergie contre la souffrance lorsque le hasard offre à leur âme plus ou moins en peine l'excellente occasion d'une maladie du corps, occasion vraiment providentielle, mais dont l'âme profite rarement.

Balzac, qui a fait des portraits dont la minutieuse exactitude est digne du daguerréotype, a voulu soumettre le médecin de campagne à son analyse; mais selon nous, il a complétement échoué. Nous a-t-il donné l'histoire du médecin ou de la médecine de campagne? Pas le moins du monde; son personnage aurait pu tout aussi bien être un notaire, un propriétaire, ou un juge de paix, les conditions de son roman seraient restées les mêmes. Le médecin disparaît dans le maire; l'excellent M. Bienassis est un philanthrope devenu maire de sa commune et qui combine assez bien l'autorité et la philanthropie, mais ses faits et gestes ne nous initient nullement à la vie intime ou publique du médecin de campagne.

J'ai vu l'inimitable Bouffé affublé de ce rôle de médecin de campagne, et, tout en ravissant les spectateurs par son admirable talent, ne faire rien qui ressemblât à de la médecine réelle et positive. La gratuité des soins médicaux pour tous les malades indistinctement, est une utopie qui peut plaire, mais ce n'est qu'une utopie dont l'application serait injuste et dérisoire. Dans la vie réelle, le médecin de campagne doit traiter beaucoup de malades gratuitement; il en est d'autres qu'il doit, en outre, aider de sa bourse, quand il le peut, mais précisément en raison de ces conditions libérales de sa profession envers ces deux catégories de clients, il ne peut se passer de la rémunération des autres. Le *res angusta domi* l'y oblige; il n'a point son existence matérielle garantie par une communauté ou par l'État pour renoncer au salaire par vocation philanthropique, et si des conditions de fortune ou de caractère lui rendaient superflus les revenus d'une profession, il n'en exercerait pas. Tout personnage de médecin peint en dehors des règles de la vie réelle et pratique n'est qu'un portrait de fantaisie.

Les romans ou les pièces de théâtre qui parlent des écoles de médecine et des

de la pile, nous l'avons vu se rétrécir avec cette lenteur particulière aux muscles de la vie organique, et au bout de quelques secondes il était méconnaissable ; sa largeur avait diminué de plus de moitié ; dur au toucher, devenu complétement cylindrique, il offrait, avec le canal déférent, une ressemblance qui a frappé tous les assistants, et qui contrastait avec l'aspect de l'uretère du côté opposé, sur lequel l'électricité n'avait point agi.

Les vésicules séminales, les canaux déférents se sont montrés insensibles à l'action de la pile. Le sperme contenu dans ses réservoirs était demi-liquide, d'une odeur fade et bien différente de celle qu'il exhale lorsqu'il vient d'être éjaculé. Porté sous le microscope, une heure et quart après la mort, il nous a permis d'apercevoir des myriades de spermatozoïdes dont quelques-uns s'agitaient encore. Ils étaient au contraire complétement immobiles, chez tous les suppliciés antécédemment observés, ce qui tenait peut-être à ce qu'on avait fait chez ces derniers un plus grand usage du galvanisme.

Obs. II. — Envesailles (Jean-Pierre), âgé de 39 ans, condamné aux travaux forcés à perpétuité, condamné à mort pour tentative de meurtre sur la personne du tailleur du bagne, est exécuté le 26 mars 1851, à trois heures du soir. Cet homme marche à la mort avec fermeté et subit son arrêt avec résignation. Six minutes s'écoulent entre cet instant et le moment où le cadavre franchit la porte de l'amphithéâtre.

Cette fois encore, il s'écoule du sang en quantité très-notable, par les gros troncs vasculaires du cou ; il sort de l'extrémité des carotides par saccades, faibles il est vrai ; les veines en laissent échapper aussi. Une compression énergique est sur-le-champ pratiquée par l'un de nous sur l'extrémité divisée des vaisseaux ; il perçoit très-nettement les battements des carotides.

La poitrine est immédiatement et rapidement ouverte. Les six premiers cartilages costaux sont divisés, vers leur partie moyenne, à l'aide d'un fort scalpel. La section du sternum est pratiquée au niveau de la partie inférieure du sixième espace intercostal. Le plastron est renversé sur le cou, et nous distinguons facilement les battements du cœur à travers le péricarde qui paraît contenir de la sérosité. Cette membrane est incisée ; le cœur apparaît baignant dans un liquide très-limpide, de couleur légèrement citrine et dont la quantité a été évaluée à 40 grammes. Notre but étant surtout d'observer le cœur sur place et dans des conditions aussi rapprochées que possible de l'état normal, nous avons tenu à n'exercer sur lui aucun contact direct ou indirect et à n'altérer en rien ses rapports. Nous ne parlerons donc que des parties accessibles à la vue dans cette position, c'est-à-dire de l'oreillette droite, des deux ventricules, du droit surtout.

1° Oreillette droite. Si nous supposons l'auricule à l'état de repos, c'est-à-dire couchée sur l'aorte qu'elle embrasse, voici ce qui se passe à chaque mouvement. Après un temps d'immobilité toujours très-appréciable, cet appendice se redresse brusquement et se porte en dehors de l'axe du cœur en décrivant un quart de cercle au moins et en laissant l'aorte à découvert ; l'auricule retombe ensuite rapidement et reprend sa position primitive. Pendant que le redressement s'opère, l'oreillette toute entière paraît distendue comme par l'afflux d'un liquide, l'auricule s'allonge et les franges qui en garnissent le pourtour s'écartent à la manière de doigts palmés pour se rapprocher ensuite lorsque l'appendice retombe. Le double mouvement, parfaitement rhythmique, s'est reproduit quarante-huit fois pendant la première minute, mais il s'est bientôt ralenti, et durant le cours de la cinquième, à partir du commencement de l'expérience, on ne l'observait déjà plus que sept fois. Ces deux éléments d'un même phénomène, à savoir : l'expansion de l'oreillette et le redressement de l'auricule, n'ont point été inséparables dans nos expériences ; car il nous a été plus tard possible d'obtenir, à l'aide du galvanisme, l'épanouissement et le resserrement successifs sans que le soulèvement eût lieu. L'auricule se bornait à s'agiter sur l'aorte par une sorte de clappement, sans s'en écarter d'une manière sensible, ainsi que nous le dirons par la suite.

2° Ventricules. Si nous n'avons pu apercevoir d'une manière distincte ni la dilatation des ventricules, ni le mouvement de bascule, ni celui de torsion, nous avons vu du moins et *très-nettement* les deux ventricules revenir sur eux-mêmes, se resserrer en un mot et se rapprocher par un mouvement concentrique du sillon antérieur qui semblait leur servir d'axe. Ils se contractaient avec un synchronisme parfait et dans le rhythme le plus régulier.

Les mouvements, considérés dans leur ensemble, partaient de l'oreillette et se propageaient en un instant de la base du cœur à sa pointe.

Les contractions spontanées des ventricules ont cessé beaucoup plus promptement que celles de l'oreillette ; mais après leur disparition, on distinguait encore à chaque battement de celle-ci une sorte de frissonnement, de trémulation dans la masse ventriculaire toute entière. Cette inégalité dans la persistance de la contractilité de ces deux éléments du cœur est loin du reste d'avoir été aussi prononcée dans cette observation que dans la précédente où l'*ultimum moriens* s'est montré d'une manière si remarquable. Lorsque les mouvements de l'oreillette se sont ralentis, lorsque ceux des ventricules ont cessé, nous avons eu recours au galvanisme, et nous avons vu reparaître les mêmes phénomènes sous l'influence d'une pile à colonnes de cinquante couples de 4 centim. de diamètre. Ses effets n'ont cependant pas été immédiats ; trente secondes se sont écoulées entre leur apparition et l'application des réophores. Nous les avons successivement mis en contact : tous deux avec l'auricule, l'un avec l'auricule, l'autre avec le ventricule droit ; l'un avec ce ventricule, l'autre avec la section de la moelle épinière ; enfin tous deux avec les colonnes charnues du cœur droit, après l'ouverture de ses cavités.

Dans le premier cas, l'oreillette nous a offert des palpitations tumultueuses si répétées que, dans le principe, il a été impossible d'en apprécier la fréquence ; mais bientôt elles se sont régularisées, nous avons pu en compter 144 par minute, et c'est alors qu'elles nous ont présenté ce caractère de clappement que nous avons signalé. Dans le second, les mouvements provoqués ont été les mêmes que ceux qui s'étaient manifestés spontanément, avec cette différence toutefois que le galvanisme n'a pu opérer le redressement complet de l'auricule. Les contractions du ventricule n'ont guère duré qu'une minute, après laquelle le frémissement ondulatoire leur a succédé. C'est seulement lorsque l'application directe du galvanisme à la substance charnue du cœur est restée sans effet et après un temps de repos que nous avons porté son action sur l'extrémité divisée de la moelle épinière, et ce nouveau mode d'expérimentation a surexcité les mouvements de l'oreillette et fait renaître dans les ventricules quelques faibles ondulations. Lorsqu'enfin nous avons agi sur les colonnes charnues, nous les avons vues se contracter. Dans le ventricule, celles qui appartiennent au premier ordre sont devenues plus grosses, plus courtes et ont abaissé, par l'intermédiaire de leurs tendons, les portions correspondantes de la valvule tricuspide. Les réophores appliqués à l'embouchure des veines caves, à la crosse de l'aorte, à la section des carotides, n'ont produit aucun résultat.

Pour compléter ce qui a trait à l'appareil circulatoire, nous signalerons la présence d'une quantité considérable de sang dans le système veineux, et notamment dans les veines caves ; nous avons pu en faire refluer des veines iliaques interne et externe jusque dans le tronc de la veine cave inférieure. Ce sang s'est maintenu liquide, à l'exception d'un petit caillot noir, fusiforme, de 3 centim. de longueur environ, situé dans l'oreillette droite et moins volumineux que celui dont il a été question dans l'observation précédente. Les artères et le cœur gauche contenaient aussi du sang fluide, mais en beaucoup moins grande quantité ; on a pu cependant en faire refluer des artères iliaques interne et externe jusque dans le tronc de l'aorte. Ces faits, joints à l'hémorrhagie qui nous avait frappés tout d'abord, permettent de penser que le sang a continué de progresser pendant les premiers instants qui ont suivi la décapitation.

Nous n'avons rien à dire du larynx. Cette fois le couteau avait porté au-dessous de la glotte, et divisé le cartilage thyroïde à sa partie inférieure, ainsi qu'une portion du cricoïde, par une section nette, oblique de bas en haut et d'arrière en avant.

Le galvanisme appliqué aux muscles intercostaux internes et externes a produit les mêmes résultats que dans l'observation précédente, c'est-à-dire un rap-

---

hôpitaux n'en disent pas un mot qui soit dans le vrai. M. Scribe a fait recevoir des élèves à boules blanches ou noires, en scrutin public et aux applaudissements de la foule, par des professeurs qui dînaient ensuite avec eux. Eugène Sue a fait faire des distributions de cadavres pour les études anatomiques, dans la salle même des malades et par le médecin du service. Un malade est mort la veille, le lendemain, à la visite, le médecin donne son corps à celui de ses élèves qui lui plaît ; ce dernier le marque et s'en empare, et tout ceci se fait en passant d'un lit à un autre, entre les deux prescriptions qu'on inscrit pour les malades voisins de droite et de gauche du défunt ; ce n'est qu'un épisode ordinaire de la visite du matin.

Cependant M. Eugène Sue a été élève en médecine, et à ce titre nous avons le droit d'être plus exigeants envers lui qu'envers d'autres. Malgré toute ma sympathie pour ses ouvrages et ses tendances, je ne trouve pas qu'il nous ait traités avec beaucoup d'égards ; son docteur Griffon des Mystères de Paris n'est pas un portrait flatteur. Quoi ! par cela seul que le médecin voit beaucoup de souffrances, il deviendrait insensible pour les êtres souffrants ! l'amour de son art lui ferait oublier l'homme pour analyser la maladie ! la pathologie et la thérapeutique deviendraient pour lui un jeu d'intelligence et de combinaisons scientifiques dans lequel le malade ne serait que matière à une expérimentation impitoyable poursuivie *per fas et nefas!* Certes le public qui lit et peut croire des choses pareilles sera peu charmé des sentiments des médecins à l'égard de l'humanité. Nous n'applaudissons pas non plus le rôle donné au docteur David qui brouille comme des œufs battus les yeux des coupables. Il n'y a pas, selon nous, de raisons de dévouement qui puissent autoriser le médecin à se servir de sa science et de son art pour se transformer en exécuteur des hautes-œuvres et substituer l'aiguille à cataracte au glaive de la justice. Enfin nous doutons qu'en plein dix-neuvième siècle et au milieu de Paris un docteur Baleinier quelconque puisse séquestrer impunément une jeune fille, sinon majeure, du moins émancipée, qui a l'intelligence et la conscience de son droit et de sa liberté, fût-il aidé de toute la puissance occulte des jésuites.

Alexandre Dumas a créé, à l'usage de son seigneur de Monte-Cristo, une toxicologie où l'analyse impuissante reste les bras croisés au milieu de ses cornues, de ses fourneaux et de ses alambics. Dans le même ouvrage, l'auteur donne un échantillon de l'estime en laquelle il tient le savoir des médecins en faisant intervenir près d'un pauvre diable qui se laisse mourir d'inanition un docteur qui diagnostique une gastrite et se hâte d'ordonner la diète la plus absolue.

M. Delatouche dit que les médecins ont un cynisme de langage qui leur est particulier.

Dois-je citer parmi les gens de lettres M. de Montalembert devenu depuis académicien ? Ce dernier titre doit m'y autoriser. Il nous signalait en 1847 à l'ex-chambre des pairs comme des matérialistes dangereux et des industriels cupides.

Balzac, dans je ne sais plus lequel de ses ouvrages, classe les médecins de Paris, avec les avoués et les agents de change, dans une catégorie *de gros mangeurs* chez lesquels la digestion émousse le sentiment et dont le ventre pousse tandis que l'imagination se flétrit. Un des derniers feuilletons de la Gazette Médicale répond à cette imputation.

prochement énergique des côtes ; mais, comme sur ce sujet les inférieures tenaient encore au sternum par la portion de cet os que nous avions à dessein respectée, nous avons obtenu des résultats un peu moins imparfaits. Nous avons pu les voir se rapprocher comme les autres, mais avec moins de force, et cela sur quelque plan musculaire que nous agissions. Les grosses bronches ainsi que leurs ramifications les plus ténues ont été insensibles à l'action de la pile ; il est vrai qu'il s'était écoulé plus d'une demi-heure lorsqu'elles y ont été soumises. Nous n'avons pas cherché à réveiller les contractions du diaphragme en galvanisant le nerf phrénique, cette expérience maintes fois répétée à des époques antérieures nous ayant constamment réussi. Les poumons sont gorgés de sang et présentent le lendemain un véritable engouement hypostatique, occupant leur quart postérieur. Le tissu pulmonaire offre dans ce point une coloration noirâtre et laisse suinter à la coupe du sang de même couleur.

A l'ouverture de l'abdomen, lorsque la masse intestinale est exposée à l'air libre, on y aperçoit un mouvement ondulatoire dans lequel un examen attentif permet de reconnaître des contractions péristaltiques et antipéristaltiques s'effectuant sans ordre, avec des alternatives de repos et d'ébranlement, tantôt dans un point, tantôt dans un autre ; la masse dans son ensemble paraît grouiller sous nos yeux. Des incisions en divers sens pratiquées dans la continuité de l'intestin grêle, de manière à en intéresser toute l'épaisseur, sont suivies du renversement de la muqueuse, portée dans les plaies transversales jusqu'à recouvrir les autres tuniques dans une étendue de 8 à 10 millim. et produisant dans les plaies longitudinales peu étendues une saillie en cul de poule des plus prononcées. Les mêmes expériences nous avaient donné sur le sujet précédent des résultats identiques, et c'est pour éviter les répétitions que nous avons omis de les noter. Les follicules solitaires sont très-développés dans le dernier mètre de l'intestin ; ils simulent dans ce point une véritable psorentérie. L'estomac rempli d'aliments offre une coloration d'un gris rosé, un aspect granuleux des plus manifestes à la vue et au toucher. Les différences signalées entre les portions splénique et pylorique sont on ne peut mieux caractérisées. La bile ne présente rien de particulier. La vésicule et les conduits biliaires sont insensibles à l'action du galvanisme. Il en est de même du tronc de la veine porte, ainsi que de la rate ; celle-ci nous apparaît petite, exsangue, ridée ; nous l'isolons avec soin, à l'aide de plaques de verre, nous y appliquons les réophores d'une pile de cinquante couples, et nous n'obtenons aucun résultat. Il n'en est pas de même de l'uretère ; cette fois encore nous pouvons y déterminer les contractions les plus évidentes. Nous le voyons, au bout de quelques secondes, se rétrécir, devenir dur, cylindrique, offrir avec le canal déférent cette analogie déjà signalée pour reprendre, lorsque nous suspendons l'action du galvanisme, sa flaccidité, sa largeur et sa minceur première ; une nouvelle application du même agent le fait se contracter encore, il suffit même, en agissant sur d'autres points de son étendue, de le piquer avec la pointe du scalpel pour le voir revenir sur lui-même, mais avec moins d'énergie que sous l'influence de la pile ; celle-ci ne détermine aucun mouvement sensible dans les canaux déférents ; il nous a semblé voir au contraire les vésicules séminales se contracter faiblement, mais nous n'oserions l'affirmer, et nous avons tenu jusqu'ici à passer sous silence tous les phénomènes qui ne nous ont pas apparu avec la plus complète évidence. Le sperme qu'elles contiennent est épais, visqueux, semblable à une boule de gomme à demi dissoute ; son odeur est fade, peu caractérisée. Les spermatozoïdes, observés trois quarts d'heure après la mort, sont immobiles et déformés.

Nous devons mettre en première ligne, parmi les résultats les plus tranchés que nous ayons obtenus, les contractions de l'iris déterminées en galvanisant, dans le crâne, le nerf moteur oculaire commun. Pendant que nous ouvrions la poitrine, un des assistants enlevait la calotte crânienne et l'encéphale et mettait à nu le nerf de la troisième paire, à son entrée dans le sinus caverneux. Cette opération a été assez promptement exécutée pour nous permettre d'y appliquer le galvanisme douze à treize minutes après la chute de la tête. Les effets en ont été immédiats. La pupille, largement dilatée, s'est sur-le-champ rétrécie de moitié. Ce resserrement, au moins aussi rapide que celui qui s'effectue sous l'influence de la lumière, fait place à une dilatation presque aussi prompte lorsqu'on suspend l'action de l'agent excitateur. De nouvelles applications reproduisent le même phénomène, mais d'une manière moins prononcée. Nous avons pu obtenir six fois de suite ces contractions et ces dilatations successives. Notons en passant que sur ce sujet, comme sur tous ceux que nous avons précédemment observés, la pupille, extrêmement dilatée peu d'instants après la mort, était deux jours après rétrécie au summum. La roideur cadavérique est survenue très-promptement, elle a été très-énergique ; en voulant en triompher, on a rompu la rotule droite en travers.

Nous ne dirons rien des effets de l'application du galvanisme au nerf facial, parce qu'ils n'offrent aucun intérêt ; nous ne ferons qu'indiquer l'insensibilité complète du conduit de Stenon à l'action de la pile et l'extrême consistance de la masse encéphalique et surtout de la moelle.

Tels sont les principaux faits sur lesquels nous avons cru pouvoir attirer l'attention. Il y a sans doute des lacunes à combler dans ce travail, et le sujet appelle de nouvelles recherches. Nous formons des vœux ardents pour que l'occasion de nous y livrer ne se présente plus ; si toutefois elle s'offrait encore à nous, nous chercherions à vaincre de nouveau la répugnance qu'inspirent ces investigations pleinement justifiées par leur but scientifique.

REVUE DES JOURNAUX DE MÉDECINE.

JOURNAUX FRANÇAIS.

(Suite.)

III. REVUE MÉDICO-CHIRURGICALE.

Les numéros de janvier, février et mars 1851 contiennent les travaux originaux suivants : 1° *De quelques modes de traitement récemment appliqués à la sciatique, et de quelques idées étranges de philosophie médicale émises à cette occasion* ; par M. Malgaigne. 2° *Note sur la dilatation variqueuse des vaisseaux lymphatiques du prépuce* ; par M. Beau. 3° *Nouveau procédé pour la réduction du paraphymosis* ; par M. Aug. Mercier. (Ce procédé, que plus d'un chirurgien avait sans doute déjà employé instinctivement consiste à placer le pouce droit sur la partie supérieure du gland, puis à mettre le bord correspondant du repli qui étrangle à cheval sur l'ongle du même doigt ; l'indicateur et le médius de la même main sont tenus sous la face inférieure de la verge. Alors avec la main gauche on embrasse circulairement la verge ; puis, par une traction simultanée des deux mains, on amène la bride sur le gland ; celui-ci glisse sous la pulpe du pouce comme sur un plan incliné et rentre immédiatement derrière la bride.) 4° *Mémoire sur la suette miliaire sporadique et sur son traitement.* 5° *Du traitement des kystes fibro-séreux de l'ovaire par les injections iodées* ; par M. Thomas. 6° *Traitement du rhumatisme par les bains de vapeur térébenthinée à haute température* ; par M. Chevandier. 7° *Mémoire sur les tumeurs adénoïdes de la mamelle* ; par M. Velpeau. 8° *Mémoire et observations sur quelques cas d'autoplastie de la face* ; par M. Michon. 9° *De l'apium à haute dose dans le traitement de la méningite cérébro-spinale* ; par M. Bailly. (Reproduction des idées de M. Boudin, avec quelques observations.) 10° *Recherches sur la menstruation étudiée dans ses rapports avec l'épilepsie* ; par

---

Toutes ces aménités plus ou moins facétieuses s'adressent à la personne des médecins ; nos gens de lettres sont-ils mieux inspirés quand ils parlent de la médecine ? Hélas ! je suis fâché d'avoir à le dire, mais il n'en est pas un, qu'il soit académicien ou candidat au fauteuil, ou simple candidat à la candidature, qui ne commette sur ce terrain, lorsqu'il s'y aventure, des fautes suffisantes pour faire chasser de son service un externe de première année.

Frédéric Soulié, décrivant une scène dont la durée ne peut excéder une demi-heure et dont les personnages et l'action consistent en une femme accablant de ses dédains et de ses sarcasmes un homme amoureux d'elle, nous dit que cet intéressant jeune homme tombe dans le *marasme*. Voyez-vous un dandy qui est au bal (et qui n'y a pas oublié le buffet), le voyez-vous, dis-je, arrivant au marasme en trente minutes, montre à la main ? Heureusement que ce marasme, si prompt à se déclarer, s'en va aussi vite qu'il est venu, car le lendemain notre malade a bon pied, bon œil et recherche avec acharnement l'occasion d'une criminelle conversation. A la bonne heure ! tant foudroyants que soient ces marasmes-là, ils ne feront jamais déranger un seul de nos confrères de son dîner ou de son sommeil.

M. de Lamartine nous fait connaître un médecin doué de grandes qualités et de grand savoir, pénétré d'une volonté sympathique de guérir ses malades et qui, appelé auprès d'un pleurétique, au cinquième jour de son affection, ne trouve rien de mieux à faire, malgré toute sa bonne volonté de guérir, que d'ordonner du repos, de la tisane et de la transpiration, et attend ainsi le neuvième jour pour décider l'affaire. On doit en conclure que ce médecin était imbu de la doctrine des crises et jours critiques et qu'il avait une haute confiance dans la méthode expectante, laquelle malheureusement, unie ou non à la bonne volonté, guérit très-peu de pleurésies graves.

Delatouche, introduisant dans un de ses romans madame George Sand, nous la représente allant secourir les malades de la campagne, mais accompagnant ses bonnes œuvres de conseils cliniques tout à fait détestables. L'illustre femme de lettres porte des pilules de sulfate de quinine à un fébricitant. Ces pilules sont argentées (argentées... pourquoi ?) ; mais ce qui est encore plus étrange, c'est qu'elle prescrit de les faire dissoudre dans deux cuillerées de tisane pour les avaler. Il est difficile d'accumuler plus de contre-sens en moins de mots et moins de choses. Il n'est pas besoin d'être médecin pour savoir : 1° qu'on met en pilules les médicaments dont on veut épargner le goût aux patients ; 2° qu'on n'argente pas les pilules de sulfate de quinine ; 3° que des pilules argentées sont par le fait d'être pilules, par le fait d'être argentées et par le fait d'avoir mauvais goût, sont, dis-je, triplement destinées à ne pas être dissoutes ; 4° enfin que le sulfate de quinine n'est pas soluble dans une tisane ordinaire.

Il semble que messieurs de la littérature ne connaissent la médecine que d'après Molière, et que ce qu'ils en savent, ils l'ont appris dans *M. de Pourceaugnac* et le *Malade imaginaire*. S'ils se lancent à parler pathologie ou thérapeutique, ils ne se montrent guère plus avancés que Purgon et Diafoirus ; c'est toujours un grain d'ellébore pour guérir les cerveaux malades, des sucs de plantes pour panser les plaies, etc. On nous exhume la fièvre lente nerveuse et des théories étiologiques tout à fait écrasantes. Exemple. La BIOGRAPHIE UNIVERSELLE, ouvrage sérieux et qui semble avoir dû être écrit par des gens compétents, nous apprend à l'article du docteur Doussin (de Saintes), que ce mé-

M. Marrotte. 11° *Nouvelles considérations pratiques sur l'acide hydrochlorique employé à l'intérieur*; par M. Carou.

NOTE SUR LA DILATATION VARIQUEUSE DES VAISSEAUX LYMPHATIQUES DU PRÉPUCE; par M. BEAU.

Voici uon pas uue *maladie nouvelle*, mais, ce qui vant un peu mieux, l'explicatiou nonvelle d'ou état morbide déjà observé sans doute, mais dout la uature et par conséquent le traitement laissaieut beauconp à désirer.

M. Bean appelle *dilatation variqueuse des lymphatiques préputiaux* uue petite tumeur qui apparait sous forme d'un cordon arroudi, parfaitemeut transpareut, long d'un à 2 ceutim., et d'nn à 3 millim. de diamètre, sur le côlé du prépuce à sa surface interne, au-dessous de la muqueuse et comme caché daus ses replis latéraux.

Poor bieu découvrir cette varice, il faut donc tirer le prépuce fortemeut en arrière. On voit alors qu'elle a une extrémité qui se dirige vers le dos de la verge; celle-ci se termiue iosensiblement en se perdant sous la peao. L'autre extrémité, *frénale*, s'aperçoit à quelques millimétres du frein; elle se termiue brusquemeut par uue saillie très-distiucte.

Au milieu du cordon existe parfois nne intersectiou, qui marqoe eu ce point la présence d'une valvule lymphalique. La réalité de la disposition auatomiqne dont il s'agit est prouvée par ce fait que, si on pique le cordon variqueux vers l'extrémilé frénale, ou ue vide que la partie comprise eutre la piqûre et le point d'iutersectiou, tandis que, eu piquant vers l'extrémité dorsale ou vide le cordou dans toute sou étendue. — Le liquide qui sort est limpide et aqueux; il se reproduit au bout de deox ou trois jours.

La varice lymphatique parait tout à coup à la suite d'un froissement violeut, comme dans le coït; elle s'efface ensuite; mais il suffit alors pour eu provoquer le relour d'uue cause moios forte, telle que l'érectiou prolougée. Le repos et l'état de flaccidilé la dissipe eucore.

Enfiu il vieut un momeut où la varice, jusque-là iutermittente, passe à l'état de cootiuuité permauente. Le cordou, daus ce cas, augmente de volume, ue peut plus être affaissé par la pressiou, gêne le coït et appelle sur les parties voisioes uue fluxiou iuflammatoire aprés cet acte.

L'affection à l'état iotermitteot est utilement combattue par les astringeuts, acétate de plomb, aluu, soit eu applications soit en bains locaux.

Mais qnaud elle est devenue coutiuue, il faut pour guérir la tumeur qu'elle coustitue provoquer l'ioflammatiou adbésive des parois du vaisseau dilaté, cc qui en améue l'oblitératioo. Voici l'opération que M. Beau conseille dans ce but, opération qu'il a pratiquée deux fois et deux fois avec succès.

On prend uue aiguille fiue, munie d'un fil ordiuaire; et aprés avoir fait saillir autant que possible le cordou variqueux, ou y fait péuétrer l'aiguille eu l'y enfouçant par l'extrémité fréoale. On loi fait parcourir ainsi dans le vaisseau uu trajet d'uu ceutimétre euvirou; alors pratiquaut au vaisseau uue seconde piqûre, on fait ressortir l'aiguille par cette nouvelle ouverture, et ou laisse le fil daus la portion de la varice parcourue par l'aiguille. On noue eusemble les deux bouts pour les fixer.

Au bout de trois ou quatre beures(1), quaud la préseuce du fil a détermiué uue iuflammation suffisaute, on le retire. On sent, les jouors suivants, nu cordon dnr, donloureux et opaque; c'est le vaisseau qui a été traversé par le fil. Bientôt il dimiuue; et an bout de deux ou trois mois, il est tellement réduit de volume qu'il se perd dans les replis du prépuce.

Le mouvement de la lymphe allant du frein au dos de la verge, ou comprend qu'il suffit d'oblitérer la portion *frénale* du vaisseau pour que sa portion dorsale revienue ensuite spoutanément sur elle-même.

— L'éveil que cette description si claire va douuer aux praticiens mettra probablemeut bieutôt M. Bean eu possessiou de matériaux propres à fonder l'bistoire générale de l'affectiou. Mais ceux qui vondront vérifier ces donuées devrout preudre garde de ue pas chercber la maladie uuiquemeut dans la régiou où l'auteur la signale. S'il y a des raisous pour qo'elle y soit plus fréqueute, nous u'eu counaissons aucune pour qu'elle y soit exclosive. Et, pour uotre compte, uous croyons avoir observé uue maladie toute semblable, existaut depuis plusieurs mois, à la face inférieure de la verge, sous la peau du fourreau, correspondaut à la partie des corps caverneux qui reçoit le glaod. Si uons avons occasiou de revoir le malade, nous uous empresserous de lui appliquer le traitemeut ou ne peut plus ratiounel que notre savant coufrére propose.

Il est deux affectioos avec lesquelles ou devra être averti de ue pas confondre celle-ci. La première est la *blennorrhagie des follicules* qui avoisinent le méat et de leurs lougs conduits excréteurs; l'autre est cette inflammatiou chrouique du reflet préputial, qui succède à des balanites, qoe le coit exaspère, qu'oue disposition dartreuse reud parfois presque iocurable. Le relief, eu forme de portiou de cercle, qne constitue la partie la plus euflammée, pourrait simuler l'existeuce de la varice lymphatique.

TRAITEMENT DU RHUMATISME PAR LES BAINS DE VAPEUR TÉRÉBENTHINÉE A HAUTE TEMPÉRATURE; par le docteur CHEVANDIER.

Il est des localités où l'ou extrait la poix noire du piu eu plaçaot, avec des copeaux de sapio, dans uu four qu'ou allume par le baut, les débris proveuant de la fabrication de la térébeutbine et du galipot. Il eu est d'aotres, comme à Die (Drôme), où l'on ne recueille pas préalablemeut la térébeutbioe, eu sorte que les copeaux reuferment eucore toute leur buile essentielle. Le procédé pour recueillir la poix uoire est d'ailleors le même. La première fouruée étant acbevée, on ferme bermétiquement toutes les ouvertures du four afin de conserver uue températnre assez élevée pour cbasser du bois qui sera iutroduit le leudemain toute la résiue qu'il contient, et cela sans qu'il soit uécessaire d'y mettre le feu. Or c'est dans ce four ainsi préparé, et après qn'ou a disposé les uouvelles conches de copeaux, que les rbumatisaots de Die et des euvirous vout cbercber la guérisoo de leurs douleurs. La températnre y est de 80 *degrés au moins*. Les vêtements avec lesquels ou eutre daos le four sont sacrifiés. Qnelques malades, pour rafraîcbir uu peu l'air à l'entrée des voies respiratoires, se munissent d'uu moucboir imbibé d'ean.

Ou reste daus le four de ciuq à viugt miuutes. A la sortie, on se met au lit où uue transpiratiou très-abondante ue tarde pas à s'établir.

M. Chevaudier, qui a peudant trois aus pris des ioformations sur les faits autérieurs à sou arrivée dans le pays et observé avec soiu les faits noouveaux, préseote les résultats comme merveilleux. Uu seul bain suffit presque toujours pour soulager les douleurs les plus invétérées et la guérisou n'atteud pas toujours le quatrième ou cioquième bain. Des sept observatious qo'il rapporte briévement, il en est cinq où le siége du rbumatisme

(1) Trois ou quatre jours nous sembleraient un terme plus eu rapport avec le but qu'on se propose d'obtenir. Y a-t-il là nne faute d'impression? (NOTE DU R.)

decin est le premier qui ait découvert que la transpiration contient un acide *qui, en se coagulant, se porte sur les viscères* (SIC). Eh bien! celui qui a écrit ceci, il y a douze ans à peine, pendant que le microscope et l'analyse fonctionnaient dans les laboratoires et les cliniques, était ou est devenu peut-être académicien.

On objectera peut-être que les gens de lettres en parlant médecine traitent un sujet qui leur est étranger; ce serait une raison pour eux de savoir le peu qu'ils en disent.

Quand il s'agit de pseudo-sciences ou même de charlatanisme, les sympathies d'un grand nombre de littérateurs ne sont pas douteuses. N'a-t-on pas vu une Académie décerner des récompenses à une *guérisseuse*, et, motivant cette distinction sur de prétendues persécutions de la part des médecins contre sa protégée, ajouter à la formule ordinaire de ses prix que c'était *en attendant que la Faculté la fit mettre à l'amende*?

Balzac s'était fait le protecteur du magnétisme et criait aussi à la persécution. Il nous a créé, pour les besoins de la cause, des personnages qui voyaient de Paris ce qui se passait à Nemours. Que dis-je de Paris à Nemours? leur vue magnétique allait bien plus loin, puisqu'ils voyaient jusque dans l'autre monde dont ils recevaient et transmettaient les confidences.

La NÉMÉSIS (non la NÉMÉSIS MÉDICALE, mais bien la véritable NÉMÉSIS) ne s'est-elle pas mise au service des bains électriques de M. Lemolt? Et plus tard n'a-t-elle pas trempé sa plume dans le rob Saint-Gervais pour chanter Syphilis? Le but n'était-il pas une réclame et non la restauration d'un poëme antique?

Si les médecins qui écrivent défiguraient la littérature comme les gens de lettres défigurent la médecine, où en serions-nous? On ne pourrait digérer ni une ligne de nos journaux ni une phrase de nos ouvrage. La médecine au lieu de devenir, comme elle le fait, de plus en plus simplifiée et accessible au vulgaire, serait un mythe suranné renfermé dans un chaos de galimathias ridicule. Mais nous trouvons en définitive que, bien qu'elle soit travestie dans les œuvres littéraires, elle ne s'en porte pas plus mal pour cela; cette considération jointe à bien d'autres nous fait prendre en patience cette petite infortune, et si nous en parlons aujourd'hui ce n'est point avec mauvaise humeur, mais bien pour nous égayer à ce sujet.

Dr LUCIEN PAPILLAUD.

— Le gouvernement espagnol vient d'honorer M. le docteur Ch. Ricord de la décoration de Charles III.

— M. Condamy, vétérinaire à Vars (Charente), vient de mourir de morve aiguë; il s'était inoculé cette affreuse maladie à l'œil droit, après avoir soigné et fait abattre des chevaux qui en étaient atteints. Il a été enlevé en peu de jours, malgré un traitement énergique.

n'est pas indiqué ; dans les deux autres cas, qui sont d'ailleurs les plus remarquables au point de vue thérapeutique, l'affection occupait les articulations. L'un des sujets avait conservé, après un rhumatisme articulaire aigu, des douleurs profondes et souvent aiguës pour lesquelles il avait passé déjà trois saisons à Aix-en-Savoie, sans en obtenir autre chose que des améliorations passagères. Quatre séances dans le four à poix ne laissèrent plus que quelques endolorissements. L'année suivante, cinq séances achevèrent si bien la guérison que le sujet, *depuis six ans*, n'a plus ressenti la moindre douleur. Un tailleur de Paris, âgé de 34 ans, était atteint d'un *rhumatisme goutteux*. Tout travail lui était interdit, et il ne pouvait marcher qu'à l'aide de béquilles. *Toutes les articulations étaient ankylosées.* Son état était tel qu'on craignait qu'il ne succombât pendant son séjour sur la montagne. Quinze jours après, il revenait seul, à pied. Il avait pris treize bains. Pendant tout ce temps, il avait bu du vin et mangé des viandes salées. Il retourna à Paris bien portant. Dans le cours de l'année suivante, il n'eut qu'une seule atteinte de rhumatisme, qui dura seulement quelques jours. Une nouvelle saison acheva la cure. Le malade avait depuis quinze mois une *goutte militaire* qui avait résisté à toutes les injections, il en a été aussi vite et aussi radicalement guéri que de son rhumatisme.

On pourrait se demander lequel des deux éléments constitutifs du bain (haute température et vapeurs térébenthinées) concourt le plus activement à la guérison. Mais il vaut mieux accepter provisoirement le fait dans son intégrité et chercher à l'adapter aux exigences de la pratique usuelle. Nous ne conseillerons jamais de vulgariser l'emploi de bains d'étuve à 80 degrés ; nous craindrions trop l'asphyxie ou des congestions cérébrales. Mais il est facile d'éviter ce danger au moyen d'un appareil qui laisse la tête en dehors et permet de la baigner d'eau froide. On peut brûler dans la lampe de l'appareil de l'alcool térébenthiné, et c'est, du reste, ce qu'on fait dans quelques établissements ; mais il y a loin de là à ce dégagement de véritables vapeurs de térébenthine, comme il a lieu dans les fours à poix. Mieux vaudrait placer dans un vase de métal une certaine quantité de térébenthine de mélèze, qu'on chaufferait fortement et dont les vapeurs seraient conduites sous l'appareil par un tube de cuivre.

RECHERCHES SUR LA MENSTRUATION ÉTUDIÉE DANS SES RAPPORTS AVEC L'ÉPILEPSIE; par le docteur MARROTTE.

Le nombre est assez grand des auteurs qui, dans le passé ou dans le présent, ont signalé une relation entre l'épilepsie et certains états physiologiques et pathologiques de l'utérus. M. Marrotte, partant d'une observation remarquable dans laquelle un traitement reconstitutif, particulièrement l'usage des ferrugineux, fit cesser des attaques d'épilepsie qui se renouvelaient aux époques menstruelles, M. Marrotte s'est mis à recueillir toutes les indications des auteurs en ce qui touche spécialement le rapport de l'épilepsie avec la menstruation, et, y joignant les enseignements de sa propre pratique, a cherché à catégoriser toutes les données acquises de l'observation. Il a ainsi assigné un sens plus précis à des faits déjà connus, en même temps qu'il a pénétré plus avant dans l'étude de cette partie de l'étiologie. Nous le louerions davantage si, pendant qu'il était dans cette voie, il eût pénétré un peu plus loin, et si, au lieu de prendre pour un des termes du rapport cherché seulement un état fonctionnel de l'utérus, la menstruation, il eût immédiatement embrassé les rapports de l'épilepsie avec tous les autres états normaux ou anormaux de l'organe utérin. Il est probable, il est hors de doute, que certains modes d'influence du travail menstruel sur l'épilepsie appartiennent également à d'autres conditions de l'appareil générateur, et ce n'est qu'en les envisageant dans leur généralité qu'on peut être sûr d'en comprendre toute la signification, d'en trouver la vraie formule. M. Marrotte lui-même, bien que confiné dans le domaine de la menstruation, a dû reconnaître, comme on va le voir, que parfois l'écoulement des règles ne joue aucun rôle ni favorable ni défavorable, alors même que la marche de l'affection nerveuse est notablement influencée par le retour des époques, et il rapporte cette influence à un état dynamique de l'utérus. Évidemment cet état dynamique n'est pas propre uniquement à la période menstruelle, et il y aurait avantage à rechercher si, en étendant l'observation, on ne pourrait pas s'élever à la notion d'un principe plus général.

L'auteur divise en plusieurs catégories les faits qui font la base de son travail.

Dans la première, qui est en même temps la plus nombreuse, il n'existe aucun lien entre l'épilepsie et la menstruation. Les causes de l'épilepsie, sa marche, ses complications et ses terminaisons, sont tout à fait indépendantes des règles. Les règles, à leur tour, se comportent comme chez les autres femmes.

Dans une seconde catégorie, la menstruation n'a concouru en rien à la production de la maladie nerveuse, qui a ses causes propres ; mais elle exerce de l'influence sur la réapparition des attaques et sur leur nombre. Le plus ordinairement, l'éruption des règles donne une nouvelle impulsion à l'épilepsie (observation conforme à celle de plusieurs autres praticiens) ; une seule fois elle a produit l'effet tout opposé : elle a suspendu les attaques pour un temps. Dans quelques cas exceptionnels, c'est l'époque critique qui exerce une fâcheuse influence. Quelquefois ce n'est plus seulement l'établissement de la menstruation, mais ses retours périodiques, qui rendent les attaques plus nombreuses et plus fortes. Il est enfin des cas dans lesquels les attaques sont liées aux retours périodiques de la menstruation ; mais il existe, en dehors de cette fonction, des causes efficientes assez puissantes pour qu'il ne soit pas possible de lui attribuer la production de la maladie.

La troisième catégorie comprend les cas où la menstruation prend une part directe à la production même de l'épilepsie, mais concurremment avec d'autres causes dont l'action ne paraît pas moins manifeste. Tantôt l'éruption des règles n'est que l'occasion de la maladie convulsive ; elle agit par l'*excès d'irritabilité nerveuse* qu'elle imprime à l'organisme. *On ne peut invoquer alors une difficulté dans l'établissement des règles ou leur suppression.* Tantôt l'apparition des attaques se lie, non plus à celle de la menstruation, mais à des troubles divers de la fonction. La part des troubles menstruels est alors fort variable. La cause qui a déterminé une suppression, par exemple, peut être capable de produire à elle seule l'épilepsie ; dans le cas contraire, elle peut être aidée par une prédisposition héréditaire. On a vu des cas de cette espèce guérir par le rétablissement régulier des menstrues ; mais c'est l'exception. Ordinairement l'épilepsie est réfractaire, comme si une cause morale, la frayeur, par exemple, eût agi seule.

Dans une dernière catégorie de faits, les troubles menstruels paraissent à la fois la cause occasionnelle et la cause efficiente de l'épilepsie. Le retour des attaques, leur nombre, la marche générale de la maladie, sa terminaison, leur sont subordonnés. Ce qu'il est important de noter ici, c'est que ces troubles menstruels sont toujours la conséquence de conditions organiques, soit générales, soit locales, propres à l'individu. Et, dans les cas où il existe une cause extérieure, comme une saignée intempestive, l'application du froid, etc., cette cause agit d'une manière directe ou indirecte sur la vie organique de l'utérus et non sur le système nerveux. Il est rare alors qu'un traitement bien dirigé et capable de régulariser la menstruation ne soit pas suivi, et suivi promptement, de la cessation des convulsions épileptiques.

Nous n'avons pas besoin d'ajouter que ces diverses catégories ne sont pas établies sur de simples allégations, mais bien sur un ensemble de faits brièvement rapportés et dont les sources sont rigoureusement indiquées.

NOUVELLES CONSIDÉRATIONS PRATIQUES SUR L'ACIDE HYDROCHLORIQUE EMPLOYÉ A L'INTÉRIEUR; par le docteur CARON.

Nous avons rendu compte très-longuement l'année dernière (GAZ. MÉD., 1850, p. 583) du premier mémoire de M. Caron. Comme le titre de ce mémoire annonçait des considérations sur l'emploi de l'acide muriatique *dans diverses affections gastro-intestinales*, nous avons exprimé notre étonnement de ne rencontrer guère que des observations relatives à des affections scrofuleuses ou tuberculeuses. Le présent travail nous donne l'explication de cette singularité. « J'avais réservé, dit l'auteur, pour un moment plus opportun, les déductions théoriques que je n'étais pas encore en mesure de fournir. » Or ces déductions consistent à expliquer l'influence de l'acide employé à l'intérieur sur l'économie tout entière par l'action tonique, excitante, qu'elle exerce tout d'abord sur le tube digestif. « Seul ou uni au quinquina, au columbo, l'acide hydrochlorique, sur les sujets bien portants, n'a, dit M. Caron, d'*autre effet* que d'augmenter l'appétit, de favoriser, d'activer la digestion, de provoquer une excitabilité passagère qui tient à la rapidité avec laquelle s'opère la digestion..... Les sécrétions intestinales en reçoivent également une excitation utile : certaines femmes qui sont constamment constipées recouvrent des selles régulières sans oser des purgatifs.... L'acide hydrochlorique paraît aussi avoir la propriété de réveiller l'action péristaltique des intestins. »

Nous croyons que l'acide hydrochlorique agit encore autrement par son action directe sur le sang, qu'il rend plus plastique et qui lui-même en distribue une petite quantité à tous les organes. On est autorisé à faire cette dernière supposition, quand on se rappelle avec quelle facilité une petite dose d'acide hydrochlorique, prise par la bouche, rend leur acidité aux urines neutres ou alcalines. Il est évident que, avant de passer dans les urines, il a été porter son action sur tous les organes par l'intermédiaire de la circulation. Et nous saisirons cette occasion pour faire remarquer que c'est souvent par son action directe sur l'urine, et non par l'intermédiaire de meilleures digestions, qu'il rétablit la limpidité du liquide urinaire. On sait que les urines alcalines ont un aspect louche et blanchâtre qui disparaît dès qu'elles redeviennent acides.

Quant à la valeur thérapeutique du moyen préconisé par M. Caron, nous nous en rapportons à ce que nous avons dit dans l'analyse rappelée plus haut. Ajoutons seulement que, suivant l'auteur, l'acide hydrochlorique est un bon adjuvant à certains médicaments difficiles à supporter, et il cite deux observations où il l'a joint avec avantage aux préparations ferrugineuses.

MÉMOIRE SUR L'USAGE DU JUS DE PLANTAIN DANS LES FIÈVRES INTERMITTENTES REBELLES; par le docteur A. CHEVREUSE.

« Médecin des indigents de Charmes-sur-Moselle, dit l'auteur, il y a plus de quinze ans que je suis à la recherche d'un remède indigène, succédané du quinquina, à la portée de mes pauvres malades, pour qui le prix du sulfate de quinine devient trop élevé de jour en jour. Aussi ai-je essayé tour à tour le saule blanc, la centaurée, la millefeuille, le chlorure de chaux, le pavot, la toile d'araignée, les purgatifs et les émétiques, les évacuations sanguines, etc.... Suis-je enfin arrivé au but que je me suis proposé? » Il paraît, d'après ces paroles, que notre honorable confrère croit être le premier qui ait attribué au plantain des propriétés fébrifuges. Nous sommes obligés de rappeler que, depuis bien longtemps déjà, douze ou quinze ans peut-être, M. Perret a fait sur le même sujet une communication à l'Académie des sciences de Lausanne. M. Perret employait la racine de plantain, tandis que M. Chevreuse se sert du jus extrait des feuilles; mais feuilles et racine doivent évidemment leur propriété fébrifuge aux mêmes substances, à savoir, aux substances astringentes qu'elles contiennent. Il faut ajouter que le premier employait non-seulement le *plantago major*, avec lequel le second a fait exclusivement ses expériences, mais encore le *plantago minor* et le *plantago lanceolata*.

Ceci établi, nous devons reconnaître que les quatre observations de M. Chevreuse ont une signification très-prononcée en faveur de la vertu antipériodique du jus de feuilles de plantain. Dans trois d'entre elles, le sulfate de quinine, employé avec insistance, avait échoué. On avait aussi essayé inutilement, dans deux de ces trois cas, d'autres médications réputées efficaces contre la fièvre intermittente (purgatifs, sangsues et ventouses, diverses plantes amères, etc.). Le plus remarquable de tous est celui d'une dame de 56 ans, chez qui une fièvre tierce médiocrement intense durait déjà *depuis quelque temps* quand M. Chevreuse fut appelé. Comme la santé générale était très-mauvaise et l'estomac fort irritable, on prescrivit d'abord 35 centig., puis 60 et même 70 centig. de sulfate de quinine en lavement. Aucun changement n'étant survenu, on se décida à agir par l'estomac. On administra d'abord 50 centig. de sulfate de quinine; le surlendemain la dose fut élevée (on ne dit pas de combien). La fièvre ne fut pas modifiée, et comme l'estomac se fatiguait, la malade se refusa à continuer la médication. Pendant quelque temps, on essaya le sulfate de quinine à la dose de 2 grammes, incorporé dans une pommade avec laquelle on frotta les aisselles, les aines, etc. Plus tard ce fut le tour des préparations opiacées, puis de la toile d'araignée. Rien ne réussissant, la malade se décide à revenir au sulfate de quinine. Cette fois, elle en prend, pendant plusieurs jours, un gramme et plus dans du thé ou du café. Aucun effet. « Pourtant, ajoute l'auteur, j'ai lieu de croire que le sel fébrifuge se trouvait pur de tout mélange; j'en avais fait chercher d'ailleurs chez un autre pharmacien. » La malade se confie alors à des empiriques, qui lui font prendre des cendres de houx et d'herbe de millefeuille commune, et lui appliquent des cataplasmes de feuilles d'armoise sur l'abdomen. Enfin, la fièvre durait depuis *quatre mois* environ, quand le jus de plantain fut administré, à la dose d'un quart de verre avant le frisson. Après la première dose, la fièvre fut plus intense, et il y eut de la diarrhée; mais la seconde dose coupa la fièvre et la coupa définitivement (1).

A. DECHAMBRE et P. DIDAY.

(*La fin au prochain numéro.*)

TRAVAUX ACADÉMIQUES.

ACADÉMIE DES SCIENCES.

SÉANCE DU 7 JUILLET. — PRÉSIDENCE DE M. RAYER.

LOIS DE LA FORCE ATTRACTIVE DES LIQUIDES LES UNS PAR LES AUTRES.

M. BÉCLARD lit la première partie (partie physique) d'un mémoire sur ce sujet pour servir à l'histoire de l'absorption et de la nutrition. Ce mémoire se résume dans les conclusions suivantes :

1° Toutes les fois que deux liquides peuvent se mélanger en tout ou en partie, le mélange se fait alors même qu'on interpose entre eux une membrane organique.

2° Le mélange des liquides se fait en vertu d'une force moléculaire qui n'est pas la même pour chacun d'eux.

Lorsque deux liquides se trouvent *librement* en présence, la pesanteur qui maintient invariablement l'équilibre ne permet pas de constater la part inégale que chacun d'eux prend au mélange.

L'interposition d'une membrane entre deux liquides qui peuvent se mélanger met en évidence l'inégalité de force attractive des deux liquides.

3° La force attractive des liquides paraît varier comme leur chaleur spécifique.

Dans les phénomènes d'endosmose, les liquides qui ont la chaleur spécifique la plus grande marchent vers ceux qui l'ont plus petite. En d'autres termes, les liquides qui ont la chaleur spécifique la plus petite attirent ceux qui l'ont plus grande, avec plus d'énergie qu'ils ne sont attirés par eux.

S'il m'était permis de généraliser les phénomènes, je dirais : la force en vertu de laquelle les molécules liquides s'attirent est en raison inverse de leur chaleur de constitution.

4° Ce qui est vrai pour les liquides, l'est aussi pour les gaz, en les prenant sous le même volume et la même pression.

5° Les mouvements d'endosmose peuvent donc être considérés comme les phénomènes moléculaires de chaleur latente.

6° Ceci explique pourquoi l'eau qui, de tous les liquides, a la chaleur spécifique la plus considérable, s'endosmose vers tous les liquides; pourquoi l'hydratation des liquides détermine on change la direction du courant; pourquoi les animaux, soumis à un renouvellement perpétuel de matière, perdent continuellement de l'eau par les sécrétions urinaires, cutanées et pulmonaires pour mettre l'économie en mesure de recevoir dans son sein les matériaux dissous de la nutrition et de la chaleur.

Ces divers points seront développés dans la seconde partie de ce travail.

— M. LE MINISTRE DE L'INSTRUCTION PUBLIQUE transmet à l'Académie un mémoire SUR LA SIMPLIFICATION DES ACCOUCHEMENTS, de M. Ch. Grévin, médecin à Valence-sur-Rhône.

ACADÉMIE DE MÉDECINE.

SÉANCE DU 8 JUILLET. — PRÉSIDENCE DE M. ORFILA.

Le procès-verbal de la dernière séance est lu et adopté.

La correspondance officielle comprend :

- Une lettre du ministre du commerce qui transmet des échantillons d'eau minérale puisée à une source de la commune de Pont-de-Barret. (Comm. des eaux minérales.)

MM. RENAUDIN et MOREL communiquent chacun une notice relative au traitement des gâteux dans les asiles d'aliénés.

M. LORDAT transmet des documents relatifs à l'épidémie de suette miliaire qui vient de régner dans plusieurs localités du département de l'Hérault. (Comiss. des épidémies.)

M. le docteur JACQUES, médecin à Lure (Haute-Saône), adresse un paquet cacheté contenant l'exposé d'un nouveau procédé pour la recherche de l'arsenic dans les matières animales.

Le dépôt est accepté.

M. STURM, officier de santé à Blaudagnes (canton de Saint-Omer), envoie un paquet cacheté relatif à la découverte d'un médicament. (Accepté.)

M. PERSONNE adresse un mémoire sur le passage du mercure dans le lait des animaux soumis au traitement mercuriel et sur un procédé à l'aide duquel on y décèle la présence de ce minéral. (Comm. : MM. Caventon et H. Gaultier de Claubry.)

M. NOTTA, ex-interne des hôpitaux de Paris, envoie un mémoire sur les lésions fonctionnelles qui sont sous la dépendance des névralgies. (Commissaires : MM. Longet et Grisolle.)

EAUX MINÉRALES.

M. SOUBEIRAN lit, au nom de la commission des eaux minérales, plusieurs rapports officiels sur des demandes d'exploitation.

Le premier rapport est relatif à une demande en autorisation d'exploiter l'eau minérale de Béton-Bazoches (Seine-et-Marne). M. le rapporteur propose de répondre au ministre qu'il n'y a pas lieu d'accorder l'autorisation demandée. (Adopté.)

Le deuxième rapport a trait à une pareille demande pour la source minérale de Magny-les-Hameaux. Vu l'insuffisance des analyses et des documents, M. le rapporteur propose d'ajourner l'autorisation de livrer cette eau au public pour l'usage médical. (Adopté.)

Un troisième rapport relatif à une source minérale de Brucourt (Calvados) donne lieu à une conclusion semblable qui est également adoptée.

EAUX SULFUREUSES DE BAGNÈRES-DE-LUCHON.

M. SOUBEIRAN lit, en son nom et au nom de MM. Patissier et Bussy, un rapport sur un travail de M. Filhol, professeur de chimie à Toulouse, intitulé : RECHERCHES SUR LES EAUX SULFUREUSES DE BAGNÈRES-DE-LUCHON, SUIVIES DE CONSIDÉRATIONS GÉNÉRALES SUR LES EAUX SULFUREUSES DES PYRÉNÉES.

Après avoir analysé en détail l'important travail de M. Filhol, M. le rapporteur résume son rapport en ces termes :

(1) Cet article appartient au dernier trimestre de l'année 1850.

De tout ce qui précède, nous concluons avec l'auteur que les eaux des diverses localités des Pyrénées ne se ressemblent pas autant qu'on l'avait cru; que l'analyse d'une seule source ne peut servir à établir la constitution chimique de toutes les autres; que, pour l'effet médical, il faut faire une distinction entre les divers établissements thermaux des Pyrénées;

Que Bagnères-de-Luchon est privilégiée par la variété de ses sources; on y trouve des eaux et des degrés de sulfuration différents, et quelques-unes qui possèdent à un haut degré la propriété blanchissante, de sorte que le médecin est à même d'y varier plus qu'ailleurs la composition et les effets des bains thermaux.

M. le rapporteur conclut en demandant que l'Académie remercie M. Filhol de sa communication; qu'elle engage ce savant chimiste à lui envoyer la suite de cet important travail; et il termine en émettant le vœu qu'à la première occasion, l'Académie n'oublie pas les titres de M. Filhol aux suffrages qu'il sollicite pour le titre de correspondant.

Ces conclusions sont mises aux voix et adoptées.

— L'ordre du jour appelle la suite de la discussion sur la syphilis congénitale, à l'occasion du rapport de M. Cazeaux.

La parole est à M. P. Dubois.

SYPHILIS CONGÉNITALE; PEMPHIGUS.

M. P. Dubois : En reprenant la parole, je me propose, ainsi que je m'y suis en quelque sorte engagé dans la dernière séance, de soumettre à un examen consciencieux le rapport de notre collègue M. Cazeaux, et d'apprécier les raisons sur lesquelles il s'est fondé pour contester la validité des conclusions du travail de M. Depaul et du mien. Ces raisons, exposées avec art et présentées avec un sentiment de réserve prudente et presque sceptique, qui ne déplaît pas à une assemblée composée d'hommes que l'expérience a rendus sobres de conclusions prématurées, ces raisons, dis je, ont paru produire une vive et favorable impression.

Cette impression était-elle justifiée par la sévérité du raisonnement et par la juste application des autorités et des faits invoqués à son appui, c'est ce que je me propose de rechercher. Mais auparavant vous voudrez bien me permettre de vous rappeler le point de départ des travaux qui ont provoqué ces débats.

Lorsque l'on suit avec quelque attention la pratique d'un grand établissement destiné à recevoir des femmes en couches, il est impossible de n'être pas frappé du nombre considérable d'enfants qui naissent après avoir succombé dans le sein de leur mère depuis un temps plus ou moins long. Ce nombre est bien supérieur à celui des enfants mort-nés dans la pratique civile.

Après avoir fait, dans la recherche des causes de ces tristes événements, une large part à la misère, aux privations, aux mauvais traitements, aux excès et aux imprudences de tout genre, aux travaux trop rudes, à la nature de certaines professions, aux altérations de l'œuf, enfin aux accidents nombreux et divers qui peuvent compliquer la grossesse, on est encore inévitablement conduit à faire la part d'une autre cause, qui, bien qu'elle exerce son action dans toutes les classes de la société, est cependant plus commune dans celle qui peuple nos établissements hospitaliers. Je veux parler de la syphilis.

De ces enfants mort-nés, les uns offrent, au moment de leur naissance, les preuves évidentes d'une affection syphilitique, d'autres sont issus de parents qui en portent des traces non équivoques, ou qui, n'en présentant plus alors aucun indice, reconnaissent cependant qu'ils en ont éprouvé des atteintes certaines à une époque plus ou moins éloignée. Dans des conditions aussi simples, et je crois aussi probantes, la question d'une syphilis mortelle pour le fœtus se présente naturellement à l'esprit. Et si quelques considérations empêchent de la résoudre formellement et sans réserve par l'affirmative, néanmoins la présomption d'une infection est telle pour la plupart des cas, qu'elle justifierait la prescription d'un traitement dont le but serait de prévenir le retour des mêmes accidents.

Mais en dehors de cette première catégorie de faits qui ne laissent presque aucun doute et ne donnent lieu ordinairement à aucune hésitation, il en est une autre, c'est celle d'enfants qui naissent morts sans offrir aucune trace d'une infection syphilitique à laquelle ils ont cependant succombé, et dont les parents ne présentent ou n'avouent aucun symptôme de cette infection. Dans ce cas, la cause réelle de la mort reste ignorée ou au moins douteuse, et si elle a quelque chance de se présenter à l'esprit comme une explication plausible, ce n'est en général que quand le même malheur s'est plusieurs fois répété.

On a dû se demander, dans de telles circonstances, si, pour ces cas de mort inexpliquée du fœtus, il ne serait pas possible de découvrir en lui quelque lésion significative, laquelle, témoignage permanent et indélébile de la syphilis, révélerait la cause ignorée de la mort. Le désir et l'espoir de découvrir, si cela était possible, ces lésions caractéristiques, ont inspiré presque en même temps plusieurs travaux. Mais ceux qui les ont entrepris ont appliqué leurs investigations à des parties différentes, et plusieurs ont signalé, sur divers organes, des altérations qui leur ont paru spécifiques. Les résultats de ces recherches, qui sembleraient établir la dissémination du principe vénérien sur des organes différents, sont-ils inacceptables, et les inductions qu'on en a tirées témoignent-elles d'une logique trop facile, ainsi que le dit M. Cazeaux? Je ne le pense pas; et je rappellerai tout à l'heure que des juges plus compétents que moi en cette matière, et entendus dans la discussion présente, m'autorisent à exprimer ce sentiment.

J'ai dit, dans une séance précédente, la part que j'avais prise à ces recherches, et vous savez la place qu'elle a occupée dans cette discussion. M. Depaul, de son côté et presqu'en même temps, recueillait des observations d'indurations partielles et de suppuration des poumons produites pendant la vie fœtale, et coïncidant constamment soit avec des manifestations syphilitiques évidentes chez les enfants dont les poumons étaient ainsi altérés, soit avec des indices de syphilis ancienne chez le père et la mère de ces enfants, ou chez l'un d'eux.

Nous devions espérer, M. Depaul et moi, que si l'on nous faisait l'honneur de soumettre nos observations respectives à un contrôle scientifique, on userait, pour juger nos œuvres, du procédé que nous avions employé pour les édifier, et que des observations contradictoires et recueillies avec le même soin seraient opposées aux nôtres. Il n'en a pas été ainsi; notre collègue, M. Cazeaux, a pensé que le raisonnement et des témoignages étrangers suffiraient à son examen critique. Le raisonnement de M. Cazeaux consiste à dire que les lésions organiques signalées par M. Depaul et par moi peuvent être aussi bien le résultat d'une inflammation antérieure à la naissance que celui de la syphilis. Il rappelle, ce qui est vrai, que pendant la vie fœtale les poumons peuvent être atteints de phlegmasies partielles, que dès lors les altérations signalées par M. Depaul, offrant les caractères de lésions inflammatoires, elles peuvent être tout aussi naturellement rattachées à l'influence d'une inflammation qu'à celle de la syphilis.

M. Cazeaux s'était ainsi donné le choix entre deux causes. Ce n'était pas, ainsi qu'il l'avait dit inexactement, entre la syphilis et une inflammation, mais c'était entre une inflammation spécifique (syphilitique) et une inflammation simple. Or, des raisons puissantes militaient en faveur de la première; c'étaient: 1° la mort des enfants avant ou immédiatement après la naissance; 2° la coïncidence chez les enfants des lésions indiquées et des manifestations syphilitiques extérieures; 3° les indices d'une affection syphilitique présente chez les parents ou au moins chez l'un d'eux.

En faveur de l'inflammation simple, on ne pouvait se prévaloir que de ce qu'elle n'était pas inadmissible. Lorsque de si bonnes raisons militaient en faveur de l'une des deux hypothèses et si peu en faveur de l'autre, il semblait que la préférence ne pouvait être douteuse et qu'elle était due à la première. Cependant il n'en a pas été ainsi, et c'est la moins admissible que notre collègue a préférée. Voyons maintenant si les autorités et les faits cités avec une grande assurance par M. Cazeaux dans son rapport et dans la discussion suppléeront à l'insuffisance du raisonnement. Les autorités invoquées sont: Billard, Baron, MM. Husson, Cruveilhier, Sestier.

Un cas de pneumonie, présumée antérieure à la naissance, chez un enfant apporté à l'hospice des Enfants-Trouvés, et chez lequel on put constater, après la mort, l'hépatisation presque complète du poumon droit et le ramollissement poltacé et rougeâtre d'une partie de cet organe, telle est l'observation de Billard (1).

Des tubercules ramollis et déjà en suppuration dans le poumon d'un enfant né mort au septième mois de la grossesse, et dans le foie d'un autre qui ne vécut que huit jours, tels sont les faits que notre collègue M. Husson fit connaître à l'Académie il y a plus de vingt ans. La mère du premier de ces deux enfants était bien portante et non phthisique (2).

A l'occasion d'un cas d'abcès pulmonaire présenté à la Société anatomique comme un exemple de tubercules en suppuration chez un enfant nouveau-né, M. Cruveilhier exprima l'opinion que ces collections purulentes n'étaient pas le résultat d'une suppuration tuberculeuse, mais qu'elles constituaient des abcès multiples, consécutifs à des inflammations partielles, et il ajouta qu'il en avait vu plusieurs cas à l'hospice de la Maternité. Tels sont les faits de M. Cruveilhier (3). Quant au cas à l'occasion duquel l'autorité de M. Sestier est invoquée, il est indiqué ainsi par M. Sestier lui-même. Il présenta à M. Andral le poumon d'un nouveau-né dont la surface offrait des tubercules arrondis, d'un blanc jaunâtre, qui laissaient échapper par l'incision un pus phlegmoneux, et un grand nombre de foyers pareils occupaient la profondeur de l'organe. Les abcès, dit M. Sestier, se forment assez souvent dans la pneumonie mamelonnée des enfants (4). Quant au cas de Baron, il m'a été impossible d'en retrouver la trace.

Quelle était l'intention de M. Cazeaux en citant ces faits pathologiques? C'était évidemment de démontrer qu'ils étaient analogues à ceux qu'avait observés M. Depaul, et que cependant ils avaient une origine très-différente. D'abord, l'analogie est très-contestable; quant à la différence d'origine, où est la preuve? Pour que M. Cazeaux fût en droit d'affirmer cette différence, il faudrait qu'au moins les médecins qui ont rapporté ces faits eussent songé à s'enquérir de la santé des parents, et que cette enquête eût été possible; mais le silence des auteurs à cet égard implique le contraire. Non-seulement rien n'autorise à supposer que ces recherches aient été faites, mais il est d'ailleurs certain que l'absence des parents, dans la plupart de ces cas, rendait de telles recherches impossibles. J'ajouterai qu'à l'époque où ces observations furent faites, il n'existait aucune des préoccupations que de telles lésions suscitent en ce moment. Aussi me paraît-il que M. Depaul serait tout aussi autorisé à considérer quelques-uns de ces cas comme des exemples d'une inflammation spécifique, que M. Cazeaux croit l'être à n'y voir que des résultats d'inflammations simples et partielles.

Les relations de causalité entre les affections syphilitiques et les lésions observées par M. Depaul et par moi, se sont naturellement présentées à notre esprit quand nous avons vu ces dernières coïncider avec des manifestations syphilitiques évidentes pour nous, soit chez les enfants eux-mêmes, soit chez leurs parents, et ces relations ont pris plus tard l'importance d'un fait au moins très-probable, quand les coïncidences se sont répétées dans presque tous les cas observés par nous.

(1) Billard, Traité des maladies des enfants, 2e éd., p. 522.
(2) Dict. de méd. en 30 vol., 2e éd., p. 583.
(3) Leçons de clin. méd. de M. le professeur Chomel, t. III, p. 59.
(4) Id. id. p. 58.

M. Cazeaux ne pense pas que ces motifs fussent suffisants. Ce n'est pas assurément qu'il refuse aux coïncidences toute valeur en étiologie, car il sait parfaitement qu'elles sont l'élément essentiel et indispensable de toute doctrine étiologique; mais notre collègue impose sans doute à la coïncidence, pour qu'elle soit significative, des conditions particulières. Mais quelles sont-elles? Il m'a été impossible, quelque attention que j'aie apportée dans l'examen de son rapport, de résoudre cette question. Serait-ce, par exemple, que celui des deux faits qui, dans une coïncidence, constitue la cause, c'est-à-dire, dans le cas présent, la syphilis, ait le double privilége de produire constamment les lésions qu'on lui impute, et d'être la seule cause qui les puisse produire? Eh bien! je n'hésite pas à dire que si de telles conditions sont imposées aux coïncidences pour qu'elles puissent être prises en considération dans la recherche des causes des maladies, il n'est pas une seule doctrine étiologique qui reste debout, et je n'en excepte pas même celles de notre collègue; il me sera facile de lui en donner la preuve. J'ouvre son TRAITÉ D'ACCOUCHEMENTS, et je vois que la syphilis est une cause fréquente d'avortement. Sur quoi se fonde cette assertion, que je tiens pour incontestable? Sur ce que l'avortement est souvent observé chez des femmes enceintes et atteintes de syphilis, c'est-à-dire sur la coïncidence fréquente de la syphilis et de l'avortement; mais si, m'autorisant de son exigence actelle, je me prévalais contre lui de ce que la syphilis ne provoque pas toujours l'avortement, et de ce que des causes étrangères à cette affection peuvent le provoquer, même chez des femmes atteintes de cette maladie, croirait-il que j'aie présenté contre son opinion une objection de quelque valeur? Il ne le croirait pas, et ce serait avec raison.

Son scepticisme à l'occasion des coïncidences de la syphilis et des lésions que M. Depaul et moi nous avons observées, ne me semble pas plus fondé. Et je suis convaincu qu'une seule raison lui donne en ce moment plus de chance de rencontrer quelque faveur : c'est qu'il s'agit d'une question nouvelle. L'étude des manifestations syphilitiques s'est appliquée si généralement à l'observation des phénomènes appréciables à la vue, soit sur le tégument externe, soit sur les membranes muqueuses, et ces manifestations sont en effet si nombreuses et si communes, que la possibilité de lésions organiques profondes, sous l'influence de la maladie vénérienne, a été pendant très-longtemps méconnue, et qu'elle est probablement aujourd'hui encore révoquée en doute ou difficilement acceptée par beaucoup d'esprits. Ce n'est pas, je le crois, une des moindres raisons pour lesquelles les résultats des recherches entreprises par M. Depaul et par moi rencontrent aujourd'hui quelque incrédulité; ce ne sera pas non plus un des moindres avantages de cette discussion d'avoir provoqué de la part de nos collègues, MM. Ricord et Lagneau, c'est-à-dire de quelques-uns des hommes les plus compétents, cette proposition très-explicite, qu'il n'est presque aucun des organes profonds de l'économie qui ne puisse être atteint et altéré par la syphilis.

J'arrive maintenant à un point de la discussion qui me touche exclusivement.

Je me suis souvent autorisé, dans le travail qui a été en partie le sujet de cette discussion, de la coïncidence du pemphigus et des collections purulentes dans le thymus de quelques enfants nouveau-nés, pour en conclure que ces derniers étaient un résultat de la syphilis; le pemphigus est donc considéré par moi comme une manifestation syphilitique, et je maintiens cette opinion. Ce n'est pas sur ce point que j'avais cru devoir faire les réserves qui ont été, dans la dernière séance, le sujet de mes explications; cependant la nature syphilitique du pemphigus des nouveau-nés a été contestée formellement par M. Cazeaux. Je pense qu'il a tort, et j'espère le prouver; mais quelques mots préalables sont nécessaires pour la clarté de cette discussion.

Le pemphigus que je regarde comme syphilitique est caractérisé par des vésicules pour la plupart volumineuses et rapprochées; elles sont presque toutes remplies par du pus d'une couleur jaune très-prononcée. Les plus remarquables sont développées sur la face plantaire des pieds et sur la face palmaire des mains, et reposent sur une peau dont la teinte violette ou bleue contraste avec la couleur rosée des autres parties. Là les vésicules sont si pressées en général qu'elles se touchent et semblent se confondre par quelque point de leur base.

Les vésicules répandues sur les autres parties du corps y sont ordinairement plus séparées les unes des autres et moins volumineuses; la peau sur laquelle elles sont placées n'y présente pas au même degré la teinte bleue que je viens de signaler. Cette teinte est même le plus souvent absente sur le tronc. L'apparition du pemphigus syphilitique précède généralement la naissance, et un laps de temps assez long pour que, dans la plupart des cas, l'on puisse voir, aussitôt que l'enfant est né, des vésicules déjà crevées et vides à côté d'autres qui commencent à paraître et d'autres encore qui sont parvenues au terme de leur évolution. Le fond des vésicules ouvertes est constitué par le derme rouge et intact dans quelques cas, érodé superficiellement dans quelques autres, plus profondément dans un petit nombre. Les bords de la plaie, dans cette dernière circonstance, sont parfois un peu relevés et arrondis, et l'on voit alors en différents points les apparences des dernières périodes de l'ecthyma. Cette éruption existe le plus souvent chez des enfants bien développés, et dont la nutrition s'est très-normalement accomplie jusqu'au moment de leur naissance. Dans tous les cas où j'ai vu le pemphigus offrir nettement les caractères que je viens d'indiquer, les enfants ont fatalement succombé dans l'espace de quelques jours. L'altération de leur santé a été si profonde et si rapide, quels qu'aient été d'ailleurs les soins qu'ils ont reçus et les précautions prises à leur égard, qu'il a été le plus souvent impossible d'attribuer leur mort à d'autres causes que leur maladie. Tels sont, à mon sens, les caractères du pemphigus des nouveau-nés. Je ne regarde pas en conséquence comme une manifestation syphilitique quelques vésicules ce petit nombre, se montrant après la naissance chez des enfants débiles, éparpillées ordinairement sur le tronc, sans autre altération de la peau qu'une aréole légèrement rosée, et disparaissant spontanément dans l'espace de quelques jours. C'est donc à tort, selon moi, que Kranss a rassemblé, sous le titre de pemphigus des nouveau-nés, et sans établir une distinction qui était nécessaire, des observations de pemphigus simple et de pemphigus syphilitique, et c'est, je crois, sous l'influence des idées contenues dans ce travail que les caractères syphilitiques du pemphigus ont été si longtemps méconnus.

Avant d'indiquer ces caractères, qu'il me soit permis de faire une remarque.

Lorsque la syphilis se révèle par des altérations cutanées, elle n'a pas, on le sait bien, de manifestation qui lui soient absolument propre; elle emprunte toujours les formes communes des éruptions vulgaires, et si elle les modifie pour leur imprimer son cachet, elle leur laisse néanmoins leurs traits généraux distinctifs et prédominants. Je ne sache pas de maladie cutanée proprement dite qui ne puisse être une révélation de la syphilis, et je ne comprendrais pas que le pemphigus fût assez privilégié pour rester pur de cette association.

Des pathologistes distingués ont admis un pemphigus syphilitique (1). Vous avez entendu notre collègue M. Ricord admettre, sur des preuves convaincantes, la réalité du pemphigus vénérien chez l'adulte; il en a fait fait figurer et vous en a montré un exemple remarquable à beaucoup d'égards. Il est vrai qu'il a été un peu moins explicite quant au pemphigus des nouveau-nés; néanmoins je suis certain qu'il n'hésitera pas à l'admettre quand je lui aurai donné l'assurance que, dans la très-grande majorité des cas, le pemphigus que j'ai décrit coïncide, chez les nouveau-nés, avec les apparences d'une santé d'ailleurs parfaite. Ils ne diffèrent en rien, sous ce rapport, de beaucoup d'enfants qui, procréés par des parents infectés, naissent exempts de tout indice de syphilis, bien qu'ils soient destinés à en éprouver plus tard les accidents secondaires. Voici d'ailleurs mes raisons pour croire à la nature syphilitique du pemphigus des nouveau-nés.

Dans la plupart des cas qui se sont présentés à mon observation, j'ai pu constater des traces d'une syphilis ancienne chez les parents des enfants affectés de pemphigus, ou obtenir d'eux à cet égard des renseignements probants. Quand je n'y ai pas réussi, l'absence du père en a été presque toujours la cause. L'un des faits les plus remarquables de ce genre a été soumis par moi à notre très-regrettable et ancien collègue Cullerier neveu. Il m'avait prié de lui faire voir un enfant nouveau-né atteint de pemphigus, parce que cette affection lui était inconnue. L'occasion s'en étant présentée bientôt après à l'hospice de la Maternité, je lui fis voir un enfant né vivant, parfaitement développé et couvert de bulles de pemphigus. Il vit également la mère, et il put reconnaître chez elle les traces trop évidentes d'une ancienne affection syphilitique non guérie encore, qui venait de détruire une partie des os du nez et y avait produit la déformation caractéristique.

Chez l'un des premiers enfants que j'aie vus atteints de pemphigus et morts presque aussitôt après être nés, il existait sur le pilier antérieur gauche du voile du palais une ulcération peu profonde, de forme elliptique, et dont la surface était couverte de pus concret. En arrière, sur la partie correspondante de la membrane muqueuse du pharynx, on voyait une autre ulcération plus profonde que la précédente, et recouverte de même d'une couche de pus en partie desséché.

Chez un autre enfant également couvert de bulles de pemphigus, le pli que forme l'aile du nez du côté gauche, avec la lèvre supérieure, présentait une érosion profonde du derme, érosion couverte d'une croûte assez épaisse : c'était évidemment la base excavée d'une bulle de pemphigus, ou plutôt d'une pustule d'ecthyma mêlée à l'éruption prédominante. En outre, une ulcération superficielle s'était produite sur un point voisin de la membrane pituitaire, et une autre plus profonde avait complétement perforé la cloison des fosses nasales. Ces lésions furent observées aussitôt après la naissance. J'ai cité ce fait curieux dans ma seconde leçon de concours pour la clinique d'accouchement, à l'occasion d'un enfant atteint d'ophthalmie puriforme, et en discutant la question de l'inoculation de la syphilis au moment où l'enfant traverse les voies génitales.

Dans votre dernière séance, notre collègue M. Lagneau a cité l'observation d'un cas de pemphigus compliqué de carie de l'un des tibias; cette observation lui avait été communiquée par un de mes anciens chefs de clinique, M. le docteur Laborie.

Permettez-moi de vous rappeler que notre collègue M. Danyau vous a cité le cas d'un enfant affecté de pemphigus congénial, et chez lequel s'est développé un peu plus tard une roséole, à laquelle un juge très-éclairé et très-compétent, notre confrère M. Cullerier a reconnu le caractère syphilitique.

Enfin, il y a à peu près douze ans, je donnai des soins à une jeune femme dont le mari, atteint d'une affection syphilitique primitive, avait eu l'imprudence de cohabiter avec elle, et l'imprudence non moins grande de n'employer que très-négligemment un traitement curatif. Après quelques mois, des accidents secondaires se manifestèrent chez l'un et chez l'autre, la jeune femme devint enceinte et elle accoucha, au quatrième mois et demi de sa grossesse, d'un fœtus qui paraissait avoir cessé de vivre depuis quelques jours. Ce ne fut qu'alors et à l'occasion de cet accident que j'appris les circonstances que j'ai relatées. Je réclamai l'assistance de notre collègue M. Chomel, et il fut convenu entre lui et moi que le mari et la femme seraient soumis à un traitement antisyphilitique. Il était commencé depuis trois mois à peu près, sans avoir été suivi avec l'exactitude désirable, lorsque survint une seconde grossesse; elle parvint cette fois jusqu'à une époque très-rapprochée du terme. L'accouchement eut lieu d'une manière imprévue, et il eut pour résultat la naissance d'un

(1) Cazenave, DICT. DE MÉD. EN 30 VOL., t. XXIX, p. 147 : *Syphilide bulleuse*. — Ricord, CLINIQUE ICONOGRAPHIQUE : 13e livraison, pl. 25; et 14e livraison, pl. 46.

enfant mort et couvert de pemphigus. Cette jeune femme étant redevenue enceinte une troisième fois pensa, sur l'avis d'une de ses amies, qu'elle aurait peut-être une chance plus heureuse si elle changeait d'accoucheur. Notre collègue M. Moreau fut alors mandé, et sa nouvelle cliente put croire, en effet, que le sort lui était devenu plus favorable, car elle parvint cette fois au terme de sa grossesse et elle mit au monde un enfant vivant et, en apparence, bien portant; cependant quinze jours ou trois semaines après une éruption syphilitique apparut. D'après le conseil de M. Moreau et de notre regrettable collègue M. Baron, l'enfant fut soumis à un traitement antisyphilitique, et il guérit.

J'ai maintenant exposé mes raisons pour regarder le pemphigus congénial, quand il présente les caractères que j'ai exposés, comme une manifestation syphilitique.

Voyons maintenant quels sont les motifs de M. Cazeaux pour soutenir le contraire.

« Le pemphigus, dit-il, décrit par M. Dubois, se développe pendant la vie intra-utérine ou très-peu de jours après la naissance; or tous les syphiliographes sont d'accord pour affirmer que la vérole héréditaire ne se développe qu'après plusieurs semaines et même plusieurs mois. » J'en demande pardon à notre collègue, mais il fait ici une pétition de principe, car le fait qu'il invoque est précisément ce qui est en question. Si j'ai pu prouver, et je crois y avoir réussi, que le pemphigus des nouveau-nés est une manifestation vénérienne, il ne sera plus vrai que la vérole héréditaire ne se développe que plusieurs semaines ou plusieurs mois après la naissance; mais il n'est même pas nécessaire que le pemphigus soit syphilitique pour que la première proposition soit inexacte; et en effet les enfants procréés par des parents vénériens ne succombent-ils pas très-souvent avant de naître? Qu'est-ce donc que leur mort si ce n'est pas un témoignage de l'influence funeste exercée sur eux par la syphilis, si ce n'est pas en un mot une manifestation de la vérole héréditaire? Eh bien! entre cette manifestation et celles qui succèdent à la naissance, il en faut placer une autre maintenant, c'est le pemphigus qui appartient tout à la fois à la vie intra-utérine et à la vie extérieure.

Les altérations syphilitiques héréditaires sont rarement isolées, dit M. Cazeaux; presque toujours on rencontre chez le même individu plusieurs manifestations de l'infection générale; cette proposition présentée comme une objection par notre collègue aura, je le suppose, perdu beaucoup de sa valeur, même à ses propres yeux, après les faits de M. Laborie, de M. Danyau et les miens; car ces faits mettent hors de doute l'association possible du pemphigus et de plusieurs autres manifestations syphilitiques.

La gravité du pemphigus chez les nouveau-nés, dit encore notre collègue, est sans doute un des arguments les plus puissants qu'on puisse faire valoir en faveur de sa nature syphilitique; mais ne serait-il pas possible de trouver, dans les conditions hygiéniques de ces pauvres enfants, la cause d'une mort si prompte et si inexplicable? D'ailleurs, ajoute-t-il, le pemphigus des nouveau-nés n'a pas toujours cette terminaison fatale. M. Valleix a cité plusieurs exemples de guérison, et il a pu se convaincre que plusieurs mois après, ces enfants n'offraient aucun symptôme d'une maladie quelconque. M. le docteur Roger affirme avoir vu plusieurs cas semblables à l'hospice des Enfants trouvés, et le docteur Guillot a vu assez souvent le pemphigus des nouveau-nés guérir sans aucun traitement spécial pour ne pas comprendre comment on peut établir entre ces deux maladies des relations de causalité. Voilà les objections de M. Cazeaux.

La gravité du pemphigus est malheureusement trop réelle, et j'en ai fait, ainsi qu'on l'a vu plus haut, un de ses caractères, mais je ne crois pas qu'on puisse raisonnablement attribuer les résultats ordinairement funestes de cette affection aux conditions hygiéniques dans lesquelles les enfants sont placés; l'altération est trop soudaine, la mort trop rapide pour qu'il en soit ainsi. Si cette terminaison a été constante dans les cas que j'ai vus, on comprendra que je mette sur le compte d'une confusion et d'un malentendu très-réels la mention contradictoire et des faits observés et des opinions qui auraient été exprimées par mes confrères MM. Valleix, Guillot et Roger. M. Valleix n'a vu et décrit que des cas de pemphigus vulgaire composés de deux ou trois ou quatre bulles très-probablement postérieures à la naissance, et qui ont disparu rapidement et sans aucune médication. M. Natalis Guillot a vu les deux genres de pemphigus, et loin de regarder cette affection comme inoffensive, il la croit au contraire à peu près infailliblement mortelle quand les mains et les pieds sont le siége de bulles étendues et nombreuses. Je ne me suis pas entretenu avec M. Roger, mais je suis certain d'avance que les cas observés par lui ne sont que des cas de pemphigus vulgaire.

« Mais, ajoute M. Cazeaux, jamais on n'a vu dans l'hôpital de Lourcine, c'est-à-dire au milieu d'une population de femmes enceintes et syphilitiques, jamais on n'a vu naître un enfant atteint de pemphigus. » Je ne comprends pas très-bien le sens de cette objection, elle n'a pas pour but évidemment de contester la réalité du pemphigus syphilitique ou non syphilitique chez les nouveau-nés. Or quelle que soit la nature réelle du pemphigus si cette affection est particulière aux enfants nouveau-nés, ce qui n'est pas contesté par M. Cazeaux, ne devrait-on pas la rencontrer quelquefois à ce titre seul dans l'hôpital de Lourcine, puisque des enfants y naissent chaque année et depuis bien des années. Comment se fait-il donc qu'on ne l'y ait pas vue encore, du moins à ce qu'on assure, pendant qu'elle se montre à peu près chaque année soit à l'hospice de la Maternité, soit à la Clinique d'accouchements?

Si j'adressais cette question à notre collègue, il me répondrait, sans aucun doute, que le nombre des accouchements à la Maternité et à la Clinique est beaucoup plus grand qu'à Lourcine. Eh bien! c'est précisément cette raison qui fait que le pemphigus syphilitique n'y a point été encore observé.

Le pemphigus, ainsi que le dit avec raison notre collègue, est un des phénomènes les plus rares de la syphilis; or le nombre des accouchements qui ont lieu chaque année à Lourcine est en moyenne de 38 à 40; il a été en tout de 113 pour les trois dernières années qui viennent de s'écouler. Dans le même espace de temps 13,000 femmes au moins sont accouchées à la Maternité et à la Clinique. Il est vrai que ces hôpitaux ne sont pas, comme celui de Lourcine, destinés à recevoir des femmes atteintes de syphilis; mais, si petite que l'on veuille faire la part des femmes qui accouchent à la Materninité ou à la Clinique étant atteintes de syphilis inaperçue à l'état secondaire ou tertiaire, ou portant dans leur sein des enfants procréés par des pères syphilitiques, ce nombre sera toujours infiniment supérieur à celui des femmes que reçoit l'hôpital de Lourcine. Aussi n'y a-t-il pas lieu d'être surpris que des cas de pemphigus congénial se voient quelquefois à la Maternité et à la Clinique d'accouchement, et qu'ils soient presque inconnus à Lourcine. L'objection fondée sur l'absence complète du pemphigus congénial dans ce dernier établissement ne me paraît plus avoir la valeur que lui prêtait notre collègue.

J'aborde maintenant, et ce sera pour moi le terme de cette discussion, un point qui a préoccupé vivement notre collègue, bien qu'il ne dut être que le sujet très-secondaire de son examen critique: je veux parler d'une donnée thérapeutique indiquée dans le travail de M. Depaul et aussi dans le mien; car je ne suis nullement disposé à me décharger de cette responsabilité.

M. Depaul et moi nous avions espéré que nous pourrions trouver dans quelques lésions caractéristiques d'une syphilis mortelle chez le fœtus ou l'enfant nouveau-né, une raison suffisante pour prescrire un traitement antivénérien; avions-nous eu tort? M. Cazeaux l'a pensé, et il s'est fondé sur deux raisons principales; la première c'est que les lésions signalées par M. Depaul et par moi n'étaient pas les conséquences de la syphilis, et la seconde, ce sont les influences fâcheuses de la médication antivénérienne et la perturbation morale répandue dans une famille en y déclarant l'existence d'une vérole invétérée. Je crois avoir réfuté la raison déduite de la nature non syphilitique des lésions; quant à la seconde, elle est dans l'expression certainement fort exagérée. Est-il vrai d'abord qu'un traitement antivénérien puisse exercer des influences fâcheuses? Non, s'il est judicieusement appliqué et attentivement dirigé.

Pour juger le mérite d'un procédé, il faut en supposer toujours un emploi opportun et une direction éclairée. Je ne crois pas qu'il puisse y avoir parmi les hommes expérimentés qui m'écoutent une contradiction sérieuse à cet égard; et si je voulais m'autoriser de faits empruntés à la pratique journalière des hôpitaux ou de la ville, je pourrais faire voir des prescriptions de cette nature conseillées, acceptées et suivies dans des cas beaucoup plus incertains et beaucoup moins sérieux que celui d'un ménage, dans lequel des accouchements d'enfants morts ou mourants détruisent l'espérance d'une progéniture. S'il est donc vrai qu'un traitement antivénérien soit exempt des dangers qui préoccupent notre collègue, doit-on être arrêté par la crainte de répandre l'inquiétude dans une famille? On le pourrait, sans doute, s'il était nécessaire que tous les intéressés fussent dans la confidence de l'opinion et des prescriptions du médecin. Mais notre collègue connaît lui-même parfaitement, et il n'est aujourd'hui, je pense, aucun homme de l'art qui ne connaisse les artifices légitimes et faciles à l'aide desquels un traitement peut être suivi par un mari qui le sait et par sa femme qui l'ignore. Voilà pourquoi j'ai pu dire que dans cette question M. Cazeaux s'était surtout préoccupé d'un point qui n'aurait dû être que le sujet très-secondaire de son examen critique. Cette préoccupation aurait-elle pu et dû se porter utilement ailleurs? Je le pense.

Le travail de M. Depaul était l'un des premiers pas faits dans une voie encore inexplorée d'observations anatomo-pathologiques chez les enfants qui succombent à la syphilis, soit pendant la grossesse, soit aussitôt après la naissance. La syphilis peut tuer l'enfant dans le sein de sa mère ou le condamner à périr presque aussitôt qu'il est né, cela est su depuis longtemps. Mais comment s'exerce cette funeste influence? Le mal devient-il mortel par la seule altération de l'élément essentiel de la nutrition? Pénètre-t-il dans les organes et en altère-t-il la structure, et, s'il en est ainsi, quels sont les organes surtout affectés, quelle est la nature de ces altérations, à quelle époque de la vie fœtale se produisent-elles, et, dans les cas où elles ne seraient pas mortelles, quelle influence pourraient-elles exercer après la naissance sur les fonctions des organes altérés? Quelle lumière la connaissance de ces altérations pourrait-elle répandre sur les causes réelles et trop souvent inconnues de la mort du fœtus? A quelles inductions précieuses leur étude conduirait-elle, peut-être, relativement aux effets problématiques encore pour beaucoup d'esprits, que la syphilis produit sur les organes de l'adulte? Quels enseignements, enfin, les résultats de ces recherches pourraient-ils fournir à la thérapeutique? Telles sont quelques-unes des questions pleines d'intérêt que les hommes engagés dans des recherches analogues à celles de M. Depaul rencontreront infailliblement sur leur route.

Il appartenait, ce me semble, à l'esprit lucide, judicieux et distingué de M. Cazeaux, de reconnaître et de signaler dans le travail dont il était chargé de rendre compte à l'Académie, cette perspective de résultats intéressants et utiles, et il y a lieu de regretter qu'il se soit laissé détourner des considérations élevées de cette question par la préoccupation d'un point qui ne pouvait être, comme je l'ai déjà dit, que le sujet très-secondaire de son examen critique.

M. Cazeaux: L'Académie comprendra qu'il m'est impossible de répondre immédiatement au long discours de M. P. Dubois. Il a touché à des points très-divers et très-nombreux, et il y aurait de l'injustice à me refuser le délai qu'il a lui-même jugé convenable de prendre pour réfuter mon rapport. Je demande donc à l'Académie de vouloir bien me réserver la parole pour la prochaine séance.

Pourtant, je tiens à répondre immédiatement à la dernière partie du discours de M. P. Dubois, dans laquelle il semble me reprocher de n'avoir pas rendu à

M. Depaul toute la justice qui lui est due. C'est une insinuation à laquelle je suis très-sensible, et que je tiens à repousser de suite.

Je l'ai déjà dit dans la dernière séance : le soin que j'ai apporté à l'examen du travail de M. Depaul, témoigne suffisamment de l'estime que je professe pour son auteur. On laisse passer sans discussion une banalité, un mémoire sans importance; mais quand se présente un travail sérieux, quand son auteur est un homme d'une valeur réelle, il est du devoir du rapporteur de soumettre à une discussion minutieuse les faits sur lesquels il s'appuie et les conclusions qu'il a cru pouvoir en déduire : c'est ce que j'ai fait. Mais, en me livrant à cet examen critique, j'ai bien souvent, dans mon rapport, répété que les recherches anatomo-pathologiques de l'auteur étaient un véritable service rendu à la science; et, par les conclusions que l'Académie a bien voulu adopter, non-seulement elle l'engage à les continuer, mais lui exprime encore tout l'intérêt qu'elles lui inspirent. En vérité, je ne crois pas pouvoir mieux faire.

Un mot encore. M. P. Dubois m'a reproché de n'avoir pas logiquement interprété les faits de Baron, Billard, Husson, Cruveilhier, etc. D'après lui, ces faits n'ont aucune analogie avec ceux de M. Depaul, et, d'ailleurs, leur auteur, n'étant nullement préoccupé de la possibilité de leur étiologie syphilitique, n'ont fait à cet égard aucune recherche. Il a rappelé un fait cité par M. Cruveilhier à la Société anatomique, et qui, en effet, tel qu'il est raconté dans les bulletins de cette société, n'a pas une très-grande importance. Mais ce n'est pas à ce fait seulement que j'avais fait allusion en disant que M. Cruveilhier avait observé des faits semblables. Il en est d'autres qui ont échappé à MM. Dubois et Depaul, et qui pourtant se trouvent dans le bel atlas d'anatomie pathologique. Si ces faits avaient été connus, M. Dubois ne m'aurait peut-être pas reproché d'avoir, sans raison suffisante, rattaché ces altérations pulmonaires à une pneumonie lobulaire. En les examinant avec soin, en effet, on peut suivre pas à pas les divers degrés de la phlegmasie depuis la simple congestion séro-sanguine jusqu'à la suppuration. Ainsi, l'observation première nous montre plusieurs lobules pulmonaires infiltrés de sang. Dans les observations 2 et 3 les poumons sont infiltrés de sang et imperméables dans les trois quarts ou la totalité de leur étendue. Les observations 4 et 5 offrent des poumons dont le tissu est induré, et dans l'état qu'on désigne sous le nom de pneumonie des enfants. Dans l'observation 6, on retrouve l'induration grise, et dans l'observation 10 la pneumonie lobulaire avec suppuration; enfin, dans les observations 7, 8, 9, 10, 11, l'infiltration séro-sanguine des poumons coïncidait avec des pemphigus.

Et ce qui prouve que l'attention de l'auteur était éveillée sur l'importance que pouvait avoir la syphilis des parents, c'est que, dans plusieurs cas, il note chez l'un d'eux la coexistence de symptômes vénériens, soit existants, soit antérieurs. Pour les autres, il n'en dit rien, et j'en conclus qu'elle ne se rencontre pas, car on ne mentionne dans une observation que ce qui existe et non ce qu'on n'observe pas.

Eh bien! voici des faits qui prouvent quelle est la marche de ces altérations anatomiques. Nous surprenons ici chaque phase de leur évolution, et nous voyons que cette marche est la même que celle de la pneumonie lobulaire des enfants très-jeunes. Tantôt ces enfants appartiennent à des parents vérolés, tantôt à des parents sains, au moins devons-nous le supposer d'après le silence de l'auteur. Et vous voulez qu'en présence d'altérations identiques dans leurs caractères physiques et dans leur évolution successive, j'attribue les uns à une influence syphilitique supposée *seulement* par l'état des parents, et que je considère les autres comme un résultat de la pneumonie ordinaire des jeunes sujets. Mais pourquoi cette différence, et où vous arrêterez-vous dans cette voie?

Mais je m'arrête, et ne veux pas, avant d'avoir sous les yeux le mémoire de M. P. Dubois, entrer plus avant dans une discussion que l'Académie me permettra, j'espère, de reprendre dans la prochaine séance.

M. P. Dubois : M. Cazeaux se trompe quand il dit que j'ai procédé à son égard par insinuation. Il n'est pas dans mes habitudes de faire jamais des insinuations contre personne; je n'ai donc pas voulu insinuer que M. Cazeaux n'ait point sciemment rendu justice au travail de M. Depaul. J'ai dit seulement qu'il était arrivé à M. Cazeaux ce qui peut arriver à chacun de nous, c'est-à-dire qu'ayant été plus particulièrement impressionné à la lecture du mémoire de M. Depaul, d'un point sur lequel il était en dissidence avec lui, il ne s'était occupé à peu près exclusivement que de ce point-là dans son rapport, et qu'il avait négligé tout le reste.

Quant aux faits relatifs aux abcès du poumon et du thymus, que M. Cazeaux vient de citer et qu'il a empruntés à M. Cruveilhier, je n'en révoque nullement en doute l'exactitude. Mais lorsque M. Cazeaux nous dit que M. Cruveilhier a été préoccupé, en rapportant ces faits, de leur origine et qu'il en avait recherché les conditions étiologiques, je ne crains pas de répondre que M. Cruveilhier n'a pas fait cette recherche, à coup sûr, avec le même soin que nous y avons mis M. Depaul et moi.

M. Gibert : Bien que craignant de rentrer dans une discussion qui pourrait fatiguer l'académie, je demande la permission de signaler deux faits généraux avancés dans cette discussion et qui sont tous deux erronés.

1° On a dit que le virus syphilitique pouvait manifester sa présence à la peau par toutes les lésions possibles. C'est une erreur; il est des éruptions que le vice syphilitique ne produit jamais, et je citerai notamment les éruptions *dartreuses* proprement dites, savoir, l'*impetigo* et l'*eczema*.

Qu'on y prenne garde, moi qui ne suis pas disposé à faire très-large la part de notre époque, je lui accorde au moins ceci, c'est qu'elle a apporté un grand perfectionnement et une grande précision dans le diagnostic. Or, ce serait seulement méconnaître ce progrès que de se contenter aujourd'hui d'indications vagues et d'indices commémoratifs qui suffisaient à nos devanciers pour déclarer une éruption quelconque de nature syphilitique. Je ne crains, je l'avoue, que ce ne soit là le cas du *pemphigus* trop facilement placé par MM. P. Dubois et Depaul au rang de *syphilides*.

2° On a regardé comme un progrès dû à des recherches toutes modernes, cette découverte pathologique qui fait rapporter à la diathèse syphilitique des lésions internes jusque-là regardées comme tout à fait étrangères à cette diathèse.

Mais bien loin de constituer un progrès, cette découverte pourrait bien n'être qu'un pas rétrograde, car presque tous les médecins du siècle dernier et des premières années de celui-ci n'étaient que trop disposés à admettre comme syphilitiques toutes les formes connues de maladies générales ou locales, internes ou externes; c'est pour cela qu'ils avaient déclaré le virus syphilitique un *protée* qui pouvait se déguiser sous toutes les formes.

Aussi, tout en applaudissant aux recherches intéressantes de M. P. Dubois et de M. Depaul sur le *pemphigus* des nouveau-nés et sur les abcès du thymus et du poumon, tout en reconnaissant que plusieurs observateurs ont fait de louables efforts pour reconnaître et apprécier les lésions organiques diverses qui peuvent exister dans la *cachexie syphilitique*, nous sommes cependant obligés d'attendre que ces recherches et ces efforts aient abouti à des caractères propres à spécialiser des lésions et à les distinguer de toutes les autres; jusque-là il nous faut rester dans le doute.

— M. Amussat présente la personne qui fait le sujet d'une observation d'anévrisme faux consécutif de l'artère cubitale à la partie inférieure du bras gauche, que nous reproduirons textuellement.

— M. Baudens présente un malade auquel il a extirpé, il y a vingt-quatre jours, l'os maxillaire supérieur gauche en totalité, une portion du maxillaire droit, le vomer, les cornets, une portion de l'os malaire et la face nasale de l'ethmoïde. M. Baudens a eu recours, pour pratiquer cette opération, au procédé de M. Velpeau, modifié en raison du développement et de l'altération des parties osseuses qu'il a dû enlever. La guérison a marché rapidement et sans entraves, grâce à l'application locale de la glace, maintenue pendant plusieurs jours.

(Comm. : MM. Bégin et Gimelle.)

La séance est levée à cinq heures.

BIBLIOGRAPHIE.

TRAITÉ DU GOÎTRE ET DU CRÉTINISME SUIVI DE LA STATISTIQUE DES GOÎTREUX ET DES CRÉTINS, DANS LE BASSIN DE L'ISÈRE EN SAVOIE, DANS LES DÉPARTEMENTS DE L'ISÈRE, DES HAUTES-ALPES ET DES BASSES-ALPES; par le docteur B. Niépce. — 1851. Paris, chez J.-B. Baillière.

Lors de la discussion sur le crétinisme à l'Académie de médecine, M. Caventou annonça un travail encore inachevé de M. le docteur Niépce, qui devait battre en brèche l'opinion de M. Grange sur la cause du crétinisme. Ce travail était un gros volume in-8°, celui que nous annonçons aujourd'hui. Ce n'est pas seulement une étude étiologique, mais bien une histoire complète de la maladie, de son origine, de ses caractères anatomiques et physiologiques, de ses causes et de son traitement. Les débats de l'Académie sont venus à temps pour permettre à l'auteur d'en tirer parti et de redoubler de soins en venant aux questions qui y ont été principalement agitées, questions vitales, si on se le rappelle, les plus graves qui se puissent poser au sujet du crétinisme. Cette circonstance ajoute beaucoup à l'intérêt actuel du livre, qui se recommande d'ailleurs à beaucoup d'autres titres.

Nous nous attacherons spécialement, dans cette analyse, aux points qui font aujourd'hui controverse, nous appliquant à mettre en relief les faits et observations sur lesquels s'appuient les opinions personnelles de l'auteur.

Les crétins se rapprochent-ils des aliénés stupides par la nature des lésions encéphaliques et l'expression du dérangement intellectuel? Le cerveau est-il comprimé par des suffusions séreuses, et la compression se traduit-elle par un état de stupeur? Telle est, on le sait, la manière de voir de M. Ferrus. En ce qui concerne l'état intellectuel, M. Niépce n'est pas très-explicite, et bien qu'il se serve plusieurs fois du mot stupidité (p. 95) pour rendre « un des principaux caractères » du crétinisme, il ne paraît pas qu'il rapproche sous ce rapport, aussi étroitement que M. Ferrus, le crétin de l'aliéné stupide. Mais à l'égard des lésions encéphaliques, M. Ferrus trouvera dans ce nouveau Traité des documents précieux à l'appui de son opinion. M. Niépce a pratiqué cinq autopsies de crétin. Si l'on songe au peu de rigueur de la plupart de celles qui ont été publiées jusqu'ici, et combien ce peu de rigueur a servi à entretenir les dissidences, on comprendra la valeur de nouvelles nécroscopies faites avec le plus grand soin, dans une intention réfléchie, par un observateur expérimenté. Or voici ce qu'a trouvé M. Niépce dans ces autopsies, relatives : à un crétin du deuxième degré, âgé de 32 ans; à un crétin du plus haut degré, âgé de 17 ans; à une crétine du deuxième degré, âgée de 23 ans; à un crétin du plus faible degré, âgé de 26 ans; à une crétine du dernier degré. Les hé-

misphères cérébraux étaient inégaux, la scissure fortement déjectée, les circonvolutions cérébrales moins nombreuses et les anfractuosités moins profondes qu'à l'état ordinaire. *L'arachnoïde contenait beaucoup de sérosité. Il en était de même des cavités ventriculaires qui avaient une grandeur insolite.* Le cerveau était dense chez quatre sujets, ramolli chez un seul... Le cervelet était petit, sa substance ferme chez les uns, ramollie chez un autre... *Le quatrième ventricule était plein de sérosité.* On ne saurait nier que cette description ne confirme celle qu'avait donnée M. Ferrus, d'après différents auteurs. Nous devons dire néanmoins qu'une réflexion de M. Niépce, si elle était juste, changerait la signification de ces faits anatomiques et les rendrait stériles pour ceux qui font de la compression cérébrale le caractère dominant du crétinisme. « La présence du liquide (encéphalique) chez les crétins dont j'ai fait l'autopsie, dit-il, m'a paru devoir être attribuée à la pression qu'exerce la glande thyroïde dont l'hypertrophie gêne la circulation du sang. » De telle sorte que, sans goître volumineux, pas de suffusion séreuse; et comme le crétinisme, même avancé, est assez souvent exempt de goître, la suffusion séreuse ne peut être la cause déterminante de l'engourdissement intellectuel des crétins. Mais la réflexion de M. Niépce n'a pas jusqu'ici de fondement solide. Ce serait à lui d'abord de montrer que des épanchements séreux du crâne se lient toujours à l'existence de goîtres considérables. Or la similitude des crétins goîtreux et des crétins non goîtreux, sous le rapport des fonctions cérébrales, n'engage pas à admettre de différences notables dans l'état anatomique de l'encéphale. Puis l'épanchement n'a pas lieu seulement dans l'encéphale; M. Niépce lui-même l'a noté aussi dans les méninges rachidiennes. Si l'épanchement rachidien était un effet de la compression exercée par le goître, ce ne serait qu'indirectement et comme trop-plein de l'épanchement encéphalique; car la compression du cou par une tumeur située en avant ne peut gêner que la circulation de la tête. Cela étant, les méninges et les ventricules du cerveau et du cervelet devraient être fortement distendus par de la sérosité toutes les fois que les méninges rachidiennes en contiendraient. Or c'est ce qui n'arrive pas, et la quantité de liquide épanché paraît proportionnellement aussi considérable dans le rachis que dans le crâne. Il est très-vraisemblable que, dans les deux régions, l'épanchement est simultané, comme l'altération de la substance nerveuse elle-même.

L'étiologie du crétinisme est traitée, dans le livre de M. Niépce, fort longuement et avec une grande richesse d'observations. La conclusion générale de cette étude, formellement et itérativement exprimée par l'auteur, est celle que nous avons posée nous-même dans nos appréciations de la discussion académique; à savoir qu'aucune des conditions invoquées par les auteurs n'est suffisante isolément pour produire le crétinisme, bien que toutes y concourent de la manière la plus manifeste. Vallées profondes, étroites, sinueuses; air stagnant et saturé d'humidité; miasmes marécageux, mauvaise alimentation, habitations malsaines entourées de fumier, de matières fécales, etc...., autant de causes de crétinisme, causes si évidemment efficaces qu'il suffit de s'y soustraire pour arrêter un crétinisme commençant, et dont pourtant il n'est pas une qui ne soit sujette à de grandes exceptions.

Mais le chapitre le plus instructif de l'ouvrage est celui qui concerne l'influence des terrains et des eaux potables. Nous le disons en toute assurance, devant cette masse de faits positifs, entourées des garanties les plus sérieuses, tombent l'une après l'autre toutes les théories, soit anciennes, soit récentes, émises sur cette partie de l'étiologie du crétinisme.

Pour ce qui est de l'influence tellurique, indépendamment de la composition des eaux, l'auteur démontre mieux encore que ne l'avait fait la commission piémontaise, que le crétinisme est à peu près également répandu sur toutes les espèces de terrain. S'il y a beaucoup de crétins dans les vallées schisteuses de la Savoie, on en trouve également dans les vallées de la Suisse, de l'Isère, des Hautes et Basses-Alpes, formées de terrains de calcaires compactes jurassiques, néocomiens ou crayeux; on en trouve dans les vallées du Mont Rose, du Mont-Cervin, de Vaulnaveys, près Grenoble, là où le sol est exclusivement formé de roches cristallines. Dans les Alpes noriques, les vallées entourées de montagnes granitenses contiennent presque autant de crétins que celles de la Suisse, du Graisivaudan, de la Durance, du Drac, du Verdon, de l'Ubaye, etc., dont tous les terrains appartiennent aux formations calcaires; que celles de la Tarentaise, de la Maurienne, d'Allevard, creusées dans le schiste. Dans la vallée d'Aoste, les vallées de Gressonney, de Cogne, de Cormajor sont entièrement exemptes de crétinisme, bien que leurs terrains soient identiques à ceux d'autres vallées infestées au plus haut degré.

Mais laissons les terrains, et voyons seulement la composition des eaux. On a accusé tour à tour les eaux magnésiennes et les eaux calcaires : c'étaient deux imputations bien peu fondées, si l'on s'en rapporte aux documents fournis par M. Niépce.

M. Grange montrait, à l'appui de sa théorie bien connue, des cartes géologiques et des cartes géographiques du crétinisme. Nous avons suspecté l'exactitude de ces dernières; nous n'avons pas voulu admettre, sans plus ample informé, que la distribution du crétinisme fût toujours adéquate à celle des terrains magnésiens. On vient de voir que notre prudence n'était pas malavisée. Nous avons gardé la même réserve au sujet de l'influence des eaux magnésiennes, bien que M. Grange affirmât, d'une part, que l'analyse chimique avait toujours constaté la présence de la magnésie dans les eaux bues par des populations crétines; d'autre part, que le crétinisme disparaissait quand on leur substituait d'autres eaux. Or voici ce qui en est.

Un chimiste distingué de la Faculté de Turin, M. Cantù, a fait l'analyse *quantitative* des principales eaux de la vallée d'Aoste; M. Niépce en rapporte une douzaine. Or, dans aucune d'elles, on n'a trouvé trace de magnésie. Bien plus, la plupart de ces eaux, par exemple celles de la Doire-Baltée, de la fontaine Fontainebleau, de l'hôpital de Saint-Maurice, du Naviglio, de Calsno, contiennent parfois en grande quantité des *iodures* et des *bromures*, c'est-à-dire précisément les substances que M. Grange considère comme propres à prévenir le goître. Une série d'analyses faites dans la Tarentaise, dans la vallée de l'Isère, d'Allevard, du Valbonnais, où l'on trouve beaucoup de goîtreux et de crétins, ont donné les mêmes résultats.

Ce n'est pas tout : la magnésie existe dans des eaux que boivent des populations exemptes de crétinisme et même de goître. Il y a, dit-on, à Coise une source qui produit le goître et une autre qui le guérit. Or la première ne contient pas de magnésie et la seconde en renferme une quantité notable (M. Niépce donne les proportions exactes). Il y a du sulfate de magnésie dans l'eau de la fontaine du Versoud (vallée du Graisivandan), bien qu'il n'y ait pas de crétins dans cette commune.

Ce n'est pas tout encore : M. Grange affirmait que le crétinisme avait diminué à Genève depuis qu'on y faisait un usage plus général des eaux du Rhône, et qu'il avait disparu à Montmeillan depuis l'établissement de fontaines publiques. Eh bien! il résulte des déclarations de M. le docteur Peschier, praticien de Genève, et de M. Geymard, ingénieur en chef des mines, qu'on se servait déjà à Genève des eaux du Rhône bien avant la diminution du crétinisme. A Montmeillan, c'est bien autre chose. M. Niépce s'y est rendu tout exprès pour vérifier le dire de M. Grange, et il se trouve que l'eau des fontaines contient précisément de la magnésie, tandis qu'il n'y en avait pas dans les anciennes eaux. C'est M. Geymard qui a fait les analyses.

L'action de la magnésie est donc plus que problématique. Faut-il attribuer plus de créance à celle de la chaux, sulfatée ou carbonatée? Il ne le semble pas d'après les renseignements et analyses produits par M. Niépce, bien que moins nombreux que ceux qui concernaient les eaux magnésiennes. Dans des vallées où les eaux proviennent de terrains primitifs et ne contiennent aucun principe calcaire, le goître et le crétinisme sont aussi fréquents, et quelquefois plus, que dans les terrains calcaires. Les communes des Molettes, de Myans, de Saint-Geoire, en Savoie, ne comptent ni goîtreux ni crétins, et cependant les eaux qu'on y boit contiennent, outre la magnésie, du carbonate et du sulfate de chaux en quantité assez considérable.

Quoi qu'il en soit des causes du crétinisme, de leur mode et de leur degré d'action, elles ne sont jamais assez puissantes pour faire un crétin d'un individu bien conformé, venu d'une localité non crétineuse. M. Niépce, sur ce point, envisage la question à peu près comme nous. Un individu sain ne reçoit jamais de l'habitation dans un lieu infesté d'autre influence que celle, fort indéterminée, qui le dispose à procréer des enfants crétins. Le crétinisme est donc congénital, ce qui ne veut pas dire précisément héréditaire. Il faut, en d'autres termes, l'épaisseur d'une génération au moins entre les causes morbides et la production du crétinisme confirmé.

Nous nous en tenons à ces indications, qui forment la partie la plus importante et la plus originale de l'ouvrage. Nous nous faisons cependant un devoir d'appeler spécialement l'attention sur le chapitre relatif à la prophylaxie et au traitement; on y trouvera des idées fort analogues à celles de M. Ferrus sur l'heureuse influence de la civilisation, de l'activité industrielle et commerciale, de l'ouverture de grandes voies de communication, aussi bien que des mesures hygiéniques et même de certains moyens médicaux. M. Niépce est de ceux qui attribuent une haute utilité à cet établissement de l'Abendberg, qui a été l'objet d'appréciations très-diverses, et au sujet duquel une discussion s'est élevée tout récemment entre MM. Ferrus et Baillarger.

A. Dechambre.

VARIÉTÉS.

AU RÉDACTEUR.

Monsieur et cher confrère,

La courte réponse que j'ai à faire à la lettre de M. le docteur Valette sur la

CURE RADICALE DES HERNIES INGUINALES terminera, je l'espère, notre correspondance. Si, en premier lieu, j'eusse pris la plume pour décrier le procédé opératoire de cet estimable collègue, pour lui prouver qu'il est nécessairement dangereux et radicalement insuffisant, je me trouverais aujourd'hui dans l'obligation de répliquer sur le fond même de la question. Mais tel n'avait point été mon but. Je m'étais seulement proposé de montrer que ce procédé, tout supérieur qu'il me semble aux anciens essais de cure radicale, laisse encore la porte ouverte à plus d'un danger possible, à plus d'une récidive avérée. Dans quelle limite?... C'est justement cette appréciation qui fait le point en litige entre l'auteur et moi. — Maintenant, que ma mesure ne soit pas la sienne; qu'il atténue le degré et interprète la raison de ses récidives; que, fermant les yeux sur l'exemple de M. Langier et des varices, il soutienne l'innocuité absolue de son opération; qu'il taxe d'impraticable, parce qu'elle n'a pu encore être pratiquée, la cautérisation *de dedans en dehors*; etc., etc.; tout ceci n'a rien que de fort naturel. Pour s'en étonner, pour y trouver à redire, il faudrait bien peu connaître le cœur humain... d'un inventeur! Mes objections, dans les bornes que je leur avais données, demeurent. De mon côté, j'accepte les explications de M. Valette, et je reconnais volontiers que quelques-unes sont parfaitement fondées. Nous avons instruit le procès : c'est au public de le juger. Il n'y aurait pour moi que péril à vouloir me mettre en sa place.

Je vous demande seulement la permission d'ajouter quelques mots pour ma défense personnelle contre deux accusations que mon honorable collègue m'adresse.

Le côté faible du procédé dont il s'agit est de ne produire des adhérences que dans une étendue peu considérable. C'est un des reproches que j'ai le plus catégoriquement spécifiés dans ma lettre. L'objection me paraît bonne. Elle serait excellente, si l'on en doit juger par la peine que sa réfutation semble avoir coûtée à M. Valette. Exagérant mon idée pour la rendre inacceptable, il me dit : « L'étendue de ces adhérences n'est, il est vrai, pour vous que de 2 à 3 millimètres. » — Aussi quelle leçon ne va-t-il pas me donner? — « Ici encore, continue-t-il, j'ai une erreur à vous signaler. J'ai écrit que je donnais au cauquoin une largeur de 2 à 3 millimètres, et vous en concluez que l'escarre a juste la même étendue. Le chirurgien praticien n'ignore pas... » Pour Dieu, cher M. Valette, un instant, je vous prie! Moi j'ai conclu cela! Que je ne touche plus, de ma vie, au cauquoin, si vous me prouvez qu'un tel blasphème est sorti de ma bouche! Voici la seule phrase de ma lettre où j'aie touché ce point : « Or cette doublure cousue seulement sur un côté, n'est-ce pas justement votre repli tégumentaire, n'adhérant que dans l'étendue de l'escarre produite par un caustique dont vous fixez vous-même la largeur à 2 ou 3 millimètres? » Veuillez, mon cher antagoniste, remarquer que les deux mots *caustique* et *dont* se suivent ici sans aucun signe de ponctuation entr'eux; et relisez la fameuse scène du MARIAGE DE FIGARO, pour vous édifier sur la valeur qu'une virgule peut avoir en pareille circonstance.

Seconde inculpation, dont je tiens à me laver. « Il est peu digne, me dit M. Valette, de défigurer la pensée d'un auteur, de prendre une phrase à droite, une phrase à gauche, de les rapprocher de façon à lui faire dire le contraire de ce qu'il a écrit. » Ici, mon cher confrère, il faut redevenir sérieux. Je somme formellement M. Valette de prouver ce qu'il avance. Car, à mon tour, je puis le dire, il serait vraiment bien *peu digne* de porter de pareilles accusations sans en fournir la preuve. S'il m'était arrivé, malgré moi, de mal rendre sa pensée, de qui devrais-je espérer indulgence, sinon de lui que nous venons de surprendre en flagrant délit de fausse interprétation? Mais je repousse ce moyen d'excuse, et déclare avoir constamment et scrupuleusement répété ses paroles mêmes. Ce qui, dans son mémoire, consistait en détails cliniques, en faits matériels, a été reproduit par moi sans addition, ni suppression aucune. Quand pour faire juger sa nouvelle doctrine sur la *cure radicale*, il m'a fallu la faire connaître, je n'ai pas reculé devant la tâche de transcrire vingt lignes de sa prose; et je cherche en vain une différence entre l'original et la copie. — Je pourrais me plaindre d'un manque de réciprocité à cet égard; car pour la seule fois que M. Valette m'a fait l'honneur de vouloir me citer soi-disant textuellement, il a, sur trente mots, mis à ma charge deux incorrections et deux fautes de français. Mais je lui pardonne : il écrivait sans doute de mémoire, et n'avait probablement pas de motif pour me prêter son meilleur style. Je ne change pas, pour cela, les rôles entre nous. Je veux rester, je reste *prévenu;* et j'attends que, après l'acte d'accusation, on fasse paraître les témoins.

Agréez. P. DIDAY.

AU MÊME.

Monsieur et très-honoré confrère,

1° Dans l'intérêt des malades qui sont dirigés vers les sources thermales de Néris, et dont les droits ne peuvent être ni méconnus ni violés;

2° Dans l'intérêt de la science à laquelle chaque médecin doit son concours, sans qu'il soit permis à ceux qui n'en prennent aucun souci d'élever des entraves et des obstacles devant ceux qui veulent la servir de tous leurs efforts;

3° Dans l'intérêt de la liberté et de la dignité professionnelle que nous sommes tous appelés à défendre;

Les médecins exerçant à Néris ont l'honneur de réclamer l'intervention de votre estimable journal pour protester en leur nom personnel et conformément à l'opinion de ceux de leurs confrères dont ils ont pris l'avis contre les faits suivants :

A. Pour couper court aux récriminations fréquentes des malades en traitement à Néris, une demande a été adressée à M. l'inspecteur, pour qu'il voulût bien faire afficher une liste contenant les noms des malades avec un numéro d'ordre pour chacun d'eux, suivant son tour d'arrivée en inscription. Cette mesure garantirait les droits que consacre l'art. 8 de l'ordonnance du 18 juin 1823 (exclusion de toute préférence dans les heures à assigner aux malades pour les bains en douches; protection particulière due à ces derniers, etc.). *M. le docteur Sibille n'a même pas fait à ses confrères l'honneur de leur répondre*, on a préféré laisser subsister un état de choses, qui protége tous les abus.

B. On lit sur les murs de l'établissement thermal un arrêté ainsi conçu :

Art. 1. *L'entrée des salles renfermant les piscines communes est interdite aux médecins étrangers à l'établissement thermal de Néris, à moins d'une demande expresse de leurs clients* (art. 6 de l'ordonnance du 18 juin 1823).

Art. 2. *Cette demande sera adressée par les malades au médecin inspecteur qui ne pourra refuser l'autorisation, sauf les cas d'abus pour lesquels il devra en être référé au préfet.*

L'art. 6 du 18 juin de l'ordonnance de 1823 sur lequel s'appuie cette disposition réglementaire additionnelle de l'art. 8 qui garantit le libre usage des eaux, consacre précisément les droits des médecins et des malades au lieu de les entraver. L'esprit et la lettre de ces articles ont été singulièrement torturés pour fournir matière à un arrêté, qui ne se motive ni par l'utilité ni par l'opportunité. En rapprochant la date de cet arrêté (26 mai 1851) de celle où le règlement des eaux de Néris avait été établi à la préfecture de l'Allier (5 avril 1851), en voyant que cette mesure a été exclusivement réservée à l'établissement de Néris, sans être appliquée aux autres établissements thermaux du département, n'est-on pas autorisé à penser qu'un règlement qui blesse les intérêts des malades en même temps que les droits et la dignité des médecins, ne peut venir de l'initiative préfectorale, et n'a dû être obtenu qu'en surprenant la religion de M. le préfet. *Si les malades ont besoin d'être visités dans les piscines, tous les médecins doivent y entrer du même droit.*

Mais ceux qui y pénètrent devraient bien mieux suivre l'exemple de ceux qui n'y pénètrent pas, et qui n'ont pas attendu l'arrêté de M. le préfet pour s'abstenir de toute visite dans les piscines, le sentiment de leurs devoirs leur ayant démontré *ce qu'il y avait d'inutile et d'inconvenance* dans une *obséquiosité* dont le véritable sens n'a pas échappé aux malades, parce qu'elle sert un intérêt beaucoup moins respectable que celui de leur santé.

C. L'article 11 de l'ordonnance de 1823 prescrit aux inspecteurs de soigner gratuitement les indigents dans les hospices dépendant des établissements thermaux, et de les visiter au moins une fois par jour; *mais il n'interdit pas aux autres médecins de suivre ces visites*, pour acquérir, par leur observation directe ou par l'enseignement clinique, des connaissances qui tournent au profit de la science et des malades. Cependant, l'année dernière, M. Sibille a déjà donné un touchant exemple de confraternité en cherchant à faire défendre l'entrée de l'hôpital à son confrère l'inspecteur adjoint, qui lui a porté énergiquement sa protestation devant témoins.

Cette année, les médecins exerçant à Néris ont réclamé le droit d'assister aux visites du médecin inspecteur, persuadés que le conseil d'administration n'a jamais eu la pensée de les priver d'un avantage dont les médecins profitent librement dans tous les hôpitaux de France.

Pourquoi n'a-t-on pas donné satisfaction à leur demande?

Tels sont les faits, monsieur et très-honoré confrère, que nous livrons à votre appréciation.

Agréez, etc. G. BEER, D. M. P. FORICHON, D. M. P.

Dr CAMILLE DE LAURÈS,
inspecteur adjoint des eaux de Néris.

Néris, 3 Juillet 1851.

— Le 8 de ce mois, ont eu lieu au Panthéon les premières expériences de M. Ch. Mene, ayant pour but de connaître la quantité d'acide carbonique qui se trouve dans l'air à différentes hauteurs. Plusieurs appareils analytiques, disposés sur ce monument, ont fonctionné toute la journée et ont donné des résultats qui intéresseront déjà les savants; ainsi :

100 litres, air pris au péristyle (60 mèt. 25 au-dessus du niveau de la mer), contiennent 60 cent 4 acide carbonique en volume et 0 gr. 129 en poids. Or, un litre contient 0 cent. 604 en volume et 0 gr. 00119 en poids. 100 lit., air pris à la lanterne (137 mèt. 25 au-dessus du niveau de la mer), ont donné 11 cent. 44 acide carbonique en volume et 0 gr. 076 en poids. Or, un litre contient 0 cent. 114 en volume et 0 gr. 00022 en poids. Différence de hauteur, 77 mèt. 50; différence d'acide carbonique, 0 cent. 49 par litre et en volume.

Ces résultats, du reste, ainsi que ceux qui se feront ultérieurement, seront annoncés à l'Académie des sciences par M. Regnault.

— ASPHYXIE PRODUITE PAR UN BAIN DE VAPEUR. — Un affreux accident est arrivé dans les premiers jours de juin aux bains de la Samaritaine, près le Pont-Neuf. Un sieur L... (de Bercy) se présenta à cet établissement pour prendre un bain de vapeur. Par suite de son inexpérience et de la négligence du garçon de bain qui l'avait abandonné à lui-même, L... ouvrit en plein le robinet de vapeur laissé à sa disposition. La vapeur se précipita dans l'étuve avec une telle violence, que non-seulement l'asphyxie fut complète, mais que le corps de la victime fut littéralement cuit, suivant l'expression d'un témoin. Des lambeaux d'épiderme étaient même restés adhérents aux sangles du lit de camp sur lequel fut trouvé le cadavre.

Le garçon de bain, appelé pour ce fait devant le tribunal correctionnel de Paris, sous l'inculpation d'homicide par imprudence, a été condamné à huit jours de prison, et solidairement avec le chef de l'établissement, civilement responsable, à payer à la veuve de L... la somme de 10,000 fr. de dommages-intérêts.

Le rédacteur en chef, JULES GUÉRIN.

REVUE HEBDOMADAIRE.

ACADÉMIE DE MÉDECINE. — SYPHILIS DES ENFANTS NOUVEAU-NÉS.

M. Cazeaux a répondu à M. P. Dubois. Il l'a fait avec une vivacité qui n'était pas toujours exempte d'aigreur; il l'a fait surtout avec habileté. Néanmoins, la question reste pour nous ce qu'elle était mardi dernier; elle n'a fait un pas ni en arrière, ni en avant. Nous ne sommes pas des enfants du doute, suivant la parole récente de cet orateur de la Montagne; mais nous n'affirmons que ce qui nous est démontré. Or si les faits et les raisonnements jusqu'ici produits par M. Dubois ne prouvent pas, irréfragablement et à toujours, la nature syphilitique des abcès du thymus et des indurations pulmonaires des nouveau-nés, l'argumentation de M. Cazeaux n'a atténué, suivant nous, ni la valeur de ces raisonnements, ni la signification de ces faits. La syphilis est restée la source probable des altérations dont il s'agit.

Avec un peu de bonne volonté, il est vrai, on pourrait établir un accord apparent entre les deux adversaires. M. P. Dubois se plaignait, dans une des dernières séances, de ce que M. Cazeaux lui prêtait une opinion absolue qui n'était pas la sienne; M. Cazeaux a fait mardi le même reproche à M. Dubois. — Moi, disait M. Dubois, je penche à attribuer à la syphilis les abcès du thymus et les indurations du poumon; mais j'en appelle à l'observation ultérieure. — Et moi, dit M. Cazeaux, je ne conteste pas positivement que ces lésions soient de nature vénérienne; mais j'en doute. — Soyons vrais; sous le voile de cette conciliation, l'opposition subsiste; elle est dans la différence des procédés scientifiques; elle est dans la manière d'interpréter les faits.

M. Cazeaux est revenu sur la définition du rôle qui lui appartenait comme rapporteur. Il pense toujours qu'il lui suffisait de montrer par où les lésions pulmonaires décrites par M. Depaul pouvaient se rattacher à la phlegmasie, sans être obligé de produire, à l'appui de ses contestations, des faits contradictoires. Ce que nous croyions lui avoir échappé une première fois dans l'entraînement de la réplique, était parfaitement réfléchi et prémédité. Il y a pourtant ici une confusion bien facile à dissiper. La prétention de M. Cazeaux s'appuie sur ce principe que les faits portent en eux, dans leurs éléments constitutifs, la mesure de leur valeur intrinsèque, et sont conséquemment discutables; principe trop élémentaire pour que nous ne l'accordions pas immédiatement, mais qui, par malheur, n'est que très-peu applicable à l'espèce. Les faits invoqués par MM. P. Dubois et Depaul apportent, en faveur de leur opinion, deux éléments distincts: le premier consiste dans la coexistence, chez le même enfant, d'abcès thymiques, d'indurations pulmonaires et d'autres lésions, disent-ils, *manifestement syphilitiques*; le second, dans la coïncidence *constante* d'une infection vénérienne du père ou de la mère, ou de tous les deux. Assurément, le premier élément peut se discuter; on peut rechercher si les lésions dites syphilitiques en ont réellement le caractère; si l'on n'a pas pris, pour emprunter un exemple à M. Cazeaux, des bulles de pemphigus crevées pour des ulcérations vénériennes du voile du palais. Mais comment discuter l'autre élément, qui n'a pas d'existence matérielle, qui n'est et ne peut être autre chose qu'une affirmation? Comment le discuter sans mettre en suspicion les observateurs eux-mêmes? Quelle autre manière enfin de prouver que l'induration pulmonaire, les abcès thymiques, le pemphigus, ne se rencontrent pas uniquement chez des enfants nés de parents syphilitiques, que de montrer les mêmes lésions chez des enfants issus de parents sains?

Aux deux points de vue que nous venons de rappeler, qu'y a-t-il aujourd'hui d'acquis à la thèse de MM. P. Dubois et Depaul?

Si l'on considérait que l'état des nouveau-nés, ou, les observations publiées n'auraient qu'une médiocre valeur, non pas qu'il n'y ait jamais eu de manifestations syphilitiques évidentes à côté des lésions qui font l'objet du litige; le contraire a été reconnu en ce qui concerne le pemphigus par M. Cazeaux lui-même. Carie du tibia, perforation ulcéreuse de la cloison des fosses nasales, ozène déclarée vénérienne par M. Cullerier, syphilide reconnue par MM. Moreau et Baron: c'étaient là, en effet, des témoignages difficiles à écarter. Mais, en outre, nous connaissons un fait observé par M. Depaul et consigné sans doute dans ses cartons, bien qu'il ne l'ait pas inséré dans son mémoire; un fait plus significatif peut-être que les précédents. Un enfant vient au monde avec un pemphigus qui augmente considérablement pendant les deux premiers jours; le troisième jour, éruption eczémateuse de la face; le cinquième ou sixième, apparition de plaques muqueuses aux parties génitales. La mère avait eu six mois auparavant un chancre et des plaques muqueuses. L'enfant fut soumis à l'usage interne du sublimé. En une dizaine de jours, tous les accidents locaux avaient disparu. L'enfant, qui n'avait pu être allaité, mourut le dix-huitième jour des suites d'une diarrhée colliquative.

Mais ce ne sont pas seulement les observations de MM. Dubois et Depaul qui viennent servir leur propre opinion, ce sont encore quelques-unes de celles que M. Cazeaux a invoquées contre elle, notamment celles de M. Cruveilhier. Et à cet égard il nous est impossible de ne pas faire remarquer que les indications données par M. Cazeaux sur *cette fameuse quinzième livraison* de M. Cruveilhier, comme il l'a appelée, sont trop vagues pour en donner une idée exacte et complète, et nous allons jusqu'à penser que, si cette livraison eût pu en ce moment-là être mise sous les yeux de MM. les académiciens, la citation eût tourné contre lui. En effet, les observations de M. Cruveilhier plaident en faveur de la nature syphilitique, non plus seulement du pemphigus, mais des indurations du poumon et des abcès thymiques. Les lésions pulmonaires qu'il décrit s'éloignent plus que nous ne l'avions cru nous-même de la pneumonie ordinaire des enfants, et se rapprochent davantage des lésions décrites par M. Depaul. Il y a un paragraphe qui commence ainsi: « *Un grand nombre d'enfants morts avec des pustules* SYPHILITIQUES *ont succombé à des pneumonies ou lésions du poumon*, antérieures à la naissance. » On voit déjà que l'auteur croit devoir distinguer la pneumonie d'autres lésions également rencontrées par lui chez des enfants *syphilitiques*. Comme exemples de ce *grand nombre* d'observations, il cite 4 cas, dont un surtout est très-remarquable. Un enfant à terme, peu développé, vient avec des pustules sur différentes parties du corps. L'épiderme de la plante des pieds et des artères est détaché comme dans la brûlure. « Je trouvai dans les poumons, dit l'auteur, une douzaine de petites masses indurées, sphéroïdes et superficielles pour la plupart, dans lesquelles étaient compris plusieurs lobules pulmonaires. Au milieu de ces petites masses était du pus épais contenu dans des foyers dont les parois infiltrées de pus étaient traversées par des brides pénétrées du même liquide. » Ne sont-ce pas là presque les termes de la description de M. Depaul? M. Cruveilhier ajoute: « On peut dire que ces masses de

Feuilleton.

MISCELLANÉES.

« La vérité prend et accepte toutes les formes,
il ne s'agit que de la trouver. » (TURGOT.)

Nous en sommes arrivés à ce triste point que nous dédaignons tout système, toute doctrine, toute théorie, avec l'impuissance radicale d'en édifier de nouvelles. Nous avons des richesses immenses et nous ne savons comment les employer; nous ressemblons à des manœuvres qui ayant devant eux un amas considérable de matériaux ne savent pas trop ce qu'il en faut faire. Ils attendent l'architecte seul capable de les coordonner, de les assembler, de leur donner cet ensemble, cette unité qui en feront un monument utile et grandiose. Ah! que cet architecte se fait attendre en médecine! et cependant il est plus nécessaire que jamais. N'est-il pas vrai que la science et la pratique n'ont aujourd'hui ni guide prépondérant ni doctrine qui rallie. Au lieu d'un syncrétisme légitime, fondé sur des vérités formelles, positives, démontrées autant que possible, on est livré à une sorte d'empirisme courant après le symptôme, l'effet, l'accident, auquel on ajoute le mieux possible, le masque et le nom de méthode expérimentale. Or qui ne reconnaît ici que l'idée manque de puissance et d'initiative, que l'anarchie des opinions médicales est aussi évidente que funeste? Chacun fait comme il l'entend, se dirige à peu près, s'en tire comme il peut, conduit par quelques vagues principes, infusés par les livres qu'il a lus pendant sa période scolaire ou par les professeurs qu'il a entendus. L'aiguille de l'esprit médical, qu'on nous passe cette comparaison, flotte sans cesse comme affolée par un courant électrique. Est-il possible de se régler, de prendre hauteur dans la science d'après de tels mouvements? Et comme chaque époque de l'histoire scientifique n'est que la manifestation de la phase d'une idée, manifestation plus ou moins brillante et durable, il serait curieux de savoir ce que les historiens futurs de la médecine discerneront sous ce rapport dans notre époque actuelle. Peut-être ne trouveront-ils dans les ouvrages, au moins ceux qui surnagerout sur les flots du temps, ni marque de profondeur, ni sève vivifiante, ni sève créatrice. Peut-être diront-ils, dans leur appréciation, beaucoup de recherches, beaucoup de faits, peu d'idées, aucun principe fondamental. On s'est beaucoup élevé contre les systématiques indistinctement, mais il est plus facile de déclamer contre eux que de les imiter; on les a traités de rêveurs, cela est possible, mais ces rêveurs-là ont fait le destin de la science; ils ont tiré l'or de la mine et vous savez tout au plus le convertir en menue monnaie. Ce n'est pas ici le lieu d'examiner les causes d'une pareille décadence, et ces causes sont nombreuses. Contentons-nous d'en signaler deux: la première, l'absence de fortes études, le défaut d'habitude de voir de haut les questions, par consé-

pneumonie lobulaire *tiennent le milieu entre le tubercule et l'inflammation.* » Il est clair que le mot *pneumonie lobulaire* n'est ici qu'en considération de la présence du pus; mais la suite de la phrase exprime formellement une différence entre l'altération décrite et la phlegmasie simple du poumon. Ce n'est pas tout. Chez ce même enfant, la portion de dure-mère qui répond aux deux voûtes orbitaires était infiltrée d'un pus bien lié qui en écartait les mailles; *les os dénudés étaient érodés dans une partie de leur épaisseur; le périoste qui répondait à la dure-mère malade était épaissi*; un peu de pus était épanché entre l'os et le périoste: autant d'indices d'une infection générale de l'économie, infection dont les pustules syphilitiques de la peau viennent révéler la nature. Il ne faut pas dire que ce fait isolé n'a pas grande signification. Encore une fois, l'auteur ne veut que donner des exemples.

Nous ne savons quelle idée M. Cruveilhier se forme de ces altérations pulmonaires; il ne s'en explique pas. Une phrase relative au pemphigus indique que son opinion n'est pas arrêtée sur la véritable nature de cette altération; mais la question n'est pas là pour le moment, et il nous suffit d'avoir montré qu'on peut faire de ces observations un usage bien différent de celui auquel s'est cru autorisé M. Cazeaux. Notons d'ailleurs que les réserves de M. Cruveilhier au sujet du pemphigus ne garantissent que mieux le diagnostic par lui porté sur la nature des pustules cutanées; et quand il affirme qu'elles étaient syphilitiques, on peut l'en croire.

Maintenant, pour ce qui concerne les antécédents du père et de la mère, en quoi consiste l'argumentation de M. Cazeaux? Il oppose d'abord aux cas relatés par MM. P. Dubois et Depaul des cas empruntés à d'autres auteurs, à M. Cruveilhier surtont, et dans lesquels la syphilis des parents *n'a pas été notée.* Nous avons déjà dit que c'était vouloir faire parler des muets; mais l'argument, si l'on y prend garde, n'est en aucune manière applicable aux observations de M. Cruveilhier. Cet auteur ne note qu'une fois, il est vrai, l'existence d'antécédents vénériens chez la mère; mais il vient de dire que beaucoup de nouveau-nés syphilitiques présentent des lésions du poumon. Où ces fœtus avaient-ils pris la syphilis, sinon chez le père ou la mère? Donc, autant d'enfants vénériens, autant de parents vénériens. Dans le cas que nous rapportions plus haut avec quelques détails, il n'est pas fait mention non plus des antécédents des parents. M. Cazeaux en conclut-il que les parents n'étaient pas infectés? Mais qui donc avait infecté le fœtus qui est venu au monde avec des *pustules syphilitiques et des caries?* Et ainsi des autres. On voit qu'il y a là une équivoque dont certainement l'honorable académicien ne s'était pas rendu compte.

Après les auteurs, M. Cazeaux consulte l'hôpital de Lourcine, consacré aux mères syphilitiques, où l'on n'a jamais rien vu de ce que décrivent MM. Dubois et Depaul, pas même le pemphigus des nouveau-nés. M. Dubois a déjà répondu que le pemphigus des nouveau-nés n'est pas une chimère; qu'il est même assez fréquent; que par conséquent, s'il y avait lieu de s'étonner de ne pas le rencontrer à Lourcine, l'étonnement devrait saisir ceux qui ne croient pas à la nature syphilitique du mal aussi bien que ceux qui y croient; que cette exception peut tenir au nombre relativement petit d'accouchements qui se font dans cet hôpital. On peut ajouter, ce que beaucoup de personnes ignorent, qu'il arrive à Lourcine un assez grand nombre de femmes *non syphilitiques*, soit par négligence, soit par suite d'erreurs de diagnostic; mais surtout que les femmes enceintes sont presque toujours envoyées à Lourcine pour des accidents *primitifs*, survenus dans les derniers temps de la grossesse, et qui n'ont pu encore amener l'infection du fœtus.

Restent donc, et cette assertion de MM. Dubois et Depaul que, dans les observations qui leur sont propres, les indurations pulmonaires ont coïncidé *constamment*, soit avec les manifestations syphilitiques évidentes chez les enfants, soit avec des indices de syphilis ancienne chez les parents; et cette autre assertion de M. Dubois, que dans la plupart des cas de pemphigus, il a pu constater l'existence antérieure ou actuelle de manifestations syphilitiques chez le père et la mère, et que, quand il n'y a pas réussi, c'est l'absence du père qui en a été presque toujours la cause. Voilà les assertions qu'il faut détruire; jusque-là, il n'y aura qu'à s'en tenir aux grandes probabilités qui naissent de l'ensemble des faits actuellement connus. M. Depaul possède une vingtaine de cas d'induration pulmonaire; le nombre de cas de pemphigus observés par M. Dubois est sans doute plus considérable. Ce n'est pas assez pourtant aux yeux de M. Cazeaux. Pour affirmer résolument la nature syphilitique des lésions, c'est possible; pour présumer, pour présumer fortement, il n'en faut pas davantage. C'est à celui qui attaque de montrer par des faits contraires que la présomption n'est pas fondée. Qu'on se mette donc à l'œuvre et nous accueillerons les résultats avec le même empressement, de quelque côté qu'ils viennent.

A. DECHAMBRE.

CLINIQUE MÉDICALE.

CONSIDÉRATIONS GÉNÉRALES SUR L'ÉTUDE ET L'ENSEIGNEMENT DE LA CLINIQUE MÉDICALE; discours d'ouverture des conférences professées à l'hôpital militaire du Gros-Caillou, par M. le docteur WORMS, médecin en chef.

(Suite et fin. — Voir le numéro 27.)

Nous ne devons pas oublier de mentionner parmi les travaux modernes ceux qui ont pour objet le mode de réaction des liquides de l'économie, et leurs modifications physiques; je veux parler des recherches récentes sur l'alcalinité du sang et de la bile, l'acidité des sucs pancréatique et gastrique, et l'augmentation de la fibrine dans l'état inflammatoire. Tout en applaudissant à la sagacité de ces recherches, il ne m'est pas permis de les considérer comme des découvertes; car cette secte des chémiâtres, tant décriée, avait, il y a un peu plus de deux siècles, vulgarisé et transporté dans la pratique médicale ces notions, que l'oubli du passé a seul pu revêtir de l'apparence de la nouveauté. Les alchimistes, dans l'investigation à laquelle ils avaient soumis tous les corps appartenant aux trois règnes, n'avaient eu garde de négliger l'examen des liquides de l'économie; leurs réactions chimiques n'étaient plus un mystère pour eux; avant que le microscope fût venu nous le démontrer, ils avaient dit que l'inflammation des tissus n'était qu'une modification dans leur nutrition, caractérisée par la stagnation et la coagulation du sang; mais ce qu'ils savaient en outre, et que nous commençons à peine à entrevoir, c'est que cette disposition du liquide sanguin à se coaguler, qu'elle soit la cause ou la consé-

---

quent de n'avoir nullement cette pénétration intime, cette faculté d'assimilation intellectuelle que possèdent à un haut degré les esprits supérieurs; la seconde cause, infiniment plus active, plus pressante qu'on ne croit, c'est le désir du lucre, le besoin pour les uns de s'enrichir, d'accumuler sans cesse, pour les autres la recherche des moyens de vivre, la haute et implacable nécessité du pot-au-feu. Il faut toujours en revenir à cette triste vérité que la médecine est la plus noble des professions et le plus triste des métiers.

— Les médecins des Chirigouans, dit un médecin du dernier siècle, soufflent autour du lit de leurs malades pour en chasser les maladies. Tout le peuple est persuadé que la médecine consiste dans ce vent et les docteurs chirigouans recevraient fort mal quiconque voudrait leur rendre cette méthode plus difficile; ils en savent assez quand ils savent souffler. Que de médecins chirigouans parmi nous! Combien avec telle ou telle drogue, telles ou telles pilules s'imaginent guérir la plupart des maladies; et à coup sûr ils recevraient fort mal quiconque leur prouverait qu'ils ne sont que des ignorants exerçant leur profession à la manière des médecins chirigouans.

— En 1549, la Faculté de médecine de Paris et d'autres Facultés rayèrent de leur tableau tous les médecins protestants avec défense d'exercer. Soyez certain que les protestants étant les plus forts n'eussent pas manqué de rayer du tableau les médecins catholiques. Ne reconnaît-on pas ici cet esprit de secte, cet esprit de parti, ce démon qui tourmente sans fin l'humanité, à toutes les époques, sous des formes différentes, et l'homme aspire à la sagesse, et il inscrit le mot *fraternité* sur les monuments, et il s'appelle confrère dans certaines professions, et il dit que l'amitié est le plus saint des devoirs!

— Autant que possible les médecins ne doivent jamais prêter le flanc au ridicule. Leur profession n'a déjà été que trop exposée aux railleries du public qui ne juge jamais que sur les apparences et croit fort aux bons mots. Le malin Frédéric II racontait le trait suivant à Zimmermann, son médecin dans sa dernière maladie. Il fut un temps, dit-il, où les médecins avaient pour principe de tenir leurs malades dans un endroit petit et obscur pour faciliter la transpiration. Voici ce qui arriva de cette coutume à la cour de Vienne. L'empereur Léopold Ier étant malade, son médecin le retint dans une chambre assez obscure et hermétiquement fermée. Il vint un soir et chercha le bras du prince pour lui tâter le pouls. Le docteur met la main sous la couverture et sur le.... du prince à qui on ne parlait pas aisément, car c'était un prince très-sérieux. Enfin le médecin croit avoir trouvé le bras de son auguste malade et se met en devoir d'un air grave et attentif de compter les battements de l'artère. Mais l'empereur surpris d'une méprise indécente et conservant toujours sa dignité, tire le médecin maladroit de son erreur en lui disant d'un ton mesuré, pathétique et lent: *Hoc est membrum nostrum virile sacro-cæsareum.*

— Quoique la médecine et la philosophie aient les plus grands rapports, leur marche diffère en quelques points pour connaître l'homme. En effet, comme nous l'avons dit ailleurs, bien qu'il y ait un point d'unité, la nature de notre être, le but final de notre existence, ces grands mystères de l'humanité, dont

quence de la modification de la vitalité, met à nu et fait prédominer ses éléments acides ; et si ce n'était là qu'une théorie, il faut convenir qu'elle était bien précieuse pour la pratique, puisqu'elle les conduisait à trouver dans la matière médicale une série d'antiphlogistiques bien plus riche que celle dont nous disposons, en leur faisant classer et employer comme tels tous les médicaments tenant de la nature des sels, des alcalis ou des oxydes métalliques, et doués, par conséquent, de la faculté de s'approprier et de neutraliser l'acide morbide.

C'est en partant de ces vues qu'ils ont pu nous laisser cette richesse de matière médicale et cette magnifique pratique médico-chirurgicale oubliée de nos jours, et trop souvent remplacée par la dextérité opératoire. Tous les jours dans la pratique la solennelle expérience du passé vous force à obéir à ces préceptes, quoiqu'ils ne soient pas d'accord avec les inspirations de l'école ; vous rangez les sels de plomb et de zinc dans ce qu'on appelle la classe des astringents, mais quand vous avez à calmer la douleur ou à guérir l'inflammation, vous y avez instinctivement recours.

Cette théorie des sels (acides et alcalis) dans les combinaisons desquels ils voyaient la cause et le promoteur de tous les mouvements et de toutes les modifications de la matière, et sur laquelle ils ont édifié avec succès les doctrines de la germination et des fermentations, cette théorie, dis-je, qui mérite à coup sûr d'être sérieusement étudiée, quoiqu'elle donne beaucoup trop à la chimie, et qui signale l'acidité des liquides comme principale cause des maladies (surtout chroniques), n'a qu'à gagner par les travaux modernes qui, dans presque tous les médicaments efficaces fournis par le règne végétal, nous montrent comme principe actif *un alcaloïde*. La réaction des fluides fournis par la transpiration et les urines dans beaucoup d'affections semblerait confirmer cette hypothèse à l'appui de laquelle vient d'un autre côté l'usage qui se répand de plus en plus des moyens et des thermes alcalins dans nombre de maladies.

Après avoir donné ainsi une indication rapide de la succession des principaux systèmes, et signalé *grosso modo* les résultats des travaux de biogénie, d'anatomie générale, de physiologie, de micrographie et de chimie organique, qui seront les titres de gloire du dix-neuvième siècle, je ne crois pas me méprendre sur leur but providentiel et définitif, en disant qu'ils nous ramènent, par un long circuit, vers la doctrine déduite par Hippocrate, de la simple observation ; mais ils nous y ramènent plus riches de mille précieuses conquêtes, et munis de la démonstration exacte et scientifique des grandes et éternelles vérités qu'il était donné au génie seul de pressentir et d'annoncer, mais dont il était réservé à l'esprit laborieux de notre siècle d'apporter les preuves et peut-être de féconder le domaine.

J'ai voulu, par ce rapide et très-sommaire examen, vous montrer les nombreuses vicissitudes des systèmes édifiés pour l'étude de la vie et des maladies ; vous avez vu toutes ces théories occuper successivement pendant un instant la scène médicale et en disparaître, ne laissant debout que les grands préceptes qui concordent avec l'observation et l'expérience. A toutes les époques, il s'est trouvé de grands praticiens qui en ont conservé et ravivé le culte ; mais la foule s'est toujours montrée empressée de les déserter pour se jeter aveuglément dans la voie ouverte par les novateurs.

C'est en se recueillant dans la méditation de l'histoire du passé, des œuvres des praticiens éminents de tous les temps, des règles tracées par l'expérience, et en s'appropriant les richesses thérapeutiques léguées par nos pères, qu'on parvient à se garantir de ces entraînements, qui, au lieu de faire servir à un véritable progrès de l'art les ressources nouvelles dont il s'enrichit, tend à les substituer à l'art même auquel elles ne devraient servir que d'auxiliaires, et en dénaturent le but final qui doit toujours être la guérison.

Chargé de vous guider dans l'étude pratique de la médecine, après avoir rendu aux magnifiques travaux d'anatomie pathologique, de micrographie et de chimie organique que je vous ai indiqués, le tribut d'éloges qu'ils méritent, et montré l'avenir qu'ils préparent, je ne dois pas vous dissimuler qu'au point où ils sont arrivés, ils sont bien loin d'avoir apporté la solution des problèmes qui de tout temps ont été l'écueil de la science ; que s'ils contiennent de séduisantes promesses pour l'avenir, il est fort à craindre que leur éclat ne séduise des esprits plus ardents que circonspects, et ne les amène (si déjà le fait n'est accompli pour le grand nombre), à trouver le but et la fin de l'art dans les démonstrations fournies par l'amphithéâtre, le microscope et l'analyse chimique.

Déshabituée par les systèmes névropathologiques qui se sont succédé, de la contemplation de l'économie dans son ensemble et dans son jeu, devenue étrangère par suite de la domination prolongée de la doctrine physiologique, à la connaissance et au maniement habituel de la matière médicale et de la thérapeutique, ayant à la même source puisé le plus complet dédain pour les enseignements du passé, la pratique médicale hésite aujourd'hui incertaine entre les théories qu'elle a vues passer. Ne s'appuyant ni sur l'esprit philosophique, ni sur la méthode, ni sur la tradition classique, elle semble ne poursuivre qu'un objet, le diagnostic, non celui qu'éclairent l'étude de la marche et des causes de la maladie, mais ce diagnostic stérile encore, que fournissent les sciences physiques et l'autopsie, et qui, pour peu qu'on persévère dans cette voie, finira par occuper seul le terrain usurpé sur l'art de guérir.

C'est contre une aussi désastreuse tendance que j'ai le devoir de vous prémunir en vous montrant au lit du malade que tous les moyens de diagnostic à la perfection, et je dirai même à la complication desquels tendent presque exclusivement les travaux scientifiques modernes, ne sont pour le praticien que d'un secours assez faible, si on ne leur donne pour base et pour soutien les enseignements éprouvés de l'expérience.

Personne certainement ne songerait à contester la valeur de l'exploration par la percussion et le stéthoscope, mais il est bon de se garder d'une confiance trop entière dans ce moyen d'investigation des maladies de la poitrine.

Le plus simple bon sens vous indique que les notions fournies par la percussion ne peuvent être que vagues ; que les dispositions individuelles, la différence dans la densité du tissu pulmonaire, dans le timbre de la voix, modifient nécessairement le son du thorax percuté, son pour lequel d'ailleurs il n'y a pas de type absolu.

Sauf les cas de pneumonie latente où il rend des services inappréciables, le stéthoscope ne révèle la plupart du temps que des états des viscères thoraciques que le tact et l'habitude du praticien lui ont fait deviner à l'avance ; mais il faut bien se garder de mesurer aux renseignements qu'il fournit les indications du traitement, qui doivent de préférence être basées sur l'état ostensible de la respiration, des forces, du pouls, du système nerveux, la température de la peau et la constitution épidémique. Interprétée par le stéthoscope, la pneumonie franche, celle qui complique un état septique du sang ou qui accompagne la dysenterie sont identiques, et certes personne ne prétendra que le traitement doive être uniforme dans ces diverses

---

les esprits supérieurs furent tourmentés dans tous les temps, exigent tant de travaux qu'il faut nécessairement suivre plusieurs chemins, défricher, cultiver le champ sous toutes les formes. Eh ! plût à Dieu que le succès eût couronné tant d'efforts ! mais jusqu'à présent, orgueil à part, que savons-nous ? Personne n'a pu atteindre encore ces cimes voilées qui nous dérobent la vérité. Un ancien nous l'a dit :

Nosce te ipsum, *dictio quidem est brevis,*
Sed tanta res, quam Jupiter solus sciebat.

« Connais-toi toi même ; cette maxime est courte, mais la chose est si grande que Jupiter seul peut la comprendre. » (Réflexion de Porphyre conservée par Stobéa.)

— Les pharmaciens jouissent aujourd'hui d'une considération très-méritée et que personne ne s'avise de contester. Loin d'être de simples manipulateurs de drogues, la plupart, profondément instruits dans la chimie, dans l'histoire naturelle, cultivent ces sciences avec de remarquables succès ; aussi comptent-ils parmi les membres les plus distingués de la cité. Il n'en était pas de même autrefois : le nom d'*apothicaire* était toujours un sujet de raillerie. Gui Patin déversa sans cesse sur eux son impitoyable critique, sa bile la plus enfiellée. Molière, qui s'est tant moqué des médecins, n'a guère épargné les apothicaires. Ses successeurs ont suivi la même trace, et quand Regnard fait dire à un personnage de ses comédies :

« Monsieur, je suis bâtard de votre apothicaire. »

Cette plaisanterie d'assez mauvais goût manque rarement de faire rire le public. Dans la rue Saint-Denis, on lisait autrefois cette enseigne : *Denis, apothicaire ;* un plaisant s'avisa de dire : Oh ! pour celui-là, ce n'est pas *Denis le tyran*, mais bien *Denis le poussant*. Le mot fit fortune à la cour et à la ville, comme on disait alors, ce qui fit pourtant affluer les clients dans l'officine de M. Denis. On sait aussi qu'il y eut des médecins poëtes ; mais si les uns comme Fracastor, Goeffroi, etc., firent de bons vers latins, il n'en fut pas de même de ceux qui s'avisèrent de faire de la poésie française, la plupart sont restés au-dessous du médiocre. Que penser, par exemple, d'un poëme du médecin Bablot où l'on trouve les deux célèbres vers suivants :

« Le squelette est formé de trois cent soixante os,
» En comptant les moyens, les petits et les gros. »

Quoi qu'il en soit il était admis que les médecins, en raison de la consanguinité d'Apollon et d'Esculape, pouvaient être poëtes à la rigueur. Il n'en était pas de même des apothicaires ; le Parnasse, vieux style, semblait leur être tout à fait défendu. Un d'entre eux néanmoins, à la fin du siècle dernier, risqua je ne sais quelle pièce de poésie ; tout le monde en fut étonné, même scandalisé, et on lui répondit par les vers suivants. Nous en ignorons l'auteur, et pourtant nous avons quelque raison de les attribuer à Collé, l'auteur de la pièce de Henri IV, lui qui se vantait, comme il le dit, de *guillocher* de ridicules ses amis et ses ennemis. Voici donc ces *vers contre un apothicaire poëte :*

affections; d'ailleurs n'arrive-t-il pas souvent dans les hépatisations du poumon que l'état général du malade offre l'indice de la convalescence quand le viscère est encore à peine perméable à l'air et que la résolution ne fait que commencer ?

La première année où je fus chargé d'un service médical dans cet hôpital, j'eus à traiter une pneumonie très-grave, qui fut bientôt heureusement modifiée par l'emploi du tartre stibié uni au camphre. La dyspnée avait cessé en même temps que la fièvre; mais il restait une grande faiblesse; des crachats sanguinolents foncés et le stéthoscope indiquaient encore peu de perméabilité à l'air dans le tissu pulmonaire; malgré la présence des crachats et les indices d'engouement, je donnai du vin au malade; je le mis à l'usage de la limonade minérale, et bien m'en prit; car deux jours après, les taches scorbutiques se montrèrent, et caractérisèrent le premier cas d'une épidémie scorbutique qui se déclarait.

L'expérience vous montrera d'ailleurs qu'il est bien plus important pour le médecin de se rendre compte de la diathèse, de l'influence de la cause d'où émane la pneumonie, que d'en connaître exactement les limites et la configuration physiques. Ne voyez-vous pas, sous l'influence de telle constitution atmosphérique, de telle idiosyncrasie, de telle saison, une pneumonie très-limitée se terminer d'une manière funeste, quand d'autres fois la vie persiste et la santé revient malgré des désordres très-étendus?

Je ne crois pas que l'analyse du sang, plus que l'auscultation, ait fait faire de grands progrès au traitement de cette maladie. Cette analyse du sang, cet examen d'un liquide extrait exclusivement du système veineux et dont le cadavre seul est à notre disposition, que nous ont-ils fourni jusqu'ici pour la pratique? Nous y avons appris que généralement il y a dans cette affection une augmentation de la fibrine. Mais la saignée, à laquelle on a presque toujours recours, n'en diminue pas la quantité.

Jusqu'à ce que tous ces travaux modernes aient acquis par l'épreuve du temps et des faits une plus grande certitude, que l'on se soit mis complétement d'accord quant à leurs résultats, le plus sage est de ne pas se laisser exclusivement dominer par leur influence au lit du malade, et de s'y inspirer encore des enseignements plus mûris et plus utiles de l'observation; mais pour cela il faut se pénétrer des travaux des anciens; leurs belles descriptions des dyscrasies, de ces altérations lentes et graduées du sang et par conséquent de la nutrition, résultats soit d'erreurs persévérantes contre les règles de l'hygiène, soit de l'introduction au sein de l'économie de matériaux imparfaitement élaborés ou de principes toxiques apportés par l'air ambiant; leurs études si profondes des vices et des altérations de la digestion, auxquels ils rattachent avec une puissance incomparable de logique et de vérité, l'hypocondrie, les hydropisies, la plupart des maladies chroniques et celles de la peau, qu'ils classaient moins bien, mais qu'ils guérissaient incomparablement mieux que nous; ces traités spéciaux, où, bien avant Bright, Plater et V. Helmont signalaient l'altération des fonctions et du tissu des reins comme la véritable cause de la plupart des anasarques, vous en apprendront bien plus sur les états si variés du sang et de la nutrition dans les maladies, que ne peuvent le faire l'analyse chimique du sang extrait de la veine et l'énumération mathématique des molécules qui le constituent, et qui certainement ne sont plus entre elles dans les mêmes rapports que pendant la vie. Ce ne sont pas les manipulations du caillot sanguin qui vous rendront un compte satisfaisant de la chute du pouls, de la rapidité et de la faiblesse simultanée de la circulation dans certaines affections, des pulsations isolées qui se produisent sur certains points du corps, et des phases si rapides et variées du *turgor vitalis*.

Ce sera plutôt en considérant le sang au point de vue de sa faculté si remarquable d'expansion et de concentration, en observant sa vitalité, à l'exemple d'Harvey, qui lui accorde comme à l'alcool un esprit qu'on peut en séparer, et rend cette idée palpable en disant que le sang privé de son esprit vital est analogue au vin privé d'alcool et constitue un liquide fade et sans énergie.

C'est ainsi que, sans vouloir diminuer à vos yeux la valeur des recherches modernes, je voudrais vous engager à ne pas leur accorder une prédilection assez absolue pour vous détourner de l'étude des trésors d'observation que nous ont légués les siècles écoulés; c'est cette poursuite aveugle d'un avenir incertain, et cet injuste oubli des précieux enseignements du passé, qui ont déjà appauvri la pratique médicale de nos jours en lui faisant perdre de vue l'importance du pronostic et de la thérapeutique, et par conséquent l'ont dépouillée de ses armes les plus puissantes. Malgré les progrès que suppose cette tendance, on ne peut pas dire que la connaissance et le traitement des affections aiguës aient fait un grand pas, à moins qu'on ne veuille considérer comme tel des méthodes thérapeutiques, le plus souvent bizarres et quelquefois inhumaines. La guérison des fièvres, de cette classe si importante des maladies aiguës a plutôt rétrogradé. Mais quant aux maladies chroniques, à cette pierre de touche de la puissance du médecin, ce champ glorieux où se sont illustrés les grands praticiens de tous les temps, elles sont devenues le domaine presque exclusif du charlatanisme.

Si vous ouvrez les livres qui servent aujourd'hui de guides dans l'étude de la médecine, vous y trouverez la description des maladies aiguës; mais vous y chercherez en vain la part des maladies chroniques, plus vainement encore une thérapeutique satisfaisante; mais par contre une multitude de détails relatifs à l'anatomie pathologique, comme si le plus souvent les altérations de tissu qu'on trouve à l'autopsie n'étaient pas la conséquence et le produit, au lieu d'être la cause de la maladie. Aussi ne sont-elles jamais plus prononcées que quand la durée prolongée de l'affection a été l'occasion de modifications lentes dans la nutrition, tandis qu'elles ne se trouvent pour ainsi dire pas dans les cas où la cause morbide a été assez intense pour amener rapidement la mort : exemple la peste, la fièvre jaune, le choléra, la fièvre pernicieuse.

C'est encore cette tendance qui, au mépris des enseignements les plus solennels de l'expérience, fait établir d'après les symptômes l'indication du traitement, comme si les symptômes n'étaient pas la forme infiniment variable ou plutôt les accidents au lieu d'être l'essence de la maladie. C'est en pesant avec attention les causes et la marche des maladies; quelquefois c'est dans l'effet de médicaments que vous trouverez le moyen de vous préserver de cette erreur qui peut être de toutes la plus funeste, et dont les premières années de notre occupation d'Afrique ont offert de si tristes et si frappants exemples.

A Bone en 1833, au milieu des privations de toute espèce, empoisonnés par le voisinage des marais, nos soldats furent frappés par de terribles épidémies; les circonstances indiquées avaient donné à la cause morbide une puissance contre laquelle leur constitution se révoltait par un effort suprême. Cette lutte avait revêtu toutes les apparences de l'inflammation, céphalalgie intense, délire, face vultueuse et colorée, pouls fort et fréquent, vomissements. Cet ensemble de symptômes fit donner à la maladie le nom de

---

Toi qui d'un pied pique-mulet,
Oses monter sur le Parnasse
Et d'une main infuse-casse,
Prendre Apollon par le collet,
Ignorant et fou pile-drogue,
Qui fais des vers comme un vrai dogue,
Sache qu'au sejour d'Hélicon
On deteste la médecine,
Que jamais muse en sa poitrine
Ne fourra de catholicon;
Que jamais sene ni rhubarbe
Ne toucha la savante barbe
Du sérénissime Apollon.
Sans l'aide d'un apothicaire,
Dont le visage est mortuaire,
Sans le secours d'un lavement,
Les muses ont le ventre libre;
Le canon à petit calibre
Ne fit jamais son logement
Dans leur modeste croupière,
Et leur virginal fondement
Abhorre l'ombre d'un clystère.
Que ton herboriste cerveau
Ne songe donc qu'à des regimes;
Ne va plus au sejour des rimes
Montrer ton droguiste museau.
Retire-toi dans ta boutique,
Attendre que quelque pratique
T'oblige avec un peu de lait
Et d'herbe sale et degoûtante,
De faire un *coup de pistolet*
Qu'on reçoive sans epouvante.

Certes, voilà de l'esprit distillé avec une bile âcre et mordante. Eh bien! on peut assurer que le plus modeste pharmacien a rendu cent fois plus de services à l'humanité que le malin poëte auteur de ces vers.

— Après avoir bien comparé, bien examiné la doctrine de Gall et celle de Lavater, pour connaître les hommes, je crois celle du pasteur suisse infiniment supérieure au système du médecin allemand. On y trouve plus de clarté, plus de finesse, plus de profondeur d'observation, et nullement ce ton hautain, affirmatif que Gall affecte souvent, bien que ses principes, toujours vagues, soient sujets à de très-nombreuses exceptions, ce qui les affaiblit d'autant plus. Quant à la forme, au style, Lavater est hors de toute contestation pour la supériorité. En voici un exemple. Le célèbre physionomiste parle de la bouche et des lèvres comme signe important de la physiognomonie, et il dit : « La bouche est l'interprète et le représentant de l'esprit et du cœur; elle rassemble, et dans son état de repos et dans la variété infinie de ses mouvements, un monde de caractères; elle est éloquente jusque dans son silence..... Ah! si l'homme connaissait et sentait la dignité de sa bouche, il ne proférerait que des paroles divines, et ses paroles sanctifiraient ses actions. Pourquoi suis-je réduit à bégayer et à trembler quand je voudrais annoncer les merveilles de cet organe, qui est le siége de la

gastro-céphalite. Du nom découlait l'indication thérapeutique, et à l'aide d'énormes déplétions sanguines locales et générales, on avait bientôt imposé silence à ces phénomènes inflammatoires de la lutte; mais du même coup on faisait taire aussi la vie qui ne tardait pas à s'éteindre dans la forme algide, délirante ou comateuse. J'étais très-jeune alors, imbu de cette doctrine qui toujours et partout ne voyait qu'inflammation, dépourvu des plus simples notions de la médecine ancienne qu'on nous avait appris à dédaigner même avant d'avoir pris la peine de l'interroger. Mais ce que les leçons de l'école m'avaient laissé de sens commun se révolta devant un pareil spectacle, et la conviction cruelle que j'en tirai de la fausseté des principes dans lesquels j'avais été élevé, me détermina à en effacer les traces en moi-même et à chercher dans les œuvres des pères de l'art, les immortels et précieux préceptes propres à raffermir le jugement et à éclairer la pratique.

C'est une déception à des épreuves semblables que je voudrais contribuer à vous épargner en vous inspirant le désir de vous pénétrer des enseignements des grands praticiens de tous les temps, et en vous familiarisant en même temps avec leurs idées, et avec la connaissance et l'usage des ressources infinies qu'on y trouve.

C'est là surtout le but que je me propose dans l'étude que nous sommes appelés à faire ensemble au lit du malade, et c'est ainsi que je m'efforcerai de compléter et de régler quelquefois par l'observation pratique, l'abondante instruction théorique dont vous êtes tous pourvus.

CHIRURGIE PRATIQUE.

MÉMOIRE SUR LA RUPTURE DU LIGAMENT ROTULIEN, AVEC LA DESCRIPTION D'UN APPAREIL CURATIF NOUVEAU; présenté à l'Académie des sciences, dans sa séance du 30 juin dernier; par M. BAUDENS, inspecteur, membre du conseil de santé des armées.

Les ruptures du ligament rotulien ont rarement lieu; de là le petit nombre d'observations publiées et le laconisme des auteurs. J'en ai vu trois cas, le dernier sur le général R... auquel j'ai appliqué avec un succès complet un appareil que j'ai imaginé. Avant de décrire cet appareil, je présenterai des considérations relatives à l'anatomie et à la physiologie du ligament rotulien, afin de faire mieux saisir le mécanisme de sa rupture et les indications curatives.

1° REMARQUES ANATOMIQUES.

Le ligament rotulien continue le tendon commun du muscle droit antérieur et du faisceau moyen du triceps crural interrompu par la rotule, véritable os sésamoïde, développée dans son épaisseur. Il s'attache, comme un crampon, à l'angle inférieur de la rotule et à la tubérosité antérieure du tibia. Sa face antérieure est sous-cutanée; sa face postérieure se trouve en rapport, en haut, avec une masse de tissu adipeux; en bas, avec une petite bourse muqueuse destinée à faciliter son glissement sur le tibia. Ses bords adhèrent par une lame fibro-celluleuse aux ligaments latéraux de la rotule et au tendon de l'aponévrose fascia lata. Très-épais, aplati, formé de fibres tendineuses, blanchâtres, parallèles, très-serrées, long de 60 millimètres, ce ligament ferme en avant l'articulation tibio-fémorale.

2° REMARQUES PHYSIOLOGIQUES.

A. FLEXION. — Lorsque la jambe se porte en arrière, dans la flexion du genou, les cavités glénoïdes du tibia roulant sur les condyles du fémur entraînent la rotule dans le creux de la poulie intercondylienne de cet os. Fixée au tibia par un ligament inextensible, la rotule ne peut descendre qu'en faisant effort sur les muscles extenseurs et en sollicitant leur élasticité. Si l'on continue à fléchir la jambe jusqu'aux limites normales, on épuise cette élasticité. Exagère-t-on la flexion de manière à dépasser ces limites, le tendon des muscles extérieurs et le ligament rotulien entrent dans un état de tension extrême, et quand la rupture de l'un des deux a lieu, le plan postérieur de la jambe peut s'appliquer exactement sur celui de la cuisse; aussi remarque-t-on souvent qu'au moment où s'opère la solution de continuité du ligament rotulien on tombe littéralement assis sur le talon.

B. EXTENSION. — L'extension ne peut qu'anormalement dépasser la continuité rectiligne de la jambe avec la cuisse. Elle est active ou passive. *Active*, elle assure, en redressant la brisure articulaire du genou, la solidité du membre pelvien, comme organe de support. Les ligaments croisés et postérieurs sont alors fortement tendus; les ligaments latéraux le sont moins; la rotule et son ligament, tirés par les muscles extenseurs, s'appliquent avec force contre l'articulation fémoro-tibiale. Que, dans ce moment, un violent effort pour prévenir une chute imminente en avant vienne à se produire, et le ligament rotulien, placé entre une puissance considérable, les muscles extenseurs qui se contractent pour maintenir l'équilibre, et une résistance non moins grande, le poids du corps appuyant sur le sol auquel il se cramponne par les pieds, se déchirera inévitablement s'il est plus faible que la puissance et la résistance, à moins qu'une rupture du tendon sus-rotulien ou une fracture en travers de la rotule, si fréquente en pareil cas, n'aient devancé sa solution de continuité. Ajoutons que cette brusque retraite de corps en arrière pour rétablir l'équilibre est toujours précédée d'une légère flexion du genou très-propice aux ruptures précitées, parce qu'elle vient en aide à l'action des muscles extenseurs. Elle leur vient en aide, en effet, en allongeant modérément leurs fibrs et en exagérant la saillie de la rotule dont la puissance, comme poulie de renvoi, est ainsi notablement accrue.

C'est par un mécanisme analogue que survient, mais bien plus rarement, la déchirure des muscles extenseurs. La force de résistance de ces muscles comparée à celle de leur tendon diffère essentiellement, selon qu'on l'examine durant la vie ou après la mort. Tant que la force vitale les anime, les muscles résistent plus que les tendons; dès qu'elle s'en retire le contraire a lieu, les tendons triomphent de poids qui entraînent des déchirures musculaires. Sauvage, qui a fait des expériences, notamment sur le tendon d'Achille auquel il a suspendu des poids énormes, n'a pu parvenir à le rompre, tandis que les muscles gastro-cnémiens se déchiraient. Et cependant les ruptures du tendon d'Achille pour être rares n'en ont pas moins été observées par un grand nombre de praticiens. De ce fait, on peut inférer que les fibres tendineuses, mortes ou vivantes, supportent passivement les efforts opérés sur elles, tandis que les fibres musculaires douées de la

---

sagesse et de la folie, de la force et de la faiblesse, de la vertu et du vice, de la rudesse et de la délicatesse de l'esprit; le siége de l'amour et de la haine, de la sincérité et de la fausseté, de l'humilité et de l'orgueil, de la dissimulation et de la vérité? Ah! si j'étais ce que je dois être, ma bouche ne s'ouvrirait, ô mon Dieu, que pour chanter tes louanges. »

Trouvez-moi quelque chose de plus doux, de plus agréablement exprimé, de plus onctueusement éloquent et en même temps de plus vrai. Heureux ceux qui, comme Lavater, puisent leurs idées dans des sentiments élevés, c'est une source pure, et elle est intarissable.

— La vraie, la bonne médecine demande toujours à l'empirique : *Où est la raison de ce que tu fais?* Elle dit parfois au dogmatique : *Où est l'expérience qui confirme ce que tu dis?* Dès lors la conclusion est formelle.

— Vous parlez de grandes découvertes, eh bien! tâchez seulement d'extraire une *étincelle* de vérité encore latente dans les phénomènes de l'organisme, vous aurez rendu un immense service à la science, à l'humanité, et votre gloire est assurée.

— Hippocrate n'est grand, n'est admirable, que parce qu'il a de ces pensées qui font penser. Quand il nous dit : *Occasio præceps, judicium difficile*, il y a toute une doctrine de beaux et d'utiles préceptes dans ce peu de paroles.

— Depuis que j'ai publié, dans ce journal (1) quelques réflexions sur la physiologie applicable au corps social considéré comme une grande *unité* ayant sa vie, son être, son tempérament particuliers, de bienveillants lecteurs m'ont témoigné leur assentiment et leur approbation. Je les en remercie; c'est pour moi un témoignage que j'apprécie hautement, surtout comme encouragement. J'ai essayé, en effet, d'ouvrir une voie toute nouvelle à des investigations médico-philosophiques d'un grand intérêt. Bien persuadé que la science de l'homme est la science des sages, que la médecine est cette science elle-même dans toute la vérité de l'expression, que loin, dans l'ordre social, d'aller de nuage en nuage au pays des chimères et des illusions, j'ai voulu prouver que la nature de l'homme est la véritable puissance qui préside à l'ordre fondamental des sociétés, car tous *les hommes sont dans l'homme.* Malheureusement le cadre étant trop étroit, les développements et les preuves de cette opinion n'ont pu être amplement développés. Oh! que ne suis-je encore dans l'âge de la force pour donner à ces idées l'étendue, la forme et la solidité qui leur conviennent. C'est donc un sujet à reprendre, et je le recommande aux jeunes médecins qui comprendront la grandeur de leur profession. Quel beau sujet d'études! quel livre plein d'instruction il peut en résulter! que d'avantages, que d'utilité pour la médecine! combien on pourrait ainsi écarter de préjugés sur notre profession, l'honorer, l'élever, la placer au rang qui lui appartient! S'il y a dans cette doctrine des choses encore incertaines, vagues, obscures, qu'on ne s'y trompe pas, le temps et le progrès, son inséparable compagnon, donneront la solution de ces problèmes. Ne savons-nous pas, comme l'a dit un grand écrivain, que bien souvent *l'idéal n'est que la vérité à distance.*

(1) V. GAZ. MÉD., n° du 24 mai 1851, ESSAI D'UNE NOUVELLE APPLICATION DES LOIS DE LA PHYSIOLOGIE.

vie empruntent un surcroît de force à leur contractilité. En revenant sur elles-mêmes, ces fibres acquièrent en effet densité, dureté, puissance si grandes que l'arrachement de membres entiers entraîne des déchirures d'aponévrases et de tendons, tandis que seuls les muscles résistent.

L'extension *passive* est celle qui se fait sans le concours des muscles extenseurs. Ils n'y prennent aucune part et restent dans le repos le plus absolu.

Pour rendre l'extension passive complète, pour la porter aussi loin que possible, le membre pelvien doit être placé sur un plan incliné du talon vers l'ischion, de façon à fléchir la cuisse sur le bassin, l'articulation tibio-fémorale étant préalablement redressée par l'extension de la jambe et par l'élévation du pied. Cette position conseillée par Valentin pour réduire les luxations de la rotule ne doit jamais, en pareil cas, être perdue de vue par les praticiens.

A l'encontre des faits observés par l'extension active, la rotule et ses ligaments sont, pendant l'extension passive, dans le plus grand relâchement. Imprime-t-on à cet os des mouvements à droite et à gauche deviens faciles, on sent parfaitement bien la résistance offerte par les deux moitiés latérales de la capsule articulaire. Cette résistance est due à leur adhérence aux bords de la rotule, et si dans ces conditions le bord interne ou le bord externe de la rotule reçoit un choc violent, celle-ci pourra se luxer, soit qu'elle passe par-dessus les saillies latérales de la poulie intercondylienne, soit qu'elle se place de champ par l'un de ses bords dans la dépression suscondylienne.

La double résistance offerte par les deux moitiés latérales de la capsule articulaire est alors vaincue; mais elle entraîne une double déchirure capsulaire, et cette déchirure est toujours plus forte du côté opposé à la luxation.

On conçoit que l'allongement anormal du ligament rotulien, et à plus forte raison sa non consolidation, quand il a été rompu, prédisposent notablement aux luxations rotuliennes. Je connais une dame chez laquelle ce genre de déplacement se fait avec une extrême facilité. Elle a eu, il y a quelques années, une rupture du ligament rotulien. Cette lésion n'a pas été reconnue par le chirurgien et la guérison n'a été obtenue qu'à l'aide d'une substance intermédiaire, fibreuse, longue d'environ 3 centim.

Ces considérations générales et préliminaires feront saisir plus aisément le mécanisme suivant lequel s'opère la rupture du ligament rotulien, et les indications curatives qu'elle exige.

1° MÉCANISME DE LA RUPTURE DU LIGAMENT ROTULIEN.

Galien a observé la rupture du ligament inférieur de la rotule. Le blessé était un jeune homme; l'accident survint pendant une lutte; la rotule remonta sur la cuisse, et après la guérison il ne pouvait ni fléchir le genou ni marcher sur un plan incliné sans danger de tomber; la réunion immédiate n'avait pas été obtenue.

J.-L. Petit a vu le même accident sur un enfant qui tomba sur le genou. Il reconnut la solution de continuité au vide très-sensible qui existait entre le tibia et la rotule, ainsi qu'à l'élévation de l'extrémité inférieure de cet os qui se portait en avant. Sabatier rapporte un fait analogue. Il s'agit d'un individu qui trébucha en traversant un passage qu'il croyait de plain-pied, tandis qu'il y avait deux marches à descendre. Son talon gauche vint frapper le pavé qui était au delà de ces marches, et au même instant se fit sentir un craquement dans le genou. Il tomba sur la jambe gauche dont le talon se porta au-dessous de la fesse.

Dans le tome XVIII, sixième année, p. 449, des ARCHIVES, est rapporté le fait qui suit: Une femme fait un violent effort pour prévenir une chute du haut d'un escalier portatif; elle entend aussitôt un craquement dans le genou, éprouve une vive douleur et tombe. On reconnaît une fracture du ligament inférieur de la rotule dont on demande la guérison à un repos prolongé au maintien du membre dans une extension continuelle et au bandage unissant. Après quarante-deux jours, l'appareil est levé; on fait exécuter quelques mouvements pour prévenir l'ankylose; mais surviennent du gonflement au genou et de l'œdème dans tout le membre auxquels on oppose un bandage roulé, des douches sulfureuses, et finalement après trois mois on obtient une guérison complète.

Un autre fait se trouve relaté dans la GAZETTE MÉDICALE du 5 janvier 1834. En juin 1833, M. D..., 25 ans, fort, robuste, lève sa jambe droite pour la poser sur un camion, perd l'équilibre et tombe sur le siége. La jambe gauche se fléchit dans la chute, et aussitôt il éprouve dans le genou, avec la sensation d'un craquement, une douleur déchirante. Le blessé ne peut se lever; sa jambe reste fléchie malgré lui. Pendant deux mois et demi la lésion est méconnue; on la traite par des sangsues, des cataplasmes, des liniments, le repos. La guérison n'ayant pas lieu et la marche étant impossible, M. Vanderlinden, appelé auprès du malade, reconnaît une rupture du ligament sous-rotulien. En effet, la rotule, notablement remontée, offre une mobilité anormale. Au-dessus du tibia existe un vide capable de loger le pouce, vide qui, malgré un léger engorgement du genou, se dessine assez pour être appréciable à l'œil. M. Vanderlinden rapproche la rotule du tibia à l'aide de deux fortes guêtres lacées, dont l'une embrassait la jambe et l'autre la moitié inférieure de la cuisse. Trois cordons passant en avant et sur la rotule sont fixés aux guêtres avec la faculté d'être serrés à volonté, et une forte attelle placée sous la jambe assure l'immobilité de l'articulation. Cet appareil mis sur un plan incliné est maintenu en place trois mois, et après un traitement de sept mois la guérison est complète.

Des faits que je viens de relater, il résulte que la rupture du ligament rotulien a lieu par une contraction violente, brusque, en quelque sorte spasmodique des muscles extenseurs de la jambe. Cette rupture est favorisée par un concours de circonstances que nul avant moi n'a fait connaître. Il ne suffit pas, en effet, pour rompre le ligament rotulien, que celui-ci soit inférieur en force à l'action contractile des muscles extenseurs de la jambe, il faut encore que ces muscles acquièrent accidentellement un surcroît d'énergie. Or voici comment j'entends et j'explique ce surcroît d'énergie. Au moment où, pour éviter une chute, toutes les brisures articulaires se redressent pour ainsi dire convulsivement, les muscles extenseurs de la jambe se contractent spontanément et leur puissance s'accroît de toute la force empruntée au long bras de levier représenté par le tronc et les membres supérieurs projetés du côté opposé à l'imminence de la chute pour rétablir l'équilibre. Si je rappelle que le genou, alors légèrement fléchi, augmente l'énergie des muscles extenseurs en tendant leurs fibres et en exagérant la saillie de la rotule, on comprendra que cette énorme puissance peut rompre soit le ligament rotulien, soit la rotule, soit même le fort tendon des muscles extenseurs. Quant à la résistance représentée par la jambe cramponée au sol au moment d'un faux pas, elle s'accroît de tout le poids du corps transmis sur elle quand on perd l'équilibre. D'où il résulte que la puissance et la résistance peuvent acquérir une force d'emprunt incalcu-

---

— *Studio doctor, experientiâ medicus*, sans contredit; mais la première condition aide singulièrement à la seconde.

— Le travail! le travail! toujours le travail et l'application, est-il un autre moyen d'avancer, de s'éclairer, de contribuer au progrès? On le sait, ce n'est pas en restant oisif que l'homme a trouvé les sciences, qu'il a inventé les arts. Aussi peut-il à juste titre s'en glorifier comme d'une conquête. Heureuse conquête, qui le récompense magnifiquement de ce qu'il a fait pour l'obtenir. Il a mis un siècle à s'emparer d'une vérité, il en jouira des milliers de siècles; doit-il se plaindre de sa condition?

« Comme nous sommes condamnés à gagner notre vie à la sueur de notre front, il faut, dit Mallebranche, que l'esprit travaille pour se nourrir de la vérité. Mais croyez-moi, ajoute-t-il, cette nourriture des esprits est si délicieuse et donne à l'âme tant d'ardeur lorsqu'elle en a goûté, que, quoiqu'on se lasse de la chercher, on ne se lasse jamais de la désirer, et de recommencer ces recherches, car c'est pour elle que nous sommes faits. » (ENTRET. MÉTAPH., t. I, p. 91.)

RÉVEILLE-PARISE.

— On annonce que M. le professeur Bérard, à la suite d'une discussion d'administration intérieure, a déposé sa démission de doyen de la Faculté de médecine de Paris.

— Le tribunal de la Seine a prononcé le 5 juillet son jugement dans l'affaire du docteur Boullard. Il a jugé que le privilége du médecin devait primer celui du propriétaire. Le jugement est très-fortement motivé.

L'association des médecins de Paris a fait tous les frais du procès; elle a trouvé encore une fois l'occasion de soutenir un principe vrai, et de donner une nouvelle preuve de sa sollicitude pour les intérêts professionnels.

— CHAIRE D'ANATOMIE ET DE PHYSIOLOGIE VACANTE A L'ECOLE DE MÉDECINE DE REIMS. — PROGRAMME DU CONCOURS :

Première épreuve. — Titres antérieurs.

Deuxième épreuve. — Anatomie descriptive : Leçon de 45 minutes sur une préparation anatomique faite, en 5 heures, sur un sujet choisi par le candidat.

Troisième épreuve. — Physiologie : Leçon de 45 minutes, après 24 heures de préparation, sur une question de physiologie tirée au sort, et qui sera la même pour les candidats entendus le même jour.

Quatrième épreuve. — Anatomie et physiologie : Dissertation écrite en six heures, sur une question d'anatomie et de physiologie tirée au sort, et qui sera la même pour tous les candidats.

Cinquième épreuve. — Argumentation : Argumentation sur la question écrite, pendant 40 minutes, par deux candidats, et à défaut de candidats, par les deux plus jeunes membres du jury.

Après chaque épreuve, la valeur en sera immédiatement appréciée, en chiffres, par le jury.

NOTA. — Le concours s'ouvrira du 16 au 20 août prochain.

Le directeur de l'École de médecine, HANNEQUIN.
Le secrétaire, PHILLIPPE.

lable à laquelle ne saurait résister le ligament rotulien placé entre elles deux et dont il est l'aboutissant. Des causes vulnérantes directes, telles que coups de sabre, projectiles, peuvent déterminer une solution de continuité du tendon de la rotule, ainsi que j'en ai vu des exemples en campagne; mais alors des complications de la plus haute gravité surgissent qui font de la déchirure du tendon sous-rotulien un accident tout à fait secondaire, et je m'étonne qu'un chirurgien aussi éminent que Lassus ait accepté la responsabilité d'un fait rapporté dans sa PATHOLOGIE CHIRURGICALE, p. 223. Un homme, dit-il, reçoit un coup de sabre qui divise transversalement les téguments, détache la tubérosité du tibia et pénètre dans l'articulation du genou. Des accidents survinrent; la plaie fut agrandie par incision, la portion vacillante de la tubérosité du tibia fut enlevée. En portant le doigt dans la plaie, il s'écoula de l'intérieur de la capsule environ deux cuillers de sang noir, partie fluide, partie coagulé. L'intérieur de l'articulation nettoyé, les lèvres de la plaie furent mises en contact, la rotule fut replacée et la jambe fut maintenue dans la plus grande extension, à l'aide de faux fanons et d'un bandage roulé. Le malade fut parfaitement guéri dans l'espace de quarante jours et marcha librement sans éprouver de roideur dans l'articulation.

Ce fait a été évidemment mal observé ou exagéré. Au reste Lassus ne dit pas s'il l'a ou non puisé dans sa pratique particulière.

C'est à tort, à mon sens, que la rupture du ligament rotulien est attribuée par quelques chirurgiens à des chutes faites sur les genoux. Tout ce qui a été dit ou écrit pour combattre cette opinion, en ce qui concerne les fractures de la rotule, s'applique à plus forte raison à la lésion qui nous occupe, et je n'admets pas que le nommé James Hughes, dont il est parlé dans les ARCHIVES de janvier 1841, ait eu une rupture du ligament de la rotule pour avoir heurté du genou le sol en tombant dans un puits de 8 pieds de profondeur. Les chutes sur les genoux sont le résultat et non la cause de la solution de continuité de ce ligament, et c'est parce celui-ci s'était préalablement rompu que James est tombé sur les genoux. En effet, lors d'une chute en avant, la jambe se fléchit à angle droit, et alors la saillie du tibia ainsi que l'angle inférieur de la rotule, recevant seuls le choc, protégent en quelque sorte le ligament rotulien dont la rupture ne saurait se produire par ce mécanisme.

Le ligament rotulien peut se rompre soit près de son attache à la rotule, soit dans tout autre point de sa continuité, soit, et plus souvent, à sa greffe tibiale. Dans les faits par moi observés, la solution de continuité avait lieu près du tibia, et en passant le doigt au-dessus de la tubérosité de cet os, on sentait distinctement le bout inférieur transversalement dessiné. On reconnaît cette rupture aux signes suivants: remontée de deux travers de doigt, la rotule fait une saillie très-prononcée, qui tout d'abord attire l'attention; les muscles extenseurs de la jambe sont relâchés; la rotule jouit d'une mobilité tout à fait anormale. Au-dessous d'elle existe un vide prononcé au fond duquel le doigt peut sentir les condyles du fémur et l'éminence qui sépare les cavités articulaires du tibia. Couché, le blessé ne peut soulever la jambe; debout, il ne peut faire un pas en avant sans tomber la jambe fléchie sur la cuisse et le pied placé sous le siége; rigoureusement il pourrait marcher, mais à reculons et sans détacher le pied du sol; la jambe a une tendance continuelle à se fléchir; elle ne peut être redressée sans le secours des mains.

L'examen anatomique du ligament rotulien nous a déjà montré ses bords unis par une lame fibro-celluleuse, avec les ligaments latéraux de la rotule et avec le tendon de l'aponévrose fascia lata. Cette lame fibro-celluleuse éprouve, lors de la rupture du ligament, des déchirures variables et en rapport avec l'écartement des portions tendineuses. On comprend dès lors combien il importe, pour ne pas augmenter ces déchirures, si propices à la guérison, de mettre le membre dans l'extension, et de ne pas exercer de mouvements de flexion exagérés dans le but de mieux constater la lésion.

2° TRAITEMENT.

Les indications curatives sont : 1° de placer le membre pelvien dans l'extension et sur un plan fortement incliné du talon vers l'ischion, afin de mettre dans le relâchement le plus complet, les muscles extenseurs de la jambe; 2° de refouler la rotule vers la tubérosité du tibia et de la maintenir dans cette position afin de mettre en contact immédiat et permanent les bouts du ligament rompu. La rareté de cette lésion a peu sollicité l'esprit inventif des chirurgiens; ils n'ont rien créé de spécial pour son traitement, mais comme les appareils à fracture de rotule, sauf de très-légères modifications, lui sont de tous points applicables, c'est sur eux que portera mon examen. Je les divise en trois groupes. Dans le premier groupe se rangent les bandages unissants et leurs variétés; dans le deuxième les gouttières; dans le troisième l'appareil de mon invention.

Qu'il soit simple ou compliqué, qu'il soit fait avec des bandes en toile, comme Dupuytren le voulait pour les fractures de rotule, ou qu'il soit composé de guêtres en cuir et de lanières, comme il a été dit plus haut, le bandage unissant n'en a pas moins le grave inconvénient de comprimer circulairement et avec une certaine force, sous peine d'être impuissant, des portions du membre pelvien, de déterminer de la gêne dans la circulation, de l'atrophie dans les points longtemps soumis à son action, et de l'engorgement dans ceux qui ne le sont pas, engorgement auquel ne s'oppose que très-imparfaitement la compression circulaire portée même sur toute l'étendue de la jambe. Les avantages attribués par Dupuytren au bandage unissant, à savoir, de supprimer et de prévenir les contractions musculaires dans toute l'étendue de l'extrémité abdominale sont du presque exclusivement du plan incliné, et ne sauraient dans tous les cas racheter les inconvénients précités. Ce n'est pas tout. Le bandage se relâche facilement et a besoin d'être souvent renouvelé; il finit par entamer la peau en comprimant la rotule toujours sur le même point, et en masquant cet os, il ne permet ni d'appliquer sur le genou des topiques souvent utiles, ni de surveiller la coaptation et les accidents qui peuvent se produire. Ajoutons que l'attelle postérieure destinée à assurer l'extension, et regardée avec raison, par Desault, comme le complément indispensable de ce bandage, devient la source de douleurs incessantes, quelque soin que l'on prenne de la bien matelasser. Boyer avait fini par renoncer au bandage unissant, il l'avait remplacé par une gouttière qu'il mettait à la face postérieure de la jambe et de la cuisse; mais il est juste de rappeler que Solingen et Garengeot avaient, avant lui, conseillé un moyen analogue dont il devait avoir eu connaissance quand il a imaginé l'appareil, qu'il décrit comme il suit: « Les pièces de cet appareil sont une gouttière de bois, deux courroies, cinq ou six lacs de ruban de fil, large de deux travers de doigt, ou une bande roulée. La gouttière doit être assez longue pour s'étendre depuis le milieu de la cuisse jusqu'au-dessous du mollet, assez profonde pour loger les deux tiers de l'épaisseur du membre plus large en haut qu'en bas, et garnie à l'intérieur de bourre ou de laine, ou de peau de mouton. Vers le milieu de leur longueur, les bords de cette gouttière présentent extérieurement des clous à tête arrondie, placés à 5 ou 6 lignes de distance les uns des autres; les courroies larges d'un pouce et longues de 6 ou 7, sont composées dans leur tiers moyen, avec de la peau de buffle couverte de peau de mouton ou de chamois, et rembourrées de laine, comme la ceinture des bandages herniaires. Leurs deux autres tiers sont de cuir de veau et présentent des ouvertures faites avec un emporte-pièce et placées à 2 lignes les unes des autres. On place le membre dans la gouttière de manière que le jarret réponde à sa partie moyenne; on remplit, avec du coton cardé ou de la charpie, les vides qui se trouvent entre la surface du membre et la gouttière, afin de rendre la compression égale partout. Ensuite, pendant qu'un aide rapproche et tient rapprochés les fragments de la fracture, on place les courroies de manière que l'une passant au-dessus est accrochée à deux clous inférieurs, et l'autre passant au-dessous du fragment inférieur est accrochée à deux clous supérieurs. Ce bandage est indiqué par Boyer pour la fracture de rotule; mais en supprimant la seconde courroie, il pourrait servir pour la rupture du ligament rotulien. Par cette disposition, les courroies dont les extrémités se croisent laissent entre elles un espace elliptique transversalement, dans lequel la rotule se trouve comprise. On place sur cet os des compresses trempées dans une liqueur résolutive, et on assujettit le tout avec quatre ou cinq lacs noués sur les côtés de la gouttière ou avec une bande roulée. » Boyer attribue à son appareil l'avantage de laisser à découvert la région lésée, d'exercer une compression assez forte, sans pour cela exposer les téguments à se mortifier, de se relâcher moins que les bandes, de pouvoir en augmenter l'action à volonté, sans déranger le reste de l'appareil. Il ajoute toutefois que, dans la plupart des cas, les malades se sont plaints, durant la première heure, de douleurs plus ou moins fortes dans les points comprimés par les courroies, mais que ces douleurs se sont dissipées soit d'elles-mêmes, soit en relâchant un peu les liens. J'ai plusieurs fois fait usage de la gouttière de Boyer, et voici les imperfections que je lui ai reconnues. D'une part, au lieu de pousser simplement en bas, la rotule, la courroie lui imprime de plus un mouvement de bascule qui porte en avant son extrémité inférieure, d'autre part la compression, faite constamment sur le sommet de cet os, développe de vives douleurs que je n'ai vues cesser qu'en relâchant la courroie au préjudice de la coaptation.

Ces alternatives de compression et de relâchement du bandage ont des inconvénients faciles à saisir. Ce sont des ébranlements continuels opérés dans le travail de cicatrisation, et comme, à fin de compte, il faut bien recourir à la compression permanente, on ne peut éviter les douleurs qui, presque toujours, aboutissent à des excoriations, et même à des escarres tégumentaires profondes.

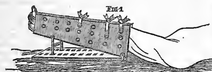
En principe, ainsi que je l'ai toujours professé dans mes leçons de clinique au Val-de-Grâce, tout appareil qui provoque des souffrances est un mauvais appareil. Il faut à tout prix faire cesser les douleurs, d'abord parce qu'elles sont un mal, ensuite parce qu'elles entraînent l'insomnie avec fièvre, perte d'appétit, phlyctènes, escarres, etc. Elles aggravent par leur persistance les lésions traumatiques, à ce point que je ne crains pas d'avancer

que celles-ci empruntent souvent à cette source leur principal caractère de gravité. J'adresse à l'appareil de Boyer deux autres reproches : le premier, de circonscrire complétement le genou par la rencontre de la gouttière et de la courroie, et de faire ainsi porter sur tous les points tégumentaires une pression circulaire qui tend à engorger la jambe ; le second, de redresser l'articulation fémoro-tibiale, si complétement que la moindre flexion n'est plus possible. Je sais bien que l'extension forcée, si favorable au relâchement des muscles extenseurs, rend plus facile la coaptation des parties rompues ; mais les praticiens savent aussi que l'extension forcée est une source de souffrances permanentes dans le jarret, et qu'une coaptation parfaite ne repousse pas absolument un certain degré de flexion du genou.

L'appareil que j'ai imaginé convient en ajoutant un lac à la fracture de rotule aussi bien qu'à la solution de continuité du ligament rotulien. Il m'a permis, depuis des années, d'assurer, pendant toute la durée du traitement, avec une précision rigoureuse, le rapprochement des parties séparées, d'obtenir un cal direct non interrompu par une substance fibreuse intermédiaire, et d'éviter ainsi les reproches adressés aux moyens curatifs ordinaires.

Depuis vingt ans, en effet, je traite, à l'aide d'appareils qui me sont particuliers, les fractures et principalement celles du membre pelvien, avec des résultats fort remarquables. L'appareil dont je me sers pour la rupture du ligament rotulien repose sur le même principe que ces derniers, et ressemble beaucoup à celui que j'emploie pour les fractures de la rotule. Il se compose :

1° D'une espèce de boîte à ciel ouvert ;
2° D'un plan incliné ;
3° De trois coussins en crin ;
4° D'une petite compresse et de liens.



La boîte doit être en bois, et à ciel ouvert, assez longue pour recevoir le genou et la jambe en totalité, assez large pour les loger facilement ; elle n'a que deux parois ; ces parois sont latérales et percées de trous pour livrer passage aux liens de la coaptation ; les trous sont sur trois rangs superposés, afin de faire des tractions plus ou moins déclives, selon les indications. On peut, comme le représente le dessin n° 1, fixer au plancher de cette boîte, à l'aide de charnières, un PLAN INCLINÉ à crémaillère, à moins que l'on préfère tout simplement la soulever avec des oreillers ou des paillassons. C'est moins coûteux, mais aussi moins solide. Le plan incliné à crémaillère offre l'avantage de n'être pas sujet à s'affaisser. Il peut être facilement élevé ou abaissé à volonté.

Le premier COUSSIN DE CRIN doit garnir le plancher de la boîte ; on le fabrique à l'instant, en déposant dans un drap de lit ployé en plusieurs doubles une couche de crin d'autant plus épaisse qu'on s'éloigne davantage du jarret pour se rapprocher du talon. Un DEUXIÈME COUSSIN supplémentaire de trois travers de doigt d'épaisseur doit occuper le creux du jarret pour permettre à l'articulation une légère flexion et prévenir les douleurs intolérables et inhérentes à l'extension forcée. On place le TROISIÈME COUSSIN, également en crin, à partir de la saillie du calcanéum, qui doit rester libre et ne pas porter jusqu'à la naissance du mollet. Ce coussin doit remplir complétement le vide ou la voûte de cette région, de façon que la jambe porte également sur tous les points de sa face postérieure, seul moyen d'éviter les douleurs et les escarres du talon. On assujettit ce dernier coussin en croisant sur la plante du pied les bouts du drap dépassant le premier coussin, celui du plancher, et en les arrêtant à l'aide de fortes épingles.

Ces préliminaires accomplis, reste à faire la coaptation et à la rendre permanente. On fait la coaptation en poussant graduellement la rotule en bas, jusqu'à un ou deux centimètres de la tubérosité tibiale.

On place alors, en travers et au-dessus de la rotule, une COMPRESSE graduée de la longueur, de la largeur et de l'épaisseur du doigt index. Cette compresse continue d'une manière permanente la coaptation à l'aide de LIENS destinés à retenir la rotule en bas. Ces liens, au nombre de trois, larges de 3 centimètres, sont en toile forte, pour éviter qu'ils se roulent en corde.



Le dessin n° 2 les fait voir en place et en fonctions. Le lien le plus élevé va directement de l'une à l'autre paroi de la boîte ; il doit légèrement comprimer le tendon des muscles extenseurs près de la rotule, à l'ascension de laquelle il oppose une barrière. Mais il a un autre rôle non moins important : il doit donner, au-dessus de la rotule, un point d'appui fixe aux autres liens, afin qu'ils puissent opérer sur cet os des tractions obliques de haut en bas, avec une grande efficacité.

En effet, si ces lacs n'étaient pas solidement fixés au lac précité, ils glisseraient inévitablement à cause de leur obliquité, et passeraient par-dessus la rotule, à moins d'exercer au-dessus d'elle, comme la courroie de la gouttière de Boyer, une forte compression dont le danger a été signalé plus haut.

Les chefs de ce premier lac sont ensuite engagés dans les trous correspondants des côtés de la boîte, puis ramenés l'un vers l'autre et attachés par un nœud à rosette. J'arrive à l'application du deuxième lien de la coaptation ; il doit, au-dessus de la rotule, empiéter sur le premier lac et être solidement attaché à ce premier lac par deux fortes épingles, afin de pouvoir, sans rompre le point d'appui, attirer avec force ce lien en bas pour en fixer ensuite les deux bouts dans les trous de la boîte. Le chirurgien choisit les trous de la première, de la deuxième ou de la troisième rangée selon qu'il veut circonscrire avec le lien plus ou moins le genou. Le troisième lac est ensuite fixé au deuxième de la même façon que celui-ci l'a été au premier, et ses bouts sont également noués en forme de rosette sur le rebord de l'une des parois de la boîte. Les trois liens ainsi imbriqués emboîtent la rotule de manière à lui former une coiffe dont l'action porte à la fois sur son sommet et sur sa face externe. Ils la tirent directement en bas, sans la faire basculer, ainsi que cela a lieu quand on agit avec une simple courroie, comme dans l'appareil Boyer. La force nécessaire à la coaptation est par mes trois liens décomposée en trois puissances réparties sur une plus large surface qu'avec la courroie de l'appareil Boyer ; elle a tout autant d'énergie que celle-ci sans entraîner, comme elle, des souffrances intolérables et des escarres inhérentes à une compression permanente sur un point invariablement toujours le même. On peut, selon les indications, porter de trois à un chiffre plus élevé le nombre des liens de la coaptation dont le mode d'action varie, comme nous le rappelons, selon qu'ils sont placés dans l'une ou l'autre rangée des trous de la boîte. Si l'on voulait suspendre momentanément la pression des liens sur la rotule, il serait inutile de les relâcher ; il suffirait de les soulever à l'aide d'un ruban attaché à eux par une forte épingle. Le bouts de ce ruban seraient fixés ensuite dans la première rangée des trous de la boîte ; on les soulèverait au besoin par un chevalet placé sur le rebord de cette boîte.

Le temps pendant lequel l'appareil doit rester en place est subordonné aux complications dont est susceptible la rupture du ligament rotulien, à l'âge, à la constitution, etc. S'il n'y a pas d'épanchement sanguin, si l'inflammation traumatique a été modérée, une moyenne de quarante-cinq jours me paraît suffisante. Toutefois il est prudent, quand on retire l'appareil, de laisser quelques jours encore le membre sur le plan incliné avant d'essayer de faire marcher le blessé. Ces premiers essais doivent être faits avec de grandes précautions, et sous l'œil du chirurgien pour éviter une nouvelle rupture. On a signalé, comme un écueil difficile à éviter, l'ankylose du genou. Je pense que ce danger a été exagéré ; du reste, ici comme après la fracture de la rotule, comme après celle de l'olécrâne, j'imprime, pendant la durée du traitement à partir du vingtième jour, et cela une ou deux fois par semaine, quelques mouvements de flexion et d'extension pour prévenir certaines adhérences encore tendres et capables de nuire ultérieurement aux fonctions articulaires. La flexion et l'extension peuvent se faire impunément pourvu qu'on ait bien soin de maintenir ou de faire maintenir en contact immédiat par les doigts d'un aide vigoureusement appliqués, les surfaces rompues.

Ces manœuvres ont-elles, dans les cas par moi observés, empêché l'ankylose de se produire ? Sans vouloir exagérer leur importance, il est difficile de ne pas reconnaître qu'elles en ont une bien réelle. Ce que je puis affirmer, c'est que dans le cours de ma pratique ; je n'ai jamais failli à ce précepte toutes les fois que j'ai eu à traiter une lésion d'articulation, et que toujours j'ai évité l'ankylose si ce n'est après de très-graves désordres, comme après les coups de feu, et je m'étonne que nul avant moi n'ait conseillé, que je sache, des mouvements de flexion et d'extension ainsi prudemment exécutés.

Lorsque, pour des raisons particulières, il y a urgence d'abréger le traitement et de ne pas laisser le blessé, surtout si c'est un vieillard, longtemps

à la chambre, je permets après six semaines quelques promenades en voiture; mais alors je fais porter le malade pour le descendre, et afin d'empêcher toute flexion du genou, même involontaire, j'emploie une gouttière en carton en fixant en bas la rotule à l'aide d'une courroie, à peu près comme le faisait Boyer.

Plus tard, le blessé essaye d'appuyer la jambe malade sur le sol en se soutenant sur le bras d'un aide ou sur une canne pour détourner sur ce point d'appui une partie du poids du corps, et chaque jour il fait des essais gradués et de plus en plus hardis jusqu'à guérison radicale. Il est assez remarquable qu'une induration assez étendue occupe quelquefois, comme chez le général R..., dont je parlerai, la région sus-rotulienne. Cette induration peut nuire à la flexion du genou et faire croire à une ankylose qui en réalité n'est qu'apparente. Les frictions fondantes, les douches sont de puissants moyens pour rendre aux parties indurées leur souplesse normale.

Il me reste pour terminer ce travail à exposer les trois faits de rupture du ligament rotulien que j'ai observés dans ma pratique.

(La fin au prochain numéro.)

REVUE DES JOURNAUX DE MÉDECINE.

JOURNAUX FRANÇAIS.

(Suite.)

IV. JOURNAL DES CONNAISSANCES MÉDICO-CHIRURGICALES.

Les numéros de janvier, février et mars contiennent les articles originaux suivants : 1° *Cure radicale du varicocèle par l'enroulement des veines;* par M. Vidal. 2° *Obturation des dents;* par M. Desirabode. 3° *De la repose des dents naturelles;* par M. Joux. 4° *De l'emploi extérieur de la noix vomique et de la strychnine;* par M. Chrestien. 5° *Sciatique guérie par la cautérisation de l'oreille;* par M. Chavanne. 6° *De l'alkékenge contre les fièvres intermittentes;* par M. Gendron. (Nouvelle note, ajoutant peu à celle qu'a déjà publiée l'auteur en 1850. V. Gaz. Méd., 1850, p. 554.) 7° *Des cataplasmes galvaniques;* par M. Récamier. (V. la Gaz. Méd. de 1850, aux comptes rendus de l'Académie de médecine.) 8° *De la fracture transversale de la rotule;* par M. Bouisson. 9° *Traitement économique de la gale;* par M. Courbassier. 10° *De l'application de l'œil artificiel (avec gravures);* par M. Tavignot. 11° *Du débridement du testicule dans les orchites;* par M. Duménil. 12° *De l'allaitement et du sevrage;* par M. Trousseau. 13° *Cautérisation de l'oreille dans la sciatique;* par M. Cane. 14° *Mémoire sur un anévrisme de la région poplitée.* (Traduit de l'italien.) 15° *Observations démontrant que la syphilis secondaire est contagieuse;* par M. Roché. 16° *Lithotripsie; réclamation;* par M. Horteloup. 17° *Hernie de l'épiploon à la suite de la ponction abdominale;* par M. Michel. 18° *Des virus considérés sur des animaux vivants;* par M. Hameau. (Résumé d'un mémoire envoyé à l'Académie de médecine, et sur lequel M. Londe a fait un rapport favorable. V. la Gaz. Méd.) 19° *Du traitement de la teigne.* (Article anonyme. Résumé des moyens actuellement employés contre la teigne.) 19° *Lithotripsie; nouvelle réclamation;* par M. Horteloup. 20° *Du traitement de la tumeur et de la fistule lacrymales;* par M. Tavignot. 21° *Nouveau moyen de pratiquer les saignées locales;* par M. Heurteloup. 22° *Des inhalations de chloroforme dans l'hystérie;* par M. Deslerne. 23° *Traitement des épanchements péritonéaux chez les enfants;* par M. Trousseau. 24° *Du lupus érythémateux;* par M. Cazenave.

TRAITEMENT ÉCONOMIQUE DE LA GALE; par le docteur Courbassier.

Cette note ne contient que la formule d'un liniment économique à la portée des pauvres, et que chacun trouve sous sa main. On mêle quatre cuillerées à bouche de suie de cheminée tamisée avec une cuillerée de sel de cuisine et autant de fleur de soufre. Le malade délaye chaque soir une cuillerée à bouche de ce mélange dans Q. S. d'huile d'olive, s'en frictionne tout le corps, garde le même linge pendant toute la durée du traitement qui est de six jours. Au septième, il se lave avec de l'eau chaude légèrement vinaigrée.

L'excuse d'une formule de ce genre est d'être destinée à des gens qui n'ont pas un culte rigide pour la propreté. Un peu plus de soufre et moins de suie, on bien une certaine dose de carbonate de potasse qu'on trouve chez l'épicier, auraient sans doute les mêmes avantages sans exposer aux mêmes désagréments.

TRAITEMENT DES ÉPANCHEMENTS PÉRITONÉAUX CHEZ LES ENFANTS; par M. Trousseau.

Il est d'observation que la ponction ne réussit guère chez les enfants, et M. Trousseau a en lui-même occasion d'en faire une triste expérience. Il est donc ici plus utile qu'en toute autre circonstance de chercher à résoudre l'épanchement. Sans doute les chances de résolution et même l'ensemble du traitement devront varier suivant la nature des causes qui ont amené ou qui entretiennent l'hydropéritonie; néanmoins que celle-ci soit de nature essentielle, ou qu'elle se lie à une inflammation simple du péritoine, ou même à la présence de tubercules, elle peut être très-souvent combattue avec avantage, dit M. Troussean, et l'on s'est en tout cas débarrassé d'une complication grave. Le traitement consiste d'abord dans l'administration du calomel à doses réfractées, et ensuite dans l'application sur le ventre de cataplasmes de poudre de ciguë.

Le calomel se prescrit chaque jour à la dose de 2 centigr. et demi, divisés en six paquets. Au bout de quelques jours, de six au plus, la salivation s'annonce; il y a aussi parfois un peu de diarrhée. Le calomel est alors suspendu et l'on passe aux cataplasmes de ciguë que l'on maintient constamment sur le ventre. Comme la ciguë est d'un prix assez élevé et que le cataplasme doit recouvrir tout l'abdomen, M. Trousseau le fait préparer de la manière suivante : on délaye deux cuillerées à bouche de poudre de ciguë dans de l'eau de graine de lin épaisse, de manière à former une bouillie qu'on étend sur la surface d'un cataplasme de farine de graine de lin. On obtient le même résultat qu'avec le cataplasme de ciguë pure, lequel se prépare avec 200 grammes de poudre dans quantité suffisante d'eau chaude.

Il y avait dernièrement, dans les salles de M. Trousseau, une petite fille atteinte d'une ascite qui datait de trois mois. Rien d'anormal ne s'observait du côté du cœur ni du foie; mais il y avait lieu de craindre l'existence de tubercules mésentériques. On agit néanmoins comme s'il s'agissait d'une péritonite simple. La salivation était bien établie le huitième jour, et l'on commença l'application des cataplasmes. Après quinze jours de traitement le liquide était résorbé, et l'on reconnut dans le flanc droit une tumeur bosselée et inégale du volume d'un œuf de pigeon et probablement tuberculeuse.

V. ANNALES DES MALADIES DE LA PEAU ET DE LA SYPHILIS.

Les numéros de janvier, février et mars 1851 de ce journal, rédigé par MM. Cazenave et Chausit, contiennent les articles originaux suivants : 1° *Emploi du chloroforme dans le traitement de l'orchite;* par M. Vidal (de Cassis). 2° *De la pellagre en France;* par M. Chausit. 3° *De l'inoculation de l'ecthyma syphilitique;* par M. Vidal (de Cassis). 4° *Considérations pratiques sur l'acne sebacea;* par M. Cazenave. 5° *De l'ecthyma syphilitique, à propos de l'inoculation des symptômes dits secondaires;* par M. Chausit. (Cette discussion, que nous pourrions nous plaindre d'avoir parfois trouvée trop savante pour nous, ne prouve point que M. Vidal n'ait pu prendre la pustule initiale d'un chancre primitif pour un ecthyma, symptôme constitutionnel.)

DE L'INOCULATION DE L'ECTHYMA SYPHILITIQUE, ACCIDENT DIT SECONDAIRE; par M. Vidal (de Cassis).

Les sociétés savantes et les cliniques ont retenti il y a quelques mois d'une exception ou dérogation expérimentalement constatée à la loi de J. Hunter, qui proclame la non contagiosité des lésions syphilitiques dites constitutionnelles. Le fait fort intéressant en lui-même l'est devenu bien davantage par les interprétations diverses, par les luttes passionnées qu'il a provoquées entre deux écoles syphilographiques, dont l'une a fait son chemin en promulguant des découvertes, des vérités, dont l'autre — à l'instar d'un de nos orthopédistes qui cultiva il y a quelques années cette spécialité avec plus de persévérance que de bonheur — vise à faire le sien par la négation ou le doute jetés sur tout ce que le camp opposé affirme.

L'observation, texte de ces débats, peut se résumer en peu de mots. M. Vidal prit le 1er novembre 1849 du pus d'une pustule d'ecthyma, développée chez un malade porteur de symptômes syphilitiques constitutionnels, et l'inocula à la lancette sur l'avant-bras de M. Boudeville, interne en pharmacie. Au bout de deux jours une pustule s'était formée sur le point inoculé; elle cessa d'être enflammée au bout de quinze jours. Aucun traitement général spécifique ne fut employé. Au bout de cinq mois environ, des phénomènes clairement significatifs annoncèrent chez M. Boudeville l'invasion d'une syphilis constitutionnelle.

Ce résultat, comme on voit, va directement contre les expériences de Hunter, contre celles de M. Ricord, qui n'a jamais rien obtenu d'inoculations cent et cent fois répétées avec le pus de toute sorte de lésions consti-

tutionnelles. C'était le coup le plus grave dont pût être frappée cette école nombreuse, croyante, ardente dans son dévouement et sa foi, qui s'honore de marcher sous la bannière de M. Ricord. Il la prenait en flagrant délit d'erreur sur un point qu'elle dit jugé en sens inverse par des observations péremptoires. Il dépouillait l'accident primitif, le chancre, de la puissance infectante, sa prérogative exclusive, d'après le maître, et pouvait sous le rapport pratique compromettre la santé des malades, en inspirant aux médecins de la défiance sur l'utilité du traitement abortif du chancre.

Si l'on avait pu méconnaître la portée de cette attaque, elle aurait été bien vite révélée par la promptitude avec laquelle le camp tout entier de M. Ricord courut aux armes pour la repousser. Accusant résolument, quoique avec la plus exquise politesse dans la forme, son adversaire d'impéritie, ou tout au moins d'inattention, l'illustre chef de secte, judicieusement soutenu par M. Cullerier, arriva à expliquer le fait de la manière suivante :

1° Le lieu où M. Vidal a pris le pus n'était pas un ecthyma constitutionnel, mais bien la pustule d'un chancre primitif, que le malade s'était inoculé accidentellement, et vraisemblablement en se grattant avec les doigts souillés du pus d'accidents primitifs dont il est constant qu'il était porteur peu de temps auparavant.

2° M. Boudeville n'a pas eu à l'avant-bras par suite de l'inoculation une pustule secondaire, mais bien un vrai chancre primitif, avec l'induration persistante de la base et les ganglions axillaires indurés, cortége ordinaire du chancre qui produit fatalement la syphilis constitutionnelle.

Nous n'avons heureusement point à rentrer aujourd'hui dans le fond de cette discussion, si souvent égarée loin de son but, et dont la terminaison a donné lieu sans doute à plus d'un *Te Deum* ; mais ce qu'il nous appartient de signaler, c'est l'inconcevable légèreté — nous avons choisi le mot après réflexion, ne voulant pas avoir à le retirer — que l'auteur de cet essai a mise à l'instituer. M. Vidal, voisin de M. Ricord, quoique plus jeune que lui en syphilographie, n'est cependant pas assez nouveau à l'hôpital du Midi pour ignorer les arguments habituels à l'usage de M. Ricord, quand il veut récuser des faits de ce genre. Si les souvenirs personnels à cet égard lui faisaient défaut, le moindre externe les lui eût suffisamment rappelés. Et pour nous, à peine eûmes-nous jeté les yeux sur l'observation de M. Boudeville, que tout en la lisant nous voyions et prédisions, à chaque ligne, à quelle interprétation M. Ricord aurait recours, et le parti qu'il en saurait tirer.

Ces remarques, de notre part, ne sont point un avertissement pour M. Vidal ; nous n'avons pas plus le droit de le conseiller que nous ne nous sentons la volonté de le plaindre. Mais il est bien permis à tout ami de la science de déplorer tant de courage inutilement dépensé par le généreux sujet de cette expérience, tant d'heures consumées en pure perte dans une controverse d'avance frappée de stérilité.... le tout faute de quelques précautions préalables que la plus simple logique indiquait. Ainsi :

En choisissant un homme étranger à la médecine, M. Vidal devait nécessairement trouver ce qui, par le fait, lui est échu, c'est-à-dire, un sujet entraîné, non persuadé, déposant d'abord par complaisance, plus tard avec hostilité — sincère sans doute, mais à coup sûr aussi peu compétent, aussi peu fait pour convaincre à une époque qu'à l'autre — incapable, même en fait de phénomènes purement matériels, d'en donner une description qui pût fournir une base solide à la discussion — témoin, en un mot, inclinant tantôt vers l'une, tantôt vers l'autre version, et selon nous n'inspirant par ses paroles qu'une égale défiance envers les deux partis, qu'il veut tour à tour servir ou compromettre.

Or ce narrateur, ainsi trouvé, c'est à lui que M. Vidal affecte de laisser tenir la plume. Il en résulte que, sur une foule de points de la dernière importance, les éclaircissements manquent d'une façon absolue. Pour n'en citer qu'un exemple, je défie le glossateur le plus subtil de deviner, d'après le texte du narrateur, si M. Boudeville a eu, au point inoculé, un chancre ou une pustule secondaire. Il nous dit dans son récit que la pustule se forma le 2 novembre et que l'*inflammation* cessa vers le 15 du même mois. M. Vidal en conclut sans façon que cette *pustule ne dura que quinze jours!* Mais de son côté, M. Ricord tire de cette même relation la conséquence que l'accident a marché chez M. Boudeville absolument de la même manière que les accidents primitifs, que les chancres qu'on inocule ! — Jugez par là de la précision d'un texte capable de fournir de telles conclusions, et de les fournir l'une et l'autre à deux hommes éclairés et tout prêts à soutenir chacun la sienne publiquement, ainsi qu'ils l'ont fait devant la Société de chirurgie !

Si nous examinons maintenant, non plus le sujet inoculé, mais celui sur qui on a pris le pus, le même oubli des plus simples précautions va se montrer. Une expérience est faite pour déterminer si l'ecthyma constitutionnel est inoculable. Quel est le point capital à fixer d'abord ? Celui, sans doute, de savoir si la pustule dont on va recueillir le pus appartient réellement à un ecthyma constitutionnel, ou si elle ne serait point la pustule initiale d'un chancre primitif. — La marche à suivre pour le bien déterminer était toute naturelle, et peu de nous y eussent failli. Opérant porte à porte avec M. Ricord, qui, je le sais, contestera mon résultat — qui le contestera, je le sais encore, en niant que le diagnostic de la lésion inoculée ait été bien régulier, je serais allé le prier de venir lui-même vérifier et qualifier la lésion dont il s'agissait. A son refus — auquel nul ne croira — je me serais enquis d'autres autorités, de médecins jusqu'ici mes contradicteurs — on n'avait pas à les chercher bien loin — et je n'aurais voulu agir qu'après un diagnostic authentiquement et contradictoirement établi par eux. — Au lieu de cela, que fait M. Vidal ? Il opère en famille, dans son service, en présence d'élèves qui ne savent ou n'osent, d'amis qui ne voudraient pas contester un diagnostic erroné. Car, notons-le bien, les deux seuls noms de valeur suffisante qu'il cite dans le courant de son travail ne sont point invoqués comme ayant contrôlé ce point clinique, de tous sans doute le plus important.

Autre remarque du même genre. M. Vidal savait parfaitement que le côté nouveau de son expérience consistait dans ce seul fait, qu'il inoculait du pus secondaire à un homme *sain*. Car cette inoculation a été tentée déjà un nombre très-considérable de fois par M. Ricord, sur le malade secondaire lui-même, et toujours avec un résultat négatif. Répétée dans les mêmes conditions, l'expérience échouerait infailliblement. M. Vidal — nous avons besoin de le croire — ne s'est donc décidé à expérimenter sur un homme sain que parce qu'il savait que sur le malade, il n'obtiendrait rien. — Et cependant il a inoculé aussi le même pus sur le malade ! et cependant ces inoculations ont produit *chez le malade* des pustules ! « Donc, peut dire M. Ricord au nom de ses innombrables essais infructueux de ce genre, donc ce pus était du pus chancreux. » — M. Vidal cette fois paraît avoir senti le coup ; il semble même s'être mis en mesure de le parer, car il omet prudemment de nous apprendre ce que devinrent ces pustules inoculées par lui *aux cuisses du malade*. Demeurèrent-elles avec les caractères de l'ecthyma constitutionnel? Dégénérèrent-elles en chancres ? Combien de temps durèrent-elles ?... Le texte de l'observation n'offre au lecteur d'autre renseignement à cet égard que celui qu'il pourrait tirer d'un silence aussi extraordinaire sur un point aussi important.

Aussi, c'est avec un regret bien vif que, jugeant cette discussion au point de vue exclusif de la vérité scientifique, nous avons à en constater la stérilité complète. Si maintenant nous l'envisageons sous le rapport des personnes, des chefs d'école, nous avouerons volontiers qu'elle a au plus haut point excité notre intérêt, nous dirions presque comblé nos souhaits. Pouvions-nous voir avec indifférence les anciens, les acharnés, les systématiques adversaires de l'inoculation s'armer, eux aussi, de la lancette, et rendre implicitement hommage au mode d'expérimentation qui, grâce à Hunter et à M. Ricord, a jeté une si vive lumière sur la nature et l'évolution de la syphilis? Mais quelle n'a pas été notre surprise quand nous les avons vus, dans leur ardeur de néophytes, s'avancer tout d'un coup dans cette voie beaucoup plus loin que leurs devanciers. Infecter un homme bien portant ! Quel inoculateur de vieille roche eût osé concevoir une pareille entreprise? Encore s'ils en restaient là ! Mais on sait assez ce que peut une prude quand elle a fait le premier pas : déjà on nous annonce, fraîchement venue de Bohême, une collection d'expériences auprès desquelles celles-ci ne sont que jeux d'enfant. Nous verrons à la revue prochaine....

Du reste, la question de moralité demeure sans influence sur la question de science ; et jamais nous ne nous prévaudrons de la première pour nous dispenser de discuter la seconde. Celle-ci — l'inoculabilité des symptômes secondaires — nous nous empressons de le reconnaître, n'est point jugée par l'échec où la tentative de M. Vidal est venue aboutir. Elle reste entière, comme un but bien digne du zèle et de l'abnégation des médecins qui, comprenant mieux leur devoir, sauront qu'en pareille matière, et *quand il craint que l'expérience réussisse*, un honnête homme n'a pas le droit de la faire sur un autre que sur lui-même.

A. Dechambre et P. Diday.

TRAVAUX ACADÉMIQUES.

ACADÉMIE DES SCIENCES.

SÉANCE DU 14 JUILLET. — PRÉSIDENCE DE M. BAYER.

SUR LA PRODUCTION D'ÉLECTRICITÉ DANS LES MUSCLES PENDANT LA CONTRACTION.

M. Matteucci, en faisant hommage à l'Académie de la neuvième série de ses recherches électro-physiologiques qui vient de paraître dans les Transactions philosophiques (1850), ajoute à ce sujet les réflexions suivantes :

Les expériences décrites dans ces recherches prouvent incontestablement et par un procédé indépendant de toute cause d'erreur, qu'il y a production d'électricité dans un muscle au moment de la contraction, et que cette production se fait avec des lois déterminées. Le phénomène électrique qui se produit dans le muscle contracté est instantané et consiste dans une décharge électrique qui parcourt la masse musculaire dans le sens même de la ramification de ses gros

troncs nerveux. Dans une autre communication faite à l'Académie, j'ai exposé les expériences et les considérations par lesquelles j'ai été amené à conclure que le phénomène électrique de la contraction musculaire est indépendant des courants électriques de l'organisme vivant. La découverte de ce phénomène complète les analogies déjà si intimes entre la contraction musculaire et la décharge électrique de la torpille et des autres poissons, et nous conduit à expliquer les phénomènes et la loi de la contraction induite.

Je considère comme une des expériences les plus concluantes pour la théorie des phénomènes électro-physiologiques, celle que j'ai montrée dernièrement dans une leçon sur la fonction des poissons électriques; en disposant les nerfs des grenouilles galvanoscopiques très-sensibles sur des morceaux pris, sur la même torpille vivante, de son organe électrique et de ses muscles, on voit, en irritant d'une manière quelconque les filaments nerveux qui se distribuent dans ces morceaux, les contractions éveillées dans les grenouilles. La différence des phénomènes électriques ainsi obtenus dans l'organe de la torpille et dans les muscles ne consiste que dans l'intensité et dans la durée de ces phénomènes, plus grandes dans un cas que dans l'autre; ainsi avec un morceau de l'organe de la torpille qui n'est pas plus grand que la tête d'une grosse épingle, on obtient le phénomène de la décharge électrique; en irritant avec la pointe d'un canif les filets nerveux et en conservant ce morceau d'organe dans la position naturelle qu'il avait dans le poisson, il est facile de démontrer que la décharge y conserve la même direction que dans l'organe entier. En prenant le morceau de muscle sur une grenouille très-vivace et en irritant ses filets nerveux, on obtient également les phénomènes électriques qui sont ceux que j'ai appelés la contraction induite. En réfléchissant à la grosseur des nerfs qui se ramifient dans l'organe électrique des poissons, à la mauvaise conductibilité de la matière de l'organe en comparaison de celle de la substance musculaire, on peut concevoir l'intensité différente des effets électriques obtenus dans les deux cas. Toujours est-il que dans le muscle comme dans l'organe de la torpille, l'excitation du nerf produit un développement d'électricité; l'action du nerf excité s'exerce sur la fibre musculaire et sur les prismes des organes électriques transversalement et en développant les deux états électriques dans un sens déterminé, relativement au sens dans lequel l'excitation nerveuse se propage; les extrémités des fibres musculaires et celles des prismes sont les pôles de ces appareils électriques, et l'intensité des phénomènes électriques obtenus est proportionnelle à la longueur des fibres et des prismes.

APPAREILS ÉLECTRIQUES DE LA TORPILLE, DE LA GYMNOTE, ETC.

M. Jobert (de Lamballe) adresse un mémoire intitulé : Considérations sur les appareils électriques de la torpille, de la gymnote, etc.

M. Jobert conclut de ce travail que l'appareil électrique est seul l'agent fabricateur du fluide électrique, les nerfs qui ne sont pas spéciaux ne pouvant produire seuls le fluide électrique, qui ne peut être qu'un produit complexe.

1° Tous les appareils électriques se ressemblent par leur structure, ce qui suppose une analogie complète de fonctions.

2° Tous les appareils réellement électriques ont un tissu propre, qui ne diffère, dans chaque animal, que par des nuances qui ont trait à la forme des granulations, au volume de l'appareil électrique, au volume des nerfs et à la disposition des membranes d'enveloppe.

3° Le tissu propre de la gymnote diffère de celui de la torpille, non par la nature, mais par la forme de la granulation, qui est ronde dans la seconde et aplatie dans la première.

4° Les nerfs qui se rendent aux appareils électriques ne leur sont pas exclusivement destinés, puisqu'ils envoient des rameaux à toutes les parties environnantes.

Les nerfs de la torpille viennent de la cinquième paire, et ceux de l'organe électrique de la gymnote viennent des nerfs spinaux.

5° Il n'y a donc pas de nerfs spéciaux pour l'appareil électrique.

6° Tous les nerfs sont gros à leur première division, et se terminent en pinceau après avoir été disposés d'abord dichotomiquement.

7° Les nerfs de la gymnote sont indivis jusqu'à la première cloison de séparation.

8° Le fluide électrique n'est donc pas formé par les nerfs seuls qui se distribuent dans d'autres organes que l'appareil électrique, et il paraît évidemment être le résultat de l'action complexe de l'appareil lui-même.

ACADÉMIE DE MÉDECINE.

SÉANCE DU 15 JUILLET. — PRÉSIDENCE DE M. ORFILA.

Le procès-verbal de la dernière séance est lu et adopté.

La correspondance officielle comprend deux lettres du ministre du commerce : l'une relative à une demande de rapport sur un appareil sudorifère imaginé pour traiter les cholériques; l'autre à un produit végétal importé de la Chine et extrait d'un arbuste appelé *gambier*, dont les médecins chinois se servent avec succès pour la guérison des diverses maladies, et en particulier des fièvres intermittentes.

MODE DE JONCTION DES LAMES DE RECHANGE DES INSTRUMENTS DE CHIRURGIE.

M. Mathieu, fabricant d'instruments à Paris, soumet à l'appréciation de l'Académie un mode de jonction des lames de rechange des couteaux et scies à amputation avec le manche mobile qu'il dit être plus solide que les vis et les cliquets actuellement en usage. Ce mode consiste dans un levier articulé portant un piton qui entre dans un trou pratiqué sur le talon de la lame. Un manche volant s'adaptant à toutes les lames permet d'économiser l'espace et de rendre les caisses à amputations plus portatives, ce qui, pour la chirurgie militaire surtout, n'est pas sans importance.

(Commissaires : MM. Larrey et Malgaigne.)

COLIQUE VÉGÉTALE.

M. Gaultier de Claubry lit, au nom de la commission composée de MM. Espiaud, Mérat, Roche et G. de Claubry, un rapport sur un mémoire de M. Guépratte, chirurgien-major de la marine, intitulé: De la colique végétale. — L'auteur partage l'opinion émise par plusieurs auteurs qui ont exercé la médecine dans les pays où règne habituellement la colique végétale, que cette maladie, caractérisée par des coliques atroces et une constipation opiniâtre, n'a rien de commun avec une colique qui résulterait de l'abus des végétaux, des fruits acides, non plus qu'avec la colique de plomb; mais qu'elle consiste dans une affection névralgique des deux systèmes nerveux, le ganglionnaire et le cérébro-spinal. D'après cette opinion, l'auteur préconise avant tout, comme moyens de traitement, les opiacés et les purgatifs, sans exclure cependant complétement les évacuations sanguines dont il subordonne l'emploi à certaines indications bien tranchées, mais qui employées comme traitement principal ou exclusif, produiraient, ainsi qu'il en a été témoin, les plus graves revers.

M. le rapporteur, après avoir fait une analyse détaillée du mémoire de M. Guépratte, propose pour conclusion: 1° de lui adresser des remerciments; 2° de renvoyer son travail au comité de publication. (Adopté.)

DE L'ÉTAT ACTUEL DE LA SCIENCE MÉDICALE SUR LA NATURE DE L'HOMME.

M. Collineau lit en son nom et au nom de MM. Falret et Londe, un rapport sur une dissertation de M. le docteur Voisin relative à l'état actuel de la science médicale sur la nature de l'homme, sur ce qui a été fait, sur ce qui reste à faire, et sur le titre qu'il croit devoir donner à l'ouvrage dont elle est l'introduction. Le but que l'auteur s'est proposé dans ce travail ou dans cette introduction qui n'a pas de titre et qui se compose d'idées générales difficiles à analyser, est de faire connaître à l'homme la notion intime, la loi d'activité de ses fonctions et des facultés morales, ainsi que les moyens de les diriger convenablement; persuadé que cette connaissance préviendrait une grande quantité d'actes et de causes morbifiques, non moins nombreux et non moins graves, dans l'état de civilisation, que toutes les causes organiques ou matérielles que, jusqu'à présent, les médecins ont observés et analysés de préférence. C'est sur le développement de cette thèse que roule tout le mémoire de M. Voisin. L'analyse de ce travail fournit à M. le rapporteur l'occasion de nombreuses observations critiques qui ne sont pas plus susceptibles d'analyse que le mémoire lui-même. M. le rapporteur propose, en attendant que M. Voisin ait complétement exposé les idées, de déposer ce premier mémoire dans les archives. (Adopté.)

SUR LA SYPHILIS DES NOUVEAU-NÉS.

M. Lagneau présente quelques nouvelles considérations sur la relation qui existe entre la syphilis et diverses phlegmasies viscérales, desquelles il nous a paru conclure que les lésions constatées par M. P. Dubois et par M. Depaul dépendent, suivant toute apparence, de l'influence syphilitique.

La parole est à M. Cazeaux.

M. Cazeaux : Avant de répondre au discours très-remarquable de M. Dubois, il m'importe, messieurs, de rappeler à mon tour à l'Académie quel est le point de départ de la discussion.

Dans un mémoire dont j'ai été chargé de rendre compte, M. Depaul a signalé quelques altérations anatomiques, consistant surtout dans des indurations du tissu pulmonaire, au centre desquelles il a parfois trouvé des collections de pus. Ces lésions ont été constatées par lui chez des enfants nés de parents syphilitiques. Et de ces observations, il se croit autorisé à déduire les conclusions suivantes :

1° Aux lésions déjà nombreuses que l'enfant peut présenter au moment de la naissance, ou quelques jours après, et qui sont *avec raison* considérées comme des manifestations de la syphilis, il *faut joindre* l'altération spéciale des poumons, que ce travail a eu pour but de faire connaître;

2° Le médecin *devra* se croire suffisamment autorisé à prescrire un traitement antisyphilitique, quand même il aura été impossible de constater l'existence de la syphilis chez le père ou la mère, mais alors qu'à la suite d'un accouchement antérieur, suivi de la naissance d'un enfant mort-né, il aura pu trouver à l'autopsie la lésion que j'ai décrite.

Après avoir fait remarquer à l'Académie tout l'intérêt de ces recherches, et fait pressentir que plus tard elles pourraient devenir la source d'indications thérapeutiques importantes, je crus devoir exprimer quelques doutes sur la légitimité des conclusions de l'auteur.

Est-il possible d'affirmer, disais-je, que les abcès du poumon sont toujours, chez les nouveau-nés, l'expression anatomique d'une syphilis héréditaire? Cette affirmation peut-elle être absolue pour autoriser le médecin à soumettre le père et la mère à un traitement antisyphilitique, alors même qu'aucun indice ne révélerait chez eux l'existence antérieure du virus?

Je n'hésite pas à répondre par la négative. Ce n'est pas chose indifférente que de faire un traitement antivénérien : il s'agit toujours, dans le cas dont nous parlons, de syphilis constitutionnelle; et il faut avoir une conviction très-forte, il faut y trouver une grande autorité pour jeter dans une famille l'annonce d'une vérole invétérée, et soumettre deux individus aux influences fâcheuses d'une médication que tous les deux ils considèrent comme inutile. Dans ces conditions, disais-je encore, je n'ai pas besoin, pour appuyer ma négation, de démontrer que ces abcès du poumon appartiennent à tel ou tel groupe de maladies autre que la

syphilis. Il me suffira de faire voir qu'on peut, sans forcer les analogies pathologiques, les rattacher à une phlegmasie simple, par exemple. Il me suffira de faire naître des *doutes légitimes* sur leur origine syphilitique, pour être en droit de rejeter la conclusion de M. Depaul.

Ainsi, cela est bien clair : je n'avais nullement pour but, dans mon rapport, de démontrer que M. Depaul s'était trompé en déclarant ces abcès d'origine syphilitique; mais je voulais prouver que, contrairement à l'opinion de l'auteur, cette étiologie vénérienne n'était pas *suffisamment* prouvée; que, dans l'état actuel de la science, un esprit sévère devait conserver des doutes et se mettre en garde contre ce que ses conclusions avaient de trop absolu.

L'Académie remarquera, j'espère, que du doute à la négation, il y a loin; et les arguments à l'aide desquels j'ai légitimé mes doutes seraient peut-être insuffisants pour appuyer une négation.

Eh bien! qu'a fait M. Dubois? Dans tout son discours il a raisonné comme si j'avais eu en vue de nier absolument la nature syphilitique des altérations pulmonaires, et en déplaçant ainsi la discussion, il s'est donné le facile plaisir de réfuter une argumentation qui n'était pas la mienne. Je ne le suivrai pas sur ce terrain, et c'est en rendant à la question en litige le sens et la portée que je leur avais donnés dans mon rapport, que je vais examiner le spirituel discours de notre collègue.

Nous devions espérer, dit M. Dubois, qu'on userait, pour juger notre œuvre, du procédé que nous avons employé pour l'édifier, et que des observations contradictoires et recueillies avec le même soin seraient opposées aux nôtres.

Sans doute, si j'avais voulu assigner à ces abcès une origine déterminée, M. Dubois serait en droit de me demander des faits nombreux pour appuyer ma théorie. Si même j'avais voulu nier d'une manière absolue la possibilité de leur étiologie syphilitique, je comprendrais l'exigence de notre collègue. Mais encore une fois, ce n'est pas là mon but. Vos faits, je les tiens pour bien observés, et ce qui fait naître des doutes dans mon esprit, c'est la conclusion théorique que vous en tirez. Or, pour juger votre conclusion, c'est-à-dire la partie purement spéculative de votre travail, je n'ai pas besoin de faits, le raisonnement me suffit.

Eh bien! pour légitimer ces doutes, je me suis demandé si ces altérations avaient quelques ressemblances avec des lésions franchement inflammatoires du poumon, connues et étudiées depuis longtemps. J'ai cherché, enfin, dans le mémoire de l'auteur, quelles étaient les raisons sur lesquelles il appuyait son opinion.

M. Cazeaux, dit M. Dubois, s'est ainsi donné le choix entre une inflammation franche et une inflammation spécifique. Or des raisons puissantes militaient en faveur de la première, c'étaient : 1° la mort des enfants avant ou immédiatement après la naissance; 2° la coïncidence chez les enfants des lésions indiquées et des manifestations syphilitiques extérieures; 3° enfin, les indices d'une affection vénérienne chez les parents.

J'en demande pardon à mon très-honorable adversaire, mais je ne peux accorder à ces raisons toute la puissance qu'il leur attribue. La mort des enfants, avant ou immédiatement après la naissance, s'explique suffisamment par l'étendue ou la nature de la lésion. Qu'un enfant, dont le poumon est presque complètement induré, et parsemé çà et là de collections purulentes, chez lequel, par conséquent, la respiration extra-utérine ne peut pas s'établir ou ne s'opère que très-incomplètement, succombe quelques heures ou quelques jours après la naissance; il n'y a là vraiment rien qui m'étonne, et je n'ai nul besoin, pour expliquer la mort, de faire intervenir une cause occulte ou une mystérieuse influence.

Quant à la coïncidence, chez ces enfants, des lésions indiquées et des manifestations syphilitiques extérieures, je ne vois pas où M. Dubois en trouve la preuve; car en dehors du pemphigus, ces enfants n'offraient, dans l'immense majorité des cas, aucune trace de syphilides. Or la nature constamment syphilitique du pemphigus est encore à démontrer, et notre collègue qui, dans une partie de son discours, me reproche de faire une pétition de principes, ne peut pas commettre une pareille faute de logique.

De ces raisons si puissantes, il ne reste donc plus que la dernière, à savoir : les indices d'une affection syphilitique des parents. Nous reviendrons tout à l'heure sur cette coïncidence et sur les conditions qu'elle doit remplir, à mon avis, pour avoir une valeur étiologique.

En faveur de l'inflammation simple, dit M. Dubois, on ne pouvait se prévaloir que de ce qu'elle n'était pas inadmissible. Lorsque de si bonnes raisons militaient en faveur de l'une des deux hypothèses et si peu en faveur de l'autre, il semblait que la préférence ne pouvait être douteuse.

Je viens de montrer à l'Académie quelle était la valeur de ces *si bonnes raisons* qui militent en faveur de l'étiologie syphilitique; voyons maintenant s'il y en a *si peu* en faveur de l'autre.

Une lésion anatomique, jusqu'à présent rarement observée, est, pendant l'espace de quinze années à peu près, constatée chez une quinzaine de sujets. Tout naturellement, la pensée de rechercher si d'autres auteurs ont observé des lésions semblables chez les nouveau-nés ou chez les enfants très-jeunes, se présente à l'esprit. En me livrant à ces recherches, j'ai trouvé que Billard, Baron, MM. Husson, Sestier, Cruveilhier avaient rencontré des cas analogues. M. Dubois en nie la valeur, car, dit-il, l'analogie est très-contestable, et rien n'autorise à penser que des recherches aient été faites dans le but de déterminer s'ils avaient ou non une origine syphilitique. Nier l'analogie qui existe entre ces faits et ceux mentionnés dans le mémoire de M. Depaul, c'est évidemment aller plus loin que l'auteur du mémoire lui-même, car celui-ci a été tellement frappé de cette analogie, qu'il est très-disposé, dit-il, à penser que les altérations *analogues* signalées par Baron, Billard et M. Husson *doivent être rattachées à l'affection qui fait l'objet de son mémoire et considérées comme de même nature.*

Mais si telle est son opinion sur les faits de Baron, Billard et Husson, que pensera-t-il des cas mentionnés par M. Cruveilhier, et qu'en pensera M. Dubois lui-même? Je les ai cités dans la dernière séance, et vous vous rappelez, messieurs, avec quel soin M. Cruveilhier expose, dans autant d'observations, les divers degrés par lesquels passe la phlegmasie pulmonaire, depuis la simple congestion séro-sanguine jusqu'à la suppuration. Non-seulement ces faits sont importants par leur date, car ils remontent à 1833, mais ils intéressent encore parce qu'ils prouvent quelle est la marche de ces altérations anatomiques; ils nous permettent de suivre chaque phase de leur évolution, et par conséquent de pouvoir établir, par leur marche et leurs caractères physiques, leur analogie avec les abcès qu'on rencontre parfois à la suite de la pneumonie lobulaire des jeunes enfants.

Baron, Billard et M. Husson ne parlent pas, en effet, de l'état du père et de la mère, et sous ce rapport, ils laissent quelque chose à désirer; mais ce qui prouve que l'attention de M. Cruveilhier était éveillée sur l'importance que pouvait avoir la syphilis des parents, c'est qu'il note pour l'un d'eux la coexistence des symptômes vénériens. S'il ne l'a pas mentionnée pour les autres, c'est que probablement, sous ce rapport, ils n'offraient rien de remarquable.

Notre collègue pense qu'on serait tout aussi autorisé à considérer quelques-uns de ces cas comme des exemples d'une inflammation spécifique que je crois l'être à n'y voir que des résultats d'inflammations simples et partielles.

C'est une concession dont je remercie M. Dubois, car elle seule motiverait le doute; mais je ne m'en contente pas, et je prétends qu'il y a plus de raisons en faveur de la pneumonie simple qu'en faveur d'une phlegmasie spécifique.

Ces raisons, je les trouve dans les ressemblances nombreuses qu'offrent ces altérations congénitales et les caractères anatomiques de la pneumonie lobulaire des enfants. Voici deux poumons : l'un appartient à un enfant mort-né ou mort peu de jours après sa naissance; l'autre est celui d'un enfant de six mois. Tous deux offrent des caractères anatomiques identiques. Je constate sur tous deux ici une simple congestion, là une imperméabilité complète du tissu pulmonaire. Tous deux présentent, dans une étendue plus ou moins considérable, l'hépatisation rouge ou l'hépatisation grise, et dans tous deux, au centre de quelques noyaux indurés, je trouve une collection purulente. Si l'un de ces enfants, dont j'ai pu suivre jour par jour la maladie, m'a offert tous les symptômes d'une pneumonie ordinaire, et si je constate les mêmes altérations sur le poumon de l'enfant mort dans le sein de sa mère ou peu d'heures après sa naissance, je suis, malgré moi, disposé à les attribuer à la même cause qui les a produites sur l'enfant plus âgé.

Serait-il plus logique, par hasard, de les attribuer à une syphilis héréditaire dont l'existence est au moins douteuse, alors que de l'aveu de tous les syphiliographes, ces altérations n'ont aucun caractère commun avec les symptômes ordinaires de la syphilis? Oh! c'est alors qu'à juste titre notre honorable collègue pourrait me reprocher d'avoir, entre deux hypothèses, préféré la moins admissible, alors que de si bonnes raisons militaient en faveur de l'une, et si peu en faveur de l'autre.

Les relations de causalité entre les affections syphilitiques et les lésions observées par nous, dit M. Dubois, se sont naturellement présentées à mon esprit quand nous avons vu ces dernières coïncider avec des manifestations syphilitiques évidentes pour nous, soit chez les enfants eux-mêmes, soit chez leurs parents, et ces relations ont pris plus tard l'importance d'un fait *au moins très-probable*, quand ces coïncidences se sont répétées dans presque tous les cas observés par nous. M. Cazeaux ne pense pas que ces motifs soient suffisants, etc., etc.

Non, certes, je ne le pense pas, et je dirai pourquoi. Mais d'abord retranchons de l'argument de notre collègue la coïncidence des manifestations syphilitiques chez les enfants, car encore une fois ceux-ci, dans l'immense majorité des cas, n'en offraient aucune autre que le pemphigus, et la nature syphilitique de ce dernier est encore à démontrer.

Permettez-moi aussi de vous faire remarquer que mon honorable maître ne donne déjà plus comme *certaine* la relation de causalité, et qu'il se contente de dire que ces relations ont pris plus tard l'importance d'*un fait au moins très-probable* quand les coïncidences se sont répétées dans presque tous les cas. C'est évidemment un pas fait vers la conciliation et dont je le remercie, car cet aveu peut faire supposer que dans la pensée de son auteur, la nature syphilitique des abcès pulmonaires pouvait soulever les réserves prudentes derrière lesquelles s'est abritée déjà l'étiologie vénérienne des abcès du thymus.

M. Cazeaux, dit M. Dubois, impose sans doute à la coïncidence, pour qu'elle soit significative, des conditions particulières, mais quelles sont-elles? Il m'a été impossible de les trouver dans son rapport.

Non je ne les ai pas exposées dans mon rapport, car sur ce point je n'avais rien à dire de nouveau. Pour moi, comme pour tout le monde, je pense que la coïncidence n'est significative et ne peut établir une relation même probable de causalité qu'autant qu'elle a été constatée un très-grand nombre de fois. Si j'ai dit, dans mon TRAITÉ D'ACCOUCHEMENTS, que la syphilis est une cause fréquente d'avortement, c'est que depuis des siècles tous les observateurs ont remarqué que les femmes infectées avortaient beaucoup plus souvent que toutes les autres. Mais si personne avant moi n'avait fait une semblable observation, si pendant une vingtaine d'années, j'avais eu seulement quinze fois l'occasion de voir avorter des femmes syphilitiques, j'aurais certainement tort de vouloir établir en loi que la vérole est une cause de fausse couche, quand tant d'autres circonstances peuvent la produire. Or c'est ce que vous avez fait pour les abcès du thymus et du poumon. Comment pendant quinze années d'observations, vous avez trouvé à la Maternité et à la Clinique, sur une population que vous évaluez vous-même à 75,000 femmes en couches, et dont cer-

tainement la moitié présentaient ou par elles-mêmes ou par leurs maris des antécédents syphilitiques ; vous avez trouvé seulement 15, 20, 30, 40 enfants morts avec les suppurations pulmonaires ou thymiques, et après un aussi petit nombre de faits, vous venez poser en loi que la coïncidence de ces altérations et de la syphilis des parents observée par vous, doit désormais faire considérer ces lésions comme de nature vénérienne, et cette loi est établie avec assez d'assurance pour en déduire le précepte formel de faire subir au père et à la mère un traitement, alors même qu'ils n'offriraient ni n'avoueraient aucun symptôme de vérole. Oh! certes, non une pareille coïncidence ne remplit pas les conditions nécessaires pour avoir la signification que vous lui prêtez. Les 20 ou 30 cas dans lesquels vous l'avez constatée devaient éveiller l'attention, pouvaient vous faire regarder comme possible la relation de causalité, mais avant de la considérer comme probable, il fallait recueillir un bien plus grand nombre d'observations, et laisser à l'avenir le soin de fixer son degré de certitude.

Vous l'avez dit vous-même en prévoyant notre objection, c'est une question nouvelle à la solution de laquelle vous deviez convier tous les travailleurs; mais vous deviez vous contenter de l'honneur d'avoir le premier donné l'impulsion, et ne pas résoudre prématurément et sans preuves suffisantes un problème de cette importance. Mieux vaut, en effet, le doute que l'erreur ; car si le premier ouvre la voie aux investigations futures, la seconde, pour peu qu'elle soit revêtue de formes gracieuses, se propage avec rapidité, satisfait les esprits que leur paresse rend nécessairement peu exigeants, ou qui, trop confiants dans la parole du maître, aiment mieux croire que de vérifier.

Avant d'aborder un point de discussion qui, suivant l'expression de M. Dubois, le touche exclusivement, permettez-moi de vous faire remarquer, messieurs, qu'à plusieurs reprises, dans son discours, il semble étayer son opinion des observations présentées par M. Ricord. En vérité, il faut y mettre une grande complaisance pour voir dans les paroles de M. Ricord le moindre assentiment aux doctrines de M. Dubois. Si, en effet, son immense pratique ne lui permet pas de poser des bornes à l'infection syphilitique, s'il a pu démontrer des altérations vénériennes dans les muscles des membres, dans l'épaisseur du cœur, du cerveau, du foie et du poumon, il s'empresse d'ajouter qu'en l'absence de signes pathognomoniques suffisants pour différencier ces lésions, d'altérations analogues, que d'autres causes peuvent produire, on n'est pas en droit de conclure, d'après elles seules et en l'absence de tout antécédent et de tout symptôme concomitant, à l'existence de la syphilis, surtout, ajoute-t-il, lorsqu'il s'agit de l'hérédité et qu'on a pu prendre ces lésions comme point de départ d'un traitement à appliquer aux parents. Quant à notre collègue M. Gibert, il n'a pas hésité à déclarer que tout en applaudissant aux louables efforts de MM. Dubois et Depaul pour reconnaître les lésions des nouveau-nés qui peuvent être attribuées à la cachexie syphilitique, il croit cependant qu'il faut attendre pour admettre leur proposition qu'une observation plus attentive en ait démontré l'exactitude; en attendant nous devons rester dans le *doute*. MM. Moreau et Roux ont parlé dans le même sens. Tous, comme on le voit, ont conclu à la légitimité du doute, dernière conclusion de mon rapport. Je ne comprends donc pas comment M. Dubois a pu dire que des juges plus compétents que lui en cette matière et entendus dans cette discussion l'autorisent à déclarer logiques les conclusions qu'il a cru devoir déduire de ces recherches.

Si notre honorable confrère paraît assez disposé à faire, pour les abcès du poumon, les concessions que ces réserves impliquent pour les abcès thymiques, il est moins facile sur la nature du pemphigus, qu'il persiste à regarder, dit-il, comme une manifestation syphilitique. Après les déclarations de M. Ricord qui, malgré son désir évident de faire de la conciliation, s'est borné à dire : Après tout, je ne vois pas pourquoi le pemphigus ne pourrait pas, dans quelques cas, avoir une origine vénérienne, ce que jamais personne n'a contesté, mais il est le plus souvent dû à une autre cause. Après M. Gibert, qui s'est hardiment prononcé contre la nature spécifique de cette éruption, il était permis de croire que la persistance de M. Dubois serait motivée par des arguments irrésistibles. Eh bien! je l'avoue, après l'avoir écouté et lu avec la plus grande attention, je n'ai rien appris qui fût de nature, je ne dis pas à faire naître la conviction dans mon esprit, mais même à ébranler mes doutes.

Les prétentions vénériennes du pemphigus ne sont pas nouvelles ; dès la fin du dernier siècle, on voit que nous remontons bien au delà de Dugès, ces prétentions étaient vivement soutenues par Wichmann, et repoussées par Osiander (Mém. de méd. et d'accouc., 1794). Depuis elles ont été encore patronées par Joerg (Manuel des mal. des enfants, 1826), Dugès et plusieurs autres qui ont également rencontré des adversaires plus nombreux encore. Le patronage de M. Dubois lui sera-t-il plus favorable, et parviendra-t-il enfin à lui conquérir un droit de domicile dans le groupe des syphilides? Nous demandons la permission d'en douter, à moins que la discussion orale ne produise de nouveaux arguments.

Je ne vois, en effet, dans la description qu'il nous a donnée du pemphigus, rien qui diffère sensiblement de tout ce que les auteurs en ont dit. Je dois reconnaître pourtant que plus souvent que d'autres peut-être, il aurait vu le fond de quelques vésicules ouvertes superficiellement érodé, et plus profondément dans quelques autres. Mais on se tromperait, je crois, si on regardait cette érosion du derme comme prouvant la nature syphilitique de l'éruption; sans doute c'est un fait exceptionnel dans le pemphigus aigu, mais qui a été noté même chez l'adulte affecté du pemphigus chronique.

Chez un des malades observés par M. Cazenave, il restait, quand l'épiderme était enlevé, une surface qui avait beaucoup d'analogie avec celle de certains ulcères atoniques. Suivant Gilibert et Montfalcon, l'ulcération des plaies, très rare dans le pemphigus aigu, termine *souvent* le pemphigus chronique. Enfin, suivant MM. Rayer et Gibert, cette ulcération se comprend facilement sous l'influence d'une irritation mécanique, ou chez les individus dont la santé est profondément altérée.

La présence du pus, au-dessous de l'épiderme soulevé, ne prouve pas davantage en faveur de l'étiologie syphilitique, car elle s'observe dans le pemphigus chronique lorsque les bulles sont confluentes. Que reste-t-il donc de spécial à la description donnée par notre collègue? Le siége particulier occupé par les bulles qui, chez les nouveau-nés, paraissent avoir une prédilection particulière pour les pieds et les mains et plus spécialement les régions palmaires et plantaires. Mais peut-on voir là, en vérité, le cachet de la spécificité.

M. Dubois promet, à la vérité, d'indiquer les caractères à l'aide desquels il sera facile de distinguer son pemphigus syphilitique ; mais le temps lui aura probablement manqué, car il n'en est plus question dans son discours.

Jusqu'à ce qu'il ait bien voulu remplir cette lacune, nous sommes forcés de déclarer que nous n'avons pu trouver dans la description de son pemphigus syphilitique aucun caractère spécifique, à l'aide duquel il nous soit permis de le reconnaître.

A défaut de caractères propres à la lésion, M. Dubois cite quelques faits qui, suivant lui, résument toutes les raisons suffisantes pour motiver son opinion.

Le premier concerne un nouveau-né vivant, parfaitement développé et couvert de bulles du pemphigus. La mère portait des traces évidentes d'une affection syphilitique.

Que prouve cette observation, sinon la coexistence possible de la maladie de la mère et du pemphigus de l'enfant. Mais la relation de causalité où est-elle démontrée?

Chez un autre enfant atteint de pemphigus, il existait sur le pilier antérieur gauche du voile du palais une ulcération peu profonde, de forme elliptique et dont la surface était couverte de pus concret; une autre ulcération un peu plus profonde existait, en arrière, sur la partie correspondante de la muqueuse pharyngienne. Il n'est rien dit de l'état des parents.

A quoi étaient dues ces ulcérations des muqueuses? Pour M. Dubois sans doute à la syphilis; pour moi il me semble plus probable d'y voir la conséquence toute naturelle de la destruction d'une bulle de pemphigus développée sur la muqueuse buccale et pharyngienne, comme M. Rayer et autres en ont observé plusieurs fois chez l'adulte.

Suivent enfin quatre autres observations de pemphigus *neo-natorum*. Chez l'un, il existait en même temps une perforation de la cloison des fosses nasales; chez l'autre, une carie de l'un des tibias ; les deux autres présentèrent plus tard des phénomènes secondaires dont la nature parut incontestable.

J'accorde, pour abréger, que ces quatre enfants étaient syphilitiques. Mais ces 4 cas, seuls parmi plusieurs milliers d'autres, suffisent-ils pour affirmer d'une manière certaine que le pemphigus était ici une émanation directe de la vérole? et en se rappelant la masse imposante des faits contraires n'est-on pas disposé à penser que ces enfants ont eu le pemphigus, *quoique* vérolés, et non *parce qu'ils* étaient infectés.

Ces faits me paraissent peu concluants, et pourtant ils suffisent à notre collègue, car après les avoir exposés, il s'écrie : J'ai maintenant exposé *mes raisons* pour regarder le pemphigus congénial comme une manifestation syphilitique; voyons maintenant quels sont les motifs de M. Cazeaux pour soutenir *le contraire*.

Vous le voyez encore, messieurs, notre collègue veut absolument me faire nier alors que je doute, et décidément c'est un parti pris.

M. Dubois trouve mes raisons mauvaises; cela est tout simple : il s'est montré si rigoureux dans son argumentation. Mais voyons pourtant si mes motifs, quelque misérables qu'ils soient, ne seraient pas accueillis avec un peu plus d'indulgence par un lecteur un peu moins prévenu.

J'ouvre la Pathologie générale de M. Chomel, et j'y lis que le médecin doit tenir grand compte de l'âge des malades dans la recherche de la cause et de la nature de la maladie; car il est certains âges qui paraissent inaptes au développement de certains états morbides. Ainsi la fièvre typhoïde ne se développe guère après la soixantième année, et les hémorrhagies cérébrales avant l'âge mûr. Cela ne veut pas dire sans doute qu'il faille nier d'une manière absolue l'épanchement apoplectique chez le jeune enfant, ou la possibilité d'une fièvre typhoïde chez le vieillard ; mais cela signifie que le médecin prudent ne croira à l'une ou l'autre de ces affections que lorsque les caractères de la maladie seront de la plus grande évidence; car la rareté excessive d'un fait doit faire naître naturellement des doutes sur son exactitude. Eh bien! c'est ce que j'ai fait à l'égard du pemphigus et des abcès pulmonaires thymiques.

Tous les auteurs, tous sans exception, s'accordent à dire qu'il est excessivement rare de voir la syphilis congénitale se développer avant la troisième ou la quatrième semaine après la naissance. C'est à peine si, en consultant tous les recueils d'observations, tous les travaux originaux publiés depuis le commencement de ce siècle, on trouve sept ou huit cas bien authentiques d'enfants nés avec des signes incontestables de syphilis; et dans la classification nosologique d'un phénomène douteux, je ne tiendrai aucun compte de cette excessive rareté; je ne pourrai pas même y voir une raison de douter. Encore, si le pemphigus *neo-natorum* ressemblait par quelques points aux symptômes ordinaires de la vérole constitutionnelle observée soit chez l'adulte, soit chez l'enfant incontestablement infecté par sa mère; mais non, rien. Ses caractères n'ont rien de spécifique; ils ne s'observent presque jamais à l'époque ordinaire à laquelle se montrent les symptômes incontestables de la syphilis congénitale, à ce point, disent MM. Trousseau et Lasségue, qu'il n'appartient pas, suivant nous, à la classe des accidents secondaires, et que M. Gibert ne veut pas l'admettre au rang des syphilides.

Que répond à cela M. Dubois? J'en demande bien pardon à notre collègue, dit-il, mais il fait ici une pétition de principes, car le fait qu'il invoque est précisément ce qui est en question. Si j'ai pu prouver que le pemphigus est une manifestation vénérienne, il ne sera plus vrai que la vérole héréditaire ne se développe que plusieurs semaines ou plusieurs mois après la naissance.

Vraiment, à mon tour, j'en demande pardon à mon honorable maître; mais si je ne me rappelais que le bon Homère sommeillait quelquefois, j'hésiterais à répondre à une pareille argumentation. Comment! il s'agit pour vous de démontrer la nature syphilitique du pemphigus; je vous exprime des doutes en me fondant sur ce que cette éruption se montre aussitôt après la naissance, alors que les autres phénomènes vénériens n'apparaissent que beaucoup plus tard, et vous me répondez : Mais si j'ai pu prouver que le pemphigus est une manifestation vénérienne, il ne sera plus vrai que la vérole héréditaire ne se développe que plusieurs semaines après la naissance. En vérité, le moment est mal choisi pour me reprocher une pétition de principes.

Les altérations syphilitiques héréditaires sont rarement isolées, ai-je dit dans mon rapport, et presque toujours on rencontre chez le même individu plusieurs manifestations de l'infection générale. Or, à l'exception des quatre cas susmentionnés, je ne sache pas qu'on ait vu le pemphigus associé, chez le même enfant, à aucune autre lésion caractéristique. Je croyais, je l'avoue, pouvoir trouver dans cet isolement presque constant du pemphigus une nouvelle raison de douter. M. Dubois n'est pas de mon avis, mais il ne dit pas pourquoi.

Enfin, messieurs, j'avais pensé, vu le petit nombre de faits observés par notre collègue, qu'il était convenable, avant d'admettre définitivement son opinion, de consulter les hommes qui ont vécu longtemps dans les hôpitaux spécialement consacrés au traitement de la vérole. A mon avis, le résultat de cette recherche pouvait avoir une certaine valeur. Si, en effet, le pemphigus est de nature syphilitique, on devrait le retrouver au moins quelquefois chez les enfants nés de mères incontestablement infectées. Eh bien! j'interroge M. Gibert, qui a passé cinq ans à Lourcine : il me répond n'y avoir jamais vu le pemphigus; je consulte un relevé pris dans le service de notre honorable confrère M. Cullerier, et j'y vois que depuis quatre ans 198 enfants sont nés dans cet établissement et qu'aucun d'eux n'a offert de pemphigus. Bien plus, je constate que depuis le mois de juin 1850 à juin 1851, vingt autopsies d'enfants syphilitiques ou nés de mères infectées, mais sans manifestations chez eux, ont été faites, et on n'a rien trouvé dans le thymus ou dans le poumon; qu'enfin dix fœtus de 3 à 6 mois, tous issus de mères syphilitiques, n'ont également rien présenté dans les organes thoraciques. D'après M. Dubois lui-même, Cullerier neveu n'avait jamais eu occasion de voir cette éruption..... Cullerier oncle et la plupart des syphilographes n'ont guère été plus heureux. Et enfin, dans la pratique civile, où certes les antécédents syphilitiques des parents ne sont pas rares, où voit-on le pemphigus? Désormeaux n'en cite aucun exemple qui lui soit propre, et, j'en appelle au souvenir de nos confrères, combien en ont-ils vus? M. Dubois en cite un seul.

Notre collègue ne trouve pas là une raison suffisante pour douter; il croit détruire l'objection en faisant remarquer que le nombre des accouchements est beaucoup plus considérable à la Clinique et à la Maternité. Sans aucun doute; mais si on ajoute les enfants nés à Lourcine aux enfants nés dans la pratique civile de parents infectés, on arrivera à un chiffre déjà assez imposant, et qui ne nous offrira pourtant aucun appui à votre théorie.

Je ne voudrais pas prolonger cette discussion, mais cette différence dans les résultats ne me paraît pas tenir à une différence dans les chiffres. Pour moi, comme pour la plupart des auteurs, le pemphigus est l'expression d'une cachexie héréditaire. Celle-ci peut être syphilitique, scorbutique, tuberculeuse, rachitique, scrofuleuse, ou résulter d'un affaiblissement produit par la misère et les privations de tout genre. Eh bien! la population de la Clinique et de la Maternité est sans doute souvent syphilitique, mais presque toujours et souvent en même temps elle a subi l'influence de quelques-unes des autres causes énumérées plus haut. Les femmes de la pratique civile sont quelquefois syphilitiques, mais en général, du reste, dans de meilleures conditions. Il en est aussi de même des femmes qui se rendent dans nos hôpitaux spéciaux; car la jeunesse, la fraîcheur, la fermeté des chairs, sont des conditions indispensables au succès de leur industrie. Voici, pour moi, la cause de cette différence. A la Maternité et à la Clinique, dix causes diverses peuvent expliquer le pemphigus; dans la ville ou à Lourcine, vous n'avez guère que la vérole, et c'est pour cela que vous ne l'observez presque jamais.

Encore un mot. M. P. Dubois m'a reproché d'avoir spécialement fixé l'attention sur les conclusions thérapeutiques qu'il a cru pouvoir déduire de ses recherches. Pour lui, c'est un point très-accessoire. Je ne m'attendais pas, je l'avoue, à voir un esprit aussi éminemment pratique me faire une pareille objection. Je n'insisterai pas; mais je ferai remarquer seulement que, pour moi, un fait anatomique n'a d'importance réelle qu'autant qu'il peut nous conduire à une explication physiologique ou à une application pratique. S'il ne remplit pas cette condition, c'est un fait stérile, et qui mérite tout au plus sa place dans un musée d'anatomie pathologique.

Je suis convaincu que les résultats obtenus par notre collègue ont un sens plus élevé : il croit que je me suis trop préoccupé de l'influence fâcheuse que pouvait avoir un traitement mercuriel sur la santé, et le considère comme complétement inoffensif. Je ne peux accepter cette opinion; et sans croire le mercure coupable de tous les maux qu'on lui a attribués dans un temps, j'ai la conviction que, par son action sur les liquides, il place l'organisme dans une position défavorable, et le rend beaucoup plus impressionnable aux autres causes morbifiques. En un mot, je crois que s'il n'est que très-rarement une cause directe de maladie, il constitue souvent une prédisposition fâcheuse.

Je crois encore, malgré l'affirmation contraire de notre collègue, qu'il est souvent grave de jeter dans une famille le soupçon d'une syphilis invétérée; et malgré les artifices dont use toujours en pareille circonstance le médecin prudent, il n'est pas toujours possible d'en prévenir les fâcheuses conséquences. Un premier enfant mort-né offre soit un pemphigus, soit un abcès du poumon et du thymus. Comme chacune de ces lésions est caractéristique, suivant vous, d'une vérole héréditaire, vous vous adressez au mari et prescrivez un traitement. Mai le mari est bien sûr de n'avoir jamais éprouvé aucun accident syphilitique. Sur qui alors ferez-vous porter les soupçons? Evidemment sur la jeune femme. Vous prévoyez tous, messieurs, ce qui peut en résulter. Certainement, avec une conviction profonde, il faut passer outre; mais dans le doute!

Messieurs, cette discussion est trop importante, elle touche de trop près à la pratique, pour qu'avant de quitter cette tribune, je ne demande pas à l'Académie la permission d'en résumer, sous forme de proposition, les éléments principaux. C'est la meilleure manière de rendre ces débats profitables à la science.

Je crois qu'on peut déduire de tout ce qui a été dit dans cette discussion, et de la revue rétrospective à laquelle elle a donné lieu, les conclusions suivantes :

1° Dans l'immense majorité des cas, les symptômes de la syphilis congénitale ne se manifestent que plusieurs semaines après la naissance; car jusqu'à présent il n'existe qu'une dizaine de faits bien authentiques dans lesquels on ait pu constater des phénomènes incontestables de syphilis dès les premiers jours de la vie.

2° Cette excessive rareté doit faire apporter une grande réserve dans la classification nosologique des lésions offertes par les nouveau-nés.

3° La coïncidence d'une syphilis ancienne chez les parents et de symptômes douteux et mal caractérisés chez l'enfant, est insuffisante pour établir entre ces deux faits une relation de causalité.

4° Si le pemphigus, les abcès du poumon et du thymus peuvent, à la rigueur, reconnaître une origine syphilitique, rien ne démontre qu'ils ne puissent appartenir à une autre cause.

5° Le pemphigus, en particulier, a été depuis longtemps observé et rapporté par les auteurs, tantôt à une cachexie syphilitique, tantôt à toute autre cause.

6° Dans l'état actuel de la science, il est impossible de distinguer, parmi ces altérations, celles qui peuvent être syphilitiques de celles qui résultent d'un autre état morbide des parents ou du fœtus.

7° Cette incertitude du diagnostic doit, en présence d'une lésion semblable chez le fœtus, rendre le médecin très-circonspect, alors qu'il aura à se prononcer sur la nature de cette lésion.

8° Il ne paraît pas convenable d'appliquer un traitement aux parents, lorsque l'enfant ne présente que des signes douteux de syphilis; mais encore ces signes fussent-ils certains, qu'il faudrait trouver dans les antécédents des parents la raison rigoureuse de ces altérations.

C'est donc une question encore à l'étude, et dont la solution exige de nombreuses recherches.

M. P. Dubois : Je ne rentrerai pas dans la discussion, et je l'avais annoncé dans la précédente séance. Il me faudrait reprendre les unes après les autres toutes les questions qui ont été agitées, et au point où en sont ces débats, je n'en ai ni la possibilité, ni l'intention. Le travail que vient de lire M. Cazeaux et celui que j'ai récemment communiqué à l'Académie seront désormais des documents que chacun pourra consulter. Et je n'ai qu'un désir, c'est qu'ils soient soumis à l'appréciation de juges sérieux, éclairés et compétents : c'est l'Académie et le public médical qui seront ces juges. Je ne puis cependant, avant de terminer, m'empêcher de relever une grave inexactitude. Dans la dernière séance, notre collègue a cru devoir ajouter aux faits qu'il avait invoqués pour prouver la nature purement inflammatoire et non syphilitique des lésions observées par M. Depaul; il a cru, dis-je, devoir ajouter des faits empruntés à notre collègue, M. Cruveilhier, et exposés dans son grand atlas d'anatomie pathologique. Pour leur donner plus de valeur dans la question, il a assuré, avec une grande conviction, que dans l'exposé de ces faits M. Cruveilhier s'était préoccupé de l'état de santé des parents ou des enfants, qu'il avait signalé l'état syphilitique de quelques-uns, et qu'il fallait en conclure que, s'il ne l'avait pas indiqué pour les autres, c'est qu'il n'y avait eu aucune apparence de syphilis. Eh bien! je dois faire remarquer qu'aucune recherche de ce genre n'a été faite par M. Cruveilhier, car il n'en est aucune qui soit mentionnée; et, selon toute apparence, aucune n'aurait été possible. Mais parmi les enfants observés par M. Cruveilhier, il en était plusieurs qui portaient les traces les plus évidentes de pemphigus, que M. Cruveilhier considère, ainsi que je l'ai fait, comme une manifestation vénérienne; or, de ces enfants, il n'en est pas un seul chez lequel M. Cruveilhier n'ait constaté les lésions pulmonaires qui ont été le sujet du mémoire de M. Depaul, preuve nouvelle de la coïncidence du pemphigus syphilitique des nouveau-nés et de l'inflammation spécifique partielle des poumons pendant la vie fœtale.

M. Ricord remercie M. Caseaux d'avoir bien voulu considérer sa parole comme une parole de conciliation. Pour lui, il déclare qu'il ne lui paraît pas possible de se prononcer formellement ni pour une opinion ni pour l'autre; la question ne lui paraît pas susceptible d'être résolue en ce moment. Aussi partage-t-il les doutes exprimés par M. Caseaux.

La discussion est close.

— M. Larrey présente un sujet qui offre un cas de luxation du cristallin.

La séance est levée à cinq heures un quart.

Le rédacteur en chef, JULES GUÉRIN.

CONSTITUTION MÉDICALE.

NOTE SUR UNE FORME PARTICULIÈRE D'AFFECTION PHARYNGO-LARYNGÉE, CONSTITUANT UN DES CARACTÈRES DE LA CONSTITUTION MÉDICALE ACTUELLE.

La pratique civile fait rencontrer à chaque pas des formes morbides qu'on peut bien rattacher par quelque côté aux divisions des classiques, mais qui offrent néanmoins dans leur physionomie des traits spéciaux, bien arrêtés, qui permettent de les constituer en *variétés* et d'en donner une description particulière. De ce nombre est une affection dont j'ai rencontré un assez grand nombre d'exemples depuis cinq ou six semaines, affection peu sérieuse en elle-même, mais qui, par la nature et l'obstination des symptômes, ne laisse pas que d'inquiéter quelquefois les malades.

On l'appellera, si l'on veut, laryngo-pharyngite, parce que, en effet, le pharynx est rouge et que la symptomatologie, à défaut d'inspection directe, annonce une participation du larynx à l'état morbide; mais avec les symptômes de l'angine simple et avec ceux de la laryngite simple, tels qu'ils sont décrits par les auteurs, on ne ferait pas une maladie exactement semblable à celle dont je veux parler. Voici, en peu de mots, ce qu'on observe.

Les malades ne se plaignent que d'une chose, de la toux. Cette toux, provoquée par un chatouillement accompagné d'ardeur à la gorge, est très-fréquente, saccadée, et amène avec difficulté *une grande quantité de mucosités tenaces et filantes*. Après chaque expuition, la toux s'apaise pour quelque temps; mais il reste toujours un sentiment de gêne dans l'arrière-gorge, et le picotement ne tarde pas à revenir. La toux est surtout fatigante la nuit. Elle commence à devenir plus fréquente peu de temps après le coucher, excitée par la chaleur du lit et la position horizontale. Comme on est, dans cette position, peu disposé à faire des efforts d'expectoration, on ramène ses couvertures sur les épaules, sur le cou, et l'on attend. La chaleur de la gorge augmente, la toux redouble jusqu'à ce qu'on ne puisse plus résister au besoin de rendre les mucosités. Une partie de la nuit se passe ainsi dans un état d'agacement insupportable. Le sommeil arrive enfin; mais en permettant l'amas des glaires au fond de la gorge, il fait bientôt payer un moment de répit par un accès de toux qui tantôt amène le réveil, et tantôt le suit de très-près. Aussi les malades se plaignent-ils généralement d'avoir un accès vers cinq ou six heures du matin.

La déglutition est libre ou à peine gênée. La voix n'est pas altérée; tout au plus est-elle un peu voilée ou rauque. L'auscultation ne fait entendre aucun bruit anormal ni dans les bronches, ni dans la trachée. En appliquant le stéthoscope sur le larynx, on perçoit quelquefois du râle sibilant.

C'est là toute la caractéristique fonctionnelle de la maladie. Il n'y a, du moins au début, ni fièvre, ni défaut d'appétit, ni malaise. Mais ce que ne fait pas la maladie elle-même, l'insomnie le fait, et, après quelques nuits, surviennent la fatigue, la céphalalgie, l'anorexie, quelquefois même un peu d'agitation dans le pouls. Les sujets se plaignent plus alors que dans beaucoup d'affections d'une certaine gravité.

La caractéristique anatomique est très-bien dessinée. La paroi postérieure du pharynx, les piliers du voile du palais, sont rouges, parfois granuleux; il en est de même des amygdales, qui ne sont, du reste, que peu ou point tuméfiées. Cette rougeur, qu'on voit augmenter à mesure que l'inspection pénètre plus avant, n'est pourtant pas en rapport d'intensité avec la fréquence et l'opiniâtreté de la toux. Mais on a aussitôt l'explication de ce symptôme dans l'abondance du mucus aéré qui remplit l'arrière-gorge. En abaissant fortement avec le manche d'une cuiller la base de la langue, on fait remonter comme un flot de mousse blanche qui enveloppe l'instrument. Il devient évident que l'entrée du larynx en est obstruée.

Cette abondance de mucus écumeux constitue le caractère propre de la maladie. C'est une sorte de catarrhe pharyngo-laryngé.

La durée de l'affection est quelquefois très-longue. Je l'ai vue se prolonger plusieurs semaines et même plus d'un mois. A mesure qu'elle diminue, on voit les mucosités devenir moins transparentes, plus épaisses et acquérir une couleur grisâtre. Elles finissent par se transformer en crachats grumeleux qui ne sont rendus qu'à de longs intervalles et excitent beaucoup moins la toux. Il peut arriver que la lésion descende jusque dans la trachée et les bronches; mais ce n'est pas l'ordinaire; et quand le fait a lieu, c'est souvent plusieurs semaines après le début de l'affection pharyngo-laryngée. J'ai vu une fois cette affection traversée, vers le douzième jour au moins, par un coryza assez intense, après lequel tout a disparu à la fois.

La maladie sur laquelle je donne ces courtes indications m'a paru liée aux fortes chaleurs. Les premiers exemples qui m'aient frappé remontent à la fin de juin, qui a été marquée par une température très-élevée; et je me rappelle très-bien avoir observé des cas semblables l'été dernier, dans les mêmes circonstances. C'est ce que le vulgaire appellerait *un rhume de chaleur*, expression peu savante, mais très-caractéristique. Il est possible que les *alternatives* de température favorisent le développement de l'affection; et il est de fait que je l'ai rencontrée assez fréquemment dans le cours du mois de juillet où la température a été loin d'être uniforme. Mais la grande chaleur me paraît l'élément étiologique principal et même essentiel.

Attaquer directement la cause en rafraîchissant l'organisme; provoquer l'expulsion des mucosités; empêcher autant que possible qu'elles se renouvellent: telles sont les trois indications capitales qui se présentent.

Les bains froids (si la température est encore élevée au moment où l'on prescrit le traitement), l'ingestion d'une grande somme de boisson fraîche, prise par petites quantités souvent répétées: tels sont les deux moyens propres à remplir la première indication. On rencontre souvent chez les malades de la répugnance à se baigner *pendant un rhume*; mais nous en avons vu revenir après quelques bains tout étonnés de se trouver guéris. Parmi les moyens propres à amener l'expulsion des mucosités, il faut placer en première ligne les vomitifs. On est presque toujours obligé d'y revenir plusieurs fois. Les gargarismes facilitent l'expuition en délayant l'écume et la détachant de la membrane muqueuse. Il faut aussi recommander aux malades de tousser *volontairement* et de faire des efforts pour cracher un instant avant de se mettre au lit; après quoi, ils se gargarisent et mâchent quelque pâte ou sucent quelque sucrerie. Avec ces précautions, on procure à la gorge un repos d'assez longue durée pour permettre au sommeil de venir. Il importe aussi, dans le même but, de ne pas s'envelopper hermétiquement de ses couvertures, mais plutôt de laisser le cou et le devant de

Feuilleton.

CHRONIQUE MÉDICALE.

Le nouveau professeur de la Faculté. Savantes remarques. — Un malheur réparé. — Privilége du medecin. — Une bonne place.

A tout seigneur tout honneur. Nous ferons donc d'abord nos honnêtetés au nouveau professeur de pathologie interne. Chose toujours embarrassante qu'un compliment! Pour plus de commodité, nous nous étions procuré le SECRÉTAIRE DES FAMILLES; mais c'est un leurre que ce méchant petit livre. On y trouve des compliments pour père et mère, parrain et marraine, oncle et tante, cousin et cousine, amoureux et amoureuses, etc. Pas un mot à l'adresse des professeurs de Faculté de médecine. Nous nous proposons de signaler cette lacune à qui de droit, et nous supplions, en attendant, notre ami le professeur Requin de vouloir bien mettre son esprit à la place du nôtre et d'avoir la complaisance de se dire à lui-même, en notre nom, tout ce qu'il pourra trouver de plus gracieux, de mieux tourné. Un tel exercice ne saurait être bien désagréable; qu'il ne se gêne donc pas; qu'il compose avec l'alphabet du cœur des phrases longues d'une toise et avec les fleurs de rhétorique un bouquet gros comme sa personne; nous prenons tout sur nous, plus disposé à l'accuser de parcimonie que de profusion.

La CHRONIQUE avait tant d'amis dans ce concours, principalement parmi les coryphées, qu'elle ne pouvait avoir en fin de compte qu'à se frotter les mains, et elle use de son droit d'incapacité scientifique en mesurant le résultat à ses affections. Néanmoins, quand le coup est fait, personne ne peut l'empêcher de faire la savante et la profonde; c'est à ceux que cela choque à ne pas la fréquenter. Or voici le moment!

Quelle signification attribuer à la nomination de M. Requin? Dans quelle attitude se trouve-t-il vis-à-vis de ses nouveaux collègues? Au scrutin définitif, sur dix professeurs juges, M. Requin en a eu sept pour lui. Au quatrième tour (premier tour de ballottage entre les trois concurrents qui avaient eu le plus de voix), quatre professeurs avaient voté pour lui, trois pour M. Guillot et trois pour M. Monneret. M. Requin était-il donc le compétiteur préféré de la Faculté? Non, et l'on ne hasarde rien en affirmant que de tous les candidats il était, au contraire, celui qui, par ses doctrines et ses tendances scientifiques, s'écartait le plus de l'École de Paris. Aussi n'avait-il été soutenu, au premier tour, que par deux professeurs qui encore n'appartiennent pas à la pathologie interne. Comment donc a-t-il fini par triompher, porté par la Faculté elle-même? Le voici, en fait. Tous ceux qui, aux trois premiers tours, avaient voté pour M. Grisolle, le représentant le plus fidèle peut-être de l'école, préféraient, après lui, M. Re-

la poitrine découverts jusqu'à ce qu'on sente qu'on peut les recouvrir sans ramener le chatouillement de la gorge. Enfin, des pilules opiacées, en même temps qu'elles provoquent le sommeil, ont l'avantage de modérer la sécrétion de la muqueuse. On y aidera d'ailleurs, pour ce qui concerne spécialement la muqueuse du pharynx et des piliers, en rendant les gargarismes légèrement astringents.

Ce sont là de minces détails; mais ceux qui sont initiés aux conditions de la pratique, ceux qui savent à quelles minuties d'analyse elle oblige souvent, me les pardonneront sans difficulté.

A. DECHAMBRE.

CHIRURGIE PRATIQUE.

MÉMOIRE SUR LA RUPTURE DU LIGAMENT ROTULIEN, AVEC LA DESCRIPTION D'UN APPAREIL CURATIF NOUVEAU; présenté à l'Académie des sciences, dans sa séance du 30 juin dernier; par M. BAUDENS, inspecteur, membre du conseil de santé des armées.

Nous avons publié, dans le dernier numéro de ce journal, la première partie de cet intéressant travail; il fallait appuyer sur des faits concluants les théories émises; ce sont ces faits que nous allons rapporter.

OBS. I. — Consulté en 1840 par une jeune femme de 20 ans, grande, de forte constitution, j'appris que, vingt jours auparavant, elle était tombée, à la suite d'un faux pas, en descendant un escalier; que, relevée par des personnes accourues, elle n'avait pu se soutenir sur sa jambe droite, qui se fléchit à l'instant même sur la cuisse, et dont le redressement ne pouvait être obtenu que par le concours des mains.

Une tuméfaction assez notable avait suivi la chute, et le médecin appelé s'était contenté d'appliquer des sangsues et des cataplasmes sur l'articulation fémoro-tibiale. Le gonflement avait disparu, et depuis plusieurs jours il ordonnait à la malade de se lever et de marcher, ce qui, disait-elle, lui était absolument impossible.

L'examen du genou me fit reconnaître une ascension et une saillie exagérées de la rotule, une mobilité anormale de cet os, une dépression notable au-dessous de lui. Au fond du vide formé par l'absence du ligament rotulien, le doigt distinguait nettement les surfaces articulaires fémoro-tibiales et la portion du ligament rompu, près de son insertion au tibia. Il existait, à n'en pas douter, une rupture du ligament rotulien qui avait été méconnu. Pour faire descendre la rotule et pour la fixer, je me contentai d'appliquer le bandage unissant, de le placer en travers, en prenant toutefois le point d'appui inférieur sous la plante du pied; un bandage roulé fut appliqué depuis les orteils jusqu'au tiers inférieur de la cuisse, et le membre en totalité fut ensuite placé sur un plan fortement incliné du talon vers l'ischion. Il fallut souvent renouveler, pour le resserrer, cet appareil, qui, après deux mois, fut définitivement enlevé. A cette époque, la continuité du ligament rotulien était rétablie; on le reconnaissait facilement quand on fléchissait un peu le genou. Toutefois, près du tibia, dans le lien de la rupture, on sentait comme un point affaibli, moins résistant. La rotule, de ce côté, était évidemment un peu plus élevée et plus rapprochée de la cuisse que l'autre; on conduisit la convalescence doucement, avec beaucoup de ménagements, et la guérison fut obtenue sans gêne ni roideur articulaire. Seulement, après de longues courses, la malade remarquait que le genou droit se fatiguait plus vite que le genou gauche. Environ une année après cet accident, l'articulation fémoro-tibiale droite devint le siége d'une hydarthrose assez considérable, qui n'a définitivement cédé qu'à l'application d'une rangée de petits cautères, établis avec la pâte de Vienne au pourtour de la rotule. J'ai revu la malade il y a quelques jours: le genou est resté sain; le tendon rotulien est très-solide, quoiqu'un peu plus long que celui qui n'a pas été rompu. Il ne reste plus de traces de ce grave accident, si ce n'est qu'après de longues marches, la fatigue arrive plus vite à l'articulation tibio-fémorale, dont le ligament rotulien a été rompu il y a onze ans.

OBS. II. — Le 28 janvier 1851, M. le général R..., âgé de 60 ans, est accroché, en descendant un escalier, par le talon de sa botte. Il est sur le point de tomber en avant, quand instinctivement il fait une brusque retraite de corps en arrière pour rétablir l'équilibre. Au même instant il éprouve dans le genou un craquement qu'il compare, pour la douleur et la sensation, à un fort coup de bâton. Sa jambe droite se ploie sous la cuisse; il tombe à la renverse, le pied droit placé sous le siége, et il heurte la muraille violemment avec la tête.

Une heure s'était à peine écoulée depuis l'accident, quand je vis le blessé avec mon honorable confrère M. Lestiboudois, représentant du peuple, qui lui avait donné les premiers soins. Nous constatâmes une notable commotion cérébrale et une rupture du ligament rotulien à son attache inférieure, reconnaissable à la flexion permanente de la jambe, malgré les efforts du malade pour la redresser; à l'ascension de la rotule, remontée de trois travers de doigt; à sa proéminence et à sa saillie si prononcée que le malade lui-même en témoigne une inquiète surprise; à la mobilité exagérée de cet os et à l'enfoncement laissé au-dessous de lui par l'absence du ligament rotulien. Cette dépression permet au doigt d'explorer les condyles du fémur, et l'éminence qui sépare les surfaces articulaires du tibia, on la rupture du ligament près de sa greffe inférieure, est facile à constater. Le blessé accuse dans l'articulation tibio-fémorale d'assez vives souffrances, rayonnant au-dessus de la rotule, dans le tendon des muscles extenseurs de la jambe. Ce tendon est dur, contracté comme s'il était dans un état spasmodique. Il est douloureux au toucher, a ce point que je me suis demandé si ce dernier phénomène, que je n'ai jamais rencontré et dont les auteurs ne parlent pas, était dû simplement à la rupture du ligament rotulien, ou s'il ne dépendait pas plutôt d'une rupture partielle et incomplète du tendon rotulien, opinion vers laquelle j'incline volontiers.

Je fis au malade une abondante saignée du bras dont les bons effets sur l'encéphale furent immédiats; il était nuit, je me contentai de placer le membre, préalablement redressé, sur un plan incliné fait à l'aide d'oreillers, et de maintenir la rotule en bas, à l'aide d'une bande qui, passant sur le sommet de cet os, était fixée au bas du lit. Afin d'enrayer l'arthrite traumatique tibio-fémorale et de faire cesser les douleurs actuelles, j'appliquai sur le genou, après l'avoir enveloppé d'une légère couche de charpie, une coiffe en toile remplie de petits morceaux de glace; et sous l'empire de ce puissant sédatif la souffrance céda si bien que le malade dormit plusieurs heures sans interruption.

1er février. État général fort satisfaisant; pas de traces de la commotion cérébrale; nul indice d'arthrite; absence de chaleur, de douleurs, de gonflement; calme parfait, pas de fièvre; la rotule est notablement remontée; le plan incliné s'est affaissé. (Diète, purgatif salin, limonade, continuation de glace sur le genou, application de mon appareil tel qu'il a été décrit plus haut et tel qu'il est représenté par les dessins déjà exposés et qui n'en sont que la fidèle reproduction.)

2 février. L'appareil continue à fonctionner dans les conditions les plus favorables; quelques heures de sommeil pendant la nuit; la tête est calme; plus de traces de commotion cérébrale; pas de douleurs dans le genou dont la température est toutefois un peu plus élevée que dans l'état normal malgré l'emploi non interrompu des réfrigérants. (Continuation de la glace, quelques pruneaux, boissons délayantes.)

Même état jusqu'au 5 février, époque à laquelle on supprime la glace dont la

---

quin à tous les autres concurrents et se sont rangés de son côté après la mise hors de cause de M. Grisolle. Tous les partisans de M. Monneret préféraient aussi M. Requin à M. Guillot, comme on l'a vu au scrutin définitif où M. Guillot est resté avec les voix du premier tour. De telle sorte qu'il y a eu, dans la suite des scrutins, deux périodes: l'une dans laquelle les professeurs juges ont essayé de donner satisfaction à la doctrine (car on n'a pas joué au jeu périlleux des voix de complaisance); l'autre dans laquelle, ne pouvant s'entendre sur les personnes, ils ont fait plier la doctrine devant le mérite individuel. Dans la première période, huit professeurs partageaient leurs voix entre MM. Grisolle, Monneret et Guillot. Dans la seconde, cinq d'entre eux, dont deux partisans de M. Grisolle et trois partisans de M. Monneret, passaient à M. Requin, et le parti de M. Guillot ne grossissait pas.

Nous sommes bien loin de prétendre que le talent des candidats évincés n'était pas en mesure de répondre aux sympathies qui s'attachaient à leurs doctrines scientifiques. Il en est, au contraire, qui ont témoigné d'un talent incontestable. Nous constatons seulement ce fait que, en présence de plusieurs concurrents également nourris aux principes de l'école, serviteurs plus ou moins dévoués, plus ou moins fidèles, de la médecine anatomique, du numérisme et du fait particulier, la plupart des juges qui n'ont pu obtenir le succès de leur propre candidat, au lieu de se retourner vers un *équivalent*, sont allés chercher celui qui paraissait le moins approprié à leur goût. Nous voyons là, nous le répétons, un hommage rendu au mérite personnel. Outre que l'originalité incontestable de M. Requin n'est pas pourtant de nature à faire disparate à la Faculté, on a accueilli volontiers en lui un savoir étendu, une intelligence pénétrante, un vif et brillant esprit, le tout fortifié par une éducation littéraire peu commune. La réputation du nouveau professeur en ce genre est acquise depuis longtemps; nous croyons même qu'il s'en est aperçu plus d'une fois à son dam. Il y a des gens qui ont des raisons particulières pour ne pas aimer le grec et le latin; ceux-là M. Requin les a souvent contrariés, et nous les en plaignons fort; mais, pour notre compte, nous sommes moins chatouilleux. Nous n'aurions pas nommé M. Requin professeur de médecine pour l'amour du grec; mais nous tenons que le grec ne gâte rien, d'autant qu'il va d'ordinaire avec d'autres petites connaissances et un certain goût qui ne sont pas du tout à dédaigner. Nous augurons bien du nouveau cours de pathologie médicale.

— Nous l'avons cette nuit, madame, échappé belle......

M. Bérard avait, on le sait, donné sa démission de doyen. Pourquoi? Nous ne pourrions le dire sans nous immiscer incongrûment aux affaires intérieures de la Faculté. Qu'on se contente de savoir que le caractère doux et conciliant de M. Bérard avait été froissé par une décision rendue contre un de ses collègues, décision que, comme doyen, il était tenu d'appliquer. Les instances de la Faculté pour obtenir le retrait de la démission lui ont prouvé combien on souhaitait mettre sa personne en dehors de tout débat, et à quel prix on estimait sa gestion. Elles eussent suffi, sans doute pour l'ébranler; mais le ministre, de son côté, n'a pas accepté la démission. Le ministre, en cela, n'a pas seulement fait un acte de convenance et d'utilité publique: il a, suivant nous, rempli un devoir. Nous le répétons, la difficulté était accidentelle, particulière, et n'enga-

sensation n'est plus agréable au malade, ce qui prouve qu'elle soutire du calorique normal, et prolonger son action serait nuisible.

En effet, vaincue par la glace, l'inflammation traumatique a été arrêtée dès son évolution. Tant qu'a duré la réaction, tant qu'a duré la lutte contre la puissance des réfrigérants, il y a eu production de calorique morbide, ou excès de calorique normal, et la glace, tant qu'elle a eu à combattre cet excédent de chaleur qu'elle soutirait au fur et à mesure de sa création, n'a cessé d'être bienfaisante; mais quand le foyer est éteint les réfrigérants n'enlèvent plus que de la chaleur normale; ils causent un froid désagréable, pénible; aussi avons-nous de ce moment remplacé la glace par une simple compresse trempée dans de l'eau froide et maintenue sur le genou en permanence pendant huit jours.

Ce fait s'ajoute aux mille autres faits, à l'aide desquels j'ai démontré, depuis plus de vingt ans, dans mes leçons cliniques, la toute-puissance de la glace avec ou sans addition de sel marin pour combattre les lésions *par cause traumatique*, et cela à l'exclusion absolue de la déplorable et banale médication basée sur les sangsues et les cataplasmes.

La suite du traitement n'offre rien de particulier, si ce n'est qu'à l'exemple des malades qui ne souffrent pas, M. R... cessa de se préoccuper de son accident et n'eut plus qu'une idée fixe, celle de pouvoir se lever. L'homme des camps et des bivouacs se révoltait à l'idée de rester deux mois emprisonné dans une chambre. Il s'ensuivit bientôt perte d'appétit, privation de sommeil, fièvre nerveuse. La prolongation d'un tel état pouvait être fatale et, pour y mettre un terme, je me décidai, dès le quarantième jour, à faire porter le malade avec son appareil dans une calèche pour le faire promener au grand air. La crise cesse, et après deux mois de traitement la guérison est radicale. L'articulation tibio-fémorale, parfaitement saine, exécute tous ses mouvements avec la plus entière liberté. La flexion est, il est vrai, légèrement limitée par une sorte d'induration des parties musculaires et tendineuses du quart inférieur de la cuisse; mais cette induration cède sous l'influence du massage, des frictions iodurées et de vingt douches. C'est la présence de cette induration dans le quart inférieur et antérieur des parties molles de la cuisse qui me fait penser, comme je l'ai exprimé plus haut, qu'il y a eu en même temps que rupture du ligament rotulien, déchirure partielle de fibres musculaires ou tendineuses des muscles extenseurs de la jambe. Trois mois après l'accident, il n'en reste plus de traces; le ligament rotulien est solide dans toute son étendue et n'est pas plus long que celui du cô é opposé. La marche est assurée; déjà elle peut être longtemps soutenue sans fatiguer. Dans les premiers temps, elle occasionnait autour du genou et autour de la jambe de l'engorgement, mais il a disparu.

Obs. III. — Le 23 avril 1846, madame A..., âgée de 40 ans, de bonne constitution, se tenait sur une chaise hissée sur un pied pour atteindre à un rayon de bibliothèque, la chaise vint à glisser et elle fit une chute sur le sol. Elle ressentit en tombant une forte douleur au genou gauche, ce qui lui fit penser que ce genou avait reçu un choc violent. Deux personnes la relevèrent et chaque mouvement de l'articulation tibio-fémorale gauche lui arrachait de grands cris. D'ailleurs pas d'écorchures, pas d'ecchymoses à la peau, pas de fractures. Deux ou trois heures après l'accident, le pied et la jambe présentaient une tuméfaction considérable; le médecin appelé fit appliquer une centaine de sangsues en trois fois et des cataplasmes de farine de lin sur l'articulation tibio-fémorale; les douleurs continuèrent au dire de la malade à être très-vives au toucher, principalement au-dessous de la rotule.

La rupture du ligament rotulien resta méconnue, non traitée, et l'arthrite dont elle se compliquait exigea un repos absolu de sept mois, pendant lesquels on eut recours alternativement à l'application de compresses trempées dans de l'eau végéto minérale, à des frictions avec du baume tranquille ou avec de l'eau-de-vie camphrée.

A cette époque, la malade essaya de marcher avec des béquilles, mais fort péniblement. L'absence d'un traitement spécial appliqué à la rupture du ligament rotulien, d'autres circonstances encore peut-être que je n'ai pu apprécier en 1848, quand la malade vint me consulter, ont entretenu une arthrite tibio-fémorale dont j'ai pu constater toute la gravité. Le genou était tuméfié, douloureux; les mouvements articulaires étaient fort restreints; il existait une légère flexion permanente; le ligament rotulien, soulevé par de la synovie épanchée, semblait plus faible et plus long que dans l'état normal; la persistance depuis tant d'années d'un engorgement articulaire général faisait craindre une altération profonde des tissus. Je prescrivis une application en couronne de huit à dix petits cautères à la circonférence de la rotule; ce moyen a amené de l'amélioration; et néanmoins aujourd'hui encore, en 1851, cette malade, qui habite Arras, est condamnée à un repos presque absolu dans la crainte fondée de réveiller avec l'arthrite tibio-fémorale d'atroces douleurs.

Ce fait, aussi bien que la première observation exposée plus haut, démontre combien il importe de ne pas méconnaître dès le début la rupture du ligament de la rotule, afin de lui opposer un traitement spécial et convenable. Une erreur de diagnostic peut être fort préjudiciable, d'une part, en privant l'articulation tibio-fémorale de l'intégrité de ses fonctions, d'une autre part, en laissant se développer une arthrite tibio-fémorale, et en exposant ainsi les malades à une longue série d'accidents redoutables.

Si rare que puisse être la rupture du ligament de la rotule, ce n'est pas une raison pour en négliger l'étude. Sur les trois cas précités, il est bien remarquable que deux fois cette rupture a été méconnue. Mon désir, en m'occupant plus spécialement qu'on ne l'a fait encore de ce genre de lésion, est d'attirer sur elle l'attention des praticiens; j'aurai doublement atteint ce but si mes honorables confrères pensent comme moi que l'appareil curatif que je leur offre réalise un progrès thérapeutique.

THÉRAPEUTIQUE CHIRURGICALE.

NOTE SUR LES EFFETS HÉMOSTATIQUES DE L'EAU DE M. PAGLIARI, PHARMACIEN A ROME; adressée à l'Académie des sciences, le 30 juin 1851; par M. le professeur C. Sédillot, membre correspondant, etc.

La découverte d'une liqueur hémostatique propre à suspendre les hémorrhagies capillaires veineuses et même artérielles, dans une foule de cas où la ligature des vaisseaux blessés est impossible ou dangereuse, serait pour la chirurgie un bienfait comparable à la magnifique conquête des anesthésiques.

La réunion des plaies par première intention aurait lieu sans interposition de corps étrangers; l'infection purulente, suite fréquente des pertes trop considérables de sang, deviendrait plus rare; la recherche des vaisseaux dans des plaies anciennes, l'irritation des tissus, des suppurations redoutables, le tamponnement, cause de gangrène, la ligature des gros troncs artériels et celle des veines, source de phlébites trop habituellement mortelles, seraient évités.

L'application d'une eau hémostatique provoquant la formation d'un caillot oblitérateur et suspendant l'écoulement du sang simplifierait aussi l'art et le rendrait plus puissant.

L'histoire cependant montre l'extrême difficulté d'une si belle et si heureuse invention.

---

geait en rien les principes. La Faculté avait pris une résolution dont la régularité n'était pas contestée; le doyen était libre assurément d'examiner jusqu'à quel point il lui convenait de s'en faire l'exécuteur; mais le ministre ne pouvait accepter purement et simplement la remise du décanat pour des faits qui n'affectaient pas les rapports du doyen avec l'autorité supérieure. Il ne s'agissait que d'un ménage brouillé, il fallait d'abord essayer de le raccommoder. On a réussi. Ce n'est pas la Faculté seule qui en a été satisfaite; c'est le corps médical, que M. Bérard représente si dignement; ce sont les élèves, qui ne sauraient rencontrer une plus équitable et plus paternelle administration.

— La question soulevée par M. le docteur Boullard devant les tribunaux, à savoir, si le *privilège général* accordé aux médecins pour frais de dernière maladie doit primer le privilège spécial du propriétaire sur le prix des meubles garnissant la maison du défunt; cette question a été tranchée dans le sens de la consultation favorable de Me Paillard de Villeneuve, de l'opinion émise par l'Association des médecins de Paris, de celle que nous avons nous-même formulée et motivée. Le tribunal a décidé que le prix des meubles devait être affecté de préférence à la créance privilégiée du médecin. Cette décision a rencontré dans la presse médicale un adversaire qu'on ne doit pas s'étonner de voir intervenir partout où il s'agit de sacrifier l'intérêt matériel à la délicatesse et à la noblesse des sentiments. M. Cornac, dans une lettre adressée à la Gazette des hôpitaux, exprime l'opinion « qu'un médecin n'a rien à réclamer lorsque, dans une succession, il n'y a pas de quoi solder le propriétaire du logement. » Il n'admet pas qu'on puisse « réclamer pour que le privilège du médecin devienne *général*. » Nous aurions fort à cœur de nous trouver, en matière d'honorabilité professionnelle, d'accord avec M. Cornac; mais nous ne le pouvons dans l'espèce. Rappelons avant tout que, dans une question de ce genre, il faut mettre à l'écart ses propres sentiments pour ne considérer que le droit tout sec, et que ce n'est pas le cas d'invoquer le *summum jus, summa injuria*. Si le droit existe, il importe de le sauvegarder dans l'intérêt de ceux qui ne sont pas en mesure de s'imposer des sacrifices ou que l'ingratitude voudrait exploiter. Or il existe incontestablement.

Plaçons-nous pour un instant dans l'hypothèse la plus favorable à la thèse de M. Cornac. Notre honorable confrère ne va pas jusqu'à prétendre que le privilège du propriétaire doive l'emporter sur celui du médecin; cela serait trop contraire au texte de la loi; il a l'air seulement de soutenir l'égalité des deux privilèges. Eh bien! dans ces termes, il ne serait pas encore autorisé à dire qu'un médecin n'a rien à réclamer lorsque le propriétaire n'est pas désintéressé; car on pourrait, avec autant de raison, demander que le propriétaire ne se désintéresse pas avant le médecin. L'égalité voudrait tout au moins que le prix des meubles fût partagé. Mais il y a plus. Le médecin n'a pas à « réclamer pour que son privilège *devienne* général; » c'est la loi qui réclame pour lui; son privilège n'a pas besoin de *devenir* général, il l'est par lui-même. L'art. 2101 qui le consacre commence ainsi: « Les créances privilégiées sur la *généralité* des meubles sont celles ci-après exprimées..... » et les frais de dernière maladie viennent en troisième ligne. Le privilège du propriétaire *sur certains meubles* est réglé par l'art. 2102. L'argumentation de M. Cornac fait donc abstraction des dispositions du Code: la loi consacre formellement la généralité du privilège du médecin.

Homère (1), dont la parole fait loi pour toutes les connaissances de son époque, signale parmi les moyens de traitement des blessures l'extraction des corps vulnérants, la réunion des plaies, la vertu calmante de sucs de plantes, dont le contact suspend la douleur; mais nulle part il n'indique de procédés contre les hémorrhagies, et il se borne à en signaler l'arrêt spontané ou provoqué par l'influence de paroles mystérieuses (2).

Celse (3) nous a laissé une liste assez longue de substances hémostatiques, dont les plus actives étaient fortement astringentes et même caustiques. Beaucoup d'entre elles étaient solides ou pulvérulentes.

Nous voyons jusqu'à A. Paré et même cent ans plus tard, les plaies cautérisées, etc., tandis que l'on dédaignait complétement les liquides hémostatiques.

De nos jours la chirurgie française a fait d'immenses efforts pour déposséder la ligature, et arriver à l'adoption de procédés plus sûrs contre les hémorrhagies; mais ces tentatives ont été vaines, et le problème n'a pas été résolu.

Nous avons particulièrement opposé une sorte de parti pris d'incrédulité à tous les essais et présentations de liqueurs hémostatiques, et les motifs de cette réserve ont été trop bien exposés par notre savant collègue, M. le professeur Velpeau, pour que je ne saisisse pas l'occasion de les rappeler.

M. Bonjean (de Chambéry) avait adressé à l'Académie des sciences diverses communications très-curieuses sur l'action de l'ergotine dans les blessures artérielles; voici les observations de M. Velpeau à ce sujet :

» Ce que M. Bonjean dit de l'ergotine a été dit par une infinité d'autres » personnes, de substances fort différentes. Les moyens hémostatiques vé» ritablement efficaces n'en sont pas moins très-rares aujourd'hui, comme » jadis, dans la pratique. L'erreur tient à ce que les auteurs oublient vo» lontiers deux choses dans leurs expériences :

» 1° Chez les animaux, la plasticité du sang est beaucoup plus grande » que chez l'homme, d'où il suit que ce qui réussit à mettre un terme aux » hémorrhagies artérielles chez les uns peut très-bien échouer chez l'autre.

» Tous ceux qui ont fait des expériences sur les animaux savent que chez » le cheval, le bœuf, les moutons, par exemple, les plaies des plus grosses » artères ne donnent que rarement lieu à des hémorrhagies mortelles. Le » sang, en pareil cas, s'arrêtant presque toujours de lui-même au bout d'un » certain temps, laisse croire au public et aux auteurs inexpérimentés que » c'est le moyen, le remède expérimenté qui ferme l'artère. Aussi que de » poudres, que d'eaux, que de liquides, que d'arcanes de toutes sortes » vantés d'abord comme infaillibles, et qui ont dû être rejetés comme in» utiles après un examen sérieux !

» 2° Chez l'homme, beaucoup d'hémorrhagies artérielles cessent aussi, » soit spontanément, soit sous l'influence d'une simple compression, sans » que, en un mot, on soit obligé d'en venir à la ligature du vaisseau ou des » vaisseaux blessés; en sorte qu'il est facile d'attribuer à la substance pré» tendue hémostatique mise en usage un résultat qui en est peut-être indé» pendant.

» Je n'ai aucune envie, aucune raison de révoquer en doute la valeur des » faits invoqués par M. Bonjean, mais la pratique a été si souvent trompée » par des annonces semblables qu'il convient à l'Académie de ne les accep» ter qu'avec réserve.

» La question des hémostatiques est à la fois très-complexe et très-déli» cate. Il importe donc de n'accueillir qu'avec une certaine défiance les » faits qui la concernent, et de ne donner à ces faits qu'une publicité fort » restreinte, tant qu'ils n'ont pas été contrôlés avec toute la maturité dé» sirable. » (Bull. de l'Ac. des sc., p. 54, 1846, 2e sem.)

Cette opinion du savant académicien est celle de la France chirurgicale, où l'on ose à peine produire les faits susceptibles de l'infirmer.

Il est évidemment impossible qu'une liqueur hémostatique quelconque arrête seule une hémorrhagie; il faut un contact plus ou moins prolongé avec les tissus et une action coagulante sur le sang; et si le jet de ce liquide entraine au dehors la liqueur, il est de toute évidence qu'aucun effet ne sera produit.

Dès lors l'arrêt momentané du cours du sang par une compression mécanique plus ou moins forte est indispensable. Une éponge, un linge, un tampon de charpie imbibés de la liqueur hémostatique servent à l'appliquer sur la plaie, et l'on est très-rationnellement disposé à attribuer à la compression seule ou à la cessation spontanée de l'hémorrhagie, le succès du procédé. L'eau hémostatique semble, dans ce cas, jouer le rôle des formules des anciens temps pour l'extraction des corps étrangers, où l'on ne complait pour rien la main ni les instruments de l'homme de l'art.

Aussi m'est-il arrivé nombre de fois, je l'avoue, de sourire au récit d'hémorrhagies merveilleusement arrêtées par l'emploi de liqueurs hémostatiques, et il m'a fallu des circonstances toutes spéciales pour me conduire d'abord au doute, et plus tard à la conviction de l'efficacité possible de ces sortes de préparations.

Il n'est peut-être pas sans intérêt de signaler l'opposition qui s'est manifestée publiquement en diverses parties de l'Europe, sourdement en France, contre cette incrédulité. L'Italie, l'Allemagne, la Russie se sont occupées de l'importante question des hémostatiques, et les liqueurs de Schulz, de Necubisi, de Muller et Wright, de Brocchieri, de Monterosi (de Naples), de Bonjean (de Chambéry), de Rinelli, de Pagliari (de Rome), ont été l'objet d'une attention soutenue. En France, les masses sont assez disposées à ajouter foi à l'action de ces eaux; l'eau rouge (teinture vulnéraire rouge) jouit en Alsace de beaucoup de crédit; et bon nombre de médecins avouent volontiers, mais confidentiellement, les heureux résultats de telle ou telle liqueur hémostatique; celles de Tisserand, de Léchelle, de Royer, ont été assez souvent employées.

Plusieurs de mes confrères, MM. Flamant et Tavernier à Schlestadt,

(1) A peine le vaillant fils de Mœnœtius eut-il parlé que prenant affectueusement Eurypile dans ses bras et le soutenant sur sa poitrine, il le porta dans sa tente. Un des plus zélés officiers d'Eurypile les voyant arriver, étend sur la terre des peaux de bœuf sur lesquelles Patrocle couche le guerrier blessé. Il dilate avec un instrument tranchant la plaie pour en retirer la flèche fatale; il lave avec de l'eau tiède la partie et détache le sang noirâtre dont elle était couverte. Il y applique ensuite une racine amère et calmante qu'il avait broyée entre ses mains; à l'instant toutes les douleurs se dissipent, la plaie se sèche et le sang cesse de couler. (Iliade, lib. XI, v. 847.)

(2) Lorsque Ulysse est blessé au genou, les fils d'Antolycus bandent la plaie et profèrent certaines paroles; le sang s'arrête aussitôt. (Odyssée, l. XIX, v. 457.)

(3) Les médicaments auxquels Celse attribuait la propriété d'arrêter le sang (Celse, lib. V, cap. 1) étaient le vitriol que les Grecs appelaient *calcanthe*, le chalcitis, l'acacia, le lycium trempé dans l'eau, l'encens, l'aloès, le plomb bordé, le poireau, la renouée, la terre cimolée ou la terre à potier, le misy, l'eau froide, le vin, le vinaigre, l'alun, l'écaille de fer ou de cuivre; celle-ci était de deux espèces, savoir : l'écaille de cuivre simple et celle de cuivre rouge. (Dujardin, Hist. de la chir., t. I, liv. IV, p. 368. Paris, 1774.)

Maintenant, la généralité doit-elle primer la spécialité? Le bon sens le dit. Qu'est-ce que c'est que cette extension du privilége à tous les meubles, sinon un supplément de garanties accordé à la nature particulière de la créance? Si la loi eût voulu niveler toutes les créances privilégiées, elle n'aurait institué qu'un ordre de priviléges qu'elle eût dénombrés au hasard; mais elle a reconnu, au contraire, qu'il y avait telles créances dont on ne pouvait trop assurer le remboursement, qui devaient passer les premières, et elle leur a affecté des ressources étendues et solides. Ces créances même, elle ne les place pas toutes au même niveau : elle les classe d'une certaine manière; de telle sorte que la dernière n'exerce son privilége qu'après les autres. Les frais de dernière maladie appartiennent à cette catégorie. Qu'y faire? Le désintéressement peut bien consentir à ne pas se prévaloir du droit; mais il ne peut faire que le droit ne soit réel, comme il ne peut blâmer l'usage que d'autres croient devoir en faire. Le désintéressement est une vertu, ce n'est pas une obligation légale.

— A propos de cela, voici une note qui nous est adressée, avec prière de l'insérer; nous la transmettons particulièrement aux médecins vertueux.

« La *fameuse dame blanche*, demeurant à Châtillon (banlieue de Paris), vient de remercier le médecin attaché *à sa maison*; elle demande de suite un docteur diplômé pour le remplacer : *c'est un petit diamant assez gentil à se placer au doigt*. Les honoraires de chaque journée sont de 25 à 30 fr., et parfois atteignent 50 fr. Le premier médecin muni de son diplôme, qui n'a pas une clientèle suffisante pour vivre honorablement, en se présentant chez elle, sera accueilli avec reconnaissance. »

La brave dame, comme on voit, dit les choses sans mâcher. Pouvez-vous vivre *honorablement*? Non : eh bien! vivez honteusement. Il ne s'agit pour cela que d'entrer chez moi. On vous mettra au doigt un diamant assez gentil, comme en portent d'intéressantes créatures qui vivent le moins honorablement possible et ont besoin d'attirer le regard des passants. Peste! l'affaire est bonne et donne envie de se mettre *en maison*. 10,000 fr. par an, c'est une place de professeur et très-agréable, dans laquelle on peut se dispenser de penser, voire de parler, toute la fonction consistant à regarder travailler la *patronne*. Mais il y a sur ce point une lacune dans la note; l'obligeance que nous mettons à l'insérer nous fait espérer qu'on voudra bien la compléter. Combien, sur ces 10,000 fr., revient-il au médecin? Empoche-t-il la moitié de la somme ou un intérêt proportionnel? ou bien encore, a-t-il purement et simplement des gages? Ce serait pourtant essentiel à savoir, et il y aurait là pour nous une raison déterminante d'accepter ou de refuser. Nous verrons en temps et lieu.

Toujours est-il que voilà une excellente idée. Le *charlatanisme par association* n'est pas d'hier, et une pièce célèbre, malheureusement défendue par l'autorité, en a montré, il y a quelques années, un bel échantillon. Ce qui a été interdit sur le théâtre a continué à se pratiquer sur la scène du monde : témoin les somnambules. Mais l'association proposée par la *fameuse dame* a un caractère de régularité tout à fait spécial. Seulement elle est bien restreinte, et c'est trop faire les choses en petit. Nous proposons, au prochain congrès ou à la prochaine révolution, d'appliquer l'idée largement et de créer une *association des charlatans réunis*, avec un *niveau* pour enseigne, ou bien une *association générale des charlatans de France*. Un comité central, siégeant à Paris, assisté de comités cantonaux, aurait l'œil sur les sociétaires, et des peines sévères se-

MM. Kauls et Rueff à Strasbourg, m'ont assuré avoir obtenu des succès de l'emploi de divers liquides hémostatiques; et MM. Pétrequin et Bonnet à Lyon ont eu recours à l'ergotine avec avantage (voy. COMPTES RENDUS DE L'ACAD. DES SC., 25 oct. 1845, et GAZ. MÉD. DE PARIS, p. 840, année 1849). M. Bonjean cite plusieurs exemples semblables qu'il serait aisé de multiplier.

L'erreur consiste-t-elle dans le rejet ou l'adoption de pareils moyens? La question mérite qu'on s'en occupe, et j'ai cru devoir entretenir l'Académie de faits assez nombreux dont j'ai été témoin dans des circonstances où j'apportais des préventions plutôt contraires que favorables au liquide expérimenté.

M. le docteur Dussourt, médecin adjoint et ancien professeur d'hygiène et de médecine légale à l'hôpital militaire d'instruction de Strasbourg, avait été détaché pendant quelques mois de l'année dernière (1850) à l'armée d'Italie. Revenu après l'épidémie, dont la cessation fut particulièrement due aux judicieuses mesures prises par notre honorable inspecteur M. le docteur Alquié, M. Dussourt me rapporta un flacon d'une eau hémostatique préparée par M. Pagliari, pharmacien à Rome, et il m'engagea à essayer cette liqueur dont les médecins romains lui avaient vanté l'efficacité.

Peu disposé, comme tous les chirurgiens français de notre époque, à croire aux vertus d'aucune eau hémostatique, je mis peu d'empressement à expérimenter ce nouveau moyen, et le flacon resta plusieurs mois chez moi sans que je songeasse à m'en servir.

Voici à quelle occasion je m'y décidai :

OBS. I. — Un officier de dragons, M. L..., en garnison à Huningue, fut atteint d'une plaie d'arme à feu le 24 janvier 1851 et envoyé à l'hôpital militaire de Strasbourg. Une balle de pistolet de calibre avait pénétré entre les têtes des troisième et quatrième métacarpiens de la main droite, avait réduit en plusieurs fragments la moitié carpienne du premier de ces os, fracturé avec éclatement et écrasemens multipliés le grand os, le trapézoïde, une portion du trapèze, et s'était aplatie en s'y incrustant sur la première rangée du carpe. Dix-huit fragments osseux furent extraits avant de pouvoir ébranler et amener au dehors le projectile; je sciai le troisième métacarpien à deux travers de doigt de sa tête et je tentai de conserver ainsi la totalité de la main, malgré la dénudation et l'attrition des tendons extenseurs des doigts médius et annulaire et la perte de la moitié d'un métacarpien et de plusieurs os du carpe.

Le malade chloroformisé se réveilla fort satisfait d'une opération dont la durée avait été de plus d'une heure sans qu'il en eût conservé le moindre souvenir. M. L... fut traité par les irrigations froides, et il n'éprouva jusqu'au huitième jour aucun accident. Ce jour-là nous fûmes appelé à remédier à une hémorrhagie artérielle qui donnait une grande quantité de sang par l'unique plaie dorsale de la main pratiquée pour procéder à l'extraction des esquilles et de la balle.

On avait inutilement employé le tamponnement et la compression des artères radiale et cubitale, et on avait été obligé de placer un tourniquet sur l'artère humérale. Il me parut téméraire d'aller à la recherche du vaisseau lésé; c'était s'exposer à produire de très-graves désordres et à provoquer de nouvelles hémorrhagies. Le succès était en outre rendu fort incertain par la profondeur et l'étroitesse de la plaie. Lier les artères radiale et cubitale n'était pas un moyen sûr d'arrêter l'hémorrhagie, comme je l'ai démontré par une observation déjà publiée d'un malade auquel je dus lier l'artère brachiale (1). Cette opération, dont les chances me paraissent plus favorables encore depuis la méthode que j'ai adoptée, n'est cependant pas exempte de dangers. Je songeai alors à l'eau hémostatique que j'avais en ma possession, et je crus l'occasion propice d'y avoir recours. J'en imbibai un fragment d'éponge que j'introduisis dans la plaie, et je répétai à trois reprises la même manœuvre. Chaque fois le sang retiré avec l'éponge était plus noir, plus épais et moins abondant; l'éponge était elle-même plus sèche et moins élastique; et à la troisième application, l'hémorrhagie parut arrêtée. Je laissai l'éponge dans la plaie pendant deux jours, et à partir de ce moment la cure se continua sans accidents; aucune hémorrhagie ne reparut, et après l'extraction au bout de quatre mois d'un petit fragment nécrosé de la surface sciée du métacarpien, la plaie dorsale de la main se rétrécit et se ferma, les mouvements de l'articulation radio-carpienne et des doigts commencèrent à se rétablir, et le malade eut la certitude de pouvoir reprendre son service et de continuer sa carrière militaire.

Ce fait, malgré la remarquable cessation de l'hémorrhagie, me frappa peu. J'avais comprimé heureusement un vaisseau ouvert, et j'accordais une très-faible part dans ce résultat à la vertu hémostatique de l'eau de Pagliari.

Vingt fois j'avais obtenu de pareils succès, et j'étais beaucoup plus disposé à croire à l'efficacité de la présence de l'éponge qu'à celle de la liqueur dont je l'avais imbibée. Il y avait là cependant une coïncidence que je me promis d'examiner.

OBS. II et III. — Baur (Nicolas), premier hussard au 4e régiment, me fut adressé par le chirurgien de ce corps pour une énorme tumeur encéphaloïde occupant le maxillaire supérieur droit et faisant saillie dans les cavités buccale, orbitaire, nasale, et les fosses zygomatique et temporo-maxillaire.

Le malade, âgé de 40 ans, était d'un caractère énergique et d'une constitution assez robuste. L'opération fut faite le 13 mars 1851, en ma présence, par mon chirurgien-major M. le docteur Bertherand, d'après le procédé de M. Gensoul. Les os maxillaire supérieur, malaire, unguis et palatin furent enlevés; et le malade rendu complétement insensible pendant plus d'une heure par l'action du chloroforme ne revint à lui qu'après l'application des sutures et du pansement.

Aucun accident ne survint pendant les douze premiers jours ; mais le 25 mars, une hémorrhagie se déclara pendant la nuit, et je fus appelé à la combattre après d'inutiles tentatives faites par M. le chirurgien de garde pour s'en rendre maître. Le sang coulait abondamment par la bouche et la remplissait de caillots. Le malade était très-faible, avait de fréquentes défaillances, et je crus un moment qu'il venait d'expirer entre mes bras. J'avais porté immédiatement le doigt au fond de la plaie, sur le tronc de l'artère palatine supérieure. L'hémorrhagie s'arrêta, mais le sang recommençait à couler dès que je retirais le doigt. Fallait-il me décider à lier l'artère carotide primitive ou la carotide externe, ce qui m'eût paru plus favorable? fallait-il porter un fer rouge dans l'arrière-bouche et m'exposer à augmenter encore les accidents, si je ne tombais pas juste sur le vaisseau? Je me souvins en cette perplexité de mon eau hémostatique; je l'envoyai chercher et j'en imbibai un morceau d'éponge dont je me servis pour exercer la compression. Je changeai l'éponge deux fois de suite pour porter une plus grande quantité de la liqueur sur le point d'où venait le sang, et je chargeai deux aides de soutenir l'éponge en se succédant. L'hémorrhagie fut rapidement arrêtée. Le malade reprenait peu à peu des forces et de l'espoir, lorsque, douze jours plus tard, c'est-à-dire vingt-quatre jours après l'opération, le même accident se renouvela. Cette fois le chirurgien de garde était prévenu et fit immédiatement usage de l'eau hémostatique laissée à sa disposition. Le sang cessa de couler et ne reparut plus. La guérison s'accomplit dès lors sans aucune complication, et le malade, très-heureusement guéri, quitta l'hôpital dans le mois de mai pour retourner à son corps et y continuer son service.

L'heureuse cessation de ces deux hémorrhagies se renouvelant à douze

(1) DE LA SECTION DES ARTÈRES DANS L'INTERVALLE DE DEUX LIGATURES, COMME MÉTHODE GÉNÉRALE DE TRAITEMENT DES HÉMORRHAGIES ET DES ANÉVRISMES. In-8°. Paris, 1850. Chez Baillière.

raient prononcées contre quiconque se permettrait un acte consciencieux et honorable... Mais il faudrait plus de temps qu'il ne nous en reste pour développer un plan de cette importance ; et puis, prenons garde,

La dame blanche nous regarde,
La dame blanche nous entend !

A. DECHAMBRE.

— Par décret du président de la République, en date du 16 juillet, M. Delioux de Savignac, médecin professeur de la marine, a été nommé au grade de second-médecin en chef à Cherbourg, en remplacement de M. Blache, mis, hors cadre, à la disposition du ministre de l'agriculture et du commerce.

— Par décret du 11 juin 1851, sont nommés :

Chirurgiens de première classe : MM. Perrin, Chassaniol, Petitet, Chabassu ;

De deuxième classe : MM. Ramonet, Couffon et Castel ;

De troisième classe : MM. Herland, Courbon, Marion, Poste, Bonde, Guyonnet Duperat et Ducret.

Pharmaciens de première classe : MM. Hellet et Vincent ;

De deuxième classe : MM. Carpentin et Duvan ;

De troisième classe : MM. Chaze et Grandy.

— Un nouvel hôpital, *city of London hospital for diseases of the Chest*, et qui sera exclusivement consacré au traitement des maladies de poitrine, va bientôt surgir à Londres. La première pierre en a été posée le 25 du mois dernier par le prince Albert. Il coûtera 160,000 fr. et devra être terminé en douze mois. Le nombre des lits sera de quatre-vingts ; pourtant, si les fonds le permettent, il n'y aura qu'à élever deux ailes secondaires pour porter ce nombre à deux cents. Il est question d'annexer à cet hôpital une espèce de petit palais de cristal dans lequel une température habilement ménagée pour toutes les saisons, la culture des plantes les plus propres à dégager une grande quantité d'oxygène, permettront aux malades de prendre de l'exercice et d'aspirer de puissantes colonnes de fluide vivifiant.

— NATURALISATION DU QUINQUINA. — Un journal annonce que les pères jésuites de la mission de Cuzco, au Pérou, viennent d'envoyer à la colonie agricole que dirigent les jésuites en Algérie un certain nombre de plants de l'arbre du quinquina.

Ce qui rend encore problémotique la naturalisation de cet arbre précieux, même sur les versants de l'Atlas et à une hauteur comparable à celle qu'il occupe sur les plateaux des Andes, élevés de 1,200 à 3,270 mètres au-dessus du niveau de la mer, c'est que cet arbre paraît avoir une prédilection particulière pour la région des Andes, dont il suit la direction sans beaucoup s'en écarter, et qu'on ne le retrouve plus dans d'autres points de l'Amérique intertropicale.

jours d'intervalle et menaçant de la manière la plus grave la vie du malade, nous parut un très-beau succès, mais ne nous convainquit pas encore de l'efficacité de l'eau Pagliari. La compression soutenue et bien faite de l'artère lésée expliquait naturellement ce résultat, auquel la liqueur hémostatique pouvait n'avoir nullement contribué.

Notre curiosité restait à peine éveillée, mais nous étions disposé cependant à recourir au même moyen dès que l'indication s'en offrirait.

Voici comment nos doutes cessèrent devant une démonstration dont l'évidence nous parut complète.

Obs. IV. — Un jeune comte allemand, M. de M...., était venu à Strasbourg se faire opérer de la staphyloraphie. Le voile du palais était congénitalement divisé jusqu'aux os palatins, mais ne manquait ni d'ampleur ni d'épaisseur.

L'opération s'offrait dans des conditions si favorables que je voulus suivre les conseils de M. Roux, et voir si je réussirais aussi bien par son procédé que par le mien. Je l'essayai et j'échouai. Je dus donc revenir à l'application des règles que j'ai établies, et le 6 mai, je divisai de part en part les muscles élévateurs et abducteurs du voile pour en annihiler les contractions, qui étaient très-énergiques. L'incision gauche donna un écoulement de sang assez abondant qui cessa spontanément au bout de quelques minutes, comme dans mes opérations précédentes; mais l'incision droite amena une véritable hémorrhagie, que le grand air, des gargarismes froids et la compression par un petit morceau d'éponge ne parvinrent pas à suspendre. J'aurais pu sans doute tamponner la plaie avec un double fil passé au travers et soutenant en avant et en arrière un bourdonnet de charpie, comme dans le tamponnement des fosses nasales, ou la comprimer entre les mors convenablement garnis d'une pince angulaire; mais je préférai recourir auparavant à l'emploi de l'eau hémostatique, et en ayant imbibé un morceau d'éponge, je le portai, au moyen de l'extrémité d'une pince à pansement sur l'ouverture antérieure de la plaie, qui seule donnait du sang.

Je vis alors distinctement ce liquide se concréter au devant de l'incision. De nouvelles applications de la liqueur achevèrent la formation d'un caillot résistant dont j'enlevai par frottement la partie saillante, de manière à rétablir la régularité de la surface du voile, où l'on apercevait les bords longitudinaux et écartés de l'incision remplis par un coagulum noirâtre parfaitement sec.

Ce fait fut également constaté par M. le docteur Wieger, agrégé de la Faculté, MM. Bruch, Lauth, internes de l'hôpital, et M. Elser, qui m'assistaient dans cette opération.

Le malade resta quelques minutes dans cet état, mais ayant eu une quinte de toux assez violente, le caillot se détacha. L'hémorrhagie fut de nouveau combattue et cette fois définitivement arrêtée de la même manière, et comme l'éponge, imbibée d'eau hémostatique, adhérait rapidement à la plaie par la coagulation du sang, j'en taillai une petite pareille, mince et allongée, et je la laissai fixée sur la plaie.

Le lendemain seulement j'enlevai l'éponge, dont la présence n'avait nullement incommodé le malade, et la guérison se fit en un jour et sans aucun accident.

Aujourd'hui 20 juin 1851, M. de M... parle très-distinctement et exprime, avec la plus grande netteté et sans aucun nasonnement les mots français et allemands les plus difficiles que l'on prononce devant lui en l'exerçant à les répéter.

Les effets hémostatiques de l'eau de M. Pagliari ne pouvaient, dans ce cas, me laisser aucun doute. J'avais vu le sang se coaguler et former un caillot dur et adhérent aux bords de la plaie, l'hémorrhagie se suspendre et s'arrêter au fur et à mesure que le contact de la liqueur amenait de nouveaux dépôts fibrineux; ma conviction était faite, parce qu'il m'était impossible d'attribuer à aucune autre cause qu'à la liqueur employée ces remarquables résultats. Les parties voisines de la solution de continuité n'avaient pas changé de couleur et n'avaient offert aucune modification appréciable.

Le malade n'avait ressenti aucune saveur pénible ni éprouvé aucune sensation d'astriction. La cicatrisation se fit parfaitement et le succès fut complet. J'examinai plusieurs fois mes doigts pour savoir si le contact de cette eau avait froncé ou crispé l'épiderme, coloré les ongles, etc., mais je n'y aperçus aucun changement. La seule particularité digne d'attention fut l'état de retrait et de durcissement des éponges, qui perdaient leur mollesse et leur élasticité.

Mon incrédulité à l'efficacité des eaux hémostatiques avait cessé, et j'étais vivement frappé des grands avantages d'une pareille découverte.

J'en parlai à ma clinique et je saisis la première occasion qui se présenta de rendre mes élèves et plusieurs de mes confrères témoins des mêmes faits.

Obs. V. — Un jeune homme de 21 ans, Lublong (Laurent), employé dans une fabrique de papeterie, eut les trois premiers doigts de la main droite pris et écrasés sous une machine destinée à hacher des chiffons. La deuxième phalange du pouce, les deux dernières phalanges de l'indicateur, les trois phalanges du médius avaient été broyées et en partie enlevées.

Je pratiquai, le 13 mai, l'amputation du troisième métacarpien, en présence des élèves de la clinique et de MM. les docteurs Weiger et Michel, agrégés de la Faculté, Thinus, chirurgien-major du 12e d'artillerie, Bolu, Lenoir et Fourquet, médecin et chirurgiens de l'hôpital militaire, Koula, médecin à Strasbourg, G. Gros, médecin établi à Moscou, etc., etc.

Le sang s'écoula en grande abondance et avec force par les deux branches collatérales de l'arcade palmaire superficielle, et par quelques ramuscules de l'artère palmaire (radiale) développés par l'état traumatique préexistant.

Je plaçai dans la plaie une éponge imbibée de l'eau hémostatique de Pagliari, je l'y exprimai, ainsi qu'une seconde et une troisième, que j'y maintins quelques moments. Je l'enlevai alors, et l'on constata la cessation complète de tout écoulement de sang. Toutefois, par précaution, je remis l'éponge sur la plaie, sans aucun appareil de contention. L'hémorrhagie ne reparut pas. Le lendemain j'enlevai l'éponge, et le malade a guéri parfaitement et sans accidents.

Obs. VI. — Je fis de nouveau usage, quelques jours plus tard, de la même eau hémostatique dans une circonstance assez importante où l'on apprécia clairement l'efficacité de ce moyen.

Je venais de pratiquer, le 22 mai, la resection de la totalité du corps de la mâchoire inférieure sur le nommé Ponchelin (Pierre), cultivateur, âgé de 41 ans, que m'avait adressé M. le docteur Colette, médecin principal et co chef de l'hôpital militaire de Belfort.

MM. les docteurs Moreau, Bolu, Thinus, Castagno, Lenoir, Fourquet, Michel, Kaula, Gros, Hugueny et les élèves de la clinique assistaient à cette opération, rendue nécessaire par un cancroïde datant de dix-sept ans, avec destruction de la lèvre inférieure, d'une portion des téguments des joues et du cou, induration du plancher de la bouche et altération profonde avec perte de substance du corps du maxillaire.

La resection fut pratiquée facilement, par suite des avantages du procédé dont je fais usage et qui consiste à diviser l'os sur la ligne médiane, afin d'en pouvoir écarter les deux moitiés; je soutins l'os hyoïde avec un crochet érigne assujetti à un cercle d'acier représentant le contour de la mâchoire, et maintenu par un appareil très-habilement construit par M. Elser.

Nous n'avions pas ainsi à redouter la suffocation par retrait de la base de la langue et de l'appareil hyoïdien, tirés vers la colonne vertébrale par les muscles stylo-glosse, stylo-hyoïdien, digastrique et glosso-pharyngien. Notre malade n'eut aucune menace de suffocation; grâce à cette précaution, et aussi à celle de faire pencher la tête en avant, moyen très-simple et assez efficace pour remplacer la plupart du temps les divers procédés de traction de la langue.

Les principales artères qui avaient fourni du sang, et particulièrement les faciales, avaient été liées. Nous avions cessé l'emploi du chloroforme, qui avait procuré une insensibilité complète pendant plus d'une heure qu'avait duré l'opération. L'appareil était appliqué lorsque nous nous exagérâmes un peu, je crois, le danger de laisser dans la plaie la glande sous-maxillaire gauche, qui était parfaitement saine. Nous pensâmes que la perte de la salive en serait augmentée sans compensation, et que ce serait peut-être un obstacle de plus à la cicatrisation.

Je saisis donc cette glande, qui offrait le volume d'une petite noix, et je l'enlevai, avec des ciseaux fins et acérés, au milieu des parties environnantes, en divisant de nouveau l'artère faciale, qui y était accolée par du tissu cellulaire interlobulaire très-dense, dont il m'aurait été impossible de la séparer. J'eus immédiatement un écoulement de sang très-abondant, et malgré des tentatives plusieurs fois répétées, je ne parvins pas à saisir le vaisseau et à en pratiquer la ligature. Une éponge, engagée dans la plaie, était à l'instant traversée par le sang, et j'entrevoyais la dure nécessité de retirer les sutures pour découvrir enfin l'artère lésée. En cette occurrence et avant de prendre ce dernier parti, j'envoyai chercher mon eau hémostatique; j'en remplis la plaie en y exprimant une éponge. A la troisième fois l'hémorrhagie était arrêtée et les surfaces traumatiques parfaitement sèches. Le malade fut alors porté à son lit, et aucun écoulement de sang ne reparut depuis ce moment.

Je signalerai seulement, à propos de cette opération, une lacune qui me paraît exister dans tous les ouvrages de médecine opératoire où l'on traite de la resection de la totalité du corps de la mâchoire.

On ne fait aucune mention particulière de la manière dont l'os doit être coupé, et les opérateurs scient l'os perpendiculairement à son contour horizontal.

Ce procédé est bon sans doute lorsqu'il reste une portion de l'arcade dentaire, dont l'opposition à l'arcade dentaire supérieure borne les mouvements d'élévation du corps de l'os.

Lorsque toute la partie horizontale du maxillaire inférieur a été reséquée, les conditions des rapports osseux sont très-différentes. La branche verticale de la mâchoire n'étant plus arrêtée, dans son mouvement d'élévation, par aucune puissance, bascule en avant sur la fossette glénoïde du temporal, s'écarte en dehors et vient s'arc-bouter contre la joue, sur le point où la muqueuse se réfléchit de cette partie sur les gencives de l'arcade dentaire supérieure. Si le corps du maxillaire a été coupé à angle droit, l'angle aigu de l'os, tiré en haut par toute la force des muscles masséter, pterygoïdien interne et temporal, ulcère la joue, s'y enfonce, nécrose le maxillaire supérieur au point de contact, et cause au malade d'insupportables douleurs.

Tel fut l'accident dont nous fûmes témoin chez notre opéré. Nous l'entendîmes continuellement se plaindre d'une vive souffrance qu'il rapportait à la région des sinus maxillaires et aux dents. Sans cette douleur, disait-il, il se porterait très-bien. Nous n'en découvrîmes pas d'abord la cause; mais à force de réflexions et en examinant les parties, nous finîmes par nous convaincre de l'action vulnérante de la portion conservée et saillante de l'os reséqué.

Je m'occupai alors le 31 mai, avec l'aide de mes confrères MM. Michel et Weiger, de MM. Bruch, Lauth, élèves de l'hôpital, et de M. Elser, d'achever l'ablation de toute la partie de la mâchoire dépassant les bords des muscles masséter et pterygoïdien interne.

Je me servis des plus puissants ostéotomes, dont l'un m'éclata entre les mains, tant était grande la force nécessaire à la section de la lame externe de l'os. Nous réussîmes enfin, après beaucoup de peines et d'efforts, et dès ce moment les dou-

leurs du malade cessèrent. Un peu plus tard cependant, le 14 juin, nous dûmes revenir à une nouvelle resection. L'os, toujours porté en avant par le tendon du temporal, s'était de nouveau découvert entre les muscles masseter et ptérygoïdien, et faisait cruellement souffrir le malade. La pression en était si forte que mon doigt, placé entre la portion restante de la mâchoire et le maxillaire supérieur, en était comprimé très-douloureusement. Cette fois la resection porta sur une plus grande étendue de l'os, et le malade fut encore immédiatement soulagé. Nous nous sommes demandé s'il ne conviendrait pas mieux, en pareille occurrence, d'amputer la totalité de la mâchoire ou de diviser les insertions du muscle temporal.

Obs. VII et VIII. — Ferget (Jacques), 51 ans, tonnelier, vint à la clinique de Strasbourg se faire opérer pour la cinquième fois d'une tumeur mélanique de l'orbite gauche. Le début de l'affection datait, d'après le malade, de huit années, et la première opération avait été pratiquée deux ans plus tard. Dans cette période des six dernières années, Ferget avait joui de cinq ans de santé et avait été souffrant pendant une année environ, pendant les périodes de récidive et de guérison des cinq opérations subies.

Les bénéfices de l'intervention chirurgicale avaient été, comme on le voit, évidents. Les tumeurs mélaniques occupaient particulièrement le côté externe de l'orbite, et semblaient naître en partie de la sclérotique. Les paupières étaient soulevées et envahies par leur bord libre, sans que la peau fût très-altérée. La vue était mécaniquement gênée, et le globe oculaire était complétement caché par plusieurs tumeurs bosselées, de forme arrondie, d'un diamètre de 2 à 3 centimètres, faisant saillie sous la peau amincie des paupières et dans l'intervalle de leur bord libre, et l'une d'elles, parfaitement globuleuse et comme pédiculée, était ulcérée. La vision, après l'ablation des tumeurs, était restée parfaite.

La rapidité des récidives n'avait pas été régulièrement progressive. La guérison avait duré un an après la première opération, faite par M. le docteur Helt, deux ans après la seconde, un an après la quatrième, pratiquées par moi, quatre mois seulement après la cinquième.

Dans tous ces cas, les masses mélaniques n'avaient pas dépassé la région orbitaire; mais cette fois on constatait la présence de deux autres tumeurs arrondies, mobiles, assez volumineuses, l'une au-dessous de l'arcade zygomatique, un peu en avant de l'oreille; l'autre en dedans et au-dessous de l'angle gauche du maxillaire inférieur. Ces tumeurs avaient la consistance, la forme et la mobilité sous-aponévrotiques des ganglions lymphatiques engorgés.

Je crus convenable de tenter une fois encore la dissection profonde des masses mélaniques intra-orbitaires, en ménageant le globe de l'œil, dont le sacrifice me parut devoir être renvoyé à l'époque plus éloignée d'une récidive à peu près inévitable, et pour rendre la guérison plus durable, je me décidai à enlever également les ganglions altérés. Après avoir chloroformisé le malade, je mis à nu par une incision longitudinale le ganglion sous-zygomatique, qui nous parut complétement converti en une matière mélanique, molle et friable. La dissection entre les globules de la glande parotide fut délicate, et quelques branches de l'artère temporale donnèrent du sang en assez grande quantité.

Je procédai de la même manière à l'excision du ganglion sous-maxillaire, que je trouvai également transformé en mélanose pure, et j'eus à combattre une hémorrhagie veineuse.

La compression momentanée des plaies avec des éponges n'arrêta pas l'écoulement du sang, et l'occasion me parut favorable d'expérimenter une liqueur hémostatique composée par un de nos plus habiles pharmaciens avec quelques-unes des substances révélées par l'analyse dans l'eau Pagliari. Cette liqueur resta sans action sur les deux plaies; les éponges qui en avaient été imbibées étaient traversées par le sang, dont la coloration ni la consistance ne parurent nullement changées. Nous eûmes alors recours aux dernières gouttes du flacon de M. Pagliari, et l'hémorrhagie des deux plaies s'arrêta avec une remarquable facilité, en présence des élèves de la clinique et de mes confrères MM. Michel, Bollu, Fourquet, Lenoir, Moreau, Thinus, etc., etc.

Le reste de l'opération s'acheva sans accidents. La commissure palpébrale externe, transversalement divisée, permit de renverser les paupières sur le front et sur la joue, après en avoir détaché les parties altérées. La tumeur, poursuivie profondément dans les graisses de l'orbite, nécessita l'ablation d'une portion du périoste, la dénudation des faces inférieure et externe du globe oculaire et l'excision d'une grande étendue de la conjonctive. Les diverses portions du tissu morbide ainsi séparées, offraient, en les réunissant, le volume du poing. Quelques sutures régularisèrent les plaies palpébrales. J'enlevai les éponges dont nous nous étions servis contre les hémorrhagies, et le sang ne reparut pas. L'opération avait duré plus d'une heure, et l'on avait consommé plus de 140 grammes de chloroforme.

L'efficacité de l'eau Pagliari fut ici d'autant plus manifeste qu'une expérience comparative avait été tentée avec une liqueur dont on supposait la composition analogue, et dont les effets restèrent absolument nuls.

Les observations précédentes présentent *huit* exemples d'hémorrhagies arrêtées sûrement et d'une manière définitive par l'eau hémostatique de M. Pagliari. Cette remarquable continuité de succès dans des conditions variées d'hémorrhagies, primitives et consécutives, artérielles et veineuses; l'attention scrupuleuse avec laquelle ces faits furent constatés par des confrères éclairés et de nombreux spectateurs, nous paraissent être des garanties de certitude propres à lever tous les doutes sur la réalité des résultats.

Les vaisseaux dont nous avons arrêté l'hémorrhagie étaient d'un assez petit diamètre, et il serait curieux de savoir si les artères de l'avant-bras et de la jambe, du bras ou de la cuisse, pourraient être fermées de la même manière par un caillot oblitérateur.

Je crois le fait peu probable pour les principales artères du corps; mais je suis cependant disposé à en tenter l'expérience avec toutes les précautions recommandées par la sûreté des malades.

Dans les amputations de la jambe, les vaisseaux sont profondément rétractés et difficiles à saisir; souvent même à la cuisse des veines volumineuses donnent du sang: ce serait le cas d'appliquer l'eau hémostatique.

Des ligatures seraient préparées et pratiquées en cas d'insuccès.

Notre honorable collègue M. le docteur Lacauchie, chirurgien en chef de l'armée d'Italie, a eu la bonté de me mettre en rapport avec M. Pagliari pour l'expédition d'une certaine quantité de sa liqueur. Malheureusement le vase qui la contenait a été brisé; mais j'en attends un nouvel envoi.

Dès aujourd'hui toutefois, la question principale, celle de l'efficacité d'une liqueur hémostatique, me paraît tranchée.

Nous nous proposons d'étudier actuellement:

1° Les propriétés comparatives des nombreux liquides hémostatiques déjà proposés;

2° La composition de ces liqueurs;

3° Les cas dans lesquels on peut y avoir recours.

Ce sera l'objet d'une seconde note, que j'aurai l'honneur d'adresser à l'Académie.

CORRESPONDANCE MÉDICALE.

OBSERVATION D'ANÉVRISME FAUX CONSÉCUTIF DE L'ARTÈRE CUBITALE A LA PARTIE INFÉRIEURE DU BRAS GAUCHE; TUMEUR DU VOLUME D'UN ŒUF APLATI; ÉLECTRO-PUNCTURE; GUÉRISON; SUIVIE DU RÉSUMÉ DES CAS D'ANÉVRISMES TRAITÉS PAR LA GALVANO-PUNCTURE; par M. AMUSSAT.

J'ai eu l'honneur de présenter dernièrement à l'Académie de médecine la personne qui fait le sujet de l'observation suivante.

Obs. — Le 22 septembre 1847, M. C..., âgé de 35 ans, boucher à Melun, se fit une blessure à la partie inférieure du bras gauche avec la lame d'un fort canif, en voulant couper une corde qui liait les pattes d'un veau. Aussitôt un jet de sang s'élance au loin, indiquant qu'une artère a été ouverte. On se hâte de poser sur la plaie un appareil que l'on soutient par une forte compression. L'hémorrhagie s'arrête, la petite plaie se cicatrise; mais au bout de huit jours on constate, dans le lieu de la blessure, une tumeur élastique offrant des battements isochrones à ceux du cœur. Dix-sept jours après l'accident, le malade m'est adressé par mon honorable confrère et ami le docteur Bancel, médecin à Melun. Le bras et la main gauches sont le siége d'un gonflement considérable. Les mouvements des doigts sont difficiles et les douleurs que le malade éprouve dans ces parties sont tellement vives qu'elles le privent de sommeil. Il existe à la partie inférieure et interne de l'avant-bras une cicatrice linéaire, oblique, de l'étendue d'un centimètre environ, placée au centre d'une tumeur du volume d'un œuf aplati, dure dans quelques points, élastique dans d'autres et offrant des pulsations isochrones à celles du pouls. On entend aussi dans cette tumeur une sorte de bruit de râpe assez fort. Les battements et le bruit cessent lorsque l'on comprime fortement l'artère brachiale.

Il ne reste donc aucun doute sur le diagnostic; il s'agit bien en effet, ainsi que l'avait pensé M. Bancel, d'un anévrisme faux consécutif, et ce diagnostic est porté aussi par MM. Foullioy, Troussel, L. Boyer, etc., qui examinent le malade.

Si, il y a quelques années, un cas pareil se fût offert à mon observation, je n'aurais pas hésité à pratiquer la ligature de l'artère. Mais après avoir lu les travaux récents et les observations de M. Pétrequin, relatifs au traitement des anévrismes par l'électro-puncture, je pensai que cette méthode qui consacre d'ailleurs le principe que j'ai émis qu'il faut autant que possible chercher à éviter les opérations sanglantes; je pensai, dis-je, et mon avis dans ce sens fut partagé par les honorables confrères que je viens de nommer, que l'électro-poncture pouvait être pratiquée.

Le 13 octobre 1847, je fais une première application de ce moyen. Deux aiguilles fines en platine, recouvertes dans leur partie qui devait être en contact avec la peau d'une couche légère de gomme laque, sont introduites dans la tumeur. Pendant cinq minutes, les conducteurs métalliques d'une pile à auges de trente couples sont mis en contact avec les aiguilles; on arrive graduellement jusqu'à douze couples. Après cinq autres minutes, ce qui fait dix en tout, on retire les aiguilles parce que le malade souffre assez fortement.

On applique ensuite sur la tumeur des compresses imbibées d'extrait de saturne, et on les maintient par une bande circulaire. Aucun accident ne survient.

Le 16 octobre, *trois jours après*, la tumeur offre encore des battements

dans une étendue que pourrait couvrir une pièce de 5 francs. Elle présente à son centre un point plus saillant et de couleur rougeâtre; le bruit de rape existe, mais il est moins fort. L'avant-bras et la main sont moins tuméfiés, les mouvements des doigts sont plus libres et les douleurs ont déjà beaucoup diminué.

Après cet examen, nous appliquons de nouveau l'électro-puncture, et cette fois nous plaçons quatre aiguilles dans la tumeur. Cette séance, assez douloureuse comme la première, dure seize minutes et nous allons jusqu'à dix-sept couples.

Même pansement qu'après la première séance.

Quatre jours après, nous constatons que la tumeur est plus circonscrite et plus dure. On n'y perçoit aucun battement, ni aucun bruit. Dans le point où existait la tumeur, on remarque une coloration brune. L'avant-bras est moins gonflé, ainsi que la main.

Enfin de jour en jour pour ainsi dire la tumeur a diminué de volume, n'a plus offert de battements et les mouvements du membre sont redevenus aussi libres qu'avant l'accident.

Depuis cette époque, la guérison s'est maintenue, comme on peut le voir sur le jeune homme que j'ai l'honneur de presenter à l'Académie.

C'est donc un fait de plus en faveur de l'électro-puncture appliquée à la cure des anévrismes. Je regrette qu'il ne m'ait pas été possible de le présenter plus tôt à l'Académie. Toutefois le temps qui s'est écoulé augmente encore l'intérêt qui s'y rattache, puisqu'on voit que depuis près de quatre ans le résultat est resté aussi satisfaisant que possible.

En comparant ce fait et les faits analogues avec les observations connues d'anévrismes traités par la ligature des artères, je n'hésite pas à dire que si j'avais un anévrisme je donnerais la préférence à l'électro-puncture, mais avec beaucoup de précautions pour les grosses artères.

RÉSUMÉ DES CAS D'ANÉVRISME TRAITÉS PAR LA GALVANO-PUNCTURE.

Disons d'abord que l'idée de guérir les anévrismes externes par la galvano-puncture a été émise, il y a déjà longtemps, par M. Pravaz (de Lyon), ainsi que le témoigne un article du DICTIONNAIRE DE MÉDECINE publié en 1834 par MM. Marjolin et Bérard. « On a imaginé, disent ces auteurs, de » provoquer la coagulation du sang dans le sac à l'aide de l'électricité, qui » y serait transmise par des aiguilles plongées dans la tumeur. Cette idée, » qui est due à M. Pravaz, n'a point encore, à notre connaissance, été mise » en exécution. »

En effet, il faut arriver jusqu'en 1838 pour trouver un fait d'anévrisme traité par la galvano-puncture. Ce fait, qui appartient à M. Liston (de Londres), a été publié d'abord dans THE LANCET, puis dans la GAZETTE MÉDICALE DE PARIS du 22 septembre 1838. Après M. Liston, on indique M. Philipps, autre chirurgien anglais, comme s'étant occupé du même sujet sans plus de succès.

Enfin cette idée fut reprise par M. Pétrequin (de Lyon), qui communiqua à l'Académie des sciences, vers la fin de 1845, plusieurs observations d'anévrismes traités ou guéris par la galvano-puncture.

Depuis cette époque, d'autres chirurgiens, MM. Ciniselli (de Crémone), Hamilton (de Dublin), Restelli (de Milan), un chirurgien de Gênes dont le nom n'est pas indiqué, MM. Debout, Guérineau et nous-même avons appliqué la galvano-puncture au traitement d'anévrismes externes des différentes régions.

Voici un résumé de chacune des observations qui ont été publiées.

OBS. I. — Anévrisme de l'artère sous-clavière droite chez un jeune homme âgé de 23 ans, application de la galvano-puncture. La tumeur se gangrène par l'action trop forte du courant galvanique. On pratique la ligature des artères sous-clavière et carotide à leur origine. Le malade guérit (LISTON, THE LANCET.; GAZETTE MÉDICALE, 22 septembre 1838.)

OBS. II — Anévrisme de l'artère ophthalmique et de l'origine de ses branches, avec exophthalmie. D'abord ligature de l'artère carotide primitive. Apparence momentanée de succès. Les battements reparurent dès la deuxième semaine. Application de l'électro-puncture. *Aucun résultat;* par M. Pétrequin. (ENCYCLOG., BELGE, décembre 1845.)

OBS. III. — Anévrisme traumatique de l'artère temporale; guérison en une séance par la galvano-puncture; par M. Pétrequin (de Lyon). (ENCYCLOG. BELGE, décembre 1845.)

OBS. IV. — Anévrisme du pli du coude, suite de saignée; galvano-puncture. Première application. Le malade, indocile et pusillanime, se refuse obstinément à une deuxième séance galvanique, qui eût peut être réussi; par M. Pétrequin (de Lyon.) (ENCYCLOG. BELGE, décembre 1845.)

OBS. V. — Anévrisme volumineux du pli du coude, consécutif à une saignée; galvano-puncture; guérison en une séance; par M. Pétrequin. (ANNALES DE THÉRAPEUTIQUE, août 1846.)

OBS. VI. — Anévrisme poplité: galvano-puncture; guérison; par M. Ciniselli (de Crémone.) (ENCYCLOG. BELGE, février 1846.)

OBS. VII. — Anévrisme de l'artère carotide, traité par le galvanisme; coagulation du sang dans la tumeur; mort; par M. Hamilton, chirurgien de l'hôpital de Richmond.

Le 15 mai 1846 application du galvanisme à la tumeur. Deux aiguilles en or, comme plus favorables à la coagulation du sang que les aiguilles d'acier, recouvertes jusqu'à leur pointe d'une couche de vernis à la résine laque; pile de Smee; douze couples zinc et argent. Au bout de 15 minutes, les battements s'affaiblissent notablement. La tumeur devint plus ferme et plus grosse. Vive douleur, comparable à celle que produirait un chien qui serrerait le cou dans sa gueule. A 25 minutes, on cesse le galvanisme.

Le lendemain et le surlendemain, la tumeur parait avoir un volume trois ou quatre fois plus fort qu'avant la galvanisation.

M. Adam et sir S. Crampton décident qu'il ne faut pas insister sur le galvanisme. Mort trois semaines après la galvanisation. (ENCYCLOG. BELGE, nov. 1846, p. 265; extrait du DUBLIN QUARTERLY JOURNAL OF MED. SCIENCE.)

OBS. VIII — Homme ayant un anévrisme volumineux du cou; a été reçu à l'hôpital de Pommatone, à Gênes, le 24 septembre dernier. On l'a présenté au congrès, qui a décidé que la galvano-puncture pouvait et devait être essayée. Le docteur Ciniselli a été désigné pour cette application. Six aiguilles ont été implantées; deux piles de Wollaston ont été mises en usage, de dix couples chaque. Augmentation du volume de la tumeur les jours suivants. Six évacuations sanguines sont faites. Suffocation; mort. (ANNALES DE THÉRAPEUTIQUE, janvier 1847.)

OBS. IX. — Anévrisme du pli du coude, guéri par la galvano-puncture; par M. Restelli.

Homme âgé de 41 ans. Tumeur anévrismale au pli du coude du côté droit, du volume d'une noix. Opération, le 28 octobre 1846, par la galvano-puncture. Pile de Bunsen. Après vingt minutes, la tumeur était devenue ferme; ni le doigt ni l'oreille n'y distinguaient aucune pulsation. Les pulsations étaient également suspendues dans les artères radiale et cubitale; mais l'artère humérale battait encore.

Un mois après, il ne reste plus à la place de l'anévrisme qu'une tumeur du volume d'une très-petite aveline, dure et sans la moindre pulsation. La circulation s'est rétablie dans les artères radiale et cubitale. (ENCYCLOG. BELGE, sept. 1847, t. CLXXXI, p. 269; extr. di GAZETTA MEDICA DI MILANO.)

OBS. X. — Anévrisme du pli du coude, suite de saignée, le 22 novembre 1846. Tumeur du volume d'un œuf de pigeon, qui est le siége du frémissement cataire à l'oreille, du bruit de râpe et des souffles les plus bruyants. Pendant quinze jours, compression. Aucun résultat.

Le 21 janvier 1847, deux aiguilles en platine sont implantées dans la tumeur. Compression de l'artère humérale, puis application de l'électricité avec une pile de quarante-quatre couples. Douleurs vives. On cesse à onze minutes, après cinquante ou soixante secousses.

Le 27, on enlève l'appareil compressif, qui avait été appliqué après la galvano-puncture. A la place de la tumeur molle, on trouve une tumeur solide, un noyau dur, qui ne présente plus au toucher comme à l'oreille que des battements faibles et éloignés.

Le 23 février, la tumeur est beaucoup plus dure; son volume est réduit de deux tiers. Si on la saisit et qu'on la soulève, on sent le battement normal de l'artère au-dessous. (BULLETIN THÉRAPEUTIQUE, 15 et 28 février 1847, p. 123, observ. par M. Debout.)

OBS. XI. — Plaie de l'arcade palmaire superficielle en brisant un vase. Hémorrhagie abondante; syncope; compression pendant huit jours, devenue insupportable au bout de ce temps. Tumeur dans la paume de la main, du volume d'un petit œuf de poule, offrant des battements isochrones à ceux du pouls; bruits de souffle assez intenses, qui cessent par la compression de l'artère humérale.

26 août 1847, seize jours après l'accident. Galvano-puncture; quatre aiguilles; pile de Volta pendant quinze minutes. Compression sur l'artère humérale pendant cette application; compression après.

Trois jours après, *rupture de la cicatrice; hémorrhagie; ligature de l'artère cubitale;* cicatrisation de la plaie sans accident.

Le 15 septembre, nouvelle tumeur un peu moins volumineuse que la première, présentant des battements et un bruit de souffle.

Le 18 septembre, quatre aiguilles; galvano puncture; quatorze couples pendant seize minutes; coagulation du sang dans la tumeur; plus de battement ni de bruit de souffle.

Le lendemain, nouvelle galvano-puncture.

Le 12 octobre, plus de battement; diminution notable de la tumeur; plaie parfaitement cicatrisée. (Obs. par M. Guérineau (de Poitiers), GAZ. DES HÔP. du 19 octobre 1847.)

OBS. XII. — Anévrisme de l'artère cubitale. Deux applications de galvano-puncture; guérison; par M. Amussat. (Voy. l'obs. qui précède.)

OBS. XIII. — Femme de 40 ans; tumeur anévrismale du volume d'une noisette au pli du bras gauche, développée depuis deux ans, à la suite d'une saignée. M. Bossé pratiqua la galvano-puncture le 27 novembre 1847, en présence de MM. Barbieri, Nazanowitsch et Ambrogeatisch. Guérison.

OBS. XIV. — Homme de 40 ans, atteint d'un anévrisme de l'aorte ascendante, compliqué d'hypertrophie excentrique du ventricule gauche, formant une tumeur en dehors. Deux applications de galvano-puncture sont faites. La tumeur

devint plus dure. On craignit moins la rupture et une hémorrhagie léthale. (M. Bossé, Gaz. Méd., 1850, n° 33.)

Obs. XV. — Anévrisme de la sous-clavière gauche, opéré et guéri par l'électro-puncture, par M. Abeille, médecin du Val-de-Grâce. (Bulletin de l'Acad. de méd., séance du 9 avril 1850.)

Femme de 65 ans. Anévrisme de la sous-clavière, faisant saillie au dehors, du volume d'un œuf de poule, moitié environ de son volume total. Électro-puncture avec une pile à auges de vingt-deux couples, zinc et cuivre; éthérisation de la malade; mouvements convulsifs et secousses fortes du bras du côté malade. La séance dure trente-sept minutes, avec des souffrances les plus vives. Après, on n'entend plus le bruit de râpe dans la tumeur. Compression avec une pelote recouverte d'un poids d'un kilogramme; compresses d'eau froide; saignées; au trente-septième jour, il n'existait plus aucune saillie à la peau. Depuis trois ans, la cure ne s'est pas démentie.

Obs. XVI. — Tumeur pulsatile dans la tête du péroné; traitement infructueux par la galvano-puncture et la ligature de l'artère fémorale; extirpation de la tête du péroné.

Dans ce cas, M. Gerdy tente l'emploi de la galvano-puncture. Les résultats ne sont pas heureux. Sous l'influence de l'excitation produite par ce moyen, la tumeur augmente de volume, et le malade, désespéré par l'insuccès de cette tentative, préfère quitter l'hôpital plutôt que de subir la ligature de l'artère fémorale.

A Saint-Louis, M. Malgaigne fait la ligature de l'artère fémorale sans succès. Plus tard, il fait l'ablation de la tête du péroné. Guérison. (Bulletin de thérapeutique, 30 janv. 1850, p. 84.)

Obs. XVII. — Anévrisme de l'artère brachiale; par M. Laugier. Guérison. (Bulletin de l'Acad., 9 avril 1850, p. 581.)

Obs. XVIII. — Anévrisme de l'artère poplitée; galvano-puncture; inflammation du sac; ligature de l'artère fémorale; gangrène; amputation; mort; par M. Velpeau. (Bulletin de l'Acad., séance du 9 avril 1850, p. 576.)

Comme on le voit d'après les faits que je viens de résumer, la galvano-puncture, appliquée aux anévrismes externes, compte déjà un assez grand nombre de succès, surtout pour les anévrismes des membres, où son emploi paraît avoir été plus avantageux que pour ceux du cou et des autres régions. D'autres observations existent peut-être dans la science; mais, d'après celles que nous avons recueillies, nous croyons pouvoir formuler exactement notre pensée sur ce sujet en disant que l'électro-puncture restera désormais dans la pratique, grâce aux efforts que M. Pétrequin a faits pour la tirer de l'oubli où elle avait été jetée.

Depuis ma communication à l'Académie, j'ai retrouvé dans les journaux plusieurs faits d'anévrismes traités par la galvano-puncture, que je m'empresse d'ajouter à ceux que j'avais relatés à ce moment.

Obs. XIX. — Anévrisme poplité; par M. Pagani. Galvano-puncture; augmentation du volume de la tumeur, persistance des pulsations, œdème du membre, douleur au talon, qui empêchent d'en réitérer l'application. (Gaz. Méd., décembre 1846, p. 1001.)

Obs. XX. — Anévrisme (on n'indique pas son siége); par M. Centofanti. La galvano puncture donne lieu à une escarre, après l'élimination de laquelle il survint une hémorrhagie qui obligea de lier le vaisseau au-dessus. (Gaz. Méd., décembre 1846, p. 1001.)

Obs. XXI. — Anévrisme poplité du volume d'un œuf d'oie; par MM. Favale, de Lisio, Semmola et Derschia, à l'hôpital des Incurables de Naples. Après la galvano-puncture, la tumeur devint dure, solide, indolente; les mouvements sont plus libres. Le malade sort de l'hôpital trois semaines après. (Gaz. Méd., 1846, p. 775.)

Obs. XXII. — Anévrisme du pli du bras, suite de saignée; par M. Pétrequin. Après une séance de galvano-puncture, la tumeur devient dure, tendue, sans pulsation ni bruit de souffle. Tout annonçait une guérison aussi complète que prochaine, huit jours après la galvano-puncture. (Gaz. Méd., 1846, p. 775.)

Obs. XXIII. — Anévrisme du pli du bras, suite de saignée; par M. Pétrequin. Galvano-puncture; escarres de la peau; suppuration du sac, qui se vide et se flétrit. Guérison. (Gaz. Méd., 1846, p. 775.)

Obs. XXIV. — Anévrisme poplité; par M. Pétrequin. Après une séance de galvano-puncture, amélioration très-grande. La tumeur est réduite au volume d'un petit œuf. Le malade ne souffre pas, marche bien et n'est plus gêné par le volume de la tumeur. (Gaz. Méd., 1846.)

Obs. XXV. — Anévrisme du pli du bras, suite de saignée; par M. Capelleti. Après la deuxième séance de galvano-puncture, douleurs violentes, inflammation. Tumeur du volume de la tête d'un fœtus de 7 mois. Gangrène de la peau; sortie de caillots sanguins volumineux; suppuration du sac. Guérison. (Encyclogr. belge, juillet 1848, p. 271.)

Obs. XXVI. — Anévrisme (on ne dit pas son siége); par M. Vial (de Saint-Étienne. Quatre séances de galvano-puncture; à cause de la douleur, le malade ne veut pas en subir d'autres. Vingt-huit jours après, coagulation du sang dans la tumeur. Cependant le malade ayant succombé à une autre affection, on a trouvé, à l'autopsie, le sac anévrismal rempli d'une espèce de bouillie et communiquant toujours avec l'artère, qui était perméable. (Rapport de M. Bonnet à la Société de chirurgie, Union médicale, 12 juillet 1851, p. 331.)

Obs. XXVII et XXVIII. — Enfin M. Benjamin Philips et M. Keate, chirurgien de l'hôpital Saint-Georges, paraissent avoir appliqué la galvano-puncture; le premier, pour un anévrisme de l'artère sous-clavière; le second, pour un anévrisme de l'artère carotide. Ces deux faits, dans lesquels le résultat n'a pas été heureux, sont antérieurs à ceux que M. Pétrequin a fait connaître.

Ces dix faits, ajoutés aux dix-huit analysés plus haut, forment donc un total de 28 anévrismes traités par la galvano-puncture.

Quant aux résultats définitifs, nous dirons qu'il faut défalquer de la liste des insuccès : 1° plusieurs faits dans la relation desquels on voit que la galvano-puncture n'a pas été continuée, par la volonté des malades; 2° quelques autres faits ne pouvant se rapporter à des anévrismes accessibles à ce moyen ; 3° enfin ceux qui prouvent que l'application de la galvano-puncture n'a pas été faite avec assez de ménagements, ni avec des règles précises, comme cela arrive toujours pour les moyens qu'on n'a pas assez étudiés.

En résumé, je pense qu'avec les perfectionnements qui seront encore apportés à cette méthode, elle pourra être appliquée dans la plupart des anévrismes externes, pour lesquels il fallait recourir à la ligature de vaisseaux, après avoir le plus ordinairement employé sans succès la compression.

REVUE DES JOURNAUX DE MÉDECINE.

JOURNAUX FRANÇAIS.

IV. BULLETIN GÉNÉRAL DE THÉRAPEUTIQUE.

Les numéros de janvier, février et mars 1851 contiennent les travaux originaux suivants : 1° *De l'emploi de la saignée dans la pneumonie à une période avancée de la maladie*; par M. Max Simon. 2° *Modifications apportées au pessaire utérin, et considérations générales sur la cure radicale des diverses déviations de l'utérus*; par M. Valleix. 3° *Des prescriptions magistrales*; par M. Dorvault. 4° *Efficacité des inhalations d'éther dans un cas de phthisie pulmonaire*; par le docteur Macario. 5° *De l'emploi des gouttes noires anglaises*; par M. Monneret. 6° *Du rob de Laffecteur, de son inefficacité dans le traitement des affections vénériennes*; par M. Thiry. 7° *De l'incision oblique de la vulve comme moyen de prévenir la rupture du périnée*; par M. Chailly Honoré. 8° *Essai des quinquinas; recherche de l'iode dans les substances organiques, et en particulier dans les huiles de foie de morue*; par M. Dorvault. 9° *De la valeur des frictions mercurielles dans la période extrême du croup*; par M. V. Nicolas. 10° *Remarques sur la digitaline*; par M. Bouchardat. (Considérations confirmatives des propositions de M. Bouillaud dans son rapport à l'Académie de médecine; rapport que la Gazette Médicale a reproduit en partie et apprécié.) 11° *Sur l'emploi thérapeutique du bochet dépuratif et du bochet purgatif*; par M. Pétrequin. 12° *Du relâchement pathologique des symphyses du bassin et de son traitement*; par M. Martin. 13° *Du traitement de la fièvre typhoïde par les purgatifs mercuriels*; par M. Tauflieb. 14° *De l'emploi du tannin en thérapeutique.* (Article anonyme.) 15° *Recherches expérimentales sur une nouvelle espèce de suture destinée à réunir les plaies des intestins*; par M. Bouisson. (voy. Gaz. Méd.) 16° *Note sur le sambul.* 17° *Moyens faciles de construire des instruments pour pratiquer le tamponnement des cavités dans les cas d'hémorrhagie*; par M. Fontan. 17° *Thérapeutique générale des maladies du cœur*; par le professeur Forget. 18° *De la possibilité de redresser d'une manière permanente l'utérus en rétroversion*; par M. Amussat. 19° *Coup d'œil sur la préparation de l'iodure d'amidon soluble et de son sirop*; par M. Dorvault. 20° *Note sur le traitement des bourrelets hémorrhoïdaux par le collodium*; par M. Gassier. 21° *Des ressources que la flore indigène offre aux médecins pour le traitement des fièvres intermittentes.* (Article anonyme.) 22° *Mémoire sur l'application de la suture au traitement des plaies*; par M. Michon. 23° *Note sur l'aloïn, principe actif de l'aloès*; 24° *Remarques sur un cas d'inversion du vagin survenue au moment de l'accouchement*; par M. Lambert.

DE L'EMPLOI DE LA SAIGNÉE DANS LA PNEUMONIE, A UNE ÉPOQUE AVANCÉE DE LA MALADIE; par le docteur Max Simon.

La solution d'une pareille question dépend beaucoup de la manière dont celle-ci est posée. L'auteur soutient cette thèse, admise par M. Chomel et d'autres praticiens, que « la saignée est applicable à la pneumonie, à quel-

que période qu'elle soit arrivée, *quand la faiblesse du pouls et l'habitude générale du malade ne viennent pas formellement la contre-indiquer.* » On suppose en même temps que le parenchyme pulmonaire n'est pas en suppuration. Dans ces termes, la question se résout facilement. L'indication de la saignée est subordonnée à deux conditions : à l'état général du sujet, et à l'état particulier du poumon. (Nous faisons abstraction de l'espèce (bilieuse, inflammatoire, hypostatique) de la maladie, l'espèce influant plutôt sur le mode général de traitement que sur le traitement particulier des diverses périodes.) Or, si l'on suppose que le pouls est encore plein et résistant, que les forces du malade sont loin d'être épuisées, il est clair qu'on ne devra tirer de ce côté aucune contre-indication aux émissions sanguines. L'état local, quelque avancé qu'il soit, pourvu que la suppuration n'ait pas commencé, ne constituera pas non plus, dans le vrai sens du mot, une contre-indication; mais il est clair aussi que le degré plus ou moins avancé de l'altération, la pénétration plus ou moins intime du parenchyme par le sang, devront faire varier le résultat de la saignée. La raison et l'expérience disent que les chances de réussite seront, toutes choses égales, d'autant moindres que la pneumonie sera plus avancée.

Cela dit, bien loin de récuser les deux exemples apportés par M. Simon à l'appui de sa proposition, nous les acceptons comme conformes à un certain nombre d'autres déjà déposés dans les auteurs. Nous ajoutons même que, de ces deux faits, il en est un que nous avons cru reconnaître pour l'avoir observé dans le service de M. Andral, à l'époque où M. Simon y poursuivait ses études cliniques. Nous nous joignons à lui également pour repousser la pratique des médecins qui persistent obstinément dans l'emploi de la saignée, quel que soit l'âge de la maladie, sans tenir compte de l'état du pouls et des forces.

DE L'EMPLOI DES GOUTTES NOIRES ANGLAISES (BLACK DROPS); par le docteur MONNERET.

On ne lit guère, dans les journaux anglais, d'observations de névralgie sans y voir mentionné l'emploi des *black drops*, comme il n'est guère d'affections aiguës où le *castor oil* ne joue son rôle. Le mode de préparation des gouttes noires paraît fort variable : le plus usité consiste à faire macérer de l'opium dans du vinaigre, du verjus ou du suc de pommes sauvages. Mais c'est là un remède qui, même à Londres, a toujours quelque chose d'occulte et constitue un monopole pour certaines officines. Les merveilles qu'on dit de ce remède ont porté M. Monneret à l'essayer dans les affections où les opiacés sont généralement indiqués, et à rechercher, sans préoccupation de l'analogie des préparations et au point de vue purement expérimental, si les gouttes noires anglaises ne pourraient pas quelquefois remplacer avantageusement les préparations opiacées qu'on emploie généralement en France. Il prévient, avant tout, que l'expérience ne peut être concluante qu'à la condition de tirer les gouttes des meilleures officines de Londres, celles qu'il avait fait préparer par des pharmaciens instruits, d'après les formules rapportées dans les pharmacopées anglaises, lui ayant paru avoir des propriétés *plus faibles, moins sûres, souvent nulles*, sans qu'il soit possible, quant à présent, de se rendre compte de cette différence.

Cette façon d'expérimenter un remède est tout à fait sage. De ce que l'opium constitue l'élément essentiel des *black drops*, de ce que la liqueur acide dans laquelle on le fait macérer ne paraît pas susceptible d'exercer par elle-même une action favorable sur les affections névralgiques, on aurait grand tort d'en conclure que l'action des *black drops* doit être semblable à celle d'une solution d'opium ou de laudanum. Il est d'ailleurs acquis à la toxicologie que le vinaigre, en dissolvant l'opium et en prenant une teinte brune, acquiert des propriétés toxiques très-puissantes qui n'appartiennent isolément ni à l'opium ni au vinaigre.

Or M. Monneret, dans le court résumé qu'il donne de ses expériences, affirme que les gouttes noires lui ont souvent réussi contre des névralgies qui avaient résisté à l'opium sous forme pilulaire et au landanum de Sydenham ou de Rousseau. Il en a été ainsi dans des cas de gastralgie simple et de gastralgie chlorotique. On voit, dit-il, sous l'empire de ce médicament, la digestion se faire plus facilement et sans douleur ; les autres phénomènes nerveux, spécialement la céphalalgie, l'insomnie, les douleurs d'estomac et de ventre se dissiper ; quelquefois même les selles devenir plus faciles et plus régulières.

Dans les névroses gastriques liées à l'hystérie, les médicaments antispasmodiques, l'opium, la morphine, la codéine, sont souvent rejetés, et l'on est souvent embarrassé pour trouver une préparation que l'estomac veuille bien accepter. Les gouttes noires ont réussi, entre les mains de l'auteur, dans plusieurs cas de ce genre. Il en a aussi tiré de bons effets dans des cas de coliques intestinales, de diarrhée, qui paraissaient avoir également une origine hystérique; dans les états de surexcitation où l'abus des liqueurs et autres écarts de régime jettent parfois l'estomac; dans des cas même de cancer ou d'ulcération gastrique, surtout quand ces altérations n'étaient pas encore très-avancées. L'exemple de ce dernier genre brièvement rapporté par l'auteur est tout à fait digne d'attention.

Voici le mode d'administration qu'il recommande. On fait prendre les gouttes au déjeuner et au dîner dans la première cuillerée de potage, à la dose de deux chaque fois. Si les effets sont nuls ou trop faibles, on porte assez rapidement, mais graduellement, les doses à huit, douze et seize gouttes par jour. La plupart des individus, les femmes surtout, sont très-sensibles à l'action de quatre à six gouttes. Chez d'autres, les doses peuvent être élevées. L'habitude émousse assez promptement la susceptibilité des malades. On peut aussi donner les gouttes dans une cuillerée d'eau sucrée, ou mieux encore dans du sucre que le malade fait dissoudre dans sa bouche avant de commencer le repas.

SUR L'EMPLOI THÉRAPEUTIQUE DU BOCHET DÉPURATIF ET DU BOCHET PURGATIF; par le docteur PÉTREQUIN.

Bochet est le nom d'une préparation pharmaceutique spéciale, de la famille de celles que la tradition orale seule perpétuait autrefois dans certains hôpitaux. Celle ci paraît appartenir exclusivement à l'Hôtel Dieu de Lyon; elle est moins employée dans la ville même et dans la banlieue, bien qu'elle y ait eu à la fin du dernier siècle et un peu plus tard une très-grande vogue; mais tandis que la préparation s'en faisait uniquement autrefois à l'Hôtel-Dieu, les pharmaciens de la localité s'appliquent aujourd'hui à l'imiter.

Pour pénétrer le secret du *bochet* officiel, celui de l'Hôtel-Dieu, un pharmacien imagina de faire acheter, à l'Hôtel-Dieu même, à diverses reprises et par différentes personnes, les deux sortes connues de bochet, le *dépuratif* et le *purgatif*. Des résultats de toutes les analyses, M. Pétrequin a tiré pour chaque sorte de bochet une moyenne qu'il a notée comme représentant la formule véritable. Inutile de la copier ici ; car, dans un appendice, l'auteur nous apprend que M. le docteur Baron de Polinière, administrateur de l'Hôtel-Dieu de Lyon, a bien voulu lui donner communication des formules officielles, et ces formules, à très-peu de chose près, sont semblables à celles qu'il avait déjà trouvées. Or la formule du bochet simple ou *dépuratif* est la suivante :

Prenez :		
	Gaïac râpé	8 grammes.
	Salsepareille	
	Squine	
	Sassafras.	
	Fraisier.	16 —
	Pour un litre de tisane.	

Le bochet *purgatif* se compose du bochet simple dans lequel on fait infuser 8 grammes de séné, puis dissondre 8 grammes de sel d'Epsom et 45 grammes de manne.

On voit qu'il n'y a rien de bien extraordinaire dans cette double préparation dont la notion sert plus la curiosité que la science.

DU RELACHEMENT PATHOLOGIQUE DES SYMPHYSES DU BASSIN ET DE SON TRAITEMENT; par M. FERD. MARTIN.

Tout est à méditer, tout porte son enseignement dans cet excellent petit travail où l'auteur, sans aucune prétention à systématiser, fait connaître un état peu étudié jusqu'ici et, on peut le dire, encore moins soulagé.

A la suite de l'accouchement, il persiste parfois un relâchement des diverses symphyses du bassin. Comme il provient ordinairement de ce que la malade a quitté la position horizontale trop tôt après la parturition, comme il s'accompagne de phénomènes sympathiques variés et graves, comme enfin d'autres lésions peuvent coexister avec lui, il n'est pas étonnant qu'il ait souvent été méconnu. Aussi voyons-nous dans les observations de M Martin que des praticiens du plus grand mérite ont pris cet état des symphyses pour une maladie utérine, tantôt un engorgement du col, tantôt une rétroversion de tout l'organe. Il n'était donc pas superflu de préciser les caractères propres à ce relâchement; et c'est ce que, d'après son expérience, M. Martin fait avec la plus grande clarté.

Chez les personnes atteintes de cette infirmité, c'est la station debout qui devient particulièrement difficile, et quelquefois presque impossible. Malgré l'appui des béquilles dès qu'elles veulent essayer de se tenir sur les pieds, elles sentent une douleur très-vive se développer vers la région sacrée avec engourdissement dans toute l'étendue des membres abdominaux. Une de ses malades lui dit qu'elle ne pouvait se tenir debout *le temps de mettre son chapeau.* En général, après avoir fait dix à douze pas, elles sont obligées de s'asseoir. Souvent cet exercice, en déterminant le jeu des deux côtés de la symphyse pubienne, produit du tiraillement des tissus qui environnent l'urètre et provoque ainsi des envies d'uriner pressantes et douloureuses.

Une autre voie est encore ouverte à l'examen Si le médecin, saisissant les crêtes iliaques, invite la malade à faire quelques pas, alors il sent que l'os coxal correspondant au membre sur lequel repose une faible partie du poids du corps, remonte d'une manière très-sensible, tandis que son symétrique s'abaisse notablement. De plus, si, à l'aide des deux mains, on essaye d'imprimer des mouvements en sens inverse aux deux os iliaques, on sent manifestement que leurs moyens d'union sont loin de présenter la solidité normale.

Si à ces signes naturels et provoqués, on ajoute les commémoratifs, si l'on apprend que la gêne de la station et de la progression a commencé dans les derniers temps de la grossesse, on devient alors certain que le relâchement permanent des symphyses pelviennes est la cause de tous les symptômes.

Le diagnostic a encore un précieux moyen de contrôle dans l'influence instantanément efficace du traitement approprié. M. Martin a toujours vu que la contention des os iliaques contre le sacrum rend aux malades en très-peu de temps la liberté presque entière de leurs mouvements. L'appareil très-simple qui lui a réussi consiste en une large ceinture en acier, rembourrée à l'intérieur, qui embrasse toute la circonférence du bassin, en passant sur les fosses iliaques externes, dans l'espace qui sépare le grand trochanter de la crête iliaque. Cette ceinture doit être serrée fortement. Tel est l'effet de cet appareil que, deux jours après l'avoir mis, une dame qui ne pouvait monter vingt marches sans être forcée de se reposer deux ou trois fois, parcourait aisément un vaste jardin seule et sans aide.

Il faut bien se souvenir du reste que l'incommodité n'est pas toujours aussi pénible, ni par conséquent aussi aisée à reconnaître qu'elle paraît l'avoir été chez les malades de M. Martin. Ce sont, pour ainsi dire, des types qu'il s'est plu à citer pour mieux éclairer le jugement que le praticien sera souvent appelé à porter dans des cas beaucoup moins tranchés.

Voici encore une circonstance remarquable de cette maladie et de ce traitement. Une des malades de M. Martin pouvait marcher à l'aide de la ceinture, mais à l'exception de toutes les autres, dès qu'elle la quittait, la progression redevenait très-fatigante. M. Martin fut d'avis qu'une nouvelle grossesse pourrait amener la guérison définitive, à la condition toutefois que la malade porterait sa ceinture pendant la gestation, et de plus qu'elle garderait le lit, sans quitter sa ceinture, au moins pendant deux mois après son accouchement.

Ce conseil bien exécuté réussit admirablement. Deux ans plus tard, la patiente vint faire constater à M. Martin une guérison telle que la marche la plus longue sans ceinture ne causait pas la moindre fatigue.

DU TRAITEMENT DE LA FIÈVRE TYPHOÏDE PAR LES PURGATIFS MERCURIELS; par le docteur TAUFFLIEB.

Ce travail, plein de considérations judicieuses et tout à fait pratiques, pose mieux qu'on ne l'a fait jusqu'ici les indications d'emploi et les effets spéciaux des purgatifs mercuriels. L'auteur croit qu'ils offrent, sur les autres purgatifs, l'avantage de pouvoir enrayer la fièvre typhoïde par une action en quelque sorte spécifique. Cette action abortive serait double ; elle serait ou primitive ou secondaire, suivant qu'elle s'exercerait directement sur le canal intestinal ou consécutivement sur les glandes salivaires, par suite de l'absorption du mercure.

Pour obtenir le premier effet, il faut, dit M. Taufflieb, administrer le remède dès le début de la maladie, pendant un petit nombre de jours et à des doses un peu élevées, deux ou trois fois par jour. Néanmoins, il y aurait contre-indication s'il existait un état phlegmasique très-prononcé des organes digestifs.

L'action abortive secondaire se manifeste par l'apparition d'un flux salivaire que l'auteur considère comme critique, se rapprochant en cela de l'opinion de M. Becquerel. L'âge adulte, le sexe féminin, favorisent la salivation mercurielle ; elle s'établit aussi plus facilement à une époque voisine du début de la maladie qu'à une époque plus avancée. L'existence de phénomènes ataxiques et adynamiques tend au contraire à l'empêcher.

Il est d'observation que, dans les cas où la salivation mercurielle ne peut être obtenue, le mercure absorbé exerce en général une influence plutôt nuisible qu'avantageuse sur la marche de la maladie. Aussi ne faut-il pas insister trop longtemps quand la salivation tarde à s'établir.

Tel est le résumé du mémoire de M. Taufflieb. Nous répétons que ces déductions sont appuyées sur une étude attentive des faits, soit observés par l'auteur, soit consignés dans divers ouvrages, et qu'ils sont dignes, à tous égards, de provoquer l'attention des praticiens.

NOTE SUR LE TRAITEMENT DES BOURRELETS HÉMORRHOÏDAUX PAR LE COLLODION; par M. GASSIER.

Cette nouvelle application d'un agent, qui en a déjà tant reçu, n'est pour le moment appuyée que sur un seul fait, et encore ce fait présente des circonstances assez exceptionnelles pour qu'on puisse regarder le succès obtenu comme peu propre à faire espérer des résultats semblables dans le cas de bourrelets hémorrhoïdaux ordinaires. En effet, il s'agissait, chez le malade de M. Gassier, d'un paquet hémorrhoïdal du volume du poing, rouge, enflammé, faisant souffrir après chaque selle, qu'elle fût liquide ou solide, des douleurs intolérables qui se prolongeaient pendant deux heures. Régime, bains, sangsues, lavements et liniments de toute espèce n'avaient, depuis six ans, produit qu'un soulagement passager.

Appelé pendant une exacerbation auprès du malade qui gardait le lit depuis dix jours, M. Gassier proposa la cautérisation de la tumeur ; mais n'ayant pu obtenir le consentement de son client, il se décida à couvrir le bourrelet hémorrhoïdal d'une couche de collodion, dans l'espoir que cet agent, par la rétraction qu'il subit en se desséchant, hâterait la résolution de la tumeur. Il en appliqua donc une forte couche sur toute sa surface, à l'exception du centre, afin de ne pas mettre obstacle à l'expulsion des matières alvines.

Après quelques douleurs assez vives, la nuit fut bonne, ce qui n'avait pas eu lieu depuis dix jours. Depuis lors, c'est-à-dire depuis près de cinq mois, l'état est resté comparativement très-bon. Les évacuations, même solides, n'ont pas ramené d'accident ; le malade, pâle et maigre, a repris ses couleurs, son embonpoint et ses occupations ordinaires. Tout fait espérer que cette cure sera radicale.

— Répétons que cet effet, intéressant à constater contre une des complications de la tumeur hémorrhoïdale, ne peut point être admis comme exemple de cure de la maladie elle-même.

A. DECHAMBRE et P. DIDAY.

TRAVAUX ACADÉMIQUES.

ACADÉMIE DE MÉDECINE.

SÉANCE DU 22 JUILLET. — PRÉSIDENCE DE M. ORFILA.

Le procès-verbal de la dernière séance est lu et adopté.

La correspondance officielle comprend six lettres du ministre du commerce, par lesquelles il transmet :

1° Des documents relatifs à l'épidémie cholérique de 1848 et 1849. Ces documents concernent les départements de l'Aisne, Hautes-Alpes, Ardennes, Aube, Bouches-du-Rhône, Calvados, Charente, Charente-Inférieure, Cher, Côte-d'Or, Côtes-du-Nord, Creuse, Dordogne, Drôme, Eure, Eure-et-Loire et Finistère. (Comm. du choléra.)

2° Une demande d'avis sur un manége hygiénique pour les enfants. (Comm. : M. Poiseuille.)

3° Un rapport de M. Barbe, vaccinateur du canton de Tournon, sur une épidémie variolique dont la commune de Chanmes a été atteinte en 1850. (Comm. de vaccine.)

4° Un échantillon d'une substance nouvelle que prétend avoir découverte M. Reboulleau, médecin à Constantine (Algérie), et qu'il désigne sous le nom de *thapsia polygama*. (Comm. des remèdes nouv. et secrets.)

5° La formule d'une eau hémostatique. (Remèdes secrets et nouveaux.)

6° Une demande d'exploitation d'une source d'eau minérale sise sur le coteau de Calès (Haute-Garonne). (Comm. des eaux minérales.)

— M. GAVRARD offre à l'Académie le buste en plâtre d'Étienne Pariset. Le buste reste exposé pendant toute la séance sur le bureau.

— M. RICHARD-QUAIN, médecin à l'hôpital des phthisiques à Londres, transmet, par l'entremise de M. Louis, la description d'un instrument propre à faire apprécier la différence qui existe dans la mobilité des côtes opposées de la poitrine, et à faciliter ainsi le diagnostic des maladies de cet organe. (Comm. : M. Bricheteau.)

— M. CHAILLY-HONORÉ rappelle que, dans un travail qu'il a lu à l'Académie, il établissait la supériorité de l'accouchement prématuré artificiel dans les cas de vices de conformation ou d'excès de volume de l'enfant constaté par les difficultés d'un premier accouchement, sur l'ancien procédé du régime diététique et de la saignée, que l'on voudrait, encore en 1851, substituer à l'accouchement prématuré artificiel. Il rapporte dans cette nouvelle communication un nouveau fait à l'appui de cette méthode. (Comm. : M. Villeneuve.)

— M. BEYRAN, médecin de l'hôpital impérial de Tershané, à Constantinople, adresse, par l'intermédiaire de M. Ricord : 1° une observation relative à un cas de bronchite pseudo-membraneuse guérie par les vomitifs et la belladone. (Comm. : M. Rostan.)

2° Un mémoire topographique sur une épidémie de rougeole observée à l'arsenal impérial de Constantinople. (Comm. des épid.)

— M. WOILLEZ adresse une note cachetée sur le *crytographe*, nouvel instrument explorateur, qui permet, entre autres applications, d'obtenir pour la poitrine pendant la vie :

1° Le tracé sur le papier de la coupe horizontale du thorax, à la hauteur voulue, et le profil mathématique de ses différentes courbes ou saillies ;

2° L'étendue circulaire de ces courbes;
3° Les différents diamètres de la poitrine.

— M. Aubergier de Clermont-Ferrand adresse un mémoire sur l'opium indigène. (Comm. : MM. Chevalier et Bouchardat.)

EMPLOI DE LA GRIFFE DANS LE TRAITEMENT DES FRACTURES TRANSVERSALES DE LA ROTULE.

M. Chapel, médecin de la douane à Saint-Malo, adresse un travail sur l'emploi de la griffe dans le traitement des fractures transversales de la rotule. L'auteur termine son mémoire par les conclusions suivantes :

1° Les fractures transversales de la rotule, qui guérissent avec une substance fibreuse intermédiaire, rendent souvent la marche difficile et exposent à des chutes qui peuvent entraîner des suites de la plus grande gravité.

2° Le moyen de prévenir ces accidents serait de provoquer une réunion osseuse immédiate, qui ne peut s'obtenir, dans l'immense majorité des cas, par l'application des appareils ordinaires.

3° La griffe rotulienne pouvant remplir toutes les indications, et son application ne présentant aucun danger, le chirurgien devra s'en servir toutes les fois qu'il éprouvera des difficultés à rapprocher les fragments de la rotule. (Comm. : MM. Robert, Jobert.)

PROPHYLAXIE DE LA SYPHILIS.

M. le docteur Ed. Langlebert annonce à l'Académie qu'il croit avoir découvert une substance capable d'annihiler les effets du virus syphilitique. Voici en quels termes il rend compte des expériences qu'il a entreprises sur ce sujet :

Après plusieurs tentatives infructueuses, je fis à la fin du mois dernier, avec un liquide dont je donne plus bas la formule, trois expériences qui me réussirent.

J'étais presque convaincu du succès de ma découverte, lorsqu'un de mes élèves, M. R..., à qui j'en parlai, me proposa de se soumettre à une épreuve décisive.

Lundi dernier 14 juillet, je pris du pus à la surface d'un chancre phagédénique, à base indurée, et je l'inoculai aussitôt sur la cuisse gauche de M. R...; puis, trempant de nouveau ma lancette dans le même pus, je *râtissai* la cuisse droite, de manière à enlever sur une petite étendue l'épiderme et une partie de la surface du derme. Cela fait, voulant, pour assurer ma conviction, mettre contre mon procédé toutes les chances défavorables, je trempai une seconde fois et à plusieurs reprises ma lancette dans le pus virulent, que je déposai ainsi tout chaud, tout vivant pour ainsi dire et couche par couche, dans la plaie que j'avais faite. J'attendis ensuite environ cinq à six minutes, et j'appliquai mon préservatif.

Le lendemain, le pus inoculé à la cuisse gauche avait produit son effet habituel : une papule enflammée, surmontée déjà d'une petite vésicule, se montrait au point piqué, tandis que la cuisse droite, inoculée, je le répète, avec toutes les circonstances les plus favorables à l'action du virus, ne présentait rien, si ce n'est une petite croûte sèche recouvrant la plaie qui avait été faite.

Je conduisis aussitôt M. R... chez M. Cullerier, qui constata le résultat obtenu. Cet excellent confrère m'autorisa même à invoquer son témoignage dans le compte rendu que je ferais de cette observation.

Le surlendemain, mercredi 16 juillet, le pus inoculé à la cuisse gauche avait fait de nouveaux progrès; la vésicule était devenue une pustule entourée d'une auréole très-enflammée. Jugeant qu'il était prudent d'arrêter cette évolution dangereuse, je conduisis M. R... chez M. Ricord, qui constata, comme M. Cullerier l'avait fait la veille, le résultat de mon expérience; après quoi je cautérisai fortement la pustule avec de l'acide azotique monohydraté. Quant à la cuisse droite, c'était toujours la même croûte sèche et inerte.

Cette épreuve m'avait donné une telle confiance dans l'efficacité de mon procédé que je n'hésitai pas à en faire une expérience publique. Vendredi dernier 18 juillet, à une des séances de mon cours, je me *râtissai* le bras gauche avec une lancette trempée dans le même pus, et dont j'avais la veille essayé de nouveau la virulence en inoculant un singe qui porte actuellement un chancre parfaitement développé. Je fis immédiatement après la même opération à deux de mes élèves, MM. Albanel et Moreau, qui me le demandèrent spontanément. Après six minutes, j'appliquai mon préservatif, et aujourd'hui lundi 21 juillet, rien n'a paru, si ce n'est la petite croûte sèche recouvrant les écorchures.

Et maintenant, convaincu qu'il est indigne du médecin de garder dans le secret des découvertes qu'il croit avoir faites dans le but d'affranchir l'humanité d'une partie de ses maux, je n'hésite pas à livrer à l'Académie la formule du liquide que j'emploie :

Alcool à 36 degrés. . . . . 40 grammes.
Savon mou de potasse avec excès de base. 40 —
Faites dissoudre et filtrez;
Puis ajoutez :
Huile essentielle de citron. . . . . . . 20 grammes.

Ce liquide n'est nullement caustique. Déposé en grande quantité sur la muqueuse des organes génitaux, il détermine seulement une légère sensation de chaleur. Son application doit durer environ deux minutes; puis on lave la partie avec de l'eau fraîche.

Permettez-moi de faire en terminant deux remarques importantes.

La première est relative au procédé opératoire que j'ai suivi dans mes inoculations. Vous avez dû observer que j'inocule en *râtissant* la surface de la peau, et cela, pour imiter jusqu'à un certain point le mode suivant lequel se fait le plus ordinairement l'inoculation normale dans les rapports sexuels, et aussi pour faciliter la pénétration du liquide neutralisant.

La seconde remarque est relative au temps qui doit s'écouler entre le moment de l'inoculation et celui où j'applique mon préservatif. J'ai réussi avec six minutes; mais je n'ai pas essayé avec un temps plus long. Cependant tout me porte à croire que je pourrais réussir en attendant beaucoup plus. C'est une question réservée à de nouvelles expériences que je compte faire, et dont j'aurai l'honneur d'entretenir l'Académie. (Comm. : M. Ricord.)

SYPHILIS CONGÉNITALE; PEMPHIGUS.

M. Depaul communique sur ce sujet l'observation suivante, dont il laisse à chacun le soin de tirer les conclusions :

La nommée G..., âgée de 24 ans, brune et d'une petite stature, fraîche et bien portante en apparence, fut conduite à la salle d'accouchements de la Clinique de la Faculté le 2 août 1850 (mais elle était déjà dans l'établissement depuis quinze jours). Voici, avec les renseignements qu'elle me donna sur ses antécédents, le résultat de mes investigations directes.

Cette femme, née à Bois, de parents bien portants, habitait Paris depuis trois ans. La menstruation s'était assez péniblement établie vers l'âge de 14 ans; mais depuis cette époque elle s'était régulièrement reproduite tous les mois, si ce n'est pendant les grossesses. Elle n'avait été soumise ni à des privations ni à la misère, ainsi que l'attestait d'ailleurs son état général. A son arrivée à Paris, elle s'établit avec un homme dont la santé paraissait bonne des relations qui furent bientôt suivies de grossesse. Celle-ci, sans cause connue pour la malade, ne fut conduite qu'à huit mois, et se termina à la Maternité par la naissance d'un enfant mort, et sur lequel je n'ai pu avoir aucun renseignement.

Quelques mois après, délaissée par le père de son premier enfant, elle établit de nouvelles relations avec un homme dont la santé paraissait excellente, et qui, d'après elle, ne portait aucune trace d'affection syphilitique. Quoi qu'il en soit, une seconde grossesse survint; elle était parvenue au deuxième mois environ, lorsque apparut à la face interne de l'une des grandes lèvres une petite plaie circulaire, qui, résistant plusieurs jours à des lotions émollientes qu'elle employait, la décidèrent à réclamer les soins d'un confrère de la rue Dauphine.

La plaie avait alors la forme d'un bouton dur et assez gros. On lui dit qu'elle avait un chancre, et on lui fit quelques cautérisations avec le nitrate d'argent, et en peu de temps, cette lésion locale avait entièrement disparu. La malade se crut guérie; cependant, trois mois après, c'est-à-dire lorsqu'elle était grosse d'environ six mois, elle remarqua quelque chose d'insolite dans le voisinage de l'anus et sur les grandes lèvres. Comme elle ne parla de rien au moment de son admission, ce ne fut qu'à l'occasion des examens, rendus nécessaires pendant l'accouchement, qu'on constata les lésions suivantes :

Autour de l'anus et sur les parties génitales externes, existent plusieurs plaques muqueuses sur la nature desquelles il est impossible de se méprendre. M. Paul Dubois, M. Hersent, son chef de clinique, plusieurs personnes qui suivaient la visite et moi-même, avons pu les voir et les examiner à différentes reprises. Les ganglions de la région cervicale postérieure me parurent un peu développés. Du reste, aucune autre manifestation secondaire de la syphilis.

Le travail fut assez rapide et ne présenta rien qui mérite d'être signalé. L'accouchement eut lieu le jour même de l'entrée à la salle des accouchements (2 août).

L'enfant, du sexe féminin, ne pèse que 2,100 grammes; il est évident qu'elle n'est pas à terme. Son aspect général donne l'idée d'un enfant de 8 mois, assez urée, ce qui s'accorde d'ailleurs avec le dire de la femme et les calculs fondés sur la dernière époque des règles, qui avait eu lieu le 22 novembre.

L'attention étant éveillée, et malgré un examen attentif, on ne découvrit aucune lésion sur la peau, si ce n'est une teinte violacée très prononcée à la plante des pieds et dans les régions palmaires. Deux jours se passèrent, pendant lesquels l'enfant teta sa mère et exécuta assez régulièrement ses autres fonctions. J'en excepte toutefois la respiration, qui paraissait moins complète et plus précipitée que de coutume.

Quarante-huit heures après la naissance, on vit apparaître dans les régions plantaires et palmaires un assez grand nombre de vésicules circulaires, de grosseur variable, les plus petites comme un grain de chènevis, les plus volumineuses comme une grosse lentille. Toutes étaient remplies par une sérosité trouble et lactescente. Dès ce moment, les traits s'altèrent et expriment la souffrance. Plusieurs de ces bulles sont déchirées dans les mouvements contre les langes et fournissent un léger suintement sanguin. L'enfant pousse des cris presque continuels et refuse de teter.

Le quatrième jour, le nombre des bulles de pemphigus s'est accru. Les premières sont plus volumineuses. Même état général.

Le cinquième jour, de nouveaux phénomènes se montrèrent sur le visage et au pourtour des parties génitales. Ils consistaient sur le premier point dans le voisinage de la bouche et des narines, en plusieurs groupes de petites vésicules à sommet transparent et à base rouge manifestement cuivrée. Ils étaient représentés sur le second par plusieurs petites plaques muqueuses à caractère bien tranché.

Le lendemain et les jours suivants, les plaques d'eczéma se convertirent en croûtes noirâtres, feuilletées en divers points. Quelques-unes envahirent les narines, et plusieurs fois par jour il fallait les enlever pour que la respiration pût facilement s'exécuter. Des crevasses profondes s'établirent sur les lèvres et en particulier aux deux commissures. Les mouvements de succion étant devenus impossibles, la mère d'ailleurs ne s'y prêtant que d'assez mauvaise grâce, on dut songer à nourrir l'enfant par des moyens artificiels.

Son aspect hideux et repoussant serait difficile à décrire. Je ne sais si quelqu'un sera tenté de ne voir, dans ces nombreuses lésions, qu'une simple coïnci-

dener; quant à moi, j'y trouvai l'expression multipliée et non douteuse de la vérole congénitale la mieux caractérisée, et je crus de mon devoir de prescrire un traitement mercuriel. J'employai le sublimé à la dose de 4 milligr. dans une potion gommeuse (chaque potion durait deux jours). Presque constamment je présidai moi-même à l'administration de ce médicament.

Au bout de quelques jours, une amélioration notable se manifesta. Bientôt l'état de la bouche devint tel que la mère, qui était elle-même soumise à un traitement antisyphilitique par le deuto-chlorure, put redonner le sein ; le nez se débarrassa et put être librement traversé par l'air. Les excoriations, dont les pieds et les mains étaient le siége, avaient presque entièrement disparu. L'aspect général et l'état des forces devenaient de plus en plus satisfaisants, et tout me faisait espérer d'arriver à une guérison complète et prochaine, lorsque le 20 août (c'est-à-dire après quatorze jours de l'emploi des mercuriaux) je vis de nouveaux accidents se manifester du côté de la poitrine; la respiration s'embarrassa, et malgré l'emploi d'un large vésicatoire et de quelques autres moyens, l'enfant succomba le lendemain 21 août. Je dois dire en terminant que les fonctions digestives ne furent pas un instant troublées.

AUTOPSIE faite le 23 août à neuf heures du matin. — Quelques débris des croûtes formées par l'eczéma existent encore à l'entour de la bouche. Dans les points d'où elles se sont détachées naturellement, il n'y a pas d'ulcération; l'épiderme était déjà en voie de réparation. Il en est de même dans le voisinage du nez qui est ouvert et examiné dans toute son étendue; un peu de rougeur existe seulement à l'entrée.

Les crevasses des lèvres ont disparu. Rien de particulier dans la bouche, le pharynx ou les différentes parties du tube digestif.

Les plaques muqueuses de la vulve n'existent plus.

Le thymus peu développé n'est le siége d'aucune collection purulente. Le cœur et les gros vaisseaux sont sains.

Les deux poumons sont unis çà et là aux parois thoraciques par quelques fausses membranes déjà résistantes et évidemment antérieures à la naissance. Plusieurs noyaux indurés sont rencontrés dans l'épaisseur de chaque poumon. Ils sont peu considérables; le plus volumineux ne dépasse pas les dimensions d'un pois ordinaire. Leur densité est pareille à celle du foie; leur couleur est d'un rouge foncé. Un seul, qui fait une légère saillie sous la plèvre, est moins coloré et renferme un peu de pus. Toutes les autres parties du poumon sont saines et ont été pénétrées d'air.

Le foie, la rate, le cerveau sont examinés sans que je puisse y découvrir la moindre altération.

Après la mort de cet enfant, la mère, qui éprouvait déjà les effets salutaires du traitement mercuriel, demanda brusquement à quitter l'hôpital, et j'ignore ce qu'elle est devenue depuis.

PELLAGRE.

M. LONDE communique à l'Académie l'extrait suivant d'une lettre de M. le docteur Hameau, médecin à la Teste-de-Buch, sur la pellagre.

« La pellagre n'existe pas à la Teste; on ne la rencontre que dans les grandes Landes et toujours sur les bergers ou les laboureurs ayant quelque communication avec les brebis et se servant de leur fumier pour l'engrais des terres. Il est très-rare de l'observer à son début, parce que les malades la cachent autant qu'ils peuvent, et que, pendant plusieurs années, elle ne les empêche pas de vaquer à leurs travaux. Il faut encore vous dire que les brebis sont quelquefois atteintes d'une maladie décelant plusieurs symptômes de la pellagre, et que, dans le pays on nomme la *pelle*.

» J'observai pour la première fois la pellagre à 8 kilomètres de chez moi, sur une femme qui était près de sa fin. J'ignorais ce que ce pouvait être. Quelque temps après, ayant vu ce mal, déjà très-avancé, sur plusieurs autres malades, je notai ce que je vis et pris la résolution de remonter à la source. Pour cela, chaque fois que je voyais, dans les landes, des bergers montés sur leurs grandes échasses, ou des cultivateurs dans leurs champs, j'allais à eux et les priais de me montrer leurs mains. Si j'y voyais l'érythème qui précède ordinairement les autres symptômes, je leur adressais toutes les questions propres à m'éclairer sur leur état actuel et sur ce qui l'avait précédé. Je ne les perdais plus de vue, c'est-à-dire que de temps en temps surtout pendant la saison chaude, j'avais soin d'aller les visiter pour observer les progrès de la maladie. Pour des traitements, il ne fallait pas leur en parler, parce que ces malheureux, pressés par le besoin, étaient forcés de travailler pendant qu'ils avaient encore des forces. J'obtins pourtant de quelques-uns qu'ils entrassent à l'hôpital de Bordeaux. Je ne sache pas qu'aucun en soit sorti guéri. Je poussai mes excursions à plus de 50 kilomètres de chez moi, et, dans chaque ville, je trouvais toujours quelques malades.

» Comme cette maladie est ordinairement très-longue dans ses effets, ce ne fut qu'après onze ans d'une observation très-assidue (de 1818 à 1829), que je crus être assuré d'avoir réuni tous les signes qui la caractérisent. J'en fis la description dans un mémoire que j'envoyai à la Société de médecine de Bordeaux, et je puis dire que je la fis avec une telle exactitude, que depuis on n'y a rien ajouté.

» Maintenant on trouve cette affection dans toutes les landes, depuis l'embouchure de la Gironde jusqu'à celle de l'Adour, et depuis la Garonne jusqu'à l'Océan, sur une étendue de plus de 700 lieues carrées. Il est certain qu'au moins la moitié de toute la population agricole de cette vaste et malheureuse contrée est victime de ce fléau, et que la plupart de ceux qui en sont atteints périssent dans la force de l'âge sans qu'on puisse dire que leur mort soit due à d'autres maladies.

» Des obstacles invincibles s'opposent à ce que les hommes de l'art puissent donner à ces malades tous les secours qui leur seraient nécessaires parce qu'ils sont presque tous très-pauvres. Il faudrait pourvoir à tous les frais de la maladie et à leur nourriture. J'avais proposé de fonder un hôpital dans les Landes; mais cette idée ne fut pas goûtée.... Il est pourtant certain que si l'on voulait obtenir quelque bon résultat contre ce mal, il faudrait faire concourir l'intervention de la science et celle du gouvernement, une population souffre et meurt! Restera-t-on toujours dans une froide expectation? »

EMPLOI DU TARTRATE DE SOUDE COMME PURGATIF.

M. BOUCHARDAT lit, en son nom et au nom de M. Bricheteau, un rapport sur un mémoire de M. le docteur Delioux, professeur à l'École de médecine navale de Rochefort, intitulé : DE L'EMPLOI DU TARTRATE DE SOUDE COMME PURGATIF.

L'objet du mémoire de M. Delioux est d'établir que la purgation par le tartrate de soude à la dose de 40 grammes est sûre et agréable.

M. le rapporteur, après avoir sanctionné les propositions contenues dans ce mémoire, propose :

1° De remercier l'auteur de sa communication;

2° De renvoyer son travail au comité de publication;

3° D'inscrire son nom sur la liste des candidats au titre de correspondant. (Adopté.)

ACTION THÉRAPEUTIQUE DE L'ARSENIC DANS LES MALADIES DE LA PEAU.

M. GIBERT rend compte d'un mémoire sur ce sujet, adressé à l'Académie de médecine par M. Émile Marchand, de Sainte-Foy (Gironde).

Après quelques remarques générales sur les remèdes internes vantés comme spécifiques dans la cure des maladies dartreuses, et sur la difficulté d'apprécier l'action thérapeutique de remèdes qui, comme l'arsenic, n'ont point d'effet direct sensible et agissent comme *altérants;* après avoir signalé les nombreuses causes d'erreur auxquelles se sont trop souvent laissé prendre non-seulement le vulgaire des praticiens trompés par le retentissement donné dans les journaux à certains remèdes prétendus spécifiques, mais encore des médecins placés de manière à observer avec plus de rigueur, M. Gibert signale cependant comme notables les douze observations qui ont servi de base au travail de M. Marchand.

L'auteur a eu à traiter des affections chroniques et rebelles, telles que le *prurigo*, la *mentagre*, le *psoriasis*; il s'est à peu près abstenu de remèdes topiques, et il a pu constater la solidité de la cure assez longtemps après la cessation du traitement.

Toutefois, d'après son expérience personnelle, M. Gibert, qui emploie journellement les préparations arsenicales, tant dans ses salles de l'hôpital Saint-Louis qu'en ville, ne saurait partager complétement les opinions de l'auteur. Celui-ci, en effet, n'hésite point à conclure de ses observations que l'acide arsénieux est un excellent antidartreux, et même que, dans la plupart des cas, une amélioration sensible *ou même la guérison* se manifeste après trente jours de traitement. M. Gibert avoue qu'il a rarement été aussi heureux que M. Marchand, et il ajoute qu'il a pu constater trop souvent que les cures annoncées par d'autres observateurs n'avaient point eu de solidité.

Quoi qu'il en soit, M. Gibert reconnaît avec M. Marchand, que les préparations arsenicales ont rendu des services dans le traitement des maladies de la peau, et que, administrées avec méthode et prudence, elles n'offrent aucun danger.

M. Émile Marchand emploie l'*arsénite de potasse* dissous à la dose de 10 centigrammes dans vingt cuillerées d'eau distillée. Deux à trois cuillerées par jour, telle est la dose à laquelle il faut s'en tenir si l'on veut éviter à coup sûr tout indice d'irritation gastro-intestinale.

M. Gibert, tout en faisant des réserves sur le sens un peu trop absolu des conclusions qui terminent le mémoire de M. Émile Marchand, propose de voter des remerciments à l'auteur, et de déposer honorablement son travail dans les archives. (Adopté.)

TRAITEMENT DES ULCÈRES TUBERCULEUX DU TESTICULE PAR UNE OPÉRATION NOUVELLE.

M. MALGAIGNE lit, sous ce titre, un travail dans lequel il se propose de faire connaître une opération nouvelle destinée à remédier à l'une des altérations du testicule contre lesquelles on n'avait opposé jusqu'ici d'autre moyen que la castration; il s'agit des ulcères fistuleux du testicule succédant à un ramollissement tuberculeux de cet organe. M. Malgaigne en admet deux formes distinctes : dans l'une, l'ulcère est large, à découvert, et la surface suppurante déborde le niveau des téguments du scrotum; c'est une sorte de fongus bénin semblable en apparence à celui qui succède à une simple orchite chronique, mais en différant en réalité, en ce que le fongus qui succède à une fonte tuberculeuse n'est pas également solide sur toute sa surface, et offre plusieurs pertuis fistuleux qui le traversent dans toute son épaisseur et qui sont quelquefois assez difficiles à discerner à la simple inspection. Dans la deuxième forme ou variété, les téguments du scrotum sont le siége d'orifices fistuleux de la plus simple apparence, sans saillie d'aucune espèce et même avec rétraction de la peau, etc. C'est contre l'ulcère fistuleux de la première espèce, avec fongus proéminent à l'extérieur, que M. Malgaigne propose une opération qu'il croit devoir ranger dans les opérations conservatrices, et qui consiste à enlever tout à la fois les téguments et tous les tissus malades, en pénétrant, s'il le faut, jusqu'au tissu du testicule; puis à tenter autant que possible la réunion par première intention.

M. Roux : M. Malgaigne me paraît avoir fait, dans son travail, une confusion au point de vue pathologique. Il a réuni dans un même groupe deux sortes d'affections, une affection organique non encore déterminée et les affections tuberculeuses bien connues. Cette confusion peut entraîner des conséquences fâcheuses en pratique, parce que ce qui serait applicable à un ordre de maladie pourrait ne pas l'être à l'autre. Pour ce qui concerne les maladies du premier ordre, ces affections organiques de nature indéterminée, nous sommes généralement mal placés en France pour les étudier; elles sont beaucoup mieux connues des chirurgiens anglais; on ne doit pas s'étonner de cela, car ces sortes d'affections sont beaucoup plus communes en Angleterre que chez nous. Pendant longtemps on a cru qu'il n'y avait que les maladies internes qui fussent susceptibles de changer sous l'influence des climats; cela est vrai aussi pour quelques affections organiques. On sait que plusieurs chirurgiens anglais, notamment Lawrence et Astley Cooper, ont décrit un fongus du testicule, désigné sous le nom de *cancer des ramoneurs*, dont pour ma part je n'ai jamais vu d'exemple. Il y a un *fungus oculi* qui est aussi particulier à l'Angleterre. J'ai entendu dire à des chirurgiens de Genève que s'ils avaient à faire l'histoire du cancer de l'utérus, ils la feraient autrement que nous. C'est donc un fait bien avéré que certaines affections organiques sont plus communes dans un pays que dans un autre, sans que nous sachions à quoi cela tient. On a bien dit que le cancer des ramoneurs des Anglais provenait de la nature du combustible dont on fait à peu près exclusivement usage en Angleterre; mais depuis que l'usage du charbon s'est répandu en France, nous n'avons pas vu plus d'exemples de cette affection qu'auparavant. J'avais donc raison de dire que nous étions mal placés pour étudier certaines de ces maladies, et c'est bien à tort que M. Malgaigne n'a fait aucune distinction entre les diverses altérations organiques dont le testicule est le siége. Ce qui, pour moi surtout, semble établir une différence bien tranchée entre le tubercule du testicule et les affections organiques dont il est question, c'est que celles-ci n'atteignent presque jamais que l'un des testicules seulement, tandis que le tubercule les atteint presque toujours tous les deux, soit simultanément, soit l'un après l'autre. Il découle de cette seule circonstance une conséquence importante au point de vue pratique, c'est que, en admettant qu'il n'y ait pas d'autre remède à opposer à la tuberculisation du testicule, que l'ablation de cet organe, on sera presque toujours fatalement conduit à les sacrifier tous deux. Il n'en est pas de même pour les autres lésions organiques qui, le plus habituellement, se bornent à un seul côté.

M. Roux présente à cette occasion quelques considérations sur l'influence de la duplicité des organes par rapport à certaines maladies, dont les unes n'affectent qu'un des organes, tandis que d'autres affectent toujours les deux; telle est l'affection cancéreuse, par exemple, qui, soit qu'elle siége au testicule ou au sein, n'affecte généralement qu'un côté; puis il résume cette première partie de son argumentation, en disant que M. Malgaigne a commis une omission grave dans son travail en ne distinguant point les différents ordres d'affections organiques qui siégent sur le testicule.

Quant à l'opération proposée par M. Malgaigne, continue M. Roux, et à son indication, je crois qu'il n'y a aucun avantage à pratiquer l'ablation partielle au lieu de l'ablation totale. Il est évident, d'une part, que lorsque le testicule est envahi en totalité par le tubercule, ce procédé ne sera pas applicable lorsque la lésion sera partielle, il n'y aura aucun avantage à le mettre en usage, car soit que la lésion siége dans le tissu même du testicule ou dans l'épididyme seulement, dans tous les cas la fonction de l'organe est abolie. De sorte que ce serait faire tout au moins une opération inutile. Non que je veuille dire qu'il faille dans tous les cas faire l'ablation complète; non, car il est des cas où la maladie peut rester stationnaire ou même guérir sous l'influence d'un traitement général approprié. Mais je prétends seulement que si l'ablation est jugée nécessaire, il n'y aurait aucun avantage à la faire partiellement; il vaut mieux, dans ce cas, enlever l'organe tout entier. *A priori*, je pense donc qu'il n'y aurait pas lieu d'approuver cette opération. Mais M. Malgaigne a appuyé ses vues sur des faits. Si M. Malgaigne n'a d'autres faits à invoquer en faveur de son procédé que ceux qu'il a rapportés dans son mémoire, ils ne me semblent pas la justifier plus que le raisonnement. Il paraît même, d'après quelques-unes de ses observations, qu'il y aurait eu des accidents assez graves. Or si l'on se rappelle combien est simple et facile en général l'opération de la castration, combien ses suites sont habituellement heureuses, on comprendra difficilement qu'on puisse lui préférer une opération difficile et dangereuse. Ainsi, en résumé, soit parce que le testicule est presque toujours affecté dans une plus grande étendue que ne semble l'indiquer la lésion extérieure appréciable, soit parce que l'organe a toujours perdu son aptitude à remplir ses fonctions, soit enfin parce que l'opération proposée par M. Malgaigne est plus grave que la castration, je lui refuse formellement ma sanction.

M. Velpeau : Ce que vient de dire M. Roux abrégera beaucoup ce que j'avais à dire, d'autant que sur presque tous les points je partage son opinion. Je me bornerai donc seulement à faire remarquer que le travail de M. Malgaigne a soulevé une question très-importante : je veux parler de la nature même de la lésion tuberculeuse du testicule. L'affection tuberculeuse du testicule semble former une maladie à part, bien qu'elle se rattache cependant à une affection générale des plus communes, de sorte que je suis à me demander si le tubercule du testicule n'est en quelque sorte qu'un écho, qu'une ombre de la maladie tuberculeuse générale, ou si elle constitue une maladie locale, circonscrite au testicule même. Tout le monde connaît la loi de coïncidence formulée par l'un de nos collègues, loi d'après laquelle toutes les fois qu'il existe des tubercules dans une partie quelconque du corps, il en existe également dans les poumons. On voit que cette question touche à un point de pathologie générale important. Pour moi, je suis convaincu que la maladie du testicule est souvent locale; seulement il est très-difficile de distinguer ces cas de ceux où la maladie est générale. Ainsi j'ai vu plusieurs sujets atteints de tubercules du testicule, qui ont succombé à une maladie intercurrente; à l'autopsie, j'ai trouvé les testicules farcis de tubercules, sans qu'il fût possible d'en retrouver la moindre trace ailleurs. C'est donc sous ce rapport une question jugée.

Mais, d'un autre côté, on sait que pour quelques pathologistes, il existe deux sortes de tubercules, ou plutôt qu'il existe une altération qui ressemble au tubercule, au point de pouvoir être confondue avec lui. Laennec avait déjà fait cette distinction, que j'admets pour mon compte. Je me demande si les cas où l'affection se montre toujours générale, ne rentreraient pas dans l'une de ces deux catégories particulières, à l'exclusion de l'autre.

Quoi qu'il en soit les malades qui sont affectés de tubercules du testicule n'en meurent jamais, tant que l'affection est locale. Si l'affection est générale, ils peuvent succomber sans doute, mais ce n'est jamais aux conséquences de la tuberculisation des testicules qu'ils succombent. D'un autre côté, j'ai vu guérir quelques-fois cette affection par divers traitements, et quelquefois même sans traitement aucun; de sorte qu'il y a lieu à se demander s'il est utile de soumettre ces malades à une opération. Pour mon compte, je crois cette opération inutile, et je la condamne d'autant plus que la maladie affectant presque toujours les deux testicules, ce serait soumettre sans utilité les malades à une mutilation qui devient toujours pour eux la source d'un profond état de mélancolie.

Quant à l'opération proposée par M. Malgaigne, en admettant même qu'elle fût utile, je la trouve défectueuse sous plus d'un rapport, et les faits qu'il invoque à l'appui sont loin, à mon avis, de lui être favorables. Dans l'une de ses observations, où le résultat paraît avoir été favorable, il a eu affaire à un abcès plutôt qu'à un tubercule. Je trouve un autre fait dans lequel le résultat n'a pas été très-heureux; car, après plusieurs alternatives de guérison apparente et de rechutes, il paraît en définitive que le malade n'a pas guéri.

Il est enfin un autre reproche que j'adresserai à cette opération : ce serait, si elle était adoptée, de devenir l'occasion de nouveaux abus. Il est très-difficile d'établir d'une manière précise le point où il faut opérer, celui où il convient de s'abstenir; or je craindrais, pour peu qu'on se laissât séduire par l'attrait de la nouveauté, qu'on sacrifiât beaucoup de testicules qu'on aurait pu conserver. Ainsi, d'une part, la maladie peut guérir toute seule; d'autre part, l'opération paraît avoir de mauvais résultats. Enfin on pourrait abuser du procédé, tel est formulé par M. Malgaigne. En voilà, ce me semble, plus qu'il n'en faut pour condamner cette opération.

M. Robert : La question a été à peu près épuisée par mes deux collègues; il me sera difficile d'ajouter quelque chose à leur argumentation. Cependant il me reste encore à présenter quelques objections qui me paraissent de nature à devoir faire modifier les conclusions de M. Malgaigne. Et d'abord, suivant M. Malgaigne, il y a deux espèces de tubercules du testicule, une espèce avec fongus, l'autre sans fongus. Ce serait à la première espèce seulement que s'appliquerait son procédé; la seconde, il ne s'en occupe point. Cette distinction ne me paraît pas fondée. Les fongosités dont parle M. Malgaigne compliquent souvent le tubercule : ce n'est pas une maladie spéciale, qu'on puisse distinguer du tubercule; ce n'en est qu'une complication. Son travail pèche donc, sous ce rapport, par sa base même.

Mais je suppose qu'il faille opposer une opération à cette lésion. Celle de M. Malgaigne, qu'il qualifie d'opération conservatrice, serait-elle applicable? Voyons d'abord comment il en pose les indications. L'opération sera indiquée, dit-il, toutes les fois que tous les autres moyens auront échoué; mais quel est celui d'entre nous qui osera dire que tous les moyens ont été employés? Qui ne sait combien il faut varier et multiplier ces moyens? Qui osera dire, même après avoir longuement insisté sur ces moyens, qu'il n'y a rien à faire, que l'opération est *l'ultima ratio* de la chirurgie?

Voyons maintenant quelle est cette opération. Faisons d'abord deux catégories des cas qui peuvent se présenter. Tantôt c'est la substance du testicule même qui sera altérée, l'épididyme restant sain; tantôt au contraire, le testicule étant sain, ce sera l'épididyme seul qui sera malade. Si c'est la substance même du testicule qui est malade, personne n'ignore qu'il sera impossible d'en enlever une portion sans qu'il en résulte une désorganisation de la totalité de l'organe Lorsque la maladie sera bornée à l'épididyme, pour l'enlever il faudra couper le canal déférent, et, dans ce cas comme dans le précédent, la fonction sera abolie; et quoi qu'en dise M. Malgaigne, l'abolition de la fonction équivaut à l'abolition totale de l'organe. Voilà donc une opération conservatrice qui ne conserve rien.

Du reste, l'opération que propose M. Malgaigne n'est pas nouvelle : elle avait déjà été proposée par M. Béhard, qui en a fait la description dans une de ses thèses de concours, et son frère l'a pratiquée une fois, mais au prix de l'abolition de la fonction du testicule. Je pense donc comme mes deux collègues, qui ont attaqué la doctrine de M. Malgaigne avec tant de logique, qu'on ne saurait adopter cette opération.

— M. Boinet présente un malade auquel il a pratiqué avec succès la ponction et l'injection iodée pour un abcès par congestion.

La séance est levée à cinq heures.

SOCIÉTÉ DE BIOLOGIE.

PRÉSIDENCE DE M. RAYER.

COMPTE RENDU DES SÉANCES PENDANT LE MOIS DE MAI 1851; par MM. les docteurs LEBERT et BROWN-SÉQUARD, secrétaires.

(Suite et fin.)

IV. — HISTOIRE NATURELLE.

SUR L'ALGUE DES OEUFS DE LIMACE; par M. MONTAGNE.

« J'ai examiné au microscope un œuf du *limax agrestis* qui m'a été remis par notre confrère M. le docteur Laurent, et j'ai promptement reconnu qu'une mycophycée qui l'envahissait et formait autour de lui comme une couronne de filaments transparents et déliés, était le *saprolegnia molluscorum* de Nees d'Esenbeck. Cette production n'est point rare dans la nature, et ce qui le prouverait, indépendamment de toute autre considération, c'est la grande quantité de travaux divers dont elle a été l'objet et les différents noms sous lesquels elle a été décrite.

» Voici, en effet, sa synonymie : *conferva ferax* Gruithuisen, NOVA ACTA ACAD. LEOP. CAR. NAT. CURIOS., 1821, p. 450, t. XXXVIII; *conferva piscium* Schrank, BAIERSCHE FLORA, t. II, p. 553; *byssus aquatica*, FL. DAN., t. 896; *vaucheria aquatica* Lyngb, HYDROPHYTOL. DAN., tab. 22 (l'auteur affirme l'avoir observée sur un gasterostée, et M. Ch. Robin nous l'a montrée aussi sur une épinoche); *hydronema*, Caius, in ACTA LEOP. CAR. NAT. CURIOS, 1823, t. LVIII; *saprolegnia molluscorum* et *achyla prolifera* Nees, NOV. ACT. ACAD. NAT. CURIOS., t. XI, p. 513 (M. Kutzing réunit ces deux genres en un seul, auquel il conserve le nom de *saprolegnia*); *leptomitus clavatus, prolifer* et *ferax*, Agardh, SYST. ALG., p. 49; *leptomitus pisidicola*, Berkeley, GLEANING OF ALG., p. 30, tab. 2, fig. 1. Voy. encore Meyen, in WIEGM. ARCH., t. VI, 1835, p. 354, et Kutzing, PHYCOLOGIA GENERALIS, p. 157, tab. 1, où l'on trouve une fort belle figure de la plante, observée dans tous ses états.

» Quant à l'autre question posée par notre savant confrère M. Laurent, à savoir d'expliquer comment les germes de cette algue ont pu pénétrer dans l'œuf, d'où plus tard, rompant ses entraves, celle-ci est sortie pour végéter au dehors, on conçoit de combien de difficultés elle est hérissée, et l'on nous permettra de ne pas nous en occuper ici. Le champ des hypothèses est vaste, et chacun y peut errer en toute liberté; mais il est rare qu'on y découvre une issue qui conduise à la vérité. Déjà, à l'occasion d'un fait analogue que nous avons observé M. Rayer et moi, et qui a été consigné dans ses ARCHIVES DE MÉDECINE COMPARÉE, nous nous sommes contenté d'exposer simplement le fait, sans tenter d'en donner une explication quelconque. » (3 mai.)

V. — TÉRATOLOGIE.

SUR LA COMPOSITION DE LA TUMEUR DES MONSTRES PSEUDENCÉPHALIENS; par M. ADOLPHE RICHARD.

« Le monstre qui fait le sujet de ce travail est un fœtus humain, du sexe féminin, venu à terme. Il était fort pesant : c'est une particularité indiquée dans la plus grande partie des observations d'anencéphales. Tout chez lui, à part la tête, était normal, et je m'en suis assuré par une dissection minutieuse. J'ai, en effet, non-seulement exploré avec soin tous les viscères, mais aussi disséqué les muscles des membres avec leurs principaux nerfs. Aucune anomalie ne m'a frappé, si ce n'est du côté gauche seulement, l'absence de l'insertion radiale du fléchisseur sublime.

» Relativement à la monstruosité offerte par le crâne et l'encéphale, notre sujet représente très-bien cette transition entre les exencéphales et les anencéphales, que Geoffroy Saint-Hilaire a nommés *pseudencéphaliens*, et parmi ceux-ci, il pourrait servir de type à la variété admise par M. Isidore Geoffroy sous le nom de nosencéphales, comprenant les monstres pseudencéphaliens, dont, suivant les paroles de M. Isidore Geoffroy, l'encéphale est remplacé par une tumeur vasculaire, le crâne largement ouvert en dessus, mais seulement dans la région frontale et pariétale, le trou occipital restant distinct.

» Si les animaux n'ont point offert jusqu'ici d'exemple de cette monstruosité, elle n'est pourtant pas très-rare chez l'homme, et l'on en pourrait maintenant réunir environ une trentaine d'observations. Mais elle est beaucoup moins commune que l'anencéphalie, à laquelle elle conduit, et, par exemple, si le musée Dupuytren renferme une collection assez complète d'anencéphales, je n'ai pu y découvrir de pseudencéphale proprement dite.

» Je ne rappellerai point ici la physionomie singulière de la face chez ces monstres : c'est celle que plusieurs auteurs ont décrite à propos des anencéphales et de quelques exencéphaliens. Le squelette du crâne, qui devait avant tout attirer l'attention, a été aussi très-bien étudié, et l'on sait, surtout depuis les travaux de Geoffroy Saint-Hilaire, que, quelque considérable que soit le trou qui livre passage à cette sorte de hernie cérébrale, il n'y a jamais absence d'aucun os du crâne, on pourrait presque dire d'aucune de ses parties : ces os sont simplement arrêtés dans leur développement, et Geoffroy Saint-Hilaire n'a pas manqué de développer cette découverte au nombre des meilleures preuves du principe d'unité de composition organique.

» Afin donc d'éviter de développer des faits déjà très-connus, j'arrêterai seulement un instant l'attention de la Société sur la partie singulière qui représente ici les vestiges de l'encéphale, sujet d'étude tout à fait négligé par les auteurs.

» Au niveau de la solution de continuité du crâne, très-régulièrement circulaire et assez bien représentée par la ligne qui, sur un crâne normal, sépare la base de la voûte crânienne, à ce niveau, dis-je, en bas, la peau du front, de la partie supérieure des paupières, de la tempe, de la nuque, s'arrête brusquement en s'enfonçant un peu et adhère au cercle osseux. En haut, s'élève du même point et à nu la tumeur pseudencéphalique, séparée de la circonférence cutanée par un liséré cicatriciel. Cette tumeur est du volume environ d'un œuf de dinde, irrégulièrement arrondie, beaucoup plus large et saillante en avant qu'en arrière, assez symétrique dans ses deux moitiés gauche et droite, lesquelles sont séparées, mais dans leur milieu seulement, par une scissure profonde.

» Au premier coup d'œil jeté sur l'extérieur de la tumeur, il est difficile de ne pas songer aux *hémisphères cérébraux*. Outre cette sorte de scissure interhémisphérique dont j'ai parlé, il y a quelques indications de scissures transversales qui peuvent donner l'idée, assez vague cependant, de lobules antérieurs, moyens et postérieurs. Nous nous expliquerons tout à l'heure à cet égard.

» A l'extérieur au moins, la nature du tissu dont semble formée la masse pseudencéphalique est bien ce que les auteurs ont décrit ou représenté : c'est, sous une enveloppe fine et pelliculeuse, ce tissu spongieux, rougeâtre, gorgé de sang, qui donne l'idée d'une sorte de substance érectile. Mais on aurait tort de penser, d'après les auteurs, que ce tissu est inextricable. La dissection permet, au contraire, de distinguer les différentes couches, et conduit, je pense, à une interprétation satisfaisante de la monstruosité.

» Les téguments, peau et tissu sous-cutanés, s'arrêtent où cessent les os. Et ce que Geoffroy Saint-Hilaire a prouvé pour le squelette semble également vrai pour les téguments; car, bien que le front manque entièrement, on voit naître de là à la racine du nez, à la base des paupières supérieures, de longs cheveux rares, qui doivent appartenir normalement à des téguments placés plus haut.

» Sur notre tumeur, nous ne trouvons rien non plus qui rappelle la dure-mère. Cette membrane, elle aussi, s'est arrêtée avec les os, et cela viendrait à l'appui du nom qu'on lui attribue souvent de périoste interne des os du crâne.

» L'arachnoïde couvre la plus grande partie de la surface de la tumeur, manquant toutefois en certaines places; elle est sous forme de pellicule crasseuse, qui, détachée du plan sous-jacent, paraît y tenir au moyen de quelques tractus filamenteux, vestige du tissu cellulaire sous-arachnoïdien.

» Avant la dissection, il était facile de prévoir que l'aspect spongieux, rougeâtre, de la masse cérébrale était dû surtout à la membrane pie-mère. J'avais en effet ouvert en arrière, dans toute son étendue, le canal rachidien. Après avoir constaté, ce qui n'arrive pas toujours en pareil cas, qu'il était parfaitement normal et régulier dans les vertèbres, je vis qu'il en était de même de la moelle, ferme, volumineuse, protégée de ses trois membranes. Le bulbe fut reconnu parfaitement conformé dans toute son étendue, mais offrant seulement quelque chose de tout à fait insolite dans sa membrane immédiate, son névrilème. A son niveau, en effet, la pie-mère change de caractère : elle devient épaisse, gorgée de sang, rouge, fongueuse, et se continue ainsi supérieurement avec la masse de même nature qui couvre la tumeur pseudencéphalique.

» Dans cette dernière, du reste, le scalpel sépare avec facilité la couche de la pie-mère, et on s'assure que cette membrane seule offre les caractères singuliers qui signalent l'extérieur de notre tumeur.

» La pie-mère détachée, et c'est elle qui, par son épaisseur et ses prolongements, forme la plus grande partie de la tumeur, et la tumeur tout entière en avant et en arrière, on trouve au-dessous d'elle trois poches sphériques bien distinctes, isolables dans toute leur étendue, l'antérieure très-considérable, celle du milieu beaucoup plus petite. En ouvrant ces poches, on les trouve formées d'une couche ferme, peu épaisse, blanchâtre et nerveuse à l'intérieur, et limitant une sorte de kyste plein de sérosité sanguinolente.

» En résumé, absence des téguments des os, de la dure-mère; arachnoïde presque effacée; pie-mère hypertrophiée; trois poches nerveuses : telle est la composition de la tumeur du pseudencéphale.

» Devant cette dissection, on ne peut plus songer à comparer cette tumeur aux *hémisphères* du cerveau. Les lobules antérieurs et postérieurs sont une illusion; ils sont formés par la pie-mère, et rien, sous nos poches nerveuses, qui représente les portions basilaires de l'encéphale. Mais en même temps une interprétation bien plus satisfaisante s'offre à l'esprit.

» Dans ces trois poches nerveuses, peut-on méconnaître les *cellules cérébrales*, premier rudiment de tout l'encéphale chez l'embryon? C'est ainsi, sauf le volume, que ces cellules se présentent au commencement de leur formation, pleines de liquide et laissant déposer la matière nerveuse sur la face interne de leurs parois : si bien que la cause de la monstruosité, évidente pour les téguments et les os du crâne, le *développement arrêté*, expliquerait encore la modification profonde de l'encéphale.

» Plus on étudie les monstruosités les plus compliquées, plus on voit que l'état tératologique reçoit toujours l'arrêt de développement comme explication fondamentale, en ajoutant cependant qu'une fois le développement arrêté à un certain point, à une certaine heure, pour ainsi dire, un travail consécutif vient souvent mettre sous les yeux de l'observateur toute autre chose qu'un état transitoire de l'embryon.

» Il était curieux d'étudier dans ce sens le nerf optique, émanation évidente, dès les premiers temps, de la deuxième cellule cérébrale. Je l'ai trouvé grêle et s'offrant, sous son enveloppe névrilématique, qu'un tube nerveux d'une grande minceur, plein de sérosité. Le même arrêt de développement a donc frappé le nerf optique.

» Au nerf de la vision s'opposent tous les autres nerfs encéphaliques (je ne parle point de l'olfactif, qui n'est point un nerf), tous parfaitement normaux; cela est naturel : c'est qu'en réalité tous naissent du bulbe.

» J'ai suivi jusqu'au bout tous les nerfs musculaires de l'orbite. La cinquième paire, avec son ganglion de Gasser, a tout son développement, preuve nouvelle de sa véritable origine dans la profondeur du bulbe, malgré son émergence apparente des pédoncules cérébelleux moyens.

» Malgré l'état du nerf optique, la rétine avait tout son développement, comme on pourra s'en convaincre sur l'autre œil, qui n'a point été ouvert. Ce n'est pas là le seul exemple qui démontre l'erreur de ceux qui veulent faire provenir, faire pousser les parties du corps les unes des autres : le rein ou les organes génitaux du corps de Wolff, les glandes de l'intestin, les nerfs de la moelle, le cœur, des vaisseaux, etc., ou réciproquement. Quelle que soit la continuité ou la dépendance des parties, chaque chose, dans l'embryon, se forme à sa place et pour soi-même.

» Quant à l'état spongieux si remarquable de la pie-mère, des injections ont montré plusieurs fois que cet état est dû à une foule de vaisseaux, veines et artères, entrelacés les uns dans les autres. On pourrait peut-être comprendre une semblable disposition, comme le résultat de l'évolution naturelle de cette membrane, destinée à s'amplifier considérablement pour embrasser les nombreuses circonvolutions cérébrales.

» L'encéphale ne s'étant point développé, ce travail de la pie-mère avorterait, pas assez cependant pour que la membrane conservât sa minceur habituelle. Ajoutez encore que la pie-mère se trouve ici à l'extérieur, sous le mince feuillet de l'arachnoïde, et que cette exposition insolite peut contribuer à modifier sa nutrition.

» Je n'ajoute plus qu'un mot : la base de la tumeur pseudencéphalique est, dans toute sa circonférence, adhérente au pourtour osseux et cutané, excepté pourtant en un point : c'est directement en arrière où se voit un orifice admettant l'extrémité du petit doigt. Il me paraît à peu près certain que ce trou n'est autre que le *trou de Magendie*, ou l'orifice bordé par deux replis de la pie-mère qui fait communiquer le quatrième ventricule avec le tissu cellulaire sous-arachnoïdien. Ce trou, en effet, mène en bas à l'écartement du *calamus scriptorius*. » (10 mai.)

VI. — Bibliographie.

ESSAI CLINIQUE SUR LE DIAGNOSTIC SPÉCIAL ET DIFFÉRENTIEL DES MALADIES DE LA VOIX ET DU LARYNX; par M. B.-C.-G. DUFOUR.

M. Laboulbène présente à la Société l'ouvrage qui a servi de thèse à M. Dufour; il en signale les principaux points, et donne lecture des conclusions suivantes :

« 1° La situation, la structure et les usages du larynx expliquent la variété et la gravité des maladies qui peuvent atteindre cet organe, et qui en font un des détroits morbides les plus redoutés du praticien.

» 2° Presque toujours le diagnostic exact et précis de ces états pathologiques est d'une grande importance pour la thérapeutique; mais très-souvent aussi il est difficile à établir, et les causes d'incertitude et d'erreur sont encore très-nombreuses.

» 3° La séméiotique des affections laryngées puise la plupart de ses éléments dans les symptômes locaux fonctionnels (douleur, altérations de la voix, de la toux).

» 4° Dans l'état actuel de la science, les méthodes physiques ne fournissent qu'un petit nombre de renseignements utiles; cependant il est de ces symptômes physiques auxquels l'expérience clinique assigne une haute valeur, et par conséquent le médecin doit chercher attentivement à les apprécier (altérations de la gorge, de l'orifice supérieur du larynx, sifflement aigu, bruit de soupape, etc.). L'auscultation thoracique peut aussi éclairer le diagnostic dans des cas fort obscurs.

» 5° Parmi les nombreuses sources de difficultés et d'erreurs, je citerai les circonstances suivantes : la simulation (aphonie, mutité); l'existence d'un symptôme fonctionnel sans lien organique manifeste; l'analogie symptomatologique des formes graves de la maladie ou de maladies peu dissemblables (laryngite aiguë grave, angine striduleuse); l'insuffisance des lésions nécroscopiques pour expliquer la gravité des symptômes; l'existence de complications méconnues; les variations accidentelles ou individuelles des symptômes (laryngite chronique); l'époque à laquelle le médecin est appelé; la rareté de la maladie; la négligence d'un traitement spécifique; la prédominance de symptômes du côté de la poitrine; la marche foudroyante des accidents; la ressemblance des mêmes phénomènes graves occasionnés par des causes diverses (laryngo-sthénosie); une fausse appréciation de la sensation tactile, ou un oubli de l'inspection directe et du toucher; la confusion des dénominations nosologiques; la préoccupation trop exclusive d'un état général grave; la sécurité aveugle des personnes qui entourent le malade; l'intermittence des accidents (corps étrangers); l'absence ou l'insuffisance de signes commémoratifs; le peu de gravité apparente de la lésion extérieure. »

COMPTE RENDU DES SÉANCES PENDANT LE MOIS DE JUIN 1851; par M. le docteur BROWN-SÉQUARD, secrétaire.

I. — Physiologie.

1° DE LA SURVIE DES BATRACIENS ET DES TORTUES APRÈS L'ABLATION DE LEUR MOELLE ALLONGÉE; par M. BROWN-SÉQUARD.

En 1847, M. Brown-Séquard a annoncé à l'Académie des sciences (COMPTES RENDUS, t. XXIV, p. 363) que certains vertébrés à sang froid pouvaient survivre très-longtemps à la perte de leur moelle allongée, à la condition d'être tenus dans une atmosphère, dont la température soit inférieure à 6 ou 8° c. et supérieure à zéro. Or à cette température tous les phénomènes de la vie sont ralentis chez les vertébrés à sang froid. En conséquence, en exagérant le degré de ce ralentissement, on a été jusqu'à supposer qu'une survie d'un ou de plusieurs mois, à une très-basse température, équivalait par le total des phénomènes vitaux à une survie de quelques heures en été, saison où ces phénomènes ont une grande activité.

M. Brown-Séquard, pour répondre à cette objection, rappelle d'abord que chez les batraciens, privés de la moelle allongée et soumis à l'action d'une basse température, le cœur battant, en moyenne, 35 fois par minute et la survie durant quatre mois, c'est-à-dire 172,800 minutes, il s'ensuit que pendant cette survie le cœur bat 35 fois 172,800, ce qui fait plus de *six millions* de battements (1). En été, la survie maximum étant de six heures, le cœur battant en moyenne 45 fois par minute, il en résulte qu'il y a 16,200 battements pendant la survie, nombre qui est à celui des battements à une basse température, comme 1 est à 375.

On voit par là, d'une manière éclatante, combien il est faux de dire qu'en raison du ralentissement des phénomènes vitaux, dans des temps froids, une survie de quelques mois n'est pas alors plus longue qu'une survie de quelques heures en été.

Reste maintenant la question de savoir pourquoi la survie est si courte en été et si longue en hiver. La cause de cette différence se trouve en ceci que la respiration cutanée qui continue à se faire après l'ablation de la moelle allongée (nous n'avons pas besoin de dire que la respiration pulmonaire n'a plus lien), et qui est suffisante tant que la température est très-basse, devient au contraire insuffisante quand la température s'élève, et d'autant plus que l'élévation est plus grande. Ce que W.-F. Edwards a trouvé à cet égard, pour les batraciens intacts, est également vrai pour les batraciens dépouillés de la moelle allongée.

C'est ce que prouveraient encore, s'il en était besoin, les expériences suivantes que nous rapportons pour faire voir que les vertébrés à sang froid peuvent, même à une température élevée, survivre longtemps à la perte de leur moelle allongée, pourvu qu'on augmente leur respiration.

M. Brown-Séquard a constaté que les grenouilles privées de la moelle allongée, à une température estivale de 24 à 28° c., meurent en général en moins de cinq ou six heures, si on les laisse dans l'air atmosphérique, tandis qu'elles peuvent survivre au contraire bien plus longtemps si on les met dans de l'oxygène.

Dans deux séries d'expériences, l'une exécutée au mois de juin 1847, l'autre au mois de juillet 1850, des grenouilles tenues sous de grandes cloches pleines d'oxygène y ont vécu de huit à quatorze jours après l'ablation de la moelle allongée. Au moment de l'opération dans les expériences de 1847, la température était de 23°, et dans celles de 1850 elle était de 25°. Dans les deux cas, la température a varié, après l'opération et jusqu'au dernier jour des expériences, de 18 à 29°.

On avait mis sous les cloches de la potasse caustique pour que l'acide carbonique ne pût pas s'y accumuler.

Il est très-probable que les batraciens, mis en expérience dans ces circonstances, auraient survécu plus longtemps si l'on avait pu s'en occuper davantage et leur fournir de nouveau de l'oxygène.

Dans ces derniers temps, M. Brown-Séquard a fait sur des tortues grecques des expériences qui lui ont donné des résultats analogues à ceux obtenus avec les batraciens.

Il enleva la moelle allongée sur trois tortues grecques, sur lesquelles il pratiqua l'insufflation pulmonaire toutes les deux ou trois heures. L'une d'elles, deux jours après l'opération, étant restée cinq heures sans être insufflée, avait perdu toute trace de la faculté réflexe. On aurait pu la considérer comme morte; cependant, après plusieurs insufflations des poumons, la faculté réflexe reparut et l'animal survécut encore cinq jours. Les deux autres tortues survécurent, l'une douze, l'autre dix-sept jours. La mort n'a eu lieu chez toutes trois que parce qu'elles sont restées sans insufflation plus de cinq ou six heures. Pendant ces expériences, la température a varié de 18 à 30° c.

La plus longue survie observée par M. Brown-Séquard chez des tortues dépouillées, en été, de la moelle allongée, et non insufflées, a été de vingt-trois

(1) Il y a en Allemagne plusieurs physiologistes distingués, MM. Budge et Moritz Schiff entre autres, qui soutiennent que c'est la moelle allongée qui fait battre le cœur. Ils changeront certainement d'avis en apprenant que chez les batraciens le cœur peut encore battre six millions de fois avec énergie et régularité après l'ablation de la moelle allongée.

heures. En général la survie est bien plus courte. En hiver la plus longue survie a été de dix jours, et conséquemment moindre qu'elle n'a été en été par le secours de l'insufflation pulmonaire.

De ce qui précède il résulte que si la moelle allongée est essentielle à la vie, c'est surtout, sinon exclusivement, parce qu'elle sert à la respiration pulmonaire.

2° DES ACTES DE LA GÉNÉRATION CHEZ DES ANIMAUX ATTEINTS DE PARAPLÉGIE INCOMPLÈTE; par le même.

M. Brachet rapporte qu'après avoir coupé en travers la moelle épinière chez une jeune chienne en chaleur, à la hauteur de l'articulation de la seconde avec la troisième vertèbre lombaire, et ayant mis cette chienne en rapport avec un mâle, il a constaté que la conception, la fécondation et le développement embryonnaire ont eu lieu.

M. Brown-Séquard ne veut pas nier l'exactitude de l'expérience de M. Brachet, mais il a obtenu des résultats tout différents, et il se borne ici à les signaler. Il a expérimenté sur sept femelles de cochons d'Inde, ayant eu la moitié latérale droite de la moelle épinière coupée à la hauteur de l'une des trois dernières vertèbres costales. Chez ces animaux la paraplégie n'a existé qu'à un faible degré; elle était complète au contraire dans l'expérience de M. Brachet; pourtant, bien que l'acte du coït ait été très-fréquemment répété depuis plus d'un an que la moelle a été lésée, il n'y a jamais eu de fécondation, ou du moins le développement n'a pas eu lieu; nous devons dire que ces animaux ont tous assez souvent des convulsions; peut-être est-ce dans cette circonstance qu'il faut trouver la cause de l'insuccès du coït.

Si les femelles de cochons ne peuvent plus engendrer après la section d'une moitié latérale de la moelle épinière au dos, il n'en est pas de même des mâles: ceux-ci très-peu de temps après l'opération commencent déjà à se livrer au coït. Bien des fois le coït entre ces animaux et des femelles non paralysées a été fructueux. La sécrétion spermatique, l'érection, la copulation et l'éjaculation ont donc lieu chez ces cochons d'Inde.

En conséquence, la section transversale d'une moitié latérale de la moelle épinière paraît empêcher soit l'ovulation, soit la fécondation, soit le développement de l'embryon chez les cobayes, mais elle ne détruit aucune des fonctions génératrices chez les mâles de cette espèce d'animaux.

3° EXPÉRIENCE NOUVELLE SUR LA VOIE DE TRANSMISSION DES IMPRESSIONS SENSITIVES DANS LA MOELLE ÉPINIÈRE; par le même.

On sait que M. Brown-Séquard a trouvé que les impressions sensitives se transmettent en partie d'une manière croisée dans la moelle épinière. L'une des expériences qui lui ont fait obtenir ce résultat consiste à faire une section transversale d'une moitié latérale de la moelle épinière au devant de l'origine des nerfs des membres soit postérieurs, soit antérieurs. Il a fait récemment une expérience qui paraîtra plus décisive à certaines personnes.

Après avoir fait, à la hauteur de la dixième et de la onzième vertèbre costale, une section longitudinale, d'un demi ou d'un centimètre, sur la ligne médiane de la moelle épinière, il fait deux sections transversales d'une moitié latérale de cet organe, chacune de ces sections partant des extrémités de la section longitudinale, de manière à retrancher un fragment assez considérable de la moelle. L'animal qui a subi cette opération conserve presque toute l'énergie de ses mouvements volontaires, excepté dans le membre postérieur du côté de la section, lequel cependant possède encore des mouvements volontaires très-faibles, mais incontestables. Quant à la sensibilité, ce dernier membre paraît au moins aussi sensible qu'à l'état normal, tandis que le membre postérieur du côté opposé (côté où la moelle est intacte) a perdu notablement de sa sensibilité.

Deux cochons d'Inde, soumis à cette expérience, sont montrés à la Société. On a d'abord reconnu l'existence des phénomènes qui viennent d'être signalés, puis l'autopsie a été faite séance tenante, et les lésions indiquées ont été constatées.

4° SUR PLUSIEURS CAS DE CICATRISATION DE PLAIES FAITES A LA MOELLE ÉPINIÈRE, AVEC RETOUR DES FONCTIONS PERDUES; par le même.

Dans le courant des trois dernières années, M. Brown-Séquard a fait un grand nombre d'expériences dans le but de chercher le degré de curabilité des plaies de la moelle épinière; ses premiers résultats ont été publiés dans la GAZETTE MÉDICALE (voy. COMPTES RENDUS DE LA SOC. DE BIOL., fév. 1849 et janv. 1850). Jusque-là il n'avait vu qu'un retour partiel de la sensibilité et des mouvements volontaires. Depuis lors il a vu des pigeons se mouvoir volontairement presque aussi bien qu'à l'état normal et recouvrer complètement la sensibilité, après avoir subi cependant la section transversale complète de la moelle épinière. Deux de ces pigeons sur trois sont morts sans avoir été examinés, pendant un voyage de M. Brown-Séquard. Le troisième vit encore: il a été opéré il y a quinze mois; la moelle a été coupée entièrement à la hauteur de la cinquième ou de la sixième vertèbre costale. Il va sans dire qu'après l'opération il n'y a plus eu la moindre trace de sensibilité ni de mouvements volontaires dans le train postérieur. Au bout de trois mois on commença à reconnaître l'existence de mouvements volontaires mêlés aux mouvements réflexes. La sensibilité semblait aussi reparaître. Ce retour vers l'état normal s'accrut peu à peu, et au bout de six mois le pigeon pouvait se mettre et se tenir quelque temps sur ses pattes; mais dès qu'il voulait marcher il tombait. Dans le cours du septième mois, il put marcher, mais il trébuchait souvent et était, à chaque instant, obligé de se servir de ses ailes pour s'arc-bouter. A la fin du huitième mois, il marchait assez bien pourvu qu'il allât lentement et que rien ne l'émotionnât. Toutes les fois qu'il voulait aller vite, il tombait tantôt d'un côté, tantôt de l'autre, à moins qu'il n'eût le temps de déplier son aile et de s'en servir comme point d'appui sur le sol. Toutes les fois qu'il marchait un peu vite, ses ailes étaient au quart étendues, comme s'il les tenait prêtes à lui servir de parachute, ou comme s'il s'en servait en guise de balancier. Enfin douze mois après l'opération, il a pu courir, et aujourd'hui (fin du quinzième mois) il serait tout à fait à l'état normal s'il ne restait quelque chose de roide dans sa démarche.

Sur plusieurs cochons d'Inde ayant subi la section transversale d'une moitié latérale de la moelle épinière, M. Brown-Séquard a constaté le retour des mouvements volontaires, mais d'une manière incomplète, sept ou huit mois après l'opération. Sur un cochon d'Inde qui avait subi cette opération depuis près d'un an et chez lequel la sensibilité était revenue assez complétement et les mouvements volontaires d'une manière moins complète, M. Brown-Séquard, avec le concours d'un habile micrographe, M. Laboulbène, a fait l'examen de la cicatrice de la moelle. Voici ce que ces messieurs ont constaté. La peau ayant été enlevée, ils virent, ce que M. Brown-Séquard a toujours vu en pareil cas, les arcs postérieurs des vertèbres sur lesquelles avait porté la lésion, entièrement régénérés et, à bien peu près, avec leurs dimensions normales. Immédiatement au-dessous de ces arcs osseux et adhérant avec eux se trouvait une lame fibreuse épaisse à laquelle la moelle était attachée. Après avoir séparé la moelle de ce plan fibreux, il fut constaté qu'elle était comme étranglée, rétrécie en ce point. L'opération faite depuis plus d'un an sur cette moelle avait consisté non-seulement dans la section transversale de la moitié latérale droite, mais aussi dans la section du cordon postérieur gauche, de sorte que, au même niveau, les deux cordons postérieurs, le cordon latéral et le cordon antérieur droits, ainsi que la portion de substance grise de la moitié droite, avaient été coupées transversalement. En examinant attentivement la moelle, on vit que le rétrécissement n'existait que sur les parties qui avaient été coupées. Au niveau de cette sorte de coarctation, très-légère d'ailleurs, il existait une trace blanchâtre. Cette ligne blanche et cette dépression indiquaient d'une manière certaine l'endroit de la plaie. L'examen microscopique vint du reste confirmer cette manière de voir. Une très-petite portion de la face postérieure de la moelle, prise à l'endroit même de la partie déprimée et blanchâtre, montra:

1° Des fibres de tissu cellulaire en très-grand nombre, formant cette cicatrice blanchâtre visible à l'œil nu. Ces fibres, de 0,001 à 0,002 de millim. de diamètre, sont pour la plupart dirigées transversalement ou très-légèrement obliques, croisant ainsi perpendiculairement ou à peu près les fibres nerveuses.

2° Des fibres nerveuses, à double contour, ayant de 0,004 à 0,006 de millim. de diamètre. Ces tubes nerveux sont en très-grand nombre dans le champ du microscope, au milieu des fibres cellulaires. Aucun d'eux ne présente de traces de déformation ni de rupture; ils se continuent sans interruption non-seulement dans toute l'étendue de la cicatrice, c'est-à-dire de la partie où se trouvent les fibres cellulaires, mais encore au devant et en arrière.

3° Il y avait de rares corpuscules nerveux épars au milieu des fibres nerveuses.

En examinant la partie blanchâtre au microscope, on y trouvait vers son milieu une quantité de fibres cellulaires peut-être plus considérable que celle des fibres nerveuses. En déplaçant peu à peu le porte-objet on voyait diminuer le nombre des fibres cellulaires, et enfin on cessait d'en voir, tandis que les fibres nerveuses se voyaient toujours et avec le même aspect en dedans et au dehors de la cicatrice.

Il suit de ces recherches:

1° Que les plaies de la moelle épinière, ainsi que l'avaient déjà vu MM. Flourens, Ollivier et Jobert, sont capables de cicatrisation;

2° Que les fonctions de la moelle épinière peuvent revenir comme à l'état normal, même après une section transversale complète de cet organe.

Nous ajouterons que, suivant ce que M. Brown-Séquard a vu dans trois cas: une fois avec M. Lebert, une autre fois avec M. Follin et surtout une dernière fois avec M. Laboulbène, les cicatrices des plaies anciennes de la moelle épinière renferment beaucoup de fibres nerveuses, ayant tout à fait l'aspect normal et se continuant avec les fibres des parties intactes de la moelle.

5° SUR UNE NOUVELLE ESPÈCE DE TOURNOIEMENT; par le même.

On connaissait deux espèces de tournoiement, savoir: un mouvement de manége et un mouvement de rotation autour de l'axe longitudinal du corps. M. Brown-Séquard en a trouvé une troisième espèce, qui a des caractères propres, tout en étant, à certains égards, un intermédiaire entre les deux précédentes.

Dans le tournoiement par un mouvement de manége, l'animal qui l'exécute a l'axe longitudinal de son corps courbé en arc latéralement. Cet arc forme le plus souvent une partie de la circonférence que décrit l'animal en se mouvant: d'où il suit que plus est petit le rayon de cet arc, plus le cercle de tournoiement est petit.

Dans la manière de tourner trouvée par M. Brown-Séquard, il y a bien une sorte de mouvement de manége; mais l'animal n'est pas courbé en arc latéralement, ou, s'il l'est, ce n'est qu'à un faible degré. En outre, il se tient très-bien sur ses quatre membres; mais quand il vent marcher, au lieu d'aller devant lui, il se porte *sur le côté*, comme le font quelquefois les chevaux fringants. Ce mouvement s'exécute toujours dans une même direction latérale; mais comme il arrive que les pas latéraux faits par les membres antérieurs sont plus grands que ceux des membres postérieurs, la tête et le train antérieur parcourent plus

de chemin que le train postérieur, de sorte que l'animal décrit un cercle. L'axe longitudinal de son corps, au lieu d'être une partie de la circonférence décrite, comme dans le mode de tournoiement connu, est toujours, au contraire, parallèle à l'un des rayons du cercle décrit, de façon que le museau de l'animal reste toujours à la circonférence, tandis que sa queue est la partie de son corps qui avoisine le plus le centre du cercle; en d'autres termes, l'animal, dans sa locomotion, ne se propage pas dans la direction du grand axe médian de son corps, mais perpendiculairement à cet axe.

M. Brown-Séquard a vu ce tournoiement sur des cochons d'Inde dont il avait transpercé le crâne et l'encéphale par une épingle, enfoncée de haut en bas, et un peu d'avant en arrière et de dehors en dedans. Cette épingle passait à travers le tiers postérieur du lobe cérébral gauche, puis par le tubercule nates gauche, dans son milieu, et par la partie inférieure du tubercule testes du même côté. Elle se dégageait de l'encéphale par la face inférieure de la protubérance, près de son bord antérieur et au milieu de l'espace compris entre la ligne médiane et le bord latéral gauche de cet organe, en avant et en dedans de l'origine du nerf trijumeau.

En enfonçant lentement l'épingle, M. Brown-Séquard a remarqué : 1° qu'après le transpercement du cerveau, il n'y avait aucun trouble dans les mouvements; 2° qu'après le transpercement du tubercule nates, il survenait un tournoiement par le mouvement de manége connu depuis longtemps; 3° qu'il a fallu percer la protubérance pour que le mouvement à la fois latéral et circulaire, décrit ci-dessus, s'opérât. Ce mouvement a toujours eu lieu sur le côté droit du corps, c'est-à-dire à l'opposé du côté sur lequel siégeait la lésion de la protubérance et des tubercules. Les animaux chez lesquels ce tournoiement a été produit ont paru conserver partout la sensibilité et les mouvements volontaires.

Dans les premiers moments après l'opération, le cercle de tournoiement a été très-petit; il s'est agrandi peu à peu, et il a acquis quelquefois un si grand rayon que l'animal ne paraissait plus décrire un cercle et semblait tout simplement se porter de côté.

Nous ajouterons que l'œil droit était convulsé et porté en peu en bas; l'œil gauche n'avait pas de mouvements convulsifs : il conservait sa position normale et toute la liberté de ses mouvements. Les nerfs moteurs de l'œil n'avaient pas été lésés. La convulsion de l'œil droit ne peut s'expliquer que par la piqûre des tubercules quadrijumeaux du côté gauche. C'est là une action croisée assez singulière.

Des faits mentionnés dans cette note, il résulte qu'une piqûre d'une certaine partie de la protubérance peut produire une espèce de tournoiement jusqu'ici non décrite.

II. — ANATOMIE PATHOLOGIQUE.

TUMEURS FOLLICULAIRES DE LA MUQUEUSE DU SINUS MAXILLAIRE; par M. VERNEUIL.

Sinus maxillaire gauche d'un jeune homme de 25 ans environ, normalement conformé. La muqueuse est finement injectée; on y observe cinq ou six petites tumeurs dont le volume varie depuis celui d'un grain de millet jusqu'à celui d'une lentille. Ces tumeurs font saillie dans la cavité du sinus; elles sont contenues dans l'épaisseur de la muqueuse, et sont séparées de l'os par le tissu fibreux qui double la muqueuse.

L'aspect et le contenu de ces tumeurs est variable. Les plus petites tumeurs sont transparentes, assez consistantes. La substance contenue est hyaline et assez semblable au tissu du cristallin; elle paraît être adhérente aux parois, et avec la pointe d'un scalpel fin, on peut enlever toute la masse.

La tumeur la plus volumineuse présente une tout autre apparence : elle ressemble à une pustule sans ombilic; elle est molle, fluctuante; le contenu est semi-liquide, puriforme, filant et doué d'une cohésion assez notable. Le microscope permet de constater dans ces productions une assez forte proportion de cellules d'épithélium cylindrique dans une gangue grenue, visqueuse, très-cohérente. Cette matière est surtout très-abondante dans la tumeur d'apparence puriforme. Les cellules épithéliales sont beaucoup plus rares. Il n'y a aucune trace de globules purulents.

A la partie inférieure du sinus, le toucher reconnaît deux ou trois petites saillies très-dures, dues à des concrétions très-adhérentes à la muqueuse, acquérant à peine le volume d'une tête d'épingle. L'analyse chimique, sous le microscope, y démontre la nature du tissu osseux. Cette dernière particularité me paraît très-remarquable. Des concrétions osseuses, prenant naissance dans l'épaisseur d'une muqueuse, constituent une exception pathologique intéressante. (21 juin.)

III. — TÉRATOLOGIE.

CAS DE MONSTRUOSITÉ DOUBLE OBSERVÉE CHEZ LE CANARD ORDINAIRE; par M. SEGOND.

Le monstre double que je présente à la Société m'a été transmis par madame Dupré (de Santeny); il a été rencontré dans une couvée de canards et a vécu pendant quelques instants après son éclosion. Plongé dans l'alcool depuis quinze jours environ, il m'a été difficile d'étudier avec précision plusieurs organes intérieurs. L'aspect extérieur de ce monstre permet de le rattacher au genre *déradelphe*, de la famille des MONOCÉPHALIENS. Il ne pourrait y avoir hésitation qu'entre ce genre et les *synotes*, dernier genre des SYCÉPHALIENS; mais l'unité apparente de la tête ne doit laisser à cet égard aucun doute. Les deux corps, séparés et opposés face à face au-dessus de l'ombilic, sont réunis en un double thorax à deux sternums latéraux et opposés. Les membres sont au nombre de huit. Le cou, volumineux, contient les éléments distincts de deux rachis. L'arrière-crâne est plus élargi qu'à l'ordinaire; il présente deux trous occipitaux. Entre ces trous, la fusion des moitiés correspondantes inverses des deux occipitaux forme une cloison falciforme, en saillie à l'ouverture du crâne. Malgré l'altération des centres nerveux, j'ai pu très-facilement reconnaître deux moelles allongées.

Pour les organes de la vie végétative, ceux de la région sous-ombilicale sont doubles et normaux; les organes urinaires, les organes génitaux et la moitié inférieure de l'intestin. Quant à la moitié supérieure de l'intestin, elle est simple et aboutit à un gésier et à un œsophage simples. Le foie est double; l'un des deux seulement est pourvu d'une vésicule biliaire. Il existe quatre poumons, comme quatre séries de côtes et deux trachées s'ouvrant dans un pharynx commun de chaque côté de l'œsophage; entre les poumons, deux cœurs, l'un de moitié plus volumineux que l'autre.

Je regrette infiniment que les conditions dans lesquelles j'ai observé ce monstre ne m'aient pas permis de donner plus de précision à l'étude des organes intérieurs. Il est facile de reconnaître que, dans la situation actuelle de la tératologie, cette partie de l'histoire des monstres doubles n'est pas celle qui a été la mieux étudiée, et l'on peut dire que les théories qui régissent aujourd'hui cette étude étant surtout inspirées par la considération des organes de la vie animale, ne peuvent avoir qu'un caractère provisoire. Quand la véritable relation entre les appareils aura d'abord été établie au point de vue normal, je ne doute pas que la théorie des monstres n'y doive puiser de nouvelles bases de classification.

IV. — BOTANIQUE.

CONFERVE PARASITE SUR LE CYPRINUS CARPIO; par M. DAVAINE.

M. Davaine met sous les yeux de la Société une *carpe (cyprinus carpio)* dont l'extrémité caudale et le pourtour de l'ouverture des branchies étaient couverts d'un duvet grisâtre. M. Davaine reconnut que ce duvet était formé par une conferve, l'*achlya prolifera*. Elle consistait en filaments tubuleux, simples, non cloisonnés, plus ou moins transparents, de 1 à 2 centimètres de longueur, de 2 à 3 centièmes de millimètre de largeur, et renfermant des granules moléculaires en quantité variable. Ces filaments étaient terminés par un renflement allongé, en forme de doigt de gant ou de massue, dont la cavité, séparée de celle de la tige par une cloison très-mince, contenait des granules moléculaires et des spores arrondies plus ou moins apparentes, suivant leur degré de développement.

Après deux ou trois jours de conservation dans de l'eau fraîche, il s'était produit de nouveaux filaments, terminés, comme les précédents, par un *sporange*, pour la plupart en forme de massue, en même temps qu'un grand nombre d'autres s'étaient allongés ou avaient donné naissance à des filaments plus minces, transparents, entre-croisés en divers sens.

La *carpe* sur laquelle on observa cette conferve était conservée dans un réservoir avec d'autres poissons, dont quelques-uns se couvrirent d'un duvet semblable et moururent.

M. Davaine a eu l'occasion d'observer une épizootie qui, si l'on en juge par l'apparence du corps des poissons, était due au développement d'une conferve du même genre; mais l'examen microscopique n'en fut pas fait. Cette épizootie régna sur les poissons d'un étang dont un grand nombre étaient languissants et venaient à la surface de l'eau. Ils étaient plus ou moins recouverts d'un duvet d'un blanc grisâtre. Ceux dont ce duvet avait envahi une grande partie du corps ne tardaient pas à mourir; ceux, au contraire, qui n'en présentaient que sur un ou plusieurs points assez circonscrits guérissaient. Le duvet tombait, et la partie qui en avait été le siége restait plus blanche ou rosée.

V. — BIBLIOGRAPHIE.

SUR L'OUVRAGE DE M. BARRAL, INTITULÉ : STATIQUE CHIMIQUE DES ANIMAUX, APPLIQUÉE SPÉCIALEMENT A LA QUESTION DE L'EMPLOI DU SEL; par M. BROWN-SÉQUARD.

Cet ouvrage remarquable n'est pas seulement l'exposé de tout ce qui a été fait jusqu'ici sur l'utilité du sel pour l'homme et les animaux, il contient en outre un grand nombre de recherches et de vues nouvelles propres à l'auteur, sur l'emploi du sel et sur la statique chimique des animaux.

Il nous est impossible d'indiquer ici tout ce qu'il y a d'important dans le livre de M. Barral; nous nous bornerons à mentionner quelques-uns des principaux résultats physiologiques qui y sont rapportés.

Entre autres questions dont M. Barral a cherché la solution, celle que je vais poser, dans les termes mêmes que ceux dont il s'est servi, est assurément une des plus grandes :

« Connaissant la quotité et la composition élémentaire des aliments tant solides que liquides ingérés chaque jour, établir la quotité et la composition élémentaire des évacuations, transpirations et excrétions diverses, de manière à pouvoir poser l'équation des gains et des pertes du corps humain. »

J. Liebig avait essayé, avant M. Barral, de résoudre ce problème, mais il a négligé d'analyser tous les aliments, de sorte que ses résultats sont loin d'avoir la valeur de ceux du chimiste de Paris, qui n'a rien négligé.

Le procédé employé par ce dernier a consisté à analyser tout ce qui était ingéré (aliments et boissons) et tout ce qui était rendu (matières fécales, urine, etc.), par une même personne, dans un temps donné.

L'expérience a été faite cinq fois : deux fois sur M. Barral lui-même, et une

fois sur un enfant, sur un vieillard et sur une femme. Chaque fois l'expérience a duré cinq jours.

On comprendra aisément, sans doute, combien ont dû être nombreuses et pénibles les analyses que l'auteur a exécutées. Mais son labeur lui sera payé, car, ainsi que l'a dit M. de Gasparin : « cet immense travail analytique ne peut manquer d'attirer la sérieuse attention des physiologistes et de faire honneur à son auteur. »

On sait que jusqu'ici, pour arriver à connaître la quantité de carbone qu'un homme rend dans un temps donné par la respiration, on a analysé et dosé directement l'air expiré. M. Barral a reconnu, par un procédé tout à fait différent, l'exactitude des résultats rapportés à cet égard, et particulièrement ceux de MM. Andral et Gavarret. Ayant trouvé quelle est la quantité de carbone qui entre dans le corps d'un individu, dans un temps donné, et quelle est la quantité qui en sort par les évacuations, excepté les transpirations, il trouve aisément par le calcul, quelle est la quantité qui sort par la respiration. Ainsi, par exemple, en un jour, dans une expérience, il est entré 366 grammes de carbone, les diverses évacuations en ont contenu 30 grammes. En retranchant ce dernier chiffre du précédent, on a le chiffre du carbone rendu par la respiration, c'est-à-dire 336 grammes.

M. Barral a trouvé une grande différence entre l'hiver et l'été, sous le rapport de la quantité du carbone rendu. En hiver, il y en a en 335^{g},7 ; en été, 242^{g},3. Dans un jour, M. Vierordt a obtenu des résultats analogues par des analyses directes.

La plupart des physiologistes admettent qu'il y a dans l'air expiré un peu plus d'azote que dans l'air inspiré. Par son procédé de recherche, M. Barral arrive au même résultat.

Des faits pleins d'intérêt sont rapportés par M. Barral à l'égard de la chaleur animale. Ainsi il a trouvé qu'en hiver, durant vingt-quatre heures, il produisait 3.136,720 calories, tandis qu'en été il n'en produisait que 2,312,000. Dans le premier cas, pour un kilogramme de son corps, il produisait, en vingt-quatre heures, 66,036 calories, et seulement 48,673 dans le second.

La quantité de chaleur dégagée par un enfant de 6 ans a été bien plus grande que celle produite par des adultes : elle a été de 81,597 calories en vingt-quatre heures, pour 1 kilogr. du corps. Il est vrai que l'expérience a été faite en hiver.

En dernier lieu, nous dirons que M. Barral donne, comme équation générale de la statique chimique du corps humain, les quantités suivantes :

ENTRÉE.		= 100 =	SORTIE.		
Alim. solides et liquides.	Oxygène.	Eau de la perspirat.	Acide carbonique.	Évacuations.	Autres pertes.
74,4	25,6	34,8	30,2	34,5	0,5

HYGIÈNE ET MÉDECINE LÉGALE.

Nous empruntons au journal ZEITSCHRIFT FÜR DIE STAATSARZNEIKUNDE l'article suivant :

DE L'INTOXICATION ALCOOLIQUE ET DES ALTÉRATIONS QU'ELLE PRODUIT DANS L'ORGANISME AU POINT DE VUE HYGIÉNIQUE ET MÉDICO-LÉGAL ; par le docteur ROESCH à Urach.

« C'est la tempérance qu'il faut prêcher, non l'abstinence absolue des alcooliques, » dit avec raison notre savant confrère et ami le docteur Michel Lévy dans son TRAITÉ D'HYGIÈNE (t. II, p. 213, 2e éd.). Ce conseil éminemment pratique et sage convient aux masses qui, imbues de préjugés séculaires, regardent les liqueurs fermentés comme indispensables à l'entretien de la vie ; c'est aussi ce que conseille M. Roesch ; pourtant il en excepte l'eau-de-vie dont les effets physiques et moraux lui paraissent si pernicieux pour les populations qu'il s'écrie : « Celui qui parviendrait à bannir l'usage de l'eau-de-vie rendrait plus de services à l'humanité que le médecin qui a découvert la vaccine. » Cette noble exagération ne nous étonne pas de la part de notre bon et modeste confrère.

L'*intoxication chronique* par l'eau-de-vie est connue dans ses phénomènes ; au reste nous renvoyons à cet égard à l'excellent ouvrage de M. Lévy (*loc. cit.*) ; mais les altérations résultant de cette cause ayant été étudiées d'une manière particulière par M. Roesch, nous allons énumérer avec détails les lésions anatomiques qui ont été constatées dans presque tous les cadavres des individus adonnés à l'ivrognerie, principalement à l'eau-de-vie, et morts par suites d'accidents ou par suicide.

1° Le *cerveau* n'a pas offert de lésions notables, constantes ; par contre ses membranes ont été trouvées plus ou moins altérées dans tous les cas, et principalement l'*arachnoïde* dont les parties plus ou moins étendues étaient *épaissies*, lactescentes et non transparentes. En général la membrane séreuse renfermait un peu de sérosité incolore entre ses deux feuillets ; il en existait quelquefois dans les ventricules dont les parois imprégnées de liquide étaient ramollies. Il existe souvent des adhérences partielles entre les membranes du cerveau, entre la dure-mère et l'arachnoïde et la pie-mère, ou entre celle-ci et l'arachnoïde ; dans plusieurs cas, la dure-mère seule adhérait à la face interne du crâne. Certains sujets qui n'avaient jamais présenté des symptômes d'inflammation du cerveau avec épanchement, abstraction faite toutefois de la diminution de l'activité des facultés intellectuelles, offrirent à l'autopsie les mêmes altérations du cerveau.

2° Les *poumons* étaient souvent *œdémateux* ; incisés, ils laissaient écouler une sérosité incolore ou rougeâtre, légèrement spumeuse, très-abondante lorsqu'on exerçait une légère pression ; alors aussi les tissus conservaient l'impression des doigts. Plusieurs fois *emphysème* interlobulaire superficiel ; *adhérences* fréquentes plus ou moins étendues entre les poumons, les côtes et le diaphragme.

3° La *muqueuse de l'estomac*, le plus souvent près du pylore, présentait des îles pointillées très-rouges ; il en existait aussi dans la partie supérieure du *duodénum*, du *jéjunum* et de l'*iléon*. Les membranes des intestins grêles étaient amincies, surtout la muqueuse, mais les tuniques musculeuse et séreuse étaient restées intactes. Glandes muqueuses dans l'intestin grêle hypertrophiées.

4° L'*amaigrissement* et la *pâleur des muscles* ont été constamment notées. Parois du cœur flasques et amincies.

5° La *graisse* était toujours très-abondante sous la peau et entre les muscles. Le mésentère, le cœur, les reins et le foie en étaient tellement imprégnés que le parenchyme dans ces organes avait subi partiellement la transformation adipeuse.

6° Le *sang* contenu dans les artères est noir, fluide ; la *rate* est ordinairement ramollie, quelquefois jusqu'à consistance de bouillie.

L'*intoxication aiguë par l'eau-de-vie* ou l'ivrognerie donne rarement lieu à une mort instantanée ; pourtant des auteurs rapportent des cas où, après une forte libation, survinrent des phénomènes d'irritation et de paralysie du cerveau qui ont amené une mort rapide. Les enfants sont quelquefois victimes de doses très-minimes d'eau-de-vie, administrées par des personnes imprudentes. Dans le jeune âge, la première période, c'est-à-dire l'excitation, est courte ou manque complétement ; la seconde période, au contraire, c'est-à-dire l'engourdissement, la compression, la paralysie s'observent presque toujours ; souvent se déclarent des convulsions, ordinairement suivies de mort.

M. Roesch rapporte cinq cas d'ivresse suivie de mort, dont un garçon de 2 ans et une petite fille de 4 ans. A l'autopsie de la petite fille, on trouva le cerveau, la moelle épinière et leurs membranes gorgés de sang. Chez deux adultes, outre les phénomènes énumérés plus haut dus à l'intoxication chronique, on trouva le cerveau, ses membranes et le tissu pulmonaire gorgés de sang ; dans un cas, un œdème des poumons. L'eau-de-vie fut encore trouvée non altérée dans les voies digestives ; tous les tissus et les liquides de l'économie paraissaient en être imprégnés au moins à en juger par l'odeur qu'ils exhalaient.

Ces résultats cadavériques sont aussi notés dans les autopsies des pendus et des noyés, en un mot des asphyxiés.

Il est probable que la cause de la mort par suite de l'ingestion d'une trop grande quantité d'eau-de-vie, doit être attribuée à une congestion de sang imprégné de ce liquide dans le cerveau ; d'où résultent une compression qui amène la paralysie du cerveau et de la moelle épinière, de la stase de sang dans les voies respiratoires et dans les organes centraux de la circulation, arrêt de la respiration, asphyxie.

Suivent deux cas de médecine légale, concernant des individus ayant succombé pendant l'ivresse et sur lesquels on remarquait des traces de violence.

BIBLIOGRAPHIE.

EXAMEN DU MÉMOIRE DE M. C. SPERINO, INTITULÉ : SYPHILISATION CHEZ L'HOMME (SIFILIZZAZIONE NELL'UOMO) (1).

> « Come mai una massima quantità di virus non è nociva all' organismo, anzi gli arreca somma utilità, mentre una minima dose dà luogo a tante malattie sifilitiche primitive e secondarie? »
>
> « Comment se fait-il qu'une très-grande quantité de virus ne nuise pas à l'organisme, lui soit même avantageuse, tandis qu'une dose minime produit tant d'affections syphilitiques primitives et secondaires ? »
>
> (CASIMIRO SPERINO, p. 8.)

Cette question, que M. Sperino pose sans la résoudre, en terminant son mémoire, est, à coup sûr, la première qui se soit présentée à l'esprit de ses

(1) Mémoire lu le 30 mai 1852, à l'Académie chirurgicale de Turin.

lecteurs. En effet, les expériences qu'il annonce renversent toutes les notions reçues non-seulement en syphilographie, mais en fait de maladies virulentes. Si l'on se rappelle que, d'après ses recherches (V. GAZ. MÉD., 1851, p. 428):

Un certain nombre de chancres inoculés successivement à des femmes, a rendu celles-ci réfractaires à toute inoculation ultérieure;

Que ce nombre considérable de chancres n'a pas une seule fois, sur près de cinquante-deux cas, produit la syphilis constitutionnelle;

Que des symptômes préexistants de syphilis constitutionnelle ont été guéris par l'effet seul de ces inoculations réitérées,

On conviendra que les doctrines actuelles — et je parle de toutes leurs variétés, de toutes leurs nuances — recevraient de ces faits un coup mortel. L'induction rationnelle qui les a suggérées serait convaincue de fausseté. L'expérience sur laquelle elles s'appuient devrait s'avouer erronée et fautive. Le mal devenant le remède, le chancre s'élevant à la puissance d'un agent curatif, le praticien se verrait littéralement réduit à adorer ce qu'il avait jusqu'ici cru sage de brûler!... La chose, on le voit, vaut la peine d'être examinée. Avant de détruire l'ouvrage des siècles, prenons au moins le temps de peser les droits de celui qui aspire à une telle succession.

En présence de résultats aussi surprenants que ceux-ci, il serait permis de douter, et presque excusable de nier, malgré la valeur morale et scientifique incontestée de celui qui les publie. Nous ne ferons ni l'un ni l'autre. Si M. Sperino avait donné chacune de ses observations avec tous les détails cliniques, on aurait pu et on aurait dû les contrôler; mais il s'est borné pour le moment à des indications générales. Dès lors toute discussion sur la réalité des phénomènes énoncés deviendrait oiseuse et sans conclusion possible. Nous acceptons donc pour juste son diagnostic, pour correct son mode opératoire, pour fondées ses appréciations diverses. Avec un auteur aussi consciencieux, cette réserve est pour nous une nécessité; avec un praticien aussi honorablement connu, elle ne court guère la chance de devenir un danger.

Ceci dit, et sans aucune espèce d'arrière-pensée, examinons ces expériences au triple point de vue de leur exactitude, de leurs inconvénients et de leur signification pathogénique.

§ Ier. — EXACTITUDE.

J'entends par là l'ensemble des conditions nécessaires pour établir logiquement l'objet en question, c'est-à-dire la possibilité de la saturation syphilitique produite chez un individu par une série de chancres primitifs se succédant jusqu'à épuisement de sa réceptivité syphilitique.

Sous ce rapport, la thèse de M. Sperino semble entièrement inattaquable; car voici comment il a procédé.

Choisissant pour sujets cinquante-deux prostituées déjà atteintes de syphilis primitive ou secondaire, il leur a inoculé avec la lancette du pus pris soit sur leurs chancres, soit sur les chancres d'autres malades, quand ceux dont elles étaient porteurs étaient arrivés à une période telle que ce pus ne fût plus contagieux; mais toujours il a eu soin que le pus fût emprunté à la surface d'un ulcère en voie de progrès.

L'inoculation a été répétée chez la même malade une ou deux fois par semaine; et chaque fois on l'a pratiquée en trois ou quatre endroits distincts, le plus ordinairement sur l'abdomen.

Les premiers chancres inoculés se développèrent dans le délai habituel de trois ou quatre jours avec leurs caractères classiques. Mais ceux de la seconde inoculation furent plus petits, moins enflammés, moins douloureux, plus superficiels.

Diminuant ainsi à chaque nouvelle inoculation, les choses en vinrent, après un nombre encore indéterminé d'inoculations (huit ou dix en général), au point que la piqûre avec la lancette imprégnée de pus virulent ne produisait plus qu'une petite pustule, qui disparaissait en cinq ou six jours.

A partir de ce moment, les inoculations suivantes restèrent sans résultat, bien qu'on les répétât avec le même pus qui, porté le même jour sur une autre malade inoculée pour la première fois, déterminait chez celle-ci un véritable chancre primitif. Bien entendu les chancres ne furent pas cautérisés et on n'administra ni mercure ni iode.

Comme épreuve supplémentaire, M. Sperino essaya de produire des chancres chez les malades ainsi saturées, en leur appliquant à plusieurs reprises du pus chancreux sur le vagin, l'anus et la vulve. Jamais il ne put y parvenir (1).

Notons que, lorsqu'il expérimentait sur des malades atteintes de chancres anciens et très-larges, même les premiers ulcères artificiels furent petits, et la suppuration syphilitique s'obtint au bout d'un nombre peu considérable d'inoculations.

Le lecteur connaît maintenant (du moins telles qu'il a jugé à propos de les faire connaître) l'ensemble des expériences du médecin de Turin. L'exposé en est aussi simple que concluant. Après l'avoir lu, on ne peut dire qu'une chose: c'est qu'il faut ou nier la véracité de celui qui les rapporte, ou admettre la réalité du fait qu'elles tendent à établir. Voyons maintenant ce qu'on doit penser de leurs conséquences actuelles et futures.

§ II. — INCONVÉNIENTS.

Qu'on tienne une malade deux ou trois mois avec une multitude d'ulcères suppurants; qu'on choisisse des prostituées, sur des prostituées la région apparente, l'abdomen, pour le leur couvrir de vingt-quatre à trente cicatrices indélébiles; qu'on renouvelle, à mesure qu'elle se dessèche, la source d'où peut surgir la vérole constitutionnelle, voilà certes ce que personne n'eût osé de ce côté des Alpes. M. Sperino l'a fait; il affirme même que ça été pour le plus grand bien de ses malades. Examinons: ce côté de la question n'est pas moins intéressant que le premier.

M. Auzias-Turenne prétend avoir donné à l'un de ses singes et à une chatte la syphilis constitutionnelle. Poussant plus loin l'insertion du virus, M. Sperino a trouvé que ces inoculations réitérées préservent de la syphilis générale. Elles feraient plus, selon lui: elles guériraient la syphilis qui existe déjà au moment de l'inoculation.

Ainsi, premier fait: « Les femmes entrées au Syphilocome avec des symptômes primitifs, dit M. Sperino, saturées depuis cinq mois au suprême degré de virus syphilitique, n'ont pas été jusqu'ici atteintes de syphilis constitutionnelle. »

Voilà qui est bien, et puisqu'il y a cinq mois d'écoulés depuis leur entrée au Syphilocome, ce n'est pas moi qui voudrais contester la garantie que ce laps de temps heureusement passé leur peut donner contre la chance d'accidents secondaires; mais cette garantie, ce me semble, n'a de valeur qu'à l'égard du chancre qui existait il y a cinq mois, du chancre qui a motivé l'entrée à l'hôpital. Quant à ceux dont M. Sperino a, comme il le dit, *saturé* depuis lors ses malades sans interruption, il jugera sans doute que deux ou trois mois séparant à peine le moment où il écrivait de l'époque où la dernière inoculation a réussi, c'eût été un peu trop tôt pour affirmer que celle-ci n'engendrait pas de symptômes consécutifs.

D'autre part, avant de s'étonner qu'elles aient échappé à la vérole, il faudrait savoir si ces malades pouvaient la prendre. Étaient-elles en antérieurement la syphilis constitutionnelle? Ce n'est pas à M. Sperino qu'on devrait le demander, car il est muet sur ce point comme sur beaucoup d'autres; mais ce qu'on sait des mœurs et des habitudes sanitaires de la classe sur laquelle il a expérimenté ne permet pas de douter que, pour beaucoup d'entre elles, un antécédent de ce genre n'ait été le véritable motif de l'immunité dont elles ont joui jusqu'à présent, sous la protection de la loi de l'*unicité*.

Le fait étant ainsi ramené à sa juste signification expérimentale, je n'hésite pas à m'inscrire contre cette innocuité prétendue, et à dire que s'il est un moyen d'exposer un homme à la vérole constitutionnelle, c'est justement d'agir comme l'a fait M. Sperino, de l'inoculer avec du pus *pris aux chancres d'autres malades*. Peut-on *à priori*, en voyant un chancre, déterminer s'il sera de ceux qui n'entraînent aucune suite, ou de ceux qui sont suivis de syphilis constitutionnelle? Non. Le peut-on surtout chez la femme, où l'induration, précieux prodrome dans l'autre sexe, manque souvent sans que le chancre perde sa propriété d'intoxication constitutionnelle?... Non, à bien plus forte raison. Tous les jours un malade, porteur de chancres bénins qui seront l'origine d'accidents secondaires, les communique par le coït. Donc, en prenant sur une personne étrangère le pus qu'il inocule, M. Sperino expose directement ses opérées à contracter un chancre fatalement généralisable, alors qu'elles n'en avaient qu'un naturellement localisé et devant rester tel.

Mais que me parle-t-on du danger de la vérole, dira M. Sperino? Non-seulement la *syphilisation* la prévient, mais elle la guérit. Comment donc pourrait-on craindre que l'infection s'opérât sous une influence qui met l'organisme à même de la neutraliser?

Telle est, en effet, la prétention de la nouvelle doctrine. Mais s'il lui est un jour donné de tenir ses promesses, un court aperçu de ce qu'elle a fait sous ce rapport, va montrer qu'elle s'engage du moins un peu prématurément.

(1) Cette expérience est beaucoup moins probante qu'elle ne le paraît au premier abord. Très-peu de chancres se contractent ainsi par la simple apposition du pus virulent *sur une partie saine*. Pour réaliser l'infection, ce n'est pas trop des conditions que réunit l'acte sexuel, turgescence vitale, pression, distension, frottements prolongés. Hors de là on voit le plus souvent le pus d'un chancre demeurer inoffensif pour la surface voisine, sur laquelle il coule incessamment.

D'ailleurs ici la contre-épreuve fait entièrement défaut. Pour être autorisé à tirer une conséquence du résultat négatif que ces essais ont eu chez des femmes syphilisées, M. Sperino aurait dû d'abord montrer qu'en les répétant *chez des femmes non syphilisées*, il avait donné à celles-ci un chancre. Or nous ne voyons pas qu'il ait été jusque-là.

M. Auzias-Turenne, analysant le mémoire de M. Sperino, écrivait ce qui suit : « On a constaté que les chancres serpigineux, les ulcères rebelles de la gorge et du pharynx, les bubons spécifiques déjà fluctuants, les plaques muqueuses et d'autres accidents plus graves, peuvent céder à la puissante action de leur propre virus convenablement renouvelé. » (Voy. GAZETTE MÉDICALE, *loc. cit.*)

Exprimée en termes aussi généraux, la proposition frappe effectivement par l'importance du résultat. Mais quand on cherche dans le mémoire même de l'auteur italien, les faits qui ont inspiré à notre compatriote une telle confiance, voici ce qu'on trouve.

« Un vaste ulcère de la face postérieure du pharynx guérit après la cinquième inoculation » c'est-à-dire, au bout d'un mois environ. En quel état était-il lorsque l'expérience fut commencée ?... Pas un mot là-dessus.

« Quelques ulcères secondaires serpigineux au genou droit se cicatrisèrent promptement sur une femme chez laquelle des douleurs ostéocopes du frontal furent aussi calmées, ou *adoucies*, ou *apaisées* (sedati). » En combien de temps s'obtient ce résultat ? A quel traitement, à quelle hygiène la patiente avait-elle été soumise auparavant ?... Même silence que ci-dessus.

Deux malades, c'est tout ! Le lecteur pensera-t-il que ce soit assez pour justifier cette déclaration que la syphilis constitutionnelle se guérit par la syphilisation ? Une guérison et un soulagement spontané, sont-ce choses si rares chez des malades pour qui le repos et le régime d'hôpital sont, à eux seuls, une médecine active ? J'ai passé sous silence les tubercules muqueux qui « chez quelques femmes existaient conjointement avec les ulcères primitifs, et qui disparurent sous la puissante action du virus inoculé. » Personne n'ignore que, surtout à cette première période, le tubercule muqueux cède aussi aisément à quelques lotions astringentes qu'il résiste opiniâtrément au mercure, si on emploie celui-ci sans traitement local.

M. Sperino avance également que l'inoculation répétée a eu la plus heureuse influence sur les symptômes primitifs coexistants. Or, voici comme il le prouve : « Tous les ulcères primitifs récents qui n'étaient pas trop larges, disparurent sans traitement, peu de jours à partir du moment où existèrent quelques ulcères artificiels. » Jusque-là rien de bien merveilleux. *Quelques* inoculations, à une ou deux par semaine, supposent bien quinze à vingt jours. Qu'y a-t-il donc d'étonnant à ce que deux ou trois septénaires suffisent pour la guérison de chancres primitifs, *pas trop larges*, qui sans doute n'en étaient pas à leur premier jour au moment de l'entrée à l'hôpital. Que si l'auteur s'extasie sur ce que cette guérison a *été* obtenue sans traitement antisyphilitique (senza cura), nous ne voyons là de surprenant que sa surprise.

« Les très-vastes ulcères, continue M. Sperino, chroniques, indurés (*indurati* n'a pas ici le sens qu'on lui donne à l'hôpital du Midi) existant depuis deux et quatre ans, rebelles aux mercuriaux, à l'iodure, aux cautérisations nombreuses avec le nitrate d'argent, le nitrate acide de mercure, la pâte de Vienne, à la rescision du tissu ulcéré, *s'acheminèrent* promptement vers la cicatrisation, après peu d'inoculations faites avec du pus virulent pris sur les ulcères récents d'autres malades. » Même réflexion que tout à l'heure. Dans les ulcères récents le mercure était inutile; ici il est nuisible par ses propriétés anti-plastiques. En le supprimant, M. Sperino a plus fait pour ses malades qu'en les cautérisant et les inoculant : et ici encore, c'est le *senza cura*, à qui doit, selon moi, revenir l'honneur de la cure, si, en définitive, il y a eu autre chose que l'acheminement vers la cure.

Il est fort possible, je l'exprime formellement, qu'une expérience ultérieure modifie mon appréciation. Mais, jusqu'ici, dans les conséquences de cette opération sur la santé, je vois deux ou trois mois de souffrances, de repos forcé, des stigmates ineffaçables, quelques chances nouvelles ouvertes à la vérole constitutionnelle. Quant à ce qu'on annonce comme compensation, à part l'immunité dont nous allons discuter la durée, je ne trouve aucun avantage parfaitement démontré, qui résulte clairement de la syphilisation, et qu'une autre thérapeutique n'eût pu donner.

§ III. — SIGNIFICATION PATHOGÉNIQUE.

En investigateur aussi consciencieux que zélé, M. Sperino n'a voulu laisser à personne le soin de stipuler la réserve qu'il convient d'apporter jusqu'à présent dans l'appréciation de ses résultats. Aussi s'est-il le premier demandé : « Les femmes syphilisées, qui jusqu'à ce jour ont perdu la faculté de contracter une nouvelle infection, conserveront-elles à jamais cette prérogative précieuse, ou cette immunité durera-t-elle seulement un certain temps ? »

Un des avantages particuliers de la position que l'auteur occupe, c'est que cette question aura sa réponse ; qu'elle l'aura sûre, claire, prompte ; qu'elle arrivera directement entre ses mains. Si ses malades restent ou redeviennent aptes à prendre de nouveaux chancres, les occasions ne leur manqueront pas d'en constater s'il en advient ainsi : le Syphilocôme les attend, et M. Sperino sera naturellement appelé à le constater. L'indécision à l'égard de ce point capital ne sera donc pas de longue durée. Et la société comme la science peuvent compter que ce problème, dont on fait tant de bruit depuis quelque temps, recevra bientôt sa solution définitive.

Cette solution, dans quel sens aura-t-elle lieu ? sans préjuger l'événement, on peut bien, dès à présent, dire que si c'est par l'affirmation, si la préservation est démontrée complète, ou même temporaire à long intervalle, MM. Auzias et Sperino auront réalisé la plus belle conception et rendu le plus signalé service dont l'humanité ait eu, depuis un demi-siècle, à témoigner sa reconnaissance.

Il resterait seulement alors à rendre l'œuvre de la syphilisation moins pénible pour le malade. Pour obtenir ce perfectionnement il me semble qu'il faudrait s'attacher à deux conditions :

1° Diminuer le nombre des chancres nécessaires à la syphilisation ;

2° N'inoculer à un individu que de son propre pus virulent.

On y satisferait aisément en inoculant un chancre sur une partie cachée, telle que le bas de la face interne du bras ; en se bornant à ce seul chancre inoculé, dans lequel on entretiendrait pendant le temps voulu la période dite de progrès, en y déposant de nouveau du pus virulent pris sur le chancre de la verge, dès qu'on verrait qu'il tend à passer à la période de réparation. Une seule ulcération ainsi conduite ne remplirait-elle pas l'office salutaire que M. Sperino demande à vingt-cinq ou trente chancres distincts ?

Le résultat favorable dont nous admettons la possibilité est-il probable ? Doit-on espérer que la préservation demeurera solide ?... Personne ne peut le dire. La théorie doit, ce semble, nécessairement confesser son insuffisance à prévoir l'avenir dans une question où elle a vu toutes ses suggestions démenties par l'expérience. Cependant les faits de syphilisation acquis jusqu'à ce jour sont-ils sans analogie aucune ? Constituent-ils un ordre de phénomènes entièrement à part, et si nouveaux en pathogénie que la raison refuse absolument d'en éclairer l'origine et d'en montrer la conséquence ? C'est ce que nous allons essayer de rechercher.

La loi de saturation pathologique ne date pas d'hier, n'est pas exclusivement propre à la syphilis. C'est en vertu de la force médicatrice naturelle — dont elle ne fait que proclamer le pouvoir — qu'un grand nombre de maladies prennent fin. Que l'affection la plus lente dans sa marche, la plus rebelle au traitement, ne puisse ni durer toujours, ni, une fois guérie, se reproduire avant un certain temps ; que l'organisation refuse de se laisser influencer trop longtemps ni trop souvent par le même agent morbide ; qu'une cause identique, qui a produit la maladie hier, qui la reproduira demain, ne puisse la produire aujourd'hui, par cela seul qu'il y a trop peu de temps écoulé depuis sa dernière action, voilà ce que des faits journaliers démontrent. Ainsi :

Pourquoi celui qui a eu deux coryzas coup sur coup est-il à peu près sûr d'y échapper durant quelques mois, bien qu'il s'expose à des refroidissements ou semblables ou plus forts ?

Pourquoi, après avoir payé son tribut par une amygdalite, un chanteur peut-il braver ensuite sans crainte les excès d'exercice vocal qui la lui ont donnée, qui la lui rendront dans trois mois ?

Pourquoi cet obèse voyageur, qui, pour avoir passé deux nuits en diligence, a, en pleine santé, quatre ou cinq furoncles successifs sur la partie pressée, pourrait-il, l'éruption une fois terminée, recommencer impunément de plus longues pérégrinations sans rien changer à son genre de station ?

Pourquoi un coup de soleil—je ne choisis à dessein que des maladies de cause externe—est-il, de notoriété publique, la meilleure sauvegarde contre l'invasion d'un second accident de la même espèce ?

Pourquoi, en deux mots, n'est-on jamais mieux prémuni contre une influence morbide qu'après y avoir cédé, et d'autant mieux prémuni qu'on y a plus largement cédé ? La diarrhée, l'eczéma, les ophthalmies, l'érysipèle, etc., auraient pu facilement allonger cette liste.

Les principes contagieux paraissent d'abord faire exception à cette loi, à cause de la force morbifiante supérieure qu'ils possèdent ; mais en y regardant de près, on voit qu'il n'y a là qu'une différence de degré. Ici encore l'immunité résultant d'une saturation récente compte plus d'un exemple. Pour commencer par le fait le plus grossièrement palpable, ne voit-on pas un enfant qui a longtemps conservé des poux à la tête fréquenter ensuite sans danger ses camarades, quoique le germe et le terrain restent, en apparence, aussi bien disposés à se rencontrer ? Celui qui vient d'avoir une éruption rubéolique en prendra peut-être plus tard une seconde ; mais constamment il s'écoulera un certain temps avant que cette sorte de récidive ne survienne.

Sans sortir de l'ordre des maladies vénériennes, je puis invoquer un fait bien connu de tout le monde. A la suite de blennorrhagies nombreuses et prolongées, beaucoup de jeunes gens demeurent affectés d'un suintement imperceptible. Or, dans cet état, pour peu qu'il dure depuis deux ou trois ans, ils deviennent à peu près incapables de contracter une blennorrhagie proprement dite. La même femme qui va donner à leurs amis novices une chaude-pisse aiguë et douloureuse de deux à trois mois de durée, ne peut réveiller chez eux qu'une surexcitation passagère, de deux à trois jours, qui s'évanouit d'elle-même, sans remède. N'est-ce pas là, à la toucher du doigt, la *saturation blennorrhagique?*

Et le chancre lui-même, le chancre primitif! Comment, si ce n'est en vertu de cette loi, s'arrête-t-il spontanément dans sa marche? Pourquoi, livré à lui-même dans un tissu homogène, le pus virulent qui a ulcéré une aire de 8 millimètres de diamètre n'ulcère-t-il pas le neuvième? Serait-ce qu'il ait perdu de sa vertu contagieuse? Non; car si vous l'inocolez aujourd'hui à un autre individu, il va, sur cette terre vierge ou reposée, reproduire un chancre caractéristique. Qui donc met un terme à ses ravages? Qui a pu dire à ce nouveau flot : Tu n'iras pas plus loin? Qui?... La cause est hors de notre portée, et je ne prétends point la nommer, mais seulement éclairer par un rapprochement son mécanisme d'action, en rappelant que c'est encore là un effet de saturation locale.

Ces considérations paraîtront sans doute trop longues; mais je regretterais encore bien plus de m'y être laissé entraîner, si l'on pouvait supposer qu'elles ont pour objet de détourner à mon profit la moindre part de l'honneur que MM. les syphilisateurs espèrent retirer de leurs efforts. Mon but est tout différent; j'ai seulement voulu faire comprendre que la préservation *momentanée* des malades de M. Sperino n'est pas un phénomène extra-normal; que, comme on peut en expliquer la cause, on peut aussi en assigner le terme; qu'il n'y aurait enfin rien d'inconcevable si, de même que dans les exemples précédents, la préservation, fruit d'une saturation artificielle, se trouvait n'être ici qu'incomplète et passagère.

P. DIDAY.

VARIÉTÉS.

— De nombreuses mutations viennent d'avoir lieu dans les hôpitaux.

M. Piedagnel, médecin de l'hôpital de la Pitié, est nommé médecin de l'Hôtel-Dieu, en remplacement de M. Husson, démissionnaire.

M. Nonat, médecin de l'hôpital Cochin, est nommé médecin de la Pitié, en remplacement de M. Piédagnel.

M. Beau, médecin de l'hôpital Saint-Antoine, est nommé médecin de l'hôpital Cochin, en remplacement de M. Nonat.

M. Monneret, médecin de l'hôpital Bon-Secours, est nommé médecin de l'hôpital Saint-Antoine, en remplacement de M. Beau.

M. Bouley, médecin de l'hôpital de Lourcine, est nommé médecin de l'hôpital Bon-Secours, en remplacement de M. Monneret.

M. Barth, médecin de l'hospice de la Salpêtrière, est nommé médecin de l'hôpital Saint-Antoine, en remplacement de M. Kapeler, démissionnaire.

M. Moissenet, médecin de l'hospice Sainte-Perrine, est nommé médecin de l'hospice de la Salpêtrière, en remplacement de M. Barth.

Il reste à pourvoir en ce moment à quatre places de médecin : une à l'hôpital des Enfants malades, une autre à l'hôpital de Lourcine, et deux dans les hospices de La Lochefoucauld et Sainte-Perrine.

— Le conseil de salubrité vient de préparer un grand travail que va résumer une ordonnance de police relative aux substances alimentaires, à l'étamage des vases chez les confiseurs, restaurateurs, etc., à la falsification des sels en gros, des sucres en poudre, des fécules, etc. Le rapport constate qu'aux barrières en particulier, l'on vend au peuple des marchandises la plupart du temps mal préparées, et qui peuvent porter le plus grave préjudice à la santé. Suivant le conseil, les papiers servant d'enveloppe au chocolat, aux bonbons et aux sucreries demandent une surveillance spéciale. Ainsi les papiers verts et bleus doivent être défendus comme contenant des mélanges nuisibles et même des poisons.

— COMPOSITION CHIMIQUE DE LIQUIDE DE L'OREILLE. — M. Deschamps (d'Avallon) fait connaître les résultats de l'analyse d'un liquide qui s'est écoulé par l'oreille d'un homme atteint d'une fracture de la base du crâne. Voici, d'après lui, la composition de ce liquide, qui était incolore, inodore, d'une saveur salée, et donnait une réaction alcaline au papier tournesol :

Eau	98,899
Albumine, matière grasse, osmazome et matière qui réduit l'oxyde de cuivre.	00,183
Sels de chlorure potassique, chlorure sodique, sels de sulfate sodique, phosphate sodique, sels de carbonate sodique.	00,918
	100,000

AU RÉDACTEUR.

Mon cher et très-honoré confrère,

Lorsqu'on veut rectifier les erreurs commises par d'autres, on doit éviter avec soin d'en commettre soi-même.

J'ai dit, dans un des derniers numéros de la GAZETTE MÉDICALE, que la mortalité de la population civile mâle est, en France, de 10 à 12 décès sur 1,000 individus âgés de 20 à 30 ans.

M. Carnot pense que cela pouvait être du temps de Devillard, de Deparieux, de Buffon.

Je réponds que cette mortalité est encore celle qu'a indiquée, dans ces dernières années, M. Demonferrand. En effet, d'après ce statisticien distingué, sur 6,245 individus âgés de 20 ans, 5,597 atteignent leur 30e année. Il en est donc mort 648 sur 6,245; ce qui donne, si je ne me trompe, 10,3 décès sur 1,000 individus. Or l'armée à perdu dans l'*intérieur* en 1848, d'après le rapport du général Oudinot, 21,3 sur 1,000 non compris tous les hommes *réformés* pour phthisie pulmonaire ou autres affections graves, et dont la mortalité, causée par la vie militaire, est allée accroître la mortalité de la population civile.

Ainsi, d'une part, 10,3 décès dans la population civile sur 1,000 individus.

D'autre part, dans l'armée, 21,3 décès, non compris les réformes pour maladies mortelles.

En présence de tels faits, j'ai peine à comprendre que, savant aussi distingué, M. Carnot soutienne que la mortalité de la population civile est plus considérable que celle de l'armée. Je maintiens donc ma proposition, à moins que l'on ne me prouve qu'il y a erreur du côté du général Oudinot ou du *côté de M. Demonferrand.*

Voilà pour les chiffres des décès; quant aux causes, M. Carnot admet que la moitié des décès de l'année reconnaît pour cause des affections gastro-intestinales.

Je soutiens, moi, qu'il n'existe *aujourd'hui* (1) aucun document officiel indiquant les causes de mort et de réforme. C'est là une autre lacune que la loi Desjobert du 22 janvier dernier est appelée à combler.

Agréez, etc. BOUDIN.

RÉPONSE. — M. le docteur Boudin regarde comme exactes les tables de Demonferrand. Là est toute l'erreur! Ce savant a réuni les décès de la France de 1817 à 1831 pour en déduire *une moyenne* qui s'applique *à l'année 1824*. Ce résultat est arriéré aujourd'hui de vingt-sept ans. Dans ces vingt-sept années, la mortalité de la jeunesse a fait un pas immense. Pour en juger, il suffit de comparer à Paris, d'après les ANNUAIRES DES LONGITUDES, la mortalité de 20 à 30 ans en 1816 et en 1844 (ANNUAIRE DE 1818 et de 1846).

En 1816, on compte 70 décès de 20 à 30 ans sur 1,000 de tout âge.

En 1844, on compte 140 décès — —

Voilà ce que vingt-huit ans ont produit! H. CARNOT.

— Nous avons sous les yeux un mémoire manuscrit de M. Saillard jeune, négociant de Besançon, dont nous croyons devoir, dans l'intérêt de la science et de l'humanité, présenter l'analyse rapide à nos lecteurs.

Pour la deuxième fois, M. Saillard se trouvait en 1850 en Amérique, à Panama, dans l'isthme; ses relations assez intimes avec les habitants du pays le mirent à même d'apprécier les vertus énergiques d'une fève provenant d'un arbre qui, dans le pays, est nommé *cédron*, soit comme fébrifuge, soit comme remède certain contre les morsures des serpents. M. Saillard, frappé de plusieurs exemples de guérisons dont il avait été témoin, prit la résolution de doter son pays d'une matière qui peut devenir pour nos populations du continent, et surtout nos populations algériennes, une bien précieuse ressource, dans ce moment où le quinquina devient chaque jour plus rare. Il acheta donc des Indiens une quantité assez considérable de fèves de *cédron*, et les rapporta à Paris où il arrivait le 12 janvier dernier.

M. Saillard fut, par l'intermédiaire de l'honorable M. Demesmay, représentant du Doubs, mis en rapport avec de célèbres chimistes de Paris, notamment M. Dumas et M. Pelouze, auxquels il remit la quantité de fèves que ces messieurs lui désignèrent comme nécessaire pour procéder à une analyse.

Le 17 du même mois, M. Saillard partait pour Besançon; il était de retour à Paris le 12 avril, et M. Payen, membre de l'Académie, le présentait à M. Rayer, médecin de l'hôpital de la Charité, président annuel de l'Académie des sciences.

L'éminent praticien fit dès lors de nombreuses expériences, et ce qui jusqu'à ce moment en ressort semble ne plus laisser de doute sur la valeur du *cédron* comme succédané du quinquina.

M. Lélut, médecin en chef à la Salpêtrière, membre de l'Institut, procède aussi à des expériences du même genre; si elles venaient s'ajouter à celles que continue M. Rayer pour démontrer l'efficacité du cedron, M. Saillard aurait rendu à la science de guérir et à l'humanité un grand service, en n'hésitant pas à s'exposer à de grands sacrifices pour donner suite à son idée de doter la France d'un nouveau fébrifuge provenant d'un arbre qui paraît pouvoir se reproduire en France et spécialement en Afrique.

(1) Hôpital militaire de Lyon. Toutes les causes des décès sont nominativement indiquées depuis 1834. J'ai non-seulement vu, mais copié les années 1834, 1838, 1849 (Mémoires à l'Institut). H. CARNOT.

Le rédacteur en chef, JULES GUÉRIN.

REVUE GÉNÉRALE.

ACADÉMIE DE MÉDECINE DE BELGIQUE. — FIÈVRE ÉRUPTIVE DE BRUXELLES. — MALADIES DES FLANDRES.

Il y a longtemps que nous n'avons dirigé l'attention de nos lecteurs vers l'Académie de médecine de Belgique, où la science a pourtant assez souvent des échos dignes d'être écoutés, même de Paris. En réalité, il n'y a pas beaucoup de notre faute, et le mal n'est pas si grand qu'on pourrait le croire. L'organisation spéciale de l'Académie belge, qui ne l'appelle à se réunir qu'une fois par mois; l'ardeur réfléchie avec laquelle ses membres, exprès venus de toutes les parties du royaume, s'acquittent de leur mission; cette ardeur qui, aux grandes occasions, ne manque jamais de jeter dans le débat les talents les plus accrédités, tout cela tend à donner à la discussion une durée qui excuse à la fois et permet de réparer les longs silences de la critique.

La question dont nous allons nous emparer est agitée, sauf plusieurs interruptions, depuis le mois de juin 1848; elle a mis en mouvement la plupart des orateurs qui tiennent le dé à l'Académie, MM. Fallot, Fossion, Lombard, Lebeau, Guislain, Didot, Mareska, Mersseman, etc. La voici, avec toutes les phases par lesquelles elle a passé.

En 1847, l'hôpital militaire et les prisons de Bruxelles ont été visités par une affection épidémique appelée par M. le docteur Warlomont, qui l'a étudiée et en a adressé la relation à l'Académie, *fièvre éruptive, fièvre pétéchiale*. Suivant cet observateur, l'affection dont il s'agit participerait des signes de plusieurs fièvres éruptives, sans offrir les symptômes réunis d'aucune d'elles; elle n'aurait pas encore reçu de nom, et ne serait pas classée dans les ouvrages *ex professo*. L'Académie en général n'a pas partagé cette opinion. M. Fossion, qui a rapporté le travail de M. Warlomont, voit dans la maladie épidémique une *fièvre typhoïde légère*; il en est de même de M. Lebeau, qui l'appelle seulement une *entérite folliculeuse*. Pour M. Fallot, c'est une simple *fièvre muqueuse*, avec complication d'éruption cutanée; pour MM. Lombard et Didot, le *typhus fever* des Anglais. On voit déjà comme le champ de la discussion a dû s'agrandir, et combien de questions, plus graves que la question originelle, ont dû surgir à la fois.

En premier lieu, se présente une question de critique historique. Est-ce véritablement une maladie innominée qu'a décrite M. Warlomont? N'y en a-t-il pas, au contraire, d'autant qui s exemples, clairement désignés, dans les annales de la science, et qu'on peut retrouver sans secouer bien longtemps, suivant le mot d'un orateur, la poussière des bibliothèques? En second lieu, l'éruption qui a tant frappé l'historien de l'épidémie constitue-t-elle, comme il semble le croire, le caractère fondamental de la pyrexie, ou n'est-elle qu'un de ces épiphénomènes qui accidentent parfois le fond propre et essentiel d'une maladie, et peuvent même faire cortège à des maladies essentiellement différentes? Quelle est, en fin d'analyse, l'espèce morbide observée dans les prisons et à l'hôpital militaire de Bruxelles? Le typhus fever, la fièvre typhoïde, la fièvre muqueuse, ce sont là pourtant trois affections assez distinctes et assez connues. Si la fièvre de 1847 a été bien étudiée et bien décrite, il ne doit pas être trop difficile de savoir à laquelle des espèces précédentes il convient de la rapporter. Voilà déjà, pour une discussion, des éléments assez considérables. L'Académie ne s'en est pas contentée. Témoin d'une épidémie plus grave qui a ravagé les deux Flandres en 1846 et 1847, elle a dû se demander s'il existait quelque ressemblance entre cette épidémie et la fièvre de Bruxelles. Ç'a été pour MM. Mareska et Marsseman une occasion de présenter chacun un hors-d'œuvre, mais un hors-d'œuvre précieux et dont assurément nous ne songeons pas à nous plaindre, consistant dans une histoire détaillée de la maladie des Flandres. Mais cette maladie elle-même, quelle est-elle? Et d'abord, est-elle simple ou double? Y a-t-il eu, comme on l'a dit, une *fièvre d'inanition*, procédant uniquement de la crise alimentaire, et un typhus émané d'un autre ordre de causes? Cette dernière affection est-elle de nature paludéenne, ou n'est-ce pas plutôt un *typhus fever*? Ainsi, de chaque terme de la question sortait un nouveau problème; ainsi, l'Académie s'est bientôt trouvée en présence d'une des plus vastes et des plus hautes thèses de pathologie qu'on puissé se proposer. Disons tout de suite qu'elle l'a abordée avec beaucoup de résolution et une entente élevée de la matière.

Nous nous proposons, comme nous avons dit, de suivre, avec l'humilité qui nous convient, les orateurs dans ces difficiles régions. Aujourd'hui nous nous contenterons de rappeler, nous appuyant surtout sur le rapport de M. Fossion, les principaux caractères de l'affection épidémique qui a été le point de départ de la discussion.

Cette affection s'annonçait par de la céphalalgie, des vertiges, de la fièvre, de l'abattement. La langue, d'abord blanche et humide, devenait bientôt collante et jaune au centre; il y avait de la soif et, dans quelques cas, de la diarrhée. Aucun symptôme d'ailleurs propre à révéler un grand trouble du côté des organes respiratoires ou des voies digestives. Telle était la période prodromique.

Au bout de quelques jours, la peau se couvrait de taches rouges, de la grandeur d'une lentille, soit unies, soit légèrement élevées et portant quelquefois à leur centre une vésicule remplie de sérosité limpide, séparées par des espaces plus ou moins larges où la peau avait taoûte sa couleur naturelle, tantôt *une rougeur scarlatineuse* qui pouvait devenir générale. La pression du doigt les effaçait, complètement ou incomplètement. Quelques-unes avaient l'apparence de taches d'encre. Ces taches parcouraient toutes leurs périodes dans l'espace de dix à quinze jours, laissant quelquefois après elles des traces de desquammation, jamais de croûtes, encore moins de cicatrices. On les a vues persister jusqu'à la cessation de tous les autres symptômes. Elles paraissaient d'abord et se montraient surtout abondantes à la poitrine et à la face, d'où elles s'étendaient aux autres parties du corps. *Ces taches pourtant n'étaient pas constantes.*

Les centres nerveux offraient des signes plus ou moins marqués de dérangement. La céphalalgie persistait: il survenait *quelquefois* de l'insomnie, *plus rarement* du délire, de la carphologie. *La surdité* a été observée fréquemment. Une fois la maladie a débuté par une attaque épileptiforme chez une femme qui n'en avait jamais eu de semblable.

La langue se séchait de plus en plus: dans les cas graves, elle se recouvrait, ainsi que les dents, de *fuliginosités*. Dans trois ou quatre cas, on a noté de l'angine. Point de sensibilité à l'épigastre *ou dans la fosse iliaque droite*. *Dans quelques cas sérieux*, le ventre s'est météorisé; *le plus souvent* il y avait constipation; cependant la diarrhée a été *quelquefois* observée.

Rien de notable du côté des voies respiratoires.

Feuilleton.

LETTRES D'ITALIE.

N° XII.

HISTOIRE MÉDICALE DE L'ANNÉE 1850, À L'ARMÉE D'OCCUPATION DE ROME, ET APERÇU DE L'HISTOIRE CHIRURGICALE.

Rome, 20 mars 1851.

A MM. de l'Académie nationale de médecine de Paris.

Il y a deux manières de circonscrire son sujet quand on écrit une histoire médicale: on peut envisager l'état sanitaire par année sidérale, c'est le mode usité par l'administration, ou par année médicale, c'est le mode scientifique que nous suivrons. Dans les contrées soumises à une endémo-épidémie annuelle, le centre de l'année médicale coïncide avec l'apogée du règne pathologique; mais son commencement et sa fin n'ont pas de limites mathématiquement précises. Quand il s'agit d'affections paludéennes, la terminaison est surtout bien vague, parce que, à une époque où la cause a cessé d'agir, les rechutes de fièvre et les cachexies paludéennes continuent à encombrer en si grand nombre les hôpitaux, que le chiffre des affections sporadiques disparaît dans la foule des maladies d'origine endémo-épidémique.

Les divisions rigoureuses n'ont heureusement pas la moindre importance ici. Après avoir donné le mouvement des malades pendant toute l'année sidérale 1850, nous nous contenterons de prendre l'endémo-épidémie à son origine, de la suivre dans son développement, de l'étudier à son apogée, d'observer sa période de décroissance, enfin de faire ses dernières traces dans la saison hivernale et de caractériser en quelques mots la constitution médicale qui a succédé à l'endémo-épidémie.

Tableau n° 1.

MOUVEMENT DES FIÉVREUX DANS LES HÔPITAUX DE ROME EN 1850.

	Restants le 1er du mois.	Entrés pendant le mois.	Sortis.	Morts.	Restants le 31 du mois.	Mortalité sur 100 hom traités.
Janvier . . .	487	662	826	33	290	3,84
Février . . .	290	174	259	20	185	7,16
Mars	185	207	252	7	133	2,07
Avril	133	186	166	7	146	4.61
Mai	146	242	155	6	227	3,73
A reporter. .	1,241	1,471	1,658	73	981	

Le pouls était accéléré, petit, mou et filant sous le doigt; la peau ordinairement chaude et sèche.

Le sang tiré de la veine donnait *un caillot volumineux* non rétracté et sans couenne, sauf peut-être une seule exception.

Enfin, pour ce qui concerne la symptomatologie, il importe de ne pas oublier une certaine disposition aux hémorrhagies manifestée par des épistaxis. Deux femmes furent réglées avant l'époque habituelle.

Cette affection a été en général bénigne et d'une durée de un à deux septénaires; M. Warlomont n'a constaté qu'un décès. Néanmoins, M. Delahaye a reconnu à la maladie plus de gravité et une durée moyenne un peu plus longue.

M. Warlomont, dans la seule autopsie qu'il a faite, relative à une femme morte *après trente jours de maladie*, au milieu d'une attaque d'épilepsie que rien n'a pu arrêter, a constaté dans la membrane muqueuse de l'iléum et du cœcum des traces de phlegmasie; mais les plaques de Peyer étaient saines.

Voilà la base assez étroite, comme on voit, et assez vague, de laquelle s'est élevée la grande et belle discussion de l'Académie belge. Nous nous y engagerons dès notre prochain numéro.

A. Dechambre.

PATHOLOGIE INTERNE.

Recherches sur le trichiasis des voies urinaires et sur la pili-miction; par P. Rayer.

Je crois devoir dire, en commençant, comment j'ai été conduit à me livrer à des recherches sur la présence des poils dans les voies urinaires, et sur leur émission avec l'urine. Je n'avais jamais été dans le cas d'observer ce phénomène pathologique, lorsqu'un des plus habiles praticiens de Paris, M. le docteur Paulin, ancien professeur de physique à Metz, m'adressa, il y a quelques mois, un enfant qui venait de lui présenter ce singulier phénomène, sur la nature duquel il désirait avoir mon opinion. Mon expérience personnelle ne m'ayant rien appris à cet égard, je dus m'enquérir des observations et des remarques consignées dans les annales de la science, et me livrer à de nouvelles recherches. Je publie aujourd'hui le résultat de ces études, dans l'espérance qu'elles pourront jeter quelque lumière sur un point encore fort obscur et peu connu de la pathologie des voies urinaires.

Plusieurs auteurs attribuent à Hippocrate la première notion relative à la présence accidentelle des poils dans l'urine (Mitchell, H.-J.-A. Raedt, etc.), notion que d'autres lui contestent. Pour les uns, le fait est assez clairement indiqué dans l'Aphorisme 76 *de la section* IV; pour les autres, et je suis de ce nombre, la signification de cet Aphorisme est obscure, ou plutôt, suivant moi, ce passage paraît s'appliquer à des concrétions fibrineuses piliformes, et non à de véritables poils.

Je dois faire remarquer d'abord que les traducteurs et les commentateurs d'Hippocrate ne sont pas d'accord sur le texte. MM. Lallemand et Pappas (1), par exemple, adoptent le texte de cet Aphorisme, d'après Galien, et écrivent : Ὁκόσοισιν ἐν τῷ οὔρῳ παχεῖ ἐόντι σαρκία σμικρὰ, ἢ ὥσπερ τρίχες ξυνεξέρχονται, τουτέοισιν ἀπὸ τῶν νεφρῶν ἐκκρίνεται (Γαληνός), » qu'ils traduisent ainsi : « Quand les urines épaisses contiennent de *petits morceaux de chairs* » ou des *matières piliformes*, ce sont les reins qui les fournissent. »

M. Littré (1), se fondant sur ce que l'addition de ἢ, dans plusieurs manuscrits et dans quelques éditions, est due uniquement à Galien, qui déclare lui-même qu'elle manque dans tous les exemplaires qu'il a consultés, a rétabli le texte primitif de cet Aphorisme et le traduit ainsi : « Quand, dans » l'urine épaisse sont rendus de *petits filaments de chair comme des* » *cheveux*, une telle sécrétion provient des reins. »

On voit de suite la différence des deux textes et des deux versions. Pour en expliquer l'origine, je rapporterai, en entier, le commentaire de Galien (2) sur cet Aphorisme, malgré les explications hypothétiques dont ce commentaire est surchargé : « Les *petites chairs*, dit Galien, indiquent la substance rénale; ce qui est comme des cheveux n'indique nullement cette » substance. Il n'est pas vrai non plus que ce soit, comme quelques-uns l'ont » pensé, une urine venant de la dissolution et de l'érosion de la vessie; » car alors cette excrétion est plutôt pétaloïde, et c'est ce qu'Hippocrate » lui-même a dénommé, un peu plus haut, *squames*. Voici ce qu'il en est » de ce phénomène dont le hasard nous a rendu plusieurs fois témoin; de » fait, d'autres médecins qui ont beaucoup de pratique disent aussi l'avoir » observé maintes fois. Les modernes nomment cette affection *trichiasis*, » attendu que ce qui se montre alors dans l'urine, est *semblable à des* » *cheveux et particulièrement à des cheveux blancs*. Un malade pissait » de tels petits corps, d'une longueur à peine croyable, car quelques-uns » atteignaient une demi-coudée de long. Ce malade, presque toute l'année » précédente, avait vécu de farine de légumes, de fèves, de fromages mous » et secs. Au reste, tous ceux qui ont rendu de telles urines usaient d'aliments à sucs épais. De la sorte, *ce suc étant cuit dans les reins, les* » *concrétions piliformes prennent naissance*. De plus, le traitement » confirme le raisonnement sur la cause. En effet, les malades ont été guéris à l'aide de médicaments atténuants et incisifs, et d'un régime homectant; mais si ces concrétions avaient été dues à l'ulcération soit des » reins, soit de la vessie, non-seulement les malades n'auraient reçu aucun soulagement par de tels remèdes, mais encore leur mal en aurait été » aggravé extrêmement. Il faut donc, ici comme dans le reste, admirer » Hippocrate, qui a reconnu des choses ignorées, même aujourd'hui, de » beaucoup de médecins. On remarquera aussi l'exactitude merveilleuse » de l'expression : *ces choses sont sécrétées des reins*. Il n'accuse pas, » comme dans l'Aphorisme précédent, l'ulcération des reins, mais il dit » simplement que cette sécrétion provient des reins; nous dirions de » même, une pierre étant rendue avec l'urine, qu'elle vient des reins, non » parce qu'elle est une portion de la substance de ces organes, mais parce » qu'elle s'y est concrétée. Les *petites chairs* appartiennent à la substance des reins tout à fait ulcérés; les *choses comme des cheveux* se » forment à la vérité dans les reins comme les pierres, mais n'appartiennent pas à la substance rénale. Cet Aphorisme est mal écrit dans tous

(1) Lallemand et Pappas, Aphorismes d'Hippocrate, traduits en français, avec le texte en regard, in-12, 1839.

(1) Littré (E.) Œuvres complètes d'Hippocrate, trad. nouvelle avec le texte en regard, t. IV, p. 531, in-8°. Paris, 1844.

(2) Galeni, In Aphorismos Hippocr., *Commentarius* 4, Aph. 76. — Galeni, Opera, vol. III. Basileæ, 1560.

	Restants le 1er du mois.	Entrés pendant le mois.	Sortis.	Morts.	Restants le 31 du mois.	Mortalité sur 100 hom. traités.
Report. .	1,241	1,471	1,658	73	981	
Juin.	227	224	298	5	148	1,65
Juillet. . . .	148	379	290	4	233	1,03
Août	233	1,250	651	7	825	1,08
Septembre. .	825	1,070	1,016	9	870	0,88
Octobre. . .	870	602	1,024	5	443	0,48
Novembre. .	443	289	436	6	290	1,36
Décembre. .	290	177	306	4	157	1,29
Totaux . . .	4,277	5,462	5,679	113	3,947	2,43 (1)
	9,739		9,739			

Le tableau ci-dessus et les autres documents que nous possédons nous permettent d'établir les propositions suivantes :

Le nombre (proportionnel à l'effectif) des hommes présents aux hôpitaux au commencement de 1850, la gravité et la nature des affections, doivent faire rentrer ces premiers mois dans l'histoire de l'endémo-épidémie de 1849. Celle-ci avait eu une si haute gravité que les hommes traités en janvier 1850 et même au commencement de février, présentaient pour la plupart des cachexies paludéennes profondes, des anasarques, des engorgements viscéraux, des rechutes rapprochées de fièvres intermittentes, enfin des flux intestinaux. Ce n'est guère qu'au printemps, espèce de champ neutre, d'époque de transition et de repos, que les dernières traces de l'endémo-épidémie précédente se sont effacées, et que les premiers indices de celle qui allait lui succéder ont commencé à se montrer légèrement. La constitution hivernale a donc été presque absorbée, sous ce rapport numérique au moins; les affections produites par son influence sont demeurées bien inférieures en nombre aux maladies dépendant du genre paludéen, et cette infériorité aurait été beaucoup plus marquée encore si une foule de cachectiques n'avaient été dirigés sur la France.

Dans les localités palustres de l'Algérie, où, d'une part, les maladies du foie, les cachexies paludéennes scorbutiques et putrides, les flux intestinaux trahissent encore le poison paludéen après l'époque des pyrexies aiguës, et où, d'autre part, les affections rhumatismales et les inflammations thoraciques ne sont ni aussi vives ni aussi répandues qu'en Italie, la constitution hivernale telle qu'on l'entend en France passe quelquefois presque entièrement inaperçue. Le médecin ne compte le temps que par les endémo-épidémies séparées par des époques intercalaires qui commencent vers le milieu de mars et finissent en juin. En Italie, où cette queue des affections endémo-épidémiques est

(1) Le chiffre des hommes traités chaque mois, proportionnellement auquel nous établissons la mortalité, est ainsi obtenu : restant le 1er du mois + entrés dans le mois — restants le 31 du mois.

» les exemplaires, sans ἢ : σαρκία μικρὰ ὥσπερ τρίχες, de *petites chairs* » *comme des cheveux*. En effet, de petites chairs n'ont jamais ressemblé » à des cheveux. Mais entre μικρὰ et ὥσπερ, il faut intercaller la voyelle » ἢ (ou), de sorte qu'Hippocrate parle de deux choses et non d'une seule. » La première est de *petites chairs*, la seconde : *comme des cheveux*. » Quand des concrétions piliformes sont rendues, l'urine est toujours » épaisse; il semble qu'une substance phlegmatique que les veines ont » rassemblée est excrétée par les reins. Quand de petites chairs sont ren- » dues, l'urine n'est pas nécessairement épaisse. Je n'ai jamais vu une » telle affection rénale, j'ai vu parfois dans des fièvres où l'on observe des » sédiments dits ὀροβοειδέες (semblables à de la farine d'Ers), des choses » semblables à des chairs; mais je n'ai jamais vu de véritables petites chairs. »

L'insistance que Galien met à prouver qu'Hippocrate a voulu parler, dans cet Aphorisme, de deux choses distinctes, de *petites chairs* et de *petits corps comme des cheveux*, ne me paraît pas justifiée. Nul doute que Galien n'ait vu plusieurs fois évacuer par l'urine deux espèces de corps, savoir des concrétions sanguinolentes, *comme de la chair* (ou des caillots) et des filaments *semblables à des cheveux*. Mais il est incontestable que, dans cet Aphorisme, Hippocrate ne parle que d'une seule de ces choses, *des petites chairs comme des cheveux*. Maintenant, que peuvent être ces petites chairs, ces filaments semblables à des cheveux et surtout à des cheveux blancs, suivant Galien, et ayant quelquefois une demi-coudée de long, filaments qu'il n'est pas, dit-il, rare d'observer? J'avoue que je ne puis croire que ce soient de véritables poils. Ceux qu'on a rencontrés, dans des cas rares, dans les reins et dans la vessie, ou dans l'urine, ou dans des calculs, n'ont jamais présenté cette longueur; d'ailleurs Galien dit qu'il a vu des corps *semblables à des poils*, et il eût dit qu'il avait vu *des poils* s'il en eût réellement observé. De quels corps parle-t-il donc? Ce ne peut être, ce me semble, que de filaments fibrineux *qui proviennent du sang des reins* dans certaines affections de ces organes, filaments dont la longueur peut être réellement d'une demi-coudée lorsqu'ils se sont formés dans toute l'étendue des uretères. On peut objecter, sans doute, que ces filaments fibrineux sont plus volumineux que des cheveux; mais ayant égard à la forme de ces filaments, Galien a pu dire *semblables à des cheveux*, sans s'écarter beaucoup de la vérité. Si cette interprétation est fondée, l'addition de l'ἢ réclamée par Galien doit être rejetée, et M. Littré a eu raison, à tous égards, en rétablissant le texte primitif de l'Aphorisme 76.

Un passage de Celse (1), souvent cité comme un témoignage ancien de l'existence de la pili-miction, n'a pas trait évidemment non plus à de véritables poils; c'est la reproduction à peu près textuelle de la pensée exprimée dans l'Aphorisme 76 d'Hippocrate : « Si hæc crassa (urina) carunculas » quasdam exiguas *quasi capillos* habet, aut si bullat et malè olet, etc..... » utique in renibus vitium est. » Ces petites chairs, *fines comme des cheveux*, et qui indiquent une lésion des reins, sont, je le répète, très-probablement des filaments fibrineux.

Sur ce point de pathologie, les médecins *arabes* n'ont rien ajouté, rien éclairci; les deux passages suivants d'Avicenne (2) expriment leur pensée sur la formation, dans les voies urinaires, de ces *corps semblables à des cheveux*, et sur la médication qu'elle réclame : « Mictus vero sanguinis » permisti cum humoribus grossis, fit plurimum propter debilitatem re- » num. Et similiter mictus rei similis capillis..... mictus autem capillorum » indiget ut in ipso administrantur subtilativa incisiva, etc. » On le voit, pour les Arabes, comme pour les médecins grecs et latins, il s'agit évidemment, non de véritables poils, mais de corps *semblables à des cheveux*.

(1) Celsus, De re medica, lib. II, sect. 7, p. 51, édit. In-12. Parisiis, 1823.

(2) Avicennæ, Libri in re medica. In-fol. Venetiis, 1564, lib. III, fen. 19, tract. 2 p. 884, cap. 20. « De mictu sanguinis et sanici et urina simili loturæ carnis et » capillorum, et de urinis extraneis quæ sunt similes illis. »

Le passage suivant, d'Actuarius (1), auteur empreint des doctrines de Galien et des Arabes, témoigne également qu'au temps où il écrivait, on admettait que l'urine pouvait contenir de petits corps *semblables à des poils*; mais on chercherait vainement, dans cet auteur, un mot relatif à la présence de véritables poils dans l'urine : « Quæ vero similia sunt capillis : » *in iis vasis quæ a renibus ad vesicam descendunt, generantur*. Atque » quanta est longitudo vasorum internorum : tanta generatur humoris » spissitudo et assatio : atque illa veluti capilli similiter extenduntur. » Proindè quum sæpius hæc spectaverim in aliquorum urinas : nequicquam » aberravi a judicio et prævidentia, dicens illos malè habere renibus. »

En résumé, rien ne prouve que les observations et les remarques des médecins de l'antiquité et des médecins arabes, sur les *corps semblables à des cheveux ou à des poils*, rendus avec l'urine, soient relatives à de véritables poils. L'analyse des passages où il est fait mention de ces corps, rapprochée des observations faites dans ces derniers temps sur les apparences que certains éléments du sang peuvent prendre dans les voies urinaires, tend à démontrer que ces filaments, *semblables à des cheveux*, étaient des filaments fibrineux plus ou moins décolorés.

Les observations des premiers pathologistes français, sur cette matière, ne s'appliquent pas non plus à de véritables poils. Fernel (2), après avoir dit : « Filamenta albis capillis similia a renibus reddi, author est Hippo- » crates, » ajoute qu'il a vu ces filaments provenir plus souvent, chez l'homme, des vaisseaux spermatiques, que l'on désigne sous le nom de *prostate*, et surtout à la suite des gonorrhées, et qu'il les a aussi observés chez les femmes atteintes de fleurs blanches. Évidemment, Fernel parle ici, non de véritables poils, mais de ces petits filaments blanchâtres fournis soit par les conduits spermatiques, soit par les conduits prostatiques, par les follicules de l'utérus et du vagin, par les plis ou par les lacunes de l'urètre, filaments que l'on remarque assez souvent dans l'urine des individus qui ont eu des blennorrhagies chroniques. Évidemment aussi, Fernel pense que l'Aphorisme d'Hippocrate se rapporte à ces filaments *blanchâtres*, bien qu'Hippocrate parle simplement de petites chairs comme des cheveux, sans leur assigner une couleur : c'est Galien qui a dit que ce qui se montre alors dans l'urine est particulièrement semblable à des cheveux *blancs*.

(1) Actuarii, De urinis libri septem de græco sermone in latinum conversi. In-8°. Parisiis, 1522. — De causis urinarum, lib. XXI, p. 61.

(2) Fernel, Universa medicina. In-fol., p. 168. Coloniæ Allobrogum, 1679 : « At » ipsi animadvertimus ea sæpius ex iis vasis spermaticis derivari quæ *parastatæ* » dicuntur, in quibus teretem figuram sortiuntur ex seminis materiâ, quæ vi » morbi sensim defluens, calore crassescit. Apparent autem in iis plurima qui » fœda exulcerataque gonorrhæa correpti non ita pridem fuerunt, et iis mulieri- » bus quibus albicantes menses profluunt, aut uterus fœda colluvie turget, etc. »

---

généralement moins nettement dessinée et moins fournie, où les maladies du foie et les flux intestinaux sont plus rares, ainsi que les cachexies putride et scorbutique, où enfin les affections inflammatoires du thorax se montrent plus communes, le médecin peut diviser l'année médicale en trois saisons : 1° endémo-épidémie, des derniers jours de juin à décembre; elle peut elle-même se partager en période aiguë ou des pyrexies (fin de juin, juillet, août, septembre, vingt premiers jours d'octobre) et en période chronique ou des cachexies, ou arrière-saison endémo épidémique (fin d'octobre, novembre et décembre); 2° constitution hivernale, en janvier, février et au commencement de mars; 3° constitution printannière, du milieu de mars au 15 ou 20 juin à peu prés. Telle est la marche habituelle dans le pays romain. L'endémo-épidémie de 1850 s'y est conformée; nous avons dit que celle de 1849 s'en est départie et a suivi les lois qui régissent la pathologie des localités palustres de l'Algérie.

Les différences ne s'arrêtent pas là entre les deux endémo-épidémies de 1849 et de 1850. Ici la gravité a été bien moindre, puisque la mortalité, dans le second semestre de 1850 n'a été que de 1,02 pour 100 hommes traités, tandis qu'en 1849 elle a atteint 5,40 p. 100. Le nombre des hommes hors de service pour cause de maladie, à un jour donné de l'apogée de l'épidémie, a été un peu plus considérable en 1850 qu'en 1849, 17 p. 100 d'effectif en 1850, 14 p. 100 en 1849. L'épidémie la moins grave a donc eu un peu plus d'extension que l'épidémie la plus meurtrière. Enfin le développement de l'endémo-épidémie de 1849 a été accéléré par les circonstances exceptionnelles dans lesquelles se sont trouvées nos troupes, circonstances que nous avons fait connaître, et dont le résultat a été évidemment de rendre l'imprégnation plus facile. En 1849, la maladie fait irruption subite et anticipée dans les premiers jours de juillet; on compte 2,558 entrées dans ce mois, et la mortalité atteint d'emblée 6,5 p. 100 hommes traités, c'est-à-dire le plus haut chiffre auquel elle se soit élevée dans tout le semestre; 3,028 entrées en août; 2,681 en septembre : chiffres qui sont entre eux, pour chaque mois, comme 0,84, 1,00, 0,88. En 1850, on compte 379 entrées en juillet, 1,250 en août, 1,070 en septembre : chiffres qui sont entre eux comme 0,30, 1,00, 0,80. Juillet 1849 est donc à août, apogée de l'endémo-épidémie :: 0,84 : 1,00, et juillet 1850 n'est à août de la même année que :: 0,30 : 1,00. Il est ainsi parfaitement évident que la maladie a eu un développement anticipé en 1849. Les mêmes différences existent entre la gravité des maladies régnantes : juillet 1849 est chargé de la mortalité la plus forte du semestre, 6,5 p. 100; la mortalité de juillet 1850, qui est de 1,03 p. 100, ne vient qu'en quatrième ligne dans le semestre.

Le maximum des entrées, en 1850, a coïncidé avec les six derniers jours d'août. Ce résultat confirme cette grande loi, établie pour l'Italie comme pour l'Afrique, que l'apogée de l'endémo-épidémie existe à une époque où la chaleur décroît déjà; à Rome, juillet est le mois le plus chaud, mais ce n'est jamais le mois le plus chargé en fièvres.

Le tableau suivant permettra d'apprécier la marche de l'épidémie d'après le nombre des entrées, calculé par périodes de cinq jours.

L'opinion que l'urine contient quelquefois des petits corps *semblables à des poils* est reproduite dans plusieurs écrits postérieurs à Fernel. L'auteur d'une dissertation inaugurale, soutenue en 1703, John-Tobias Klett (1), donne du *trichiasis* une définition applicable à une inflammation des voies urinaires, dont un des principaux symptômes serait l'excrétion de filaments en forme de cheveux (*urina cum filamentis capillaribus*) : « τριχίασις » seu mictus pilaris audit depravata urinæ excretio *cum filamentis capil-* » *laribus*, admixta haud raro materia mucosa, pultacea, purulenta, fœtente, » arenolis, modo cum, modo sine sanguine, præviaque urinæ suppressione, » aut difficultate, sæpè etiam illius incontinentia ; inquietudine corporis, » ventris et lumborum torminibus, dolore et ardore colli vesicæ, pubis ac » perinœi prurilu, virgæ erectione, tenesmo, ac frequenti desidendi cupidi- » tate.... » Évidemment les expressions τριχίασις *mictus pilaris*, ne sont pas prises ici dans leur sens grammatical ; il ne s'agit pas encore ici de véritables poils ; ces filaments piliformes ne sont autre chose qu'une forme particulière soit de la fibrine, soit du muco-pus, soit de l'humeur des follicules ou des lacunes de l'urètre, déposées dans l'urine.

La même remarque s'applique aux mêmes expressions, employées par des auteurs plus récents. Ainsi dans le passage suivant, extrait de l'HISTORIA MORBORUM VRATISLAVIENSIUM, anni 1701, *trichiasin seu capillos cum urinâ excretos* paraissent d'abord signifier de véritables poils : mais la suite du passage où l'auteur rappelle les remarques d'Hippocrate, de Celse et de Galien prouve qu'il s'agit réellement de *petites chairs comme des poils* ou semblables à des poils (2). « Notavimus eadem tempestate in qui- » busdam trichiasin, seu capillos unà cum urinâ excretos, quos a renibus, » cum crassâ urinâ excerni docet schola Hippocratica, secuta *l.* 4, aph 76, » et textum *ex lib.* de *naturâ humana* propè finem. Ejus autem generis » excrementa, seu, ut impropriè loquitur Celsus carunculæ exiguæ, quasi » capilli, crassos indicant in corpore humores. Hi autem ipsi capillorum » figuram induunt, non in venis, sicut credidit Galenus (*l.* 6 *de locis* » *affectis*, c. 3), nec in renum pelvi, sed in illis tubulis exilibus, aut, ut ita » dicam, fibrillis urinariis, per quas serum transcolatur, quarum figura, si » Bellino, Borello aliisque credimus, ad filamenta illa producenda est ap- » tissima. »

Les opinions des anciens sur le trichiasis sont reproduites dans la plupart des traités de médecine de cette époque. Ainsi Lazare Rivière (3) rappelle les passages d'Hippocrate, de Galien, d'Actuarius et de Fernel relatifs *à ces corps semblables à des cheveux*, que les uns font provenir des reins, d'autres des uretères, d'autres enfin de la prostate et des conduits séminifères; mais comme les auteurs didactiques qui l'ont précédé, il garde le silence sur l'émission avec l'urine de véritables poils.

Après avoir exposé et discuté plusieurs passages d'auteurs anciens relatifs au *trichiasis*, et qui avaient été mal interprétés, j'arrive à l'examen d'une série de faits très-importante dans l'histoire du trichiasis des voies urinaires et de la pili-miction, à celle qui est relative à l'émission de véritables poils avec l'urine ou de filaments regardés comme tels, à l'extraction de mèches de poils de la vessie, à la constatation sur le cadavre de poils dans cet organe ou dans les reins, enfin à la gravelle pileuse et à l'extraction de calculs urinaires ayant des cheveux ou des poils pour noyau, ou disséminés dans leur intérieur ou appliqués à leur surface.

Ces faits, recueillis de loin en loin, comme tous les cas rares, par des observateurs qui ne méritent pas tous une égale confiance, n'ont pas encore été discutés, au moins dans leur ensemble, et d'une manière approfondie. J'ai rapproché les uns des autres ceux qui m'ont paru se ressembler le plus ou s'éclairer mutuellement, et j'ai indiqué ceux qui m'ont semblé manquer de détails essentiels. En agissant ainsi j'ai cru que j'arriverais plus sûrement au but que je me suis proposé : celui de faire connaître ce qu'il y a de vrai et de démontré et ce qu'il a de faux ou d'incertain dans l'histoire du trichiasis des voies urinaires et de la pili-miction.

Je discuterai ces faits dans les paragraphes suivants :

§ I. — Poils dans les reins ou plutôt dans le bassinet.—Poils dans les uretères ?

§ II. — Poils trouvés dans la vessie et développés dans les voies urinaires.

§ III. — Poils trouvés dans la vessie ou rendus avec l'urine, provenant de tumeurs contenant des poils ouvertes dans la vessie.

§ IV. — Poils dans la prostate ou dans le canal de l'urètre.

§ V. — Poils dans des urines qui contenaient en même temps, soit du mucus, soit du sang du pus ou d'autres matières animales étrangères.

§ VI. — Poils dans l'urine chez des individus atteints de gravelle urique ou de calculs uriques.

§ VII. — Poils incrustés de phosphate de chaux et de phosphate de magnésie et quelquefois d'une certaine quantité d'acide urique (*gravelle pileuse*, Magendie). Poils servant de noyau à des calculs phosphatiques ou à des calculs dont la composition n'a pas été déterminée.

§ VIII. — Poils dans l'urine ; graviers de nature indéterminée ; urine purulente.

§ IX. — Filaments piliformes et poils d'animaux observés dans les urines, les sédiments, les graviers ou les calculs et confondus à tort avec les poils de l'homme.

§ I. — POILS DANS LES REINS OU PLUTÔT DANS LA CAVITÉ DU BASSINET. — POILS DANS LES URETÈRES.

J'ai fait remarquer plus haut qu'Hippocrate et Galien avaient pensé qu'il se formait quelquefois dans les reins des matières *semblables à des poils*, et qui étaient rendues avec l'urine. Or, malgré les nombreuses recherches anatomiques faites sur les maladies des voies urinaires, surtout dans ces derniers temps, personne n'a constaté, *dans les reins*, ces filaments piliformes, admis par Hippocrate et par Galien ; mais comme plusieurs chirurgiens et anatomistes, j'ai quelquefois trouvé dans les uretères des filaments fibrineux, formés par du sang *provenant des reins*, et auxquels peuvent s'appliquer les remarques des deux plus célèbres médecins de l'antiquité.

Je ne connais qu'une seule observation qui établisse la possibilité du développement ou de l'existence des poils dans le bassinet et les calices.

(1) Klett (J.-T.), DE TRICHIASI SEU MICTU PILARI. Altd., 1703.—Ploucquet indique deux autres dissertations sur le même sujet, que je regrette de n'avoir pu consulter : Scultetus (Joh.), TRICHIASIS ADMIRANDA, SEU MORBUS PILARIS OBSERVATUS. Norib. 1658. In-12. — Gœncke, DISS. DE TRICHOSI. Fr., 1724.

(2) HISTORIA MORBORUM QUI ANNIS 1699, 1700, 1701, 1702, VRATISLAVIÆ GRASSATI SUNT, præfat. Haller. — In-4°, p. 262. Lausannæ et Genevæ, 1746.

(3) Riverii (Laz.), OPERA MEDICA. — In-folio, p. 348. Lugduni, 1738.

Tableau n° 2.

ENTRÉES DANS LES HÔPITAUX DE ROME.

Du 1er juin...	au 5......	54	Du 15 septembre	au 20......	157
5	au 10......	84	20	au 25.....	170
10	au 15......	59	25	au 1er octobre	149
15	au 20......	53	1er octobre	au 5......	125
20	au 25......	49	5	au 10......	90
25	au 1er juillet.	51	10	au 15......	86
1er juillet. .	au 5......	55	15	au 20......	74
5	au 10......	74	20	au 25......	78
10	au 15	100	25	au 1er novemb.	81
15	au 20......	110	1er novembre	au 5......	81
20	au 25......	99	5	au 10......	56
25	au 1er août. .	128	10	au 15......	64
1er août. . .	au 5......	133	15	au 20......	59
5	au 10......	163	20	au 25......	55
10	au 15......	155	25	au 1er décemb.	44
15	au 20......	201	1er décembre	au 5......	36
20	au 25......	217	5	au 10......	53
25	au 1er septemb.	314	10	au 15......	42
1er septemb.	au 5......	236	15	au 20......	41
5	au 10......	283	20	au 25......	40
10	au 15......	184	25	au 1er janv. 1851	33

Il est nécessaire de compléter ce tableau par une autre statistique indiquant, à courtes périodes, le nombre des hommes présents aux hôpitaux de Rome.

Tableau n° 3

NOMBRE DES MALADES (FIÉVREUX, BLESSÉS, VÉNÉRIENS) PRÉSENTS DANS LES HÔPITAUX DE ROME, DE DIX EN DIX JOURS.

1 janvier 1850...	749	1 juillet......	317
10 — ...	700	10 —	347
20 — ...	656	20 —	448
1 février	540	1 août........	469
10 —	416	10 —	628
20 —	388	20 —	778
1 mars........	381	1 septembre....	958
10 —	339	10 —	1,073
20 —	350	20 —	963
1 avril........	316	1 octobre	904
10 —	329	10 —	759
20 —	301	20 —	602
1 mai.........	297	1 novembre....	565
10 —.........	340	10 —	500
20 —.........	385	20 —	496
1 juin	415	1 décembre....	359
10 —	411	10 —	306
20 —	377	20 —	256

Cette observation est due à notre célèbre Bichat (1). « Quelquefois, dit-il, » il se forme des poils à la surface interne des membranes muqueuses ; on » en a vu dans la vessie, l'estomac, les intestins. Divers auteurs en citent » des exemples. *J'en ai trouvé sur des calculs du rein.* La vésicule du » fiel m'en a offert aussi une douzaine d'un pouce à peu près et qui étaient » évidemment implantés à sa surface. »

J.-Frédéric Meckel (2), en rappelant ce fait, substitue d'abord les mots *calcul vésical*, à ceux qui avaient été employés par Bichat, *calculs des reins*. « Le phénomène le plus remarquable de tous, dit Meckel, est celui » dont parle Bichat, de la formation de poils sur un *calcul vesical*. Si ces » poils n'avaient pas pris naissance dans la membrane muqueuse de la » *vessie*, je ne puis me rendre raison de leur développement qu'en admet- » tant l'organisation du mucus visqueux que j'ai vu plusieurs fois non- » seulement entourer de toutes parts les calculs urinaires, mais encore » pénétrer dans leur intérieur. » De ces deux suppositions de Meckel, l'une, applicable à de véritab es poils développés à la face interne de la vessie ne peut être admise, dans ce cas, puisqu'il s'agit d'un calcul *rénal*; l'autre, relative à la possibilité de la transformation de filaments muqueux en de véritables poils, est très-contestable.

Toutefois il me répugne à penser que Bichat se soit trompé et qu'il n'ait pas vu de véritables poils ; mais il est regrettable qu'en présence d'un fait aussi rare, il se soit borné à un simple énoncé et qu'il n'ait rien dit de l'état de la membrane muqueuse du bassinet et des calices.

Aucune observation anatomique n'est venue prouver qu'il pût se former de véritables poils *dans les uretères*.

Lorsque Actuarius dit que les filaments semblables à des poils qu'on observe quelquefois dans l'urine proviennent de ces conduits dans lesquels *une matière épaisse* s'est concrétée et pour ainsi dire moulée, cette explication ne peut évidemment s'appliquer qu'à des filaments fibrineux (3) plus ou moins décolorés. Du mucus ou des fausses membranes se rapprocheraient moins, par leur forme, des véritables poils.

(1) Bichat, ANATOMIE GÉNÉRALE, nouv, éd. par Béclard et Blandin. Paris, 1830. T. IV, p. 534.

(2) Meckel (J.-Fréd.), MÉMOIRE SUR LES POILS ET LES DENTS QUI SE DÉVELOPPENT ACCIDENTELLEMENT DANS LE CORPS (JOURN. COMPL. DES SCIENCES MEDICALES, t. IV, p. 129).

(3) On a peine à comprendre comment Schenck a pu rapporter, comme un exemple d'émission de poils avec l'urine, l'observation suivante : « J'ai vu » (Schenck, OBS. MEDIC., lib. 3 DE URINIS, obs. 23, p 486) dans Pierre Celliui » qu'un malade *rendait des poils, longs à peu près d'une demi-palme, gros* » *comme le petit doigt* d'un enfant et au-dessus, tirant sur le rouge. En même » temps étaient rendues d'autres matières inconnues qui tantôt avaient la » forme de sangsues, tantôt celle de grenouilles au commencement de leur » existence dans l'eau, et qui avaient plus de consistance que des poils. J'ou- » vris quelques-uns de ces corps : ils contenaient du sang. Pendant cette » émission le malade ressentait au pubis des douleurs presque intolérables » auxquelles il finit par succomber. » (Nicolas de Florence, Diss. 5, TRAITE 10, chap. 21.) On voit de suite que ces prétendus poils n'étaient que des concrétions fibrineuses ou des fausses membranes.

§ II. — POILS TROUVÉS DANS LA VESSIE ET DÉVELOPPÉS DANS LES VOIES URINAIRES.

Guidé par l'analogie de structure des membranes muqueuses, Bichat, dans un passage cité plus haut, ne met point en doute qu'on n'ait quelquefois observé des poils à la face interne de la vessie urinaire ; mais il n'en cite aucun exemple. J.-F. Meckel (1) paraît d'abord partager cette opinion. « Il n'est pas rare, dit-il, que *la vessie soit hérissée de poils* : Schenck, » Horst, Fabrice de Hilden, Tulp, Powel, Rivière, Hamelin, en citent des » exemples. » Mais il ajoute : « Cependant l'autopsie cadavérique n'a, dans » aucun cas, démontré sans réplique que ces poils se fussent formés réel- » lement dans la vessie ou même seulement dans les voies urinaires. » Il est évident que l'expression *hérissée de poils* employée par Meckel n'est pas exacte et a dépassé sa pensée qui, en réalité n'est qu'une présomption déduite de la pili-mictiou et non une certitude anatomique.

Mais Maurice Hoffmann a vu des poils à la surface d'un calcul vésical, comme Bichat en a vu à la surface d'un calcul rénal. Voici le fait :

STRANGURIE, TÉNESME CHEZ UN ENFANT ; DYSURIE AVEC ÉMISSION DE POILS ; MORT. — DEUX CALCULS ET DES POILS DANS LA VESSIE (2).

OBS. I. — Un enfant de 6 ans vécut misérablement à Altorf, ma patrie, constamment tourmenté de strangurie, de douleurs d'entrailles et de ténesme. Cet enfant rendait de temps en temps des poils, avec une extrême difficulté pour uriner. Les parents en cherchaient la cause dans quelque maléfice ; mais de plus sagaces attribuaient ce phénomène, d'après les autres symptômes, à la présence d'un calcul dans la vessie. L'enfant étant mort, l'autopsie démontra la justesse de cette opinion, car dans la vessie urinaire on trouva un double calcul que nous avons représenté avec sa forme et ses dimensions. L'un de ces calculs était reçu dans une excavation de l'autre, laquelle provenait de l'habitude qu'avait le malade de se croiser les jambes à la manière des tailleurs, afin de diminuer ses atroces douleurs. Cette position, en faisant tourner et se superposer les calculs, produisit cette excavation. Le calcul double paraissait formé d'une substance tophacée et blanchâtre comme du plâtre et laissait sur les doigts une poussière blanche. Le plus petit, placé au-dessus de l'autre, était recouvert d'une croûte de couleur rouge foncé, polie et brillante. *Des poils minces se trouvaient çà et là, soit droits, soit enroulés*, et parsemés de particules fibro-muqueuses assez dures.

Si un semblable cas se présentait aujourd'hui à un anatomiste, nul doute qu'il ne s'attachât à démontrer par l'inspection microscopique, par la constatation d'une substance corticale et d'une substance médullaire dans les filaments observés à la surface des calculs, qu'il s'agit réellement de véritables poils; nul doute qu'il ne cherchât à découvrir des poils soit à la face interne de la vessie, soit dans l'intérieur du bassinet. Cependant il est difficile de se refuser à admettre, dans ce cas, la coexistence de poils avec des calculs vésicaux. Non seulement Hoffmann dit que, chez le petit malade, l'émission des poils était accompagnée d'une extrême difficulté d'uriner, mais encore, après avoir décrit les deux calculs trouvés dans la vessie, il ajoute : « *Des poils minces se trouvaient çà et là, soit droits, soit en-*

(1) Meckel (J.-Fréd.), MÉM. SUR LES POILS, etc. (JOURN. COMPL. DES SCIENCES MEDIC, t. IV).

(2) Hoffmann (Maurice), TRICHIASIS CUM CALCULO VESICÆ GENUINO SIBI IN MEDIO INCUMBENTE. (EPHEM. NAT. CURIOS., cent. V et VI, obs. 45.)

Le nombre des hommes hospitalisés, à un jour donné, a dépassé en réalité, 1,073, parce que deux évacuations ont été faites sur Civita-Vecchia. L'une, de 100 malades, fut précisément effectuée le 10 septembre, c'est-à-dire au moment de l'encombrement le plus considérable. Pour arriver à connaître le nombre des hommes distraits du service pour cause de maladie, à Rome, dans les premiers jours de septembre, nous pouvons nous appuyer sur les bases suivantes :

Malades aux hôpitaux de Rome.	1,073
Évacués sur Civita	100
Malades à la chambre	400
Id. à Tivoli, Frascati, Albano, Viterbe . . .	150
Total.	1,723

Ce qui revient à dire qu'au maximum de l'épidémie, on a compté 17 malades sur 100 hommes d'effectif, en d'autres termes, près d'un malade sur 5 hommes valides.

Tableau n° 4.

DÉCÈS DES FIÈVREUX, PAR GENRE DE MALADIE DANS LES HÔPITAUX DE ROME, EN 1850.

GENRE DE MALADIE.	Janvier.	Février.	Mars.	Avril.	Mai.	Juin.	Juillet.	Août.	Septemb.	Octobre.	Novemb.	Décemb.	Totaux.
Fièvres pernicieuses	1	»	»	»	»	»	2	5	5	2	2	1	18
Id. id., avec ramollissement de la moelle épinière. . . .	»	»	»	»	»	»	»	»	1	»	»	»	1
Id. id., avec abcès du foie	»	»	»	»	»	»	»	»	»	1	»	»	1
Cachexies palud. simples, scorbut., dyssentér.	1	»	»	»	»	»	»	»	1	»	»	1	3
Hépatite, abcès du foie	1	»	»	1	»	»	»	1	»	»	»	1	4
Dyssenterie aiguë et chronique.	3	»	»	»	»	1	»	»	»	»	»	»	6
Diarrhée chronique	16	11	2	»	»	»	»	»	»	»	3	»	32
Choléra sporadique	»	»	»	»	»	»	»	1	»	»	»	»	1
Total des affect. endémo-épidém.	22	11	4	1	»	1	2	7	7	3	5	3	66

roulés, et parsemés de particules fibro-muqueuses assez dures. » Cette phrase ne me semble permettre ancun doute. Toutefois on ne comprend pas comment, ayant figuré les deux calculs (curt. VIII, obs. 45, cent. VI), Hoffmann ait omis de représenter les poils dont la présence était la circonstance véritablement intéressante de l'observation.

M. Maillet (1), qui a rencontré fréquemment des poils sur la membrane muqueuse de l'estomac et de l'intestin du cheval, les a cherchés inutilement sur la membrane muqueuse des voies génito-urinaires, chez le cheval, le bœuf, le mouton et le chien. Comme lui, j'ai observé des poils dans la portion pylorique de la membrane muqueuse de l'estomac du cheval. Ces poils, que nous avons étudiés M. Davaine et moi (2), n'ont quelquefois qu'un à 2 millim. de longueur, et on ne les découvre qu'en les recherchant avec beaucoup d'attention, à l'œil nu un armé d'une loupe. Depuis cette époque, je les ai cherchés inutilement chez l'homme, non-seulement dans l'estomac, mais dans les voies urinaires, et en particulier dans la vessie; j'ajoute que je n'ai pas examiné un grand nombre de fois ces organes avec toute l'attention nécessaire. L'examen du bassinet, de la vessie et du canal de l'urètre, tel qu'on le fait habituellement dans nos amphithéâtres, ne permettrait pas d'apercevoir de petits poils, surtout s'ils n'avaient que la dimension de cenx que l'on rencontre le plus ordinairement à l'orifice pylorique de l'estomac du cheval. Ce point d'anatomie pathologique réclame de nouvelles recherches.

(1) Maillet, RECHERCHES SUR LES PRODUCTIONS PILEUSES DE LA MUQUEUSE DIGESTIVE DU CHEVAL (BULL. DE LA SOCIÉTÉ ANAT., 1836, p. 41-375).

(2) L'existence de ces poils n'étant pas généralement connue des anatomistes et les traités d'anatomie de l'homme et des animaux n'en faisant pas mention, je les décrirai sommairement ici, d'après l'observation que nous en avons faite, M. Davaine et moi :

Les poils de l'estomac du cheval que nous avons recueillis avaient d'un à 2 millimètres de longueur et 2 centièmes de millimètre de diamètre. Ils étaient d'un blanc roussâtre, légèrement arqués, atténués aux deux extrémités. Vus implantés sur la membrane muqueuse, leur partie libre paraît renflée en massue par l'adjonction d'une sorte de gaîne brunâtre qui la coiffe. Cette gaîne étrangère au poil, se brise par la pression en fragments dont la substance insoluble dans l'acide acétique, l'ammoniaque et l'éther, n'offre au microscope aucune organisation appréciable. La portion adhérente du poil traverse toute l'épaisseur de la membrane muqueuse, sous laquelle on peut observer un renflement correspondant probablement au bulbe. Cette portion du poil s'amincit graduellement jusqu'à son extrémité qui offre tout à coup un renflement terminal, comme la tête d'une épingle. Vus au microscope, ces petits poils présentent une substance corticale et l'apparence d'un canal central. Sur la substance corticale, on distingue à un fort grossissement de légères stries onduleuses, transversales, qui rappellent l'aspect squammeux des poils de la peau. Un canal central ou l'apparence d'un canal central peut être observé dans toute la longueur du poil jusque vers son extrémité libre. Son diamètre est du sixième au huitième de celui du poil. Il paraît se terminer dans le renflement bulbaire, soit en se bifurquant, soit en s'évasant en forme d'ampoule; il offre en quelques points des granules moléculaires transparents.

(La suite au numéro prochain.)

THÉRAPEUTIQUE MÉDICALE.

MÉMOIRE SUR LE TRAITEMENT DE L'ASCITE PAR LES INJECTIONS IODÉES; par M. BOINET.

Quo minus nota, eò magis exploranda sunt.
(FERNEL.)

Est-il possible de guérir certaines hydropisies du péritoine par les injections iodées? C'est là une question à laquelle on n'hésiterait pas de répondre par la négative, si l'on s'en rapporte aux plus grandes autorités de la science, et à tous les auteurs modernes qui se taisent sur ce point. Toutefois la science n'est pas entièrement dépourvue de faits, ni de notions sur cette manière de traiter les hydropisies par les injections; ainsi, en 1824, M. Gobert, et après lui le docteur Lhomme (de Château-Thierry), dans une note lue à l'Académie de médecine le 9 janvier 1827, proposait contre l'ascite l'introduction de vapeurs vineuses dans la cavité péritonéale. En 1831 et 1832 à Louvain, MM. Rul-Ogez, Craninkx et Van Roosbroeck, faisaient dans le péritoine des injections avec le gaz protoxyde d'azote. Plus tard, le docteur Vassal faisait connaître à la Société de médecine d'émulation (1) un cas d'ascite guérie à la suite d'une inflammation provoquée par l'irritation du péritoine au moyen de l'instrument dont il s'était servi pour donner issue au liquide. De son côté, M. Jobert (de Lamballe) essayait l'injection alcoolique et publiait un succès (2). M. Vivielle disait avoir guéri un cas d'ascite par des injections d'eau tiède (3); mais les résultats de toutes ces nouvelles tentatives n'ayant pas paru assez satisfaisants avaient été abandonnés, et cependant, comme tendent à le démontrer de nouvelles tentatives et de nouvelles observations, l'idée était bonne; seulement les moyens thérapeutiques ne valaient rien.

L'innocuité, bien constatée dans ces dernières années, des injections iodées sur nos tissus, sur les muqueuses comme sur les séreuses, dans l'hydrocèle, les hydropisies des bourses muqueuses, dans les kystes de toute nature, dans les abcès froids ou chauds, fistuleux ou non, etc., nos nouvelles remarques sur le mode d'action de la teinture d'iode sur les tissus enflammés ou non, ont enhardi plusieurs praticiens et les ont amenés à appliquer à l'hydropisie péritonéale les idées qui dirigent dans le traitement ordinaire de l'hydrocèle. D'un autre côté, l'analogie si grande qui existe entre la tunique vaginale et le péritoine, tant sous le rapport de sa nature anatomique que sous celui du liquide qu'elle renferme, a dû tout naturellement conduire à traiter l'ascite par les injections iodées; en effet, quelques tentatives ont été faites dans ce sens, et les résultats qui ont été obtenus jusqu'à présent permettent d'espérer beaucoup de l'efficacité des injections iodées dans l'hydropisie abdominale; ces résultats prouvent, en outre, qu'on peut sans crainte faire une ou plusieurs injections de teinture d'iode dans le péritoine du même individu.

Mais avant d'aller plus loin, et pour mieux juger la valeur de la nouvelle méthode que nous proposons, jetons un coup d'œil sur les injections de

(1) SOCIÉTÉ DE MÉDECINE PRATIQUE, 1833, n° 12, p. 8.
(2) GAZETTE DES HÔPITAUX, 1833, p. 278.
(3) THÈSES DE PARIS, 1834, n° 103, p. 12.

GENRE DE MALADIE.	Janvier.	Février.	Mars.	Avril.	Mai.	Juin.	Juillet.	Août.	Septemb.	Octobre.	Novemb.	Décemb.	Totaux.
Péritonite.	1	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	1
Congestion cérébrale	»	»	»	1	»	»	»	»	»	»	»	»	1
Méningite tuberculeuse.	»	»	»	»	»	»	1	»	»	»	»	»	1
Id. cérébro-spinale	»	3	1	2	»	1	»	»	»	»	»	»	7
Pneumonies.	5	2	»	»	1	»	»	»	»	1	»	»	9
Phthisie pulmonaire.	2	2	1	3	4	1	»	»	1	1	»	1	16
Pleurésie chronique.	»	1	»	»	»	1	»	»	»	»	»	»	2
Affections organiques du cœur.	»	»	1	»	»	»	»	»	»	»	»	»	1
Gangrène des poumons.	»	»	»	»	1	»	»	»	»	»	»	»	1
Œdème de la glotte	»	»	»	»	»	1	»	»	»	»	»	»	1
Variole	1	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	1
Fièvre typhoïde.	2	1	»	»	»	»	»	»	1	»	1	»	5
Total des affections sporadiques.	11	9	3	6	6	4	1	»	2	2	1	1	46
Total général.	33 (1)	20	7	7	6	5	3	7	9	5	6	4	112

Abstraction faite des trois premiers mois qui appartiennent à l'année médicale précédente, on peut ainsi classer les principales maladies, d'après le nombre des décès qu'elles ont causés :

Fièvres pernicieuses	19
Phthisie pulmonaire	11
Affections du foie	3
Diarrhée chronique.	3
Méningite cérébro-spinale	3
Cachexie paludéenne.	2
Fièvre typhoïde.	2
Etc., etc.	

(1) Dans notre première lettre sur l'état sanitaire en 1849, on lit 43 ou 5 p. 100, tableau n° 1. C'est une erreur, lisez 33 ou 3,8 p. 100. Dans ce même travail, tableau n° 4, mortalité, cette erreur n'a pas été commise.

nature diverse qui ont été faites dans le péritoine avec plus ou moins de succès. Ces injections ont été faites avec de la vapeur vineuse (quatre observations, Gobert et Lhomme), de l'air et du gaz protoxyde d'azote (Rul-Ogez, Craninkx et Van Roosbroeck, quatre observations), de l'alcool mélangé d'eau (Jobert de Lamballe, une obs.), de l'eau tiède et de la décoction de quinquina (Vivielle, une obs.), et enfin de la teinture alcoolique d'iode (Boinet, Griffon, Leriche, Rul-Ogez et volant, neuf observations).

Obs. I. — La première tentative d'injection dans le péritoine remonte à 1824. Il s'agit d'une femme de 22 ans, devenue hydropique à la suite d'une suppression de règles. La ponction fut pratiquée le 8 mai 1824 par M. Gobert, qui fit immédiatement une injection de vapeur vineuse dans le péritoine. Voici comment il rapporte ce fait :

Sur un poêlon contenant du vin, j'ajoutai en manière de chapiteau d'alambic un entonnoir renversé, et je plaçai sur le feu cet appareil ainsi disposé pour faire monter la vapeur du vin par le tuyau de l'entonnoir.

Je pris une petite seringue dont on se sert pour faire des injections dans les oreilles; j'en introduisis le bout dans le goulot de l'entonnoir et j'entourai les deux extrémités d'un petit linge mouillé, afin de les mieux joindre.

Lorsque le vin fut en ébullition, je tirai le piston de la seringue qui se remplit aussitôt de vapeur, et je condensai celle-ci en refroidissant avec de l'eau le corps de la seringue; après quoi j'injectai douze fois de suite cette vapeur dans l'abdomen par le canal du trois-quarts. La malade déclara à la grande surprise des assistants, que cette vapeur « lui réchauffait l'estomac et lui faisait beaucoup de bien.... »

Il n'y eut ni faiblesse, ni douleur; nu bandage de corps fut appliqué. Le lendemain, il y ent une tympanite légère qui se dissipa par l'émission du gaz.

Le 24 juin, six semaines après l'opération, les règles avaient reparu. La malade avait fait une lieue à pied pour faire constater à son médecin sa complète guérison.

Obs. II. — La seconde observation d'injection de vapeur vineuse appartient encore à M. Gobert. Elle concerne une jeune fille de 18 ans dont l'ascite, accompagnée d'infiltration des extrémités inférieures, s'est produite après une suppression de règles datant de quinze mois. Cette injection amena encore une guérison radicale; seulement la malade ressentait dans les grandes inspirations un tiraillement qui fit croire que le grand épiploon pouvait bien adhérer avec la paroi abdominale (1).

Obs. III. — Le docteur Lhommé (de Château-Thierry), encouragé par ces deux succès, essaya à son tour d'injecter de la vapeur vineuse chez un homme de 49 ans, qui était devenu hydropique à la suite d'une hématémèse qui avait duré quatre jours. Des purgatifs n'ayant pu guérir ce malade, il fallut recourir à la ponction qui fut pratiquée six fois dans l'espace de dix ans. Ce fut alors que M. Lhomme consulté pratiqua une injection dans le péritoine, après avoir employé inutilement tous les remèdes usités en pareils cas; il obtint un succès complet et procéda de la même manière que M. Gobert. Il répéta seize fois cette injection, sans que le malade sentit autre chose qu'un gonflement du ventre; il eut seulement quelques coliques sourdes qui durèrent pendant deux mois et disparurent d'elles-mêmes.

Obs. IV. — Enhardi par ce premier succès, M. Lhomme a tenté une seconde fois ces injections de vapeur vineuse, dans un cas d'ascite datant de vingt-neuf ans; mais il n'a pas réussi (2).

(1) Gobert, officier de santé à Haine-Saint-Paul, province de Hainault (Ann. de la méd. physiol., t. VI, p. 487, 1824.)

(2) Archives générales de médecine, 1re série, t. XIII, p. 282, 1827.

Comment ont agi ces injections de vapeur vineuse? Notons d'abord que le résultat a été heureux trois fois sur quatre, qu'elles n'ont produit aucun accident. Est-ce en enflammant le péritoine ou en rétablissant l'équilibre entre l'absorption et la sécrétion de la sérosité, qu'elles ont guéri? Rien ne démontre qu'elles aient amené des adhérences, puisque aucun des malades n'a succombé; seulement un cas peut le faire supposer, celui dans lequel le malade a éprouvé à l'épigastre un sentiment de tiraillement, au moment des grandes inspirations; peut-être l'action de ces injections s'est-elle bornée à modifier l'état pathologique du péritoine, et à s'opposer à un nouvel épanchement dans cette cavité. On ne peut rien affirmer sur ces différents points; tout ce que ces observations prouvent, c'est l'innocuité de la vapeur vineuse dans le péritoine, et leur efficacité dans certains cas pour guérir l'ascite.

Ces injections, fait observer M. Morel-Lavallée (1), dans un rapport sur ce mémoire, à la Société de chirurgie de Paris, ne resteront pas dans la pratique, il est trop difficile de les doser, d'en régler la température et la force. Cette vapeur de vin, qui n'est au fond que de la vapeur d'alcool, comment la refroidir à un degré convenable pour qu'elle n'arrive pas trop irritante, brûlante sur le péritoine, ou trop faible, ou mélangée d'air? En effet, avec un refroidissement trop intense, la vapeur alcoolique se condense en quelques gouttelettes dans la seringue, et le vide qu'y produit sa liquéfaction est rempli par de l'air. Alors cet instrument ne fait plus pénétrer dans la cavité abdominale que l'air imprégné d'esprit-de-vin, dans une proportion insuffisante et toujours impossible à préciser. Du reste, il serait difficile de se prononcer à cet égard, car, à l'incertitude du procédé de réfrigération en lui-même, s'ajoute encore le vague avec lequel M. Lhomme, comme d'ailleurs M. Gobert, s'exprime sur la manière dont il l'a employé. Ils se contentent de dire que la seringue fut entourée de compresses imbibées d'eau froide, sans nous apprendre si, pendant les douze ou seize injections, ces compresses ont été renouvelées, etc.

Obs. V. — Un autre moyen, qui a également été employé avec quelque succès, et qui a réussi aussi trois fois sur quatre, est l'injection avec le gaz protoxyde d'azote. Il appartient à M. Roosbroeck, et a également été expérimenté par MM. Rul-Ogez et Craninkx, à Louvain. Avant d'en venir à injecter du protoxyde d'azote dans le péritoine, M. Roosbroeck avait essayé une injection d'air, mais ce moyen n'ayant produit aucun résultat ni avantageux ni désavantageux, nous le passerons sous silence. Ayant remarqué sur lui-même que la respiration du gaz oxydule d'azote augmentait considérablement la sécrétion de l'urine et celle de la sueur, l'idée vint à ce chirurgien d'en injecter dans le péritoine. Il fit cette injection sur le malade chez lequel il avait injecté de l'air sans succès. Cette injection produisit à peine de la douleur et fut suivie de sueurs et d'urines abondantes, qui guérirent le malade, qui en était à sa neuvième ponction. L'opération fut faite le 17 septembre 1830, et le malade, examiné le 1er mai suivant, plus de sept mois après, était radicalement guéri. La cause probable de cette ascite était une maladie du cœur.

Obs. VI. — La seconde observation est celle d'une femme de 50 ans, qui devint hydropique probablement à la suite d'une affection du foie. Plusieurs ponctions qu'elle avait subies avaient donné issue à un liquide purulent. Injection de protoxyde d'azote. Résultat satisfaisant d'abord; retour de l'ascite au bout de trois mois. Nouvelle injection, nouveau succès; seulement l'auteur ne dit pas s'il a été durable, n'ayant pas revu la malade depuis sa sortie de l'hôpital.

(1) Mémoire de la Société de chirurgie de Paris, t. II, 4e fascicule, p. 385.

Ces chiffres sont propres à nous fournir plusieurs enseignements.

Le nombre si élevé des décès par suite de phthisie pulmonaire est un fait à noter.

Dans notre compte rendu pour l'année 1849, nous avons fait tous nos efforts pour établir les propositions suivantes : quoique le tableau de la mortalité porte la dothinentérie et les flux intestinaux avant les fièvres paludéennes, qui ne viennent qu'en troisième lieu, on n'en doit pas moins considérer celles-ci comme ayant dominé la pathologie de l'année, par leur nombre et par leur gravité; elles doivent figurer en tête du tableau des décès; la dothinentérie et les flux intestinaux (diarrhée non symptomatique et dyssenterie) ont causé beaucoup moins de mortalité; si on leur a fait occuper le premier rang sur l'échelle de gravité et de fréquence, c'est par suite d'erreurs de diagnostic, ou d'oubli, de remonter aux causes premières. En effet, on a compté, parmi les dothinentéries, bon nombre de fièvres rémittentes, subcontinues, pernicieuses, à masque typhoïde; voilà l'erreur de diagnostic qui a renflé le nombre des *fièvres typhoïdes* au détriment des *états typhoïdes* d'origine paludéenne. Beaucoup de flux intestinaux qui ont entraîné la mort n'étaient pas symptomatiques de vieilles cachexies palustres, d'engorgements viscéraux, etc.; on a oublié leur origine, et on a classé parmi les diarrhées idiopathiques des flux qui n'étaient, à proprement parler, qu'une sorte d'épiphénomène ultime d'une autre maladie.

Ces propositions ont trouvé beaucoup d'approbation et quelques opposants. Il devait en être ainsi. De nouvelles recherches rétrospectives ont corroboré notre conviction, et l'histoire médicale de 1850 est venue déposer dans notre sens. Cette vérité ressort si clairement de nos chiffres, qu'il n'est pas nécessaire d'insister sur ce point : 19 décès par fièvre paludéenne, 2 par fièvre typhoïde, 3 par diarrhée chronique, aucun par dyssenterie.

A Rome, la mortalité, *relativement à l'effectif de la troupe ou de la population*, atteint son maximum, pendant les épidémies régulières, dans l'épidémie et l'arrière-saison; mais, à cette époque, le nombre des individus atteints par le miasme est si considérable, et les fièvres sans gravité réelle montent à un si haut chiffre comparativement aux accès pernicieux, que *la proportion des décès aux hommes traités* est alors peu élevée. Cet antagonisme entre les décès, comptés relativement à la population ou relativement aux hommes traités, est un fait constant. Dans la saison hivernale, nous observons la contre-partie de ce qui se passe pendant l'endémo-épidémie : les décès sont nombreux relativement aux hommes traités, rares comparativement à la population. A cette époque, en effet, il y a peu d'entrées aux hôpitaux, mais les maladies sporadiques régnantes ont généralement de la gravité, et toutes ces constitutions délabrées par la fièvre et ses reliquats.

Voici la preuve de ces énoncés. En 1849, avons-nous dit, l'arrière-saison endémo-épidémique a empiété sur l'année suivante; il faut chercher la constitution hivernale en février 1850; or la mortalité est, pour ce mois, de 7,16 p. 100 traités, tandis que la moyenne des six derniers mois de 1849, malgré la gravité exceptionnelle de l'endémo-épidémie, n'est guère que de 5,4 p. 100. En 1850, même observation; l'endémo-épidémie se prolonge moins; la constitution hivernale se dessine en janvier et février 1851, qui nous donne plus de mortalité proportionnelle que le deuxième semestre 1850. Ainsi donc, on peut établir le principe suivant : c'est pendant les endémo-épidémies (ayant leur cours habi-

Obs. VII. — Dans la troisième observation, il s'agit d'une femme de 29 ans, atteinte d'une péritonite chronique à la suite de couches et d'une ascite qui datait de trois ans. « On guérit d'abord la péritonite par une application de sangsues, écrivait le médecin belge à Broussais; puis, après la ponction, je lui insufflai la même quantité de gaz qu'aux autres. La nuit, elle sua au point que son lit en fut mouillé; ses urines étaient dix fois plus copieuses, et elles continuèrent d'être sécrétées en abondance. » Le résultat paraît avoir été satisfaisant; mais, fait remarquer M. Morel-Lavallée, l'omission d'une date ne permet pas de l'apprécier exactement (1).

Obs. VIII. — Broussais, qui avait reçu les communications de son confrère de Belgique, essaya à son tour cette injection gazeuse. Il avait un malade presque désespéré, atteint d'une ascite considérable, survenue après une pneumonie et plusieurs rechutes de gastro-entérite. Il lui fit la ponction, et injecta ensuite un litre de protoxyde d'azote. Immédiatement après cette injection, la peau, qui était sèche comme du parchemin, devint humide, et les urines, qui étaient rares et boueuses, devinrent claires et abondantes, ce qui n'empêcha pas le malade de succomber huit jours après l'opération. L'autopsie démontra qu'il n'y avait pas trace d'inflammation dans le péritoine, et qu'il contenait peu de sérosité (2).

Ces observations manquent de détails importants; par exemple, la quantité de gaz injecté n'est pas indiquée dans les trois premières; nous dirons cependant, avec M. Morel-Lavallée, auquel nous empruntons encore les réflexions suivantes, qu'elles ont eu des résultats à peu près uniformes. Le premier point qui frappe l'attention, dans ces injections de protoxyde d'azote, c'est leur innocuité. Aucun accident, aucune réaction; tout se borne à quelques douleurs de ventre, légères et momentanées; et chez le malade de Broussais, qui a succombé aux complications, l'autopsie, faite huit jours après, n'a-t-elle pas démontré l'absence de toute trace d'inflammation dans la séreuse abdominale? En second lieu, c'est que ce moyen n'est pas seulement sans danger, mais qu'il est encore d'une incontestable efficacité. Sur quatre observations, il y a eu deux et peut-être trois succès définitifs, et une notable amélioration dans un cas désespéré.

Un dernier avantage de ces injections gazeuses, c'est que leur action sur le péritoine se borne manifestement à une simple modification de vitalité, qui rétablit l'équilibre entre la sécrétion et l'absorption de cette membrane, et que dès lors la guérison n'est point achetée au prix des inconvénients que peuvent entraîner les adhérences des intestins et de l'épiploon. Ces injections paraissent donc exemptes d'accidents primitifs comme d'accidents consécutifs. Sans doute, quatre faits, quelque heureux qu'ils soient, ne permettent pas de se prononcer définitivement sur la valeur d'un nouveau traitement, mais au moins était-ce ouvrir assez heureusement une voie nouvelle dans le traitement d'une grave affection, pour que le moyen auquel on devait ces succès reçût un accueil plus favorable. Ce n'est pas cependant qu'il ne se présentât sous des noms recommandables; et si Roosbroeck et Broussais n'ont pas eu d'imitateurs, cela tenait à l'effroi, effroi exagéré, nous l'espérons, qu'inspirait toute injection dans le péritoine.

(1) Roosbroeck, lettre à Broussais, Annales de la médecine physiologique, t. XX, p. 157, 1831.
(2) Broussais, Annales de la médecine physiologique, t. XX, p. 154.

(La suite au prochain numéro.)

REVUE DES JOURNAUX DE MÉDECINE.

JOURNAUX BELGES.

I. ANNALES ET BULLETIN DE LA SOCIÉTÉ DE MÉDECINE DE GAND.

Les livraisons de 7 à 12 (année 1850) contiennent : 1° *Éclampsie du sixième au septième mois de la grossesse; incisions multiples du col de l'utérus; guérison*; par M. de Benle. 2° *Note sur l'efficacité de l'huile de foie de morue à hautes doses dans le traitement du lupus ou de la dartre rongeante*; par M. Teirlinck. 3° *Observation d'une rupture sous-péritonéale du duodénum*; par M. Burggraeve. 4° *Mémoire sur l'emploi des appareils ouatés*; par le même. 5° *Monographie de la chlorose*; par M. Cazin. 6° *Mémoire sur les pansements inamovibles des plaies et des ulcères*; par M. Burggraeve.

OBSERVATION D'UNE RUPTURE SOUS-PÉRITONÉALE DU DUODÉNUM; par le docteur Burggraeve.

Nous avons eu soin de rapporter, il y a six ans (Gaz. Méd., 1845, p. 310), une observation du même auteur relative à un cas de rupture sous-péritonéale de l'estomac, par suite de ramollissement pultacé de cet organe. Nous ne devons pas moins à la présente observation, où il s'agit d'une rupture également sous péritonéale du duodénum.

Obs. — Le 23 juillet 1850, un matelot âgé de 24 ans, d'une forte constitution, fut atteint par une poutre sur la région du foie. Jeté violemment à terre, il eut la force de se relever; mais il dut bientôt chercher un appui. Une vive douleur se déclara aussitôt dans l'endroit contusionné, et une quantité notable de sang fut vomie. A son entrée à l'hôpital, le malade accusait une souffrance intolérable à la région épigastrique, et vomissait des matières alimentaires non digérées, mêlées à de la bile. Aucune trace du coup à l'extérieur, sauf une légère écorchure; seulement le ventre était tendu et rénitent dans un endroit circonscrit. (Saignée générale; ventouses scarifiées à l'épigastre; cataplasmes émollients.)

Pendant toute la journée, le malade continue à vomir; les matières rejetées deviennent de plus en plus bilieuses; la douleur diminue légèrement. Sensation d'un poids à l'épigastre; soif; insomnie; apyrexie.

24 *juillet*. Souffrance de plus en plus vive; ventre très-tendu et rénitent sous les fausses côtes droites. Dans les autres régions de l'estomac, ni tension ni douleur. (Application de vingt-quatre sangsues.)

Vers le soir, les angoisses et la douleur augmentent. Le cataplasme ne peut plus être supporté. Les vomissements redoublent de fréquence; la couleur en devient d'un vert foncé. Le malade boit abondamment, mais l'estomac rejette tout aliment. Selles normales.

25 juillet. Même état. Le malade provoque les vomissements en introduisant les doigts dans la bouche. Il ne peut endurer aucune application sur l'épigastre.

Le lendemain et le surlendemain, les traits du malade s'altèrent. L'angoisse est terrible. Les lavements produisent un soulagement marqué. La fièvre ne se déclare pas. (Ventouses scarifiées à l'épigastre.)

Le 28 juillet, traits tirés; yeux caves, entourés d'un cercle bleuâtre; pouls dépressible. L'estomac ne tolère plus rien. Vers le soir, hoquet violent, combattu

---

tuel) que la mortalité est la plus élevée relativement à la population, la moins élevée relativement aux entrées aux hôpitaux ou aux malades; pendant l'hiver, c'est le contraire : forte mortalité relativement aux hommes atteints, faible mortalité relativement à la population. Les mêmes principes sont applicables à la pathologie de la plupart des localités palustres de l'Algérie.

F. Jacquot.

(La suite au prochain numéro.)

— On écrit de Saint-Lô, le 23 juillet :

« La fièvre miliaire a fait invasion à Carantan, et il paraît que, depuis quelques jours, un assez grand nombre de personnes en ont été atteintes. Il y a eu, le 21, six inhumations, et deux ou trois hier. Il ne faudrait pas cependant attribuer tous ces décès à l'épidémie : quelques-uns sont dus à d'autres causes. »

— De tristes nouvelles nous sont apportées par les journaux anglais, à la date du 13 juillet. On annonce que le choléra a reparu à la Jamaïque, qu'il s'est déclaré à Westmoreland, pour de là s'étendre à Maylersfield et à Friendship. Le nombre des victimes est encore peu considérable, mais tout fait craindre que le fléau ne fasse des progrès et ne se dissémine dans toute l'étendue de l'île.

Aux Canaries, les ravages sont déjà immenses. Au 16 juin, on comptait 2,000 morts. La plupart des habitants de Santa-Cruz se sont enfuis dans les plaines, non-seulement ceux qui jouissaient de quelques moyens d'existence, mais encore les malheureux qui, dépourvus de tout, n'avaient qu'un but, celui d'échapper au fléau. Des pères abandonnaient leurs enfants; des enfants, leurs pères; les plus chers sentiments de la nature étaient oubliés. Les routes furent bientôt couvertes de morts et de mourants; l'épouvantable mal sème courait en quelque sorte après ses victimes, et les frappait dans leurs vagabondes émigrations.

Il est impossible d'exprimer les horreurs d'une telle situation. Les cadavres ne pouvaient être inhumés faute d'hommes de bonne volonté; on se vit contraint de mettre la force armée en réquisition pour se saisir des hommes valides et les obliger à enterrer des morts à moitié putréfiés. Cet état de choses dura jusqu'au 16 juin, époque à laquelle le fléau a paru sévir avec moins de rigueur.

— On lit dans le Moniteur algérien du 20 juillet :

« Depuis notre dernier bulletin, le choléra a encore diminué d'intensité à Tlemcen parmi les Européens. Les indigènes ont été atteints à peu près dans la même proportion que pendant la période précédente. Voici le résumé des bulletins reçus, jour par jour, par le télégraphe, pendant une période de cinq jours, qui remonte au 13 du courant, exclusivement : décès à l'hôpital, 21; décès en ville, 8; décès parmi les indigènes, 68.

— Un pharmacien distingué de Paris, membre du conseil municipal de cette ville, M. Flon, a été frappé d'une attaque d'apoplexie foudroyante à la suite d'une séance de ce conseil, et a succombé dans la soirée sans avoir recouvré connaissance.

efficacement par une potion de 20 gouttes de laudanum et 30 gouttes de liqueur d'Hoffmann dans un sirop de citron.

Les symptômes s'aggravent encore le lendemain; le pouls devient intermittent, les extrémités se refroidissent; les matières vomies prennent une couleur brun jaunâtre et exhalent une odeur putride.—La mort a lieu le 30, à dix heures du matin.

AUTOPSIE. Les rapports des divers organes de l'abdomen sont conservés. Le paquet intestinal offre en général une couleur noirâtre ecchymotique. Le foie est légèrement entamé vers son bord antérieur. L'estomac est distendu.

Le *duodénum* offre une solution de continuité intéressant les deux tiers antérieurs de la circonférence, à environ 2 pouces et demi du pylore (au niveau de l'insertion des canaux cholédoque et pancréatique). Il existe derrière le péritoine un épanchement de matières jaunâtres mêlées à de la bile. Aucune trace d'inflammation.

Toutes les circonstances de cette observation un peu trop brève, surtout dans la partie anatomique, s'expliquent facilement. Le vomissement des matières alimentaires, qui a suivi l'accident, indique que le duodénum était rempli au moment où il a reçu le choc de la poutre, et cette circonstance rend parfaitement compte de la rupture. La disposition connue du duodénum n'a pas permis aux matières intestinales de se répandre dans le péritoine; elles sont restées confinées dans le tissu cellulaire qui fixe le duodénum à la colonne vertébrale, et voilà pourquoi il n'est pas survenu de phlegmasie violente dans les parties voisines, et pourquoi le sujet a pu survivre sept jours à un accident aussi grave. « L'estomac, dit l'auteur, *par une sorte d'aspiration*, a constamment pompé les matières épanchées, et les a empêchées de se répandre. » Nous ne nous représentons pas très-bien cette sorte d'aspiration de l'estomac. Les secousses du diaphragme ont tout simplement fait remonter dans la cavité gastrique, à travers la plaie duodénale et le pylore, les liquides épanchés, comme on voit d'ordinaire dans les vomissements répétés et violents, la bile du duodénum franchir l'estomac et être rejetée au dehors.

Cette observation n'a pas, que nous sachions, d'analogue dans la science.

MÉMOIRE SUR LES PANSEMENTS INAMOVIBLES DES PLAIES ET DES ULCÈRES; par M. BURGGRAEVE.

Ce n'est pas seulement le principe des *pansements rares* que M. Burggraeve vient ici préconiser. La manière dont il exécute le pansement assure également à celui-ci les avantages qui résultent de la méthode sous-cutanée. Du moins, tel est le but que l'auteur se propose; et s'il ne s'en approche pas autant que l'on pourrait le désirer, il n'en faut pas moins lui savoir gré d'avoir marché dans cette voie si rationnelle. Il lui restera d'ailleurs le mérite d'avoir mis le praticien en possession d'un appareil des plus simples pour réaliser extemporanément cette indication précieuse. Le fait suivant, que nous prenons au hasard dans la collection des preuves cliniques que M. Burggraeve apporte à l'appui de sa méthode, fera juger le lecteur de la manière dont il en réalise les conditions.

OBS. — Prise par le pouce droit dans un engrenage, une ouvrière avait eu les articulations phalangiennes ouvertes et les condyles de la deuxième phalange séparés. Le doigt indicateur, ouvert dans sa deuxième articulation, n'était plus retenu que par les tendons des fléchisseurs.

La stupeur du membre et la couleur blafarde du pouce faisant craindre la gangrène, on commença par relever les parties dilacérées, au moyen de bandelettes de linge fin cératées sur leurs deux faces, et dont on les entoura à l'instar d'une momie, de manière à établir une occlusion aussi exacte que possible.

La main et l'avant-bras, entourés d'une bande roulée, furent ensuite plongés quelques heures dans un bain froid. On eut alors recours à un bain d'eau de son tiède d'une heure de durée, renouvelé matin et soir.

Au bout de trois jours de l'emploi de ces moyens, la stupeur et l'engorgement ayant cédés, la suppuration s'établit, et M. Burggraeve s'occupa d'appliquer un appareil inamovible.

Ne pouvant se servir ni de la ouate ni du carton, à cause du pus, il donna la préférence aux emplâtres agglutinatifs. Une mèche de toile fut appliquée en longueur sur les doigts meurtris, directement en contact avec les plaies, afin de faire office de siphon. Des cylindres en sparadrap, en forme d'attelles, et des bandelettes agglutinatives servirent ensuite à former à chaque doigt une coque imperméable, d'au-dessous de laquelle le pus put facilement s'échapper. Ce pansement emplastique resta en place pendant huit jours. Chaque jour, il suffit de changer la charpie dans laquelle les extrémités de la mèche avaient laissé filtrer le pus.

La démangeaison ayant forcé M. Burggraeve d'ouvrir la coque, il trouva les bourgeons vermeils et bien développés. Il n'y avait pas de pus en stagnation; celui qui recouvrait les plaies était crémeux et de bonne nature. Une nouvelle coque fut appliquée, et suffit pour le restant du traitement.

Au bout d'un mois, la blessée put reprendre son travail.

Les plaies qui ne doivent point suppurer ou dans lesquelles on présume pouvoir prévenir la suppuration sont traitées par M. Burggraeve d'après le même principe. Mais ici, on a un moyen plus sûr de satisfaire à l'indication. Après avoir soigneusement absterge la plaie, on la réunit et on la recouvre d'un gâteau de ouate. Cette substance, en s'opposant à l'imbibition de la lymphe et en la gommant devient, pour la plaie, une sorte de vernis qui la protége du contact de l'air. La ouate calme en outre l'irritation nerveuse produite par l'instrument vulnérant. Par la compression qu'elle permet d'exercer, elle prévient l'engorgement et l'inflammation, en même temps qu'elle hâte la résolution des liquides épanchés et active la formation du tissu cicatriciel.

II. ANNALES DE LA SOCIÉTÉ MÉDICALE D'ÉMULATION DE LA FLANDRE.

Les septième, huitième, neuvième, dixième, onzième et douzième livraisons de 1850 contiennent : 1° *De la ressemblance de certains phénomènes critiques observés dans les maladies nerveuses, avec des symptômes de syphilis*; par M. Liégey. 2° *Relation d'une épidémie qui a régné dans la commune de Hotton, en février, mars, avril et mai* 1850; par M. L'hermitte. 3° *Quelques mots sur la teigne*; par M. Vaneeden. 4° *Atrophie du pavillon de l'oreille droite avec atrésie du conduit auditif externe*; par M. Pollet. 5° *Cas de tænia*; par M. Plettinck. 6° *Note sur les abcès critiques*; par M. Liégey. 7° *Observation d'un polype œsophagien*; par M. Lesueur. 8° *Quelques observations de fièvres pernicieuses apoplectiques paralytiques*; par M. Liégey. 9° *Observation de gangrène de la bouche*; par M. Van Eeden. 10° *Urticaire chronique intermittent; guérison par les bains d'enveloppe froids; réflexions sur les méthodes de traitement perturbatrices*; par M. Fabre. 11° *Observation d'une paralysie de vessie traitée sans succès par les injections de strychnine*; par M. Caytan. 12° *De la fièvre prodromique*; par M. Donville. 13° *Tentative d'empoisonnement par le sous-acétate de cuivre*; par M. Liégey. 14° *Remarques sur le traitement de la paralysie de la vessie par les injections de strychnine*; par M. Lecluyse. 15° *Observation de diabète sucré avec cataracte*; par M. Vandenbergh.

DE LA RESSEMBLANCE DE CERTAINS PHÉNOMÈNES CRITIQUES OBSERVÉS DANS LES MALADIES NERVEUSES, AVEC DES SYMPTÔMES DE SYPHILIS; par M. LIÉGEY.

L'intérêt pratique de ce travail eût été plus grand si l'auteur avait pris soin de mieux spécifier la nature des troubles soi-disant nerveux dont la pseudosyphilis a été, d'après lui, la crise. Ce vague regrettable jette un peu de confusion sur la signification de la plupart de ces observations. Ainsi, dans la première, nous voyons une femme de 28 ans qui, après avoir eu, comme premier phénomène critique d'une *fièvre pernicieuse à forme cholérique chronique*, un commencement d'éruption miliaire, vit tout à coup et sans cause connue cette éruption disparaître, être suivie d'ulcérations douloureuses à la vulve, puis bientôt d'un écoulement blanchâtre, abondant, par le vagin.

Le second cas concerne un homme de 42 ans, lequel, étant en convalescence d'une affection *névralgique fébrile intermittente*, qui avait parcouru le bras gauche, la poitrine et la région lombo-abdominale, vit apparaître, à la suite de douleurs dans l'urètre, un écoulement blanc, abondant, tachant le linge à la manière du liquide blennorrhagique.

Même succession de phénomènes chez le quatrième malade, homme de 45 ans, malade d'une *pyrexie dont le principal symptôme a été la paralysie des membres inférieurs.*

Si l'on objectait à M. Liégey que tous ces malades sont d'âge à avoir contracté une blennorrhagie de la manière ordinaire, il répondrait par sa cinquième observation : il y est question d'un homme de 28 ans, jouissant d'ailleurs d'une bonne santé, qui le consulta pour un écoulement urétral avec douleurs vives, datant de huit jours, et s'accompagnant depuis deux jours d'un gonflement à l'aine droite. « Comme sa santé générale paraissait bonne, dit l'auteur, je lui exprimai les doutes que je concevais relativement à l'origine de son écoulement. Il m'assura que cela ne pouvait être attribué à une cause vénérienne, attendu qu'il n'avait jamais eu aucun accident syphilitique, qu'il *ne voyait pas d'autre femme que la sienne*, et que celle-ci étant souffrante, il ne s'en était pas approché depuis plusieurs semaines. Il me dit en outre que pendant longtemps il avait ressenti des douleurs dont le siége était fort variable, et que ces douleurs avaient cessé depuis l'apparition des accidents locaux actuels. »

On comprend que chaque médecin doive être le meilleur juge de la véracité de ses malades. Nous n'avons donc pas de dénégation absolue à opposer ici aux assertions de M. Liégey. Tout ce que nous pouvons lui dire, c'est que, s'il veut considérer comme spontanés tous les écoulements dont le porteur lui affirmera *qu'il n'a pas vu de femmes*, ou qu'il n'a vu que

femme *qui n'avait rien....*, il pourra en peu de mois étendre démesurément le nombre des observations de son mémoire.

M. Liégey explique ensuite son opinion sur la nature de ces affections. « Ici l'écoulement de l'urètre, selon lui, n'est pas le résultat d'une inflammation : c'est un effet névralgique, tout comme les flux lacrymal, salivaire dans certaines névralgies de la face, tout comme la sueur dans la suette. Tout cela résulte de la perturbation nerveuse, de l'afflux nerveux, en excès sur un point, sur une région grande ou petite.

Nous avons laissé de côté la troisième observation, parce qu'elle est entièrement différente des autres et ne nous semble pas passible des mêmes critiques : elle a trait à un jeune homme successivement tourmenté de symptômes nerveux variables, avec délire. Après plusieurs crises imparfaites (ptyalisme, éruption miliaire, scarlatineuse), il se fit enfin une excrétion blanchâtre, assez abondante, par l'urètre, ressemblant à de la craie pulvérisée et se dissolvant dans l'urine. Celle-ci précipite en blanc par l'acide nitrique. Depuis l'apparition de cette matière, il y a eu dans l'état général une amélioration soutenue.

Voilà l'exemple d'une véritable crise, celui qui justifie le mieux, le seul peut-être qui justifie complétement le titre de ce travail.

OBSERVATION D'UN POLYPE ŒSOPHAGIEN ; par M. LESUEUR.

Malgré sa terminaison fatale, ce fait, outre sa rareté, présentera encore l'intérêt d'un diagnostic habilement porté, et porté avec l'aide seul de signes sensibles qui eussent été trop imparfaits pour avoir pu le fonder, si l'induction n'était venue en éclairer le sens.

OBS. — Le nommé Lermite, âgé de 20 ans, bien constitué, vint consulter M. Lesueur, en décembre 1849, pour une dysphagie qui, s'étant développée depuis un an, sans cesse connue. le mettait depuis un mois en danger de mourir de faim. Il a très considérablement maigri, et principalement à partir de cette dernière époque.

L'obstacle existe au-dessous de la partie supérieure de l'œsophage ; car le malade avale facilement une gorgée de liquide, le garde quelques instants, puis se trouve forcé de le rendre par un mouvement de régurgitation. Il n'a pas eu de syphilis. Toutes les autres fonctions sont normales. Sa mère est morte d'un ulcère cancéreux.

M. Lesueur put introduire une sonde œsophagienne jusque dans l'estomac sans rencontrer d'obstacle. Il se borna à prescrire l'iodure de potassium et des révulsifs locaux.

Au bout de huit jours, on put voir s'élever de l'œsophage dans le pharynx un corps charnu, mamelonné, blanchâtre, du volume d'une grosse amande, de consistance molle. Du reste, cette tumeur n'étant que la partie développée durant l'espace de huit jours, cette circonstance donnait une idée de la rapidité que la masse morbide mettait à s'accroître.

M. Lesueur considérant, d'une part, que la sonde œsophagienne ne rencontrait pas d'obstacle; de l'autre, que, dans le cathétérisme, cette sonde glisse toujours sur la paroi postérieure du pharynx, en conclut que, puisqu'elle ne rencontrait pas le pédicule du polype, celui-ci devait s'insérer sur la partie antérieure et supérieure de l'œsophage. L'exploration avec une sonde d'homme lui fit effectivement reconnaître qu'on pouvait circonscrire cette tumeur sur les côtés et en arrière, mais qu'en avant on trouvait un obstacle insurmontable.

M. Lesueur, assisté de l'un de ses confrères, fit vainement plusieurs tentatives pour engager le pédicule de cette masse dans l'anse d'un fil, qu'on aurait ensuite serré pour déterminer l'étranglement. Forcé de lutter par des moyens palliatifs contre les progrès incessants et rapides de la tumeur, il parvint encore à procurer quelque soulagement à son malheureux patient en enlevant par morceaux, avec une longue pince, une partie, visible à l'extérieur, de la tumeur ; mais bientôt celle-ci s'accrut au point d'oblitérer la glotte, et ce fut l'asphyxie qui termina cette douloureuse scène.

L'autopsie mit à découvert d'abord l'œsophage distendu par un corps de forme ovalaire. Mis à nu par une incision, ce corps fut reconnu être une tumeur mamelonnée, à scissures profondes, ayant une structure et une couleur très-ressemblantes à la substance du cerveau ; elle a 12 centimètres de longueur, 4 centimètres de diamètre en haut. En bas, elle se termine en forme de queue. En haut, elle présente un appendice qui se dirige vers la glotte, et ferme cet orifice comme le ferait un véritable bouchon. Cette tumeur adhère à la partie supérieure et au côté gauche de l'œsophage par un pédicule du volume du pouce, que traversent les nombreux vaisseaux, et que recouvre la muqueuse œsophagienne. Le pédicule se prolonge et va manifestement se perdre à la corne inférieure du cartilage thyroïde, dans le tissu ligamenteux qui unit ce cartilage au cricoïde. Du reste, ce cartilage est parfaitement sain. La substance morbide paraît être une nouvelle formation plutôt qu'une dégénérescence des tissus.

La cause de l'insuccès des tentatives de M. Lesueur venait, comme on le voit, de ce que le polype descendait plus bas qu'il ne lui était possible d'atteindre avec son instrument.

OBSERVATION DE GANGRÈNE DE LA BOUCHE ; par le docteur W. VAN EEDEN.

Les recherches si étendues dont la gangrène de la bouche chez les enfants a été l'objet dans ces derniers temps, surtout de la part de MM. Baron, Taupin, Rilliet et Barthez, ne permettent pas d'accorder une grande importance à une observation isolée de ce genre d'affection. Nous ne nous arrêterons un instant au travail de M. Van Eeden que pour en signaler deux points relatifs, l'un à la nature de la maladie, l'autre au traitement.

« *L'ulcus noma*, dit l'auteur, est, pour moi, un scorbut porté à un très-haut degré : les moyens internes et externes conseillés contre la stomacace, tant par les auteurs anciens que par les modernes....., sont ceux en effet que l'on emploie contre le scorbut. » Cette opinion, renouvelée du professeur Thomassen, ne nous paraît pas exacte. Les caractères anatomiques de l'*ulcus noma* sont très-différents de ceux du scorbut; ils en diffèrent dès le début du mal et pendant toute son évolution ; la mortification des tissus est le caractère spécifique, primordial, de l'*ulcus* et le ramollissement des gencives n'en est que l'accessoire. Dans le scorbut, c'est la gangrène qui est l'accessoire et le ramollissement gengival le caractère essentiel. Le scorbut, d'ailleurs, se manifeste dans toutes les parties du corps; l'*ulcus noma* se limite à la bouche, et ne s'accompagne pas de manifestation scorbutiques dans d'autres régions. En outre, il n'est pas exact de dire que les deux affections aient la même étiologie. La gangrène de la bouche succède fréquemment à la scarlatine et à la rongeole ; elle ne s'observe guère que chez les enfants ; en est-il de même du scorbut? Non, assurément, tout le monde le sait.

Le second point que nous voulons signaler concerne l'emploi des émétocathartiques au début de la maladie. L'auteur se montre partisan de cette médication, fondée sur cette vue pratique que la gangrène de la bouche est souvent le résultat d'un dérangement gastrique. A cet égard, nous reconnaissons que la médecine française a un peu trop oublié les préceptes de Numan et de Richter. La cautérisation avec le fer rouge ou les acides concentrés, les lotions au chlorure de chaux, sont excellentes contre les lésions locales; mais on limiterait peut-être plus facilement qu'on ne croit l'étendue de celles-ci en combattant par les vomitifs la mauvaise disposition des premières voies qui se lie réellement, dans un très-grand nombre de cas, à l'apparition de la gangrène.

A. DECHAMBRE et P. DIDAY.

(La suite au prochain numéro.)

TRAVAUX ACADÉMIQUES.

ACADÉMIE DES SCIENCES.

SÉANCE DU 28 JUILLET. — PRÉSIDENCE DE M. RAYER.

DE LA SÉCRÉTION PANCRÉATIQUE CHEZ QUELQUES RUMINANTS.

M. COLIN, chef du service d'anatomie et de physiologie à l'École vétérinaire d'Alfort, communique de nouvelles expériences sur la sécrétion pancréatique du cheval, du porc et du mouton.

Ces expériences, entreprises dans le but de voir si, sur ces derniers animaux, la sécrétion offrait les mêmes caractères, et son produit les mêmes propriétés que chez les autres animaux ruminants qui ont été l'objet de recherches précédentes, ont conduit l'auteur à des résultats intéressants pour la physiologie comparée, et qu'il exprime dans les propositions suivantes :

1° Chez le cheval, la sécrétion pancréatique paraît à peu près aussi abondante que chez la vache et le taureau, ce que faisaient préjuger la taille et le régime de ce solipède aussi bien que le volume de son pancréas.

2° L'appréciation exacte des caractères de la sécrétion pancréatique et la détermination quantitative de son produit sont presque impossibles chez cet animal, en raison des difficultés inhérentes à l'établissement de la fistule et des troubles que cet établissement produit immédiatement, soit dans l'action de la glande, soit dans les fonctions digestives, ainsi que dans tout le reste de l'économie.

3° Le suc pancréatique de ce solipède est très-fluide et fort peu albumineux, comme MM. Leuret et Lassaigne l'avaient déjà fait voir. Cette particularité tout à fait exceptionnelle qui le caractérise dès les premiers moments de l'expérience rend son action sur les matières grasses tellement faible, qu'il ne peut produire une émulsion complète et homogène, quelque minime que soit la proportion d'huile mise en contact avec lui.

4° Chez le porc, la sécrétion pancréatique ne donne guère que de 12 à 15 grammes de liquide dans les premières heures, c'est-à-dire le vingtième de ce que fournit le pancréas du cheval, qui est seulement une fois de plus volumineux que celui des pachydermes. Son produit émulsionne parfaitement la graisse dès qu'il entre pour les deux tiers dans la composition du mélange; mais il s'altère avec la plus grande rapidité, et même, dès les premiers moments, il est si peu albumineux qu'il ne se coagule pas et ne se trouble que légèrement par l'action de la chaleur.

5° Chez le mouton, le suc pancréatique est épais, très-albumineux et en grande partie coagulable dans les premiers moments, circonstance de laquelle il tient la faculté d'émulsionner les matières grasses aussi complétement que possible.

6° Chez le même animal, le mélange du fluide pancréatique avec la bile, susceptible d'être recueilli facilement, tel qu'il coule dans l'intestin, jouit de la

faculté émulsive et acidifiante que possède si éminemment le premier de ces liquides à l'état de pureté; mais cette faculté offre de nombreuses variations qui dépendent de la quantité plus ou moins grande de suc pancréatique dans le mélange, et qui répondent par conséquent aux oscillations et aux intermittences de l'action du pancréas.

7° L'abondance de la sécrétion pancréatique des différents animaux n'est pas toujours en rapport avec la taille des individus et le volume de leur pancréas. Ce défaut, ou plutôt cette variabilité de proportion tient très-probablement en grande partie à ce que l'établissement de la fistule n'offre pas chez tous les mêmes difficultés et n'entraîne pas une perturbation également rapide et profonde dans l'action de la glande.

8° Enfin, le fluide pancréatique, par la constance de son alcalinité et l'uniformité de son action sur les matières grasses qu'il émulsionne et qu'il acidifie toujours, offre ainsi, à quelques différences près, des caractères et des propriétés invariables dans tous les animaux où il a pu être étudié.

DES USAGES DE LA BILE DANS LA DIGESTION.

M. Sémanas (de Lyon), à l'occasion d'une communication récente de M. Blondlot, sur l'inutilité de la bile dans la digestion, adresse un mémoire sur les fonctions du foie pendant la digestion, et sur les usages de la bile pour l'albumine digestive.

L'auteur s'est proposé, dans ce travail, de réfuter les conclusions du mémoire de M. Blondlot. Pour être en droit de soutenir la vérité d'un tel résultat, dit-il, il aurait fallu prouver au préalable :

1° Que la digestion se passe tout entière dans l'intestin, et non ailleurs, en partie du moins;

2° Qu'il n'y a de bile utile à la digestion que celle qui émane des conduits hépatique et cystique.

Dans le cas contraire, ajoute l'auteur, et si, comme nous espérons le démontrer, certains temps de la digestion que nous caractériserons plus loin, se passent, non dans l'intestin, mais bien au sein du foie; si, d'autre part, la portion des aliments dont la digestion se réalise dans le foie, trouve en même temps dans cet organe la portion de bile qui lui est nécessaire, portion dont le surplus seulement se rend dans les conduits hépatiques; il ressort manifestement qu'en faisant écouler au dehors, comme dans l'expérience précédente, cette dernière portion, on ne prive point, à proprement parler, la digestion de la bile qui lui était nécessaire, on écoule seulement au dehors celle qui, pour le moment du moins, se trouve en grande partie inutile à la digestion.

L'auteur résume son travail dans les conclusions suivantes :

1° La digestion proprement dite, c'est-à-dire abstraction faite des actes relatifs à la réunion des matériaux alimentaires, se compose de deux temps principaux qui sont :

a. La digestion intestinale ou nutritive;

b. La digestion hépatique ou sécrétoire.

2° La digestion hépatique ou sécrétoire (qui est la seule dont on se soit occupé dans ce travail) comprend la préparation et l'absorption des matériaux albumineux.

3° La préparation des matériaux albumineux (charriés au préalable par la veine porte) s'exécute au sein du foie par la bile que ces matériaux y rencontrent, laquelle se mélange avec eux et les *alcalinise* en vue de leur absorption digestive.

4° L'absorption digestive des matériaux albumineux s'exécute au sein du foie par les soins des lymphatiques hépatiques.

5° Il suit de là que le foie peut être dit l'organe digestif des matériaux albumineux, et la bile (dont le rôle principal est par conséquent dans le foie et non hors du foie) le dissolvant alcalinisateur de l'albumine digestive.

6° Enfin, les conduits hépatiques et cystique sont les évacuants de la bile excrémentitielle, et très-probablement aussi les instruments d'économie de l'albumine et de la bile non excrémentitielle.

L'Académie, dans la précédente séance, a reçu les deux communications suivantes sur le même sujet.

M. Voisin rappelle, à la même occasion, que depuis longtemps il avait prouvé par des expériences combien les physiologistes étaient loin de la vérité en attribuant à ce liquide une grande importance dans l'acte de chylification. A l'appui de cette réclamation, il adresse un exemplaire d'un ouvrage qu'il a fait paraître en 1833 sous ce titre : Nouvel aperçu sur la physiologie du foie et les usages de la bile, etc.

Dans cet ouvrage, en effet, l'auteur, après avoir prouvé par des considérations empruntées à l'anatomie comparée, à la tératologie, à la pathologie, que rien ne justifie le rôle que l'on attribue communément à la bile dans l'acte de la digestion, prouve, par des expériences faites sur le vivant, que cette fonction ne cesse point de s'accomplir parfaitement, quoique la bile cesse de s'épancher à l'intérieur du canal intestinal. Les animaux sur lesquels il avait pratiqué la ligature du canal cholédoque ont survécu jusqu'à trois mois à l'opération, et leur mort a été le résultat non pas d'un dérangement dans les fonctions digestives, mais presque toujours d'un engorgement du foie, ce qui se conçoit fort bien puisqu'il n'avait pas ménagé, comme l'a fait depuis M. Blondlot, une issue à la bile que l'organe, tant qu'il restait sain, devait continuer à sécréter.

M. Ripault fait une réclamation analogue fondée sur ce que dans un mémoire dont il envoie un exemplaire, et qu'il a publié en 1839, sur les fonctions du foie et la veine porte et sur les propriétés de la bile, il est arrivé par le raisonnement aux mêmes conclusions que M. Blondlot a déduites de ses expériences.

Ces trois communications sont renvoyées à la même commission.

ÉTAT DE L'IRRITABILITÉ MUSCULAIRE DANS LES PARALYSIES CÉRÉBRALES ET SPINALES.

M. Marshall-Hall communique une note intitulée : De l'état de l'irritabilité musculaire dans les paralysies cérébrales et spinales.

L'auteur expose en ces termes les résultats d'une expérience qu'il vient de répéter avec le plus grand soin, sur l'état de l'irritabilité musculaire dans les diverses paralysies cérébrales et spinales :

Dans les derniers jours du mois de mai, j'ai galvanisé une petite fille affectée d'hémiplégie. Je lui ai fait mettre les deux mains également dans un bassin d'eau salée, et les deux pieds dans un autre; j'ai fait passer un courant bien doux d'un de ces bassins à l'autre, en en augmentant très-graduellement la force. Le bras affecté de paralysie a été mû bien avant le bras sain. De même pour les membres inférieurs : les muscles de la jambe paralysée se sont contractés très-perceptiblement avec une bien moindre force galvanique que ceux de l'autre membre non paralysé.

J'ai fait, il y a un mois, la même expérience sur un petit garçon qui, sans avoir de paralysie du bras, tirait la jambe droite bien péniblement. J'ai trouvé que le degré du courant galvanique qui faisait contracter les muscles sains, ne produisait pas d'effet perceptible sur les muscles de la jambe affectée de paralysie.

Le premier fait est coïncidant avec les phénomènes observés dans les cas de paralysie de la face hémiplégique; le second, avec les phénomènes observés dans les cas de paralysie du nerf facial produite ou par le froid, ou par la division du nerf. Je peux faire la même observation relativement à d'autres cas indubitables de paralysies cérébrales et spinales, que je ne dois pas rapporter ici.

J'ai fait et répété ces expériences pendant bien des années, sur un bien grand nombre de sujets, devant beaucoup de témoins, et avec les précautions convenables. Je ne puis donc douter de l'exactitude de mes résultats. Or ces résultats sont :

1° Qu'il y a des cas de paralysie où les muscles des membres affectés se contractent par un moindre degré de l'influence galvanique, que les muscles de l'autre membre;

2° Qu'il y a des cas de paralysies où le contraire a lieu, où les muscles du membre sain sont plus affectibles que ceux du membre paralysé;

3° Que ces cas sont des cas de paralysies où l'influence du cerveau, ou celle de la moelle épinière, est interceptée respectivement;

4° Qu'entre certaines limites, l'enlèvement de l'influence du cerveau conduit à une élévation comparative de l'irritabilité de la fibre musculaire, tandis que l'enlèvement de l'influence de la moelle épinière produit l'effet opposé;

5° Que cette différence du degré d'irritabilité de la fibre musculaire dans les paralysies cérébrale et spinale devient à son tour diagnostique;

6° Que la machine à courant galvanique simple et léger, qui fait valoir cette différence, peut seule, à l'exclusion de toute machine à courant intense, et surtout à courant intense et rapidement répété, servir de moyen de diagnostic.

L'auteur fait remarquer que ces faits relatifs à l'irritabilité de la fibre musculaire, dans les paralysies cérébrales, sont parfaitement d'accord avec la théorie du degré inverse de l'excitabilité nerveuse et de l'irritabilité musculaire, et des stimulants, comme la respiration, la température, etc., dans l'économie animale. Lorsque le stimulus de la volition est enlevé, l'irritabilité reste comparativement plus élevée.

Mais la moelle épinière paraît être la *source* de l'excitabilité et de l'irritabilité; d'où leur diminution lorsque l'influence de cet organe est enlevée.

ÉTIOLOGIE DE LA FIÈVRE INTERMITTENTE.

M. Wanner adresse une note sur l'étiologie de la fièvre intermittente et de la fièvre pernicieuse.

L'auteur cherche à établir que les causes des fièvres intermittentes, soit vulgaires, soit pernicieuses, consistent :

1° Dans une perte successive du calorique des corps plus grande, que l'économie ne peut réparer;

2° Dans la résorption, dans l'économie, des matières de sécrétion, qui sont, comme on sait, de l'acide carbonique, de l'eau et de l'azote;

3° Dans l'introduction, dans l'organisme, au moyen de l'inspiration, d'une certaine quantité de miasmes.

ACADÉMIE DE MÉDECINE.

SÉANCE DU 29 JUILLET. — PRÉSIDENCE DE M. ORFILA.

Le procès-verbal de la dernière séance est lu et adopté.

La correspondance officielle comprend des états de vaccination et une lettre du ministre du commerce qui demande l'avis de l'Académie sur un procédé et la recette d'un nouveau remède pour le traitement de la pellagre. (Comm. des remèdes secrets.)

PEMPHIGUS.

M. Dubreuil fils (de Bordeaux) adresse une observation de pempbigus développé successivement chez quatre enfants nouveau-nés issus de la même mère. Aucun antécédent syphilitique n'a pu être constaté chez les parents. La mère néanmoins a été soumise à un traitement antisyphilitique dont on ne connaît pas encore les suites (Commissaire : M. Gibert.)

SUITES DE CHUTES DE LIEUX ÉLEVÉS.

M. le docteur PORET, médecin de la maison centrale du Mont-Saint-Michel, adresse, par l'intermédiaire de M. Rayer, des observations relatives à des chutes d'un lieu très-élevé (plus de 50 mètres). Sur quatre individus qui ont fait de telles chutes, deux sont morts sur le coup, un s'est complétement rétabli et un autre était en voie de guérison lorsqu'il s'est suicidé. Cette communication est renvoyée, sur la demande de M. Rayer, à une commission composée de MM. Gerdy, Huguier et Robert.

INFLUENCE DES SAIGNÉES SUR LA GROSSESSE.

M. DUCHESNE-DUPARC, à l'occasion de l'opinion émise récemment par M. Cazeaux, que les saignées pendant la grossesse peuvent être classées au nombre des causes prédisposantes des fausses couches, adresse la relation d'une observation qui lui paraît de nature à modifier cette opinion. Il s'agit d'une femme qui ayant eu quatre fausses couches successives, dont une à six mois, malgré la précaution de garder le lit tout le temps, n'a dû qu'aux saignées d'avoir atteint le terme régulier de la cinquième grossesse. (Comm. : MM. Moreau et Danyau.)

NOUVEAU TRAITEMENT DE LA FISSURE DE L'ANUS.

M. CAMPAIGNAC, ancien chef de clinique de la Faculté de médecine de Paris, adresse un travail sur le traitement de la fissure à l'anus, suivi de 7 cas de guérison obtenue par l'usage de l'onguent de la mère mélangé d'un corps gras sous forme de pommade. (Comm. : MM. Velpeau et Larrey.)

— M. LAFORÊT, de Lavit (Tarn-et-Garonne), transmet une observation d'érysipèle phlegmoneux, remarquable par sa marche, sa terminaison et sa complication avec des paroxysmes typhoïdes. (Comm. : MM. Gibert et Bousquet.)

— M. SABATIER, médecin à Bédarieux, adresse une observation d'asthme nerveux. (Comm. : M. Grisolle.)

ACCOUCHEMENT PRÉMATURÉ ARTIFICIEL.

M. VILLENEUVE fait un rapport sur un nouveau fait communiqué par M. Chailly-Honoré à l'appui de l'accouchement prématuré artificiel.

Tant de faits viennent chaque jour prouver l'excellence de l'accouchement prématuré artificiel, soit que le bassin présente un rétrécissement prononcé, soit qu'après la naissance d'un premier enfant trop volumineux, et qu'il a fallu sacrifier, on craigne avec juste raison de rencontrer dans une seconde couche un accident semblable, qu'il semblerait superflu d'en signaler de nouveaux, si cette pratique si rationnelle, si innocente pour la mère, et qui laisse à l'enfant des chances bien plus certaines que tous les autres moyens qu'on voudrait lui substituer, n'avait encore à combattre un esprit de routine et de préjugé qu'on s'étonne de rencontrer en 1851.

Qui épargnera à la mère des applications de forceps, quelquefois meurtrières pour elle et bien souvent pour l'enfant? à l'accoucheur une opération difficile au-dessus du détroit supérieur? L'accouchement prématuré artificiel? Qui épargnera à l'accoucheur la dure nécessité de perforer le crâne, de briser la tête de l'enfant, quelquefois au détriment de la mère? L'accouchement prématuré artificiel. Qui, dans les lieux où l'opération césarienne peut être substituée avec avantage à la céphalotripsie, sauvera la mère de l'opération césarienne, toujours mortelle dans les grandes villes, et si incertaine dans les conditions les plus favorables? Encore l'accouchement prématuré artificiel.

Ces vérités sont encore appuyées par le fait suivant :

OBS. — Madame W... ne présente au détroit supérieur que 3 pouces de passage entre le pubis et l'angle sacro-vertébral, qui est très-saillant. L'excavation a à peu près ses dimensions normales. Enceinte une première fois, elle arriva à terme en mai 1847. Rien, dans son extérieur, n'étant venu révéler l'existence de cette proéminence de l'angle sacro-vertébral, le toucher seul, au moment du travail, vint rendre évidente l'existence de ce vice de conformation.

Cette dame, après une journée pénible, fut en proie toute la première partie de la nuit à des douleurs intolérables. Plus de quinze heures après la rupture des membranes, la dilatation étant complète, je pratiquai l'application du forceps au-dessus du détroit supérieur, la patiente ayant été chloroformisée. L'enfant, extrait avec de grandes difficultés, avait succombé : c'était une fille.

En 1849, cette dame redevint enceinte. Arrivée à terme, elle fut prise, le matin du samedi 5 janvier 1850, des premières douleurs de l'accouchement. Le travail se manifesta de la même manière que la première fois. Le soir, survinrent encore des douleurs aussi intolérables qu'en 1847. J'avais été si péniblement impressionné par l'affreuse nuit passée deux ans auparavant auprès de cette pauvre dame, qu'immédiatement je fis usage du chloroforme inspiré. La malade était couchée; aussitôt qu'elle sentait la douleur venir, elle se précipitait sur le flacon que je lui présentais, aspirait avec force le chloroforme, et cette contraction, productive, quelques minutes auparavant, d'une douleur insupportable, passait presque inaperçue. Madame W... conservait sa gaieté pendant les intervalles des inspirations et toute sa présence d'esprit pendant l'inspiration. « Comme je sens, disait-elle souvent, que cette douleur aurait été forte! » Et en effet, l'utérus se contractait avec une énergie rare et avec une régularité parfaite.

Vers le milieu de la nuit, les forces de la malade n'étant pas abattues comme la première fois, les battements du cœur du fœtus conservant toute leur intégrité, je résolus, malgré l'inefficacité des contractions, de laisser à la nature tout ce que je pouvais encore lui accorder; mais je priai mon ami, M. Belin, de venir me suppléer. Il continua pendant tout le reste de la nuit à faire respirer madame W... de la même manière, pendant que je pris quelque repos. 35 grammes de chloroforme furent ainsi inspirés dans la nuit; enfin, à dix heures du matin, la tête n'ayant fait aucun progrès et restant toujours fortement serrée au détroit supérieur, nous endormîmes la malade, et j'appliquai le forceps comme la première fois, mais avec un résultat bien différent. C'était une fille vivante, dont l'extraction fut très laborieuse, mais qui se ranima au bout de quelques secondes; elle se porte aujourd'hui très-bien, 16 juillet 1851. La mère, qui, comme en 1847, n'avait rien senti, s'est réveillée cette fois au premier cri si désiré de son enfant, sans avoir éprouvé la moindre douleur. Elle s'est parfaitement et promptement rétablie.

Les difficultés ont été les mêmes que la première fois. Le volume de l'enfant était aussi le même; le travail présenta exactement les mêmes phases. Comme la première fois, les contractions furent si énergiques, si soutenues, que l'enfant présenta au moment de sa naissance, sur le haut du pariétal droit, un enfoncement dans lequel on aurait pu loger un petit œuf de poule. M. Baron, qui fut appelé quinze jours après la naissance de l'enfant pour la traiter d'une bronchite, put constater comme nous cet enfoncement, déterminé par l'angle sacro-vertébral. Certainement les contractions avaient dû être bien énergiques, pour avoir pu produire cet enfoncement; le chloroforme ne les avait donc pas empêchées.

Cette pauvre dame, au lieu d'être livrée à des angoisses inexprimables, d'être véritablement à la torture pendant les longues heures d'une nuit entière, a pu entretenir la conversation avec nous, comme s'il se fût agi des simples mouches d'un commencement de travail; les assistants jouirent de cette tranquillité d'esprit qu'ils étaient bien loin d'avoir la première fois, et aucune douleur en rapport avec l'énergie des contractions ne venait révéler à cette dame le combat si constant et si énergique que l'utérus livrait en elle, contre un obstacle qu'il s'efforçait en vain de surmonter.

Enfin, je crois que le résultat plus heureux pour l'enfant peut encore être attribué à l'atténuation des douleurs par le chloroforme. En effet, lors du premier accouchement, les douleurs étaient devenues si intolérables, l'état de désespoir auquel la femme et les assistants étaient livrés était tel, que je dus agir plus tôt que je ne l'ai fait cette année; je cédai, la première fois, à la crainte de voir ces douleurs si exagérées déterminer des convulsions. Et il faut bien le dire aussi, je cédai aux supplications de la patiente et de sa famille, et à l'émotion bien vive que j'éprouvais moi-même; je n'eus pas le courage de voir se continuer inutilement une semblable torture. Mais la tête de l'enfant ne s'était pas encore moulée sur le détroit supérieur, elle fut plus difficile et par conséquent plus longue à engager, et ce dernier point est capital pour l'enfant. La compression de la tête par le forceps, si différente de cette compression graduée que les contractions exercent sur la tête de l'enfant, fut presque instantanée; aussi cette compression détermina-t-elle la mort. Le travail, en 1847, s'était déclaré le matin, et ce fut vers trois heures du matin que je terminai le jour suivant.

En 1850, il commença de même le matin, et ne fut terminée que le lendemain à dix heures du matin; pendant les sept heures de prolongation de travail, la tête se moula en partie sur le détroit supérieur; il fallut une compression moins énergique et des tractions moins longtemps continuées pour l'engager et l'extraire, et l'enfant survécut. Sans le procédé d'atténuation de la douleur, aurais-je eu le courage de laisser cette malheureuse femme se tordre encore pendant sept mortelles heures sous des douleurs sans nom, telles enfin qu'on les voit souvent se produire dans les cas de vices de conformation du bassin?

Cette dame respira du chloroforme de huit heures du soir à dix heures du matin, c'est-à-dire pendant quatorze heures; enfin elle fut complétement anesthésiée à dix heures (en s'arrêtant toutefois, comme je le fais toujours, à la première insensibilité), et cela avec des avantages immenses pour la mère et l'enfant.

Cependant ce résultat si heureux pour l'enfant ne peut être considéré que comme un fait exceptionnel. Combien peu d'enfants résistent à des contractions assez longues, assez vives, pour imprimer aussi fortement l'angle sacro-vertébral dans les os du crâne, et à des tractions si énergiquement faites avec le forceps! Il est évident que s'il survient chez cette dame une troisième grossesse, il y aura indication précise de pratiquer l'accouchement prématuré artificiel à huit mois, non-seulement dans l'intérêt de l'enfant, mais aussi dans l'intérêt de la mère. En effet, si le chloroforme, dans ces cas, rend supportables les vives douleurs d'un travail très-prolongé; s'il épargne, au moment de l'opération, les angoisses et les douleurs quelquefois si intolérables qui résultent d'un engagement forcé de la tête dans un bassin rétréci, il est sans effet sur les conséquences de cette prolongation de travail, de ces tractions énergiques et longtemps continuées par l'accoucheur; conséquences telles qu'il pourrait en résulter la contusion de la partie du segment inférieur de l'utérus qui correspond à l'angle sacro-vertébral, et même la perforation, qui pourrait vers ce point suivre cette contusion, du reste du segment inférieur de l'utérus, du vagin, etc. L'accouchement prématuré artificiel diminuera bien plus sûrement les douleurs de l'accouchement, le rendra bien plus innocent pour l'enfant, et sans aucun danger pour la mère. C'est ce qu'une troisième grossesse vient, à la fin de 1850, se charger de prouver.

Le 15 juillet 1851, madame W..., atteignait son huitième mois accompli; elle avait été baignée, rafraîchie convenablement, pendant les jours qui précédèrent.

Le lundi 14, MM. Malgaigne, Baron, Désormeaux et Belin, appelés en consultation, constatèrent la nécessité de recourir à l'accouchement prématuré artificiel.

Le mardi 15, à neuf heures du matin, une petite éponge préparée fut introduite dans le col utérin, sans que madame W... ait éprouvé la plus légère sensation douloureuse. Elle passa la journée à faire préparer tout pour son accouchement, fit ses repas accoutumés, prit un bain et n'éprouva pas le plus petit malaise. A cinq heures du soir, je retirai l'éponge; le col, épais, était cependant suffisamment entr'ouvert; je pratiquai la rupture des membranes avec la plus grande facilité et sans douleur aucune; une petite quantité de liquide amniotique clair s'écoula. La nuit fut calme; madame W... dormit très-paisiblement et perdit encore quelques eaux. Le mercredi 16, elle déjeuna, et deux

heures après, neuf heures et demie du matin, je pratiquai le toucher. Le col était dans le même état; aucune partie ne pouvait être sentie au détroit supérieur. Un gramme de seigle ergoté fut administré en trois doses. De légères mouches survinrent alors à onze heures; puis, à trois heures et demie, elles avaient fait place à des douleurs préparantes très-supportables, marchant avec une régularité parfaite, et qui permettaient à madame W... de lire et de rester debout. M. Belin vit madame W... dans ce moment, moi-même je la vis peu de temps après; rien ne faisait supposer une terminaison prochaine. A cinq heures et demie, elle accouchait spontanément d'une fille vivace, bien portante, et qui s'était présentée par l'extrémité pelvienne. Madame Deaux, sage-femme que j'avais placée auprès de madame W..., comme garde, dans la prévision d'un accouchement rapide, si fréquent en pareil cas, reçut l'enfant. Nous arrivâmes, M. Belin et moi, pour constater l'heureux résultat.

La mère est dans l'état le plus satisfaisant, et l'enfant présente toutes les conditions de viabilité désirables.

M. le rapporteur, après avoir fait suivre la relation de ce fait de quelques commentaires approbateurs, conclut en proposant d'adresser des remercîments à l'auteur. (Adopté.)

CAS RARE D'ÉCLAMPSIE.

M. Depaul lit une note sur un cas rare d'éclampsie observé à la fin du troisième mois de la gestation, qui est suivie de quelques considérations sur l'albuminurie des femmes enceintes et sur ses rapport avec l'éclampsie.

Voici les conclusions de ce travail :

1° Les convulsions à forme épileptique sont extrêmement rares dans les quatre premiers mois de la grossesse. Le fait que j'ai consigné dans ce travail est d'autant plus curieux qu'il se rapporte à une femme qui, antérieurement, n'était sujette ni à l'épilepsie ni à aucune autre affection nerveuse.

2° C'est à tort, selon moi, qu'on établit généralement que le pronostic de l'éclampsie est d'autant plus grave que la gestation est moins avancée, ou que le travail de l'accouchement quand il est commencé est plus éloigné de son terme.

3° Cette manière de voir me paraît fondée sur une opinion qui n'est pas d'accord avec les faits, à savoir que l'indication fondamentale et que le traitement par excellence consistent dans la déplétion de l'utérus.

4° C'est aux modifications que subit le sang maternel et aux troubles de la circulation utérine qu'il faut rapporter les dangers que court le fœtus et la mort dont il est souvent frappé pendant le cours des attaques éclamptiques. Or il me paraît résulter de l'observation que le produit de la conception résiste mieux à l'action de ces causes dans les premiers temps de son évolution qu'à l'époque où son organisation est plus près de la perfection qu'elle doit atteindre.

5° Après avoir vu employer et après avoir employé moi-même, dans des cas très-nombreux, les différents modes de traitement qui ont été conseillés contre l'éclampsie, je n'hésite pas, et cela avec une entière conviction, à mettre en première ligne les émissions sanguines générales surtout, et portées assez loin pour faire perdre aux malades, dans l'espace de quelques heures, 2, 3 et 4 livres de sang, selon les cas et l'effet produit.

6° Ni la pâleur du visage, ni la petitesse du pouls, ni la présence de l'albumine dans l'urine ne sont, à mon sens, des contre-indications. Je dois à cette manière de faire des succès qui m'étaient inconnus alors que je n'avais pas appris à lui accorder la même confiance.

7° Il est aujourd'hui définitivement établi que sous l'influence des modifications créées par la grossesse, on voit l'albuminurie se manifester beaucoup plus fréquemment que dans les autres conditions de la vie.

8° Sans nier la possibilité d'une néphrite ou de toute autre altération rénale chez la femme enceinte dont l'urine contient de l'albumine, je pense que cela s'explique le plus habituellement par un simple trouble fonctionnel. Le résultat des autopsies que j'ai faites est, sous ce rapport, entièrement conforme à celui obtenu par mon confrère M. Blot.

9° S'il n'est pas exact de dire, ainsi que le prouve l'observation que j'ai eu occasion de rappeler, qu'il n'y a pas d'éclampsie sans albuminurie, on n'est pas fondé à regarder cette dernière comme la cause des phénomènes convulsifs; plusieurs raisons me porteraient, au contraire, à penser que l'albumine n'apparaît souvent qu'après le développement de l'éclampsie.

Au reste, la science n'a pas encore dit son dernier mot sur cette question si digne d'intérêt. J'ai compté encore une fois sur la bienveillance de l'Académie en venant lui faire cette communication, et je m'estimerai heureux si elle a pour résultat d'engager ceux de mes confrères qui s'occupent de la pathologie des femmes enceintes dans une voie de recherches et d'expérimentations qui ne peuvent manquer d'élucider les points qui sont encore en litige.

— L'ordre du jour appelle la suite de la discussion sur le mémoire de M. Malgaigne.

M. Malgaigne a la parole.

TRAITEMENT DES ULCÈRES TUBERCULEUX DU TESTICULE PAR UNE OPÉRATION NOUVELLE.

M. Malgaigne : Le développement qu'a pris la discussion me ferait croire que mon travail a plus d'importance que je ne lui en soupçonnais. Je me trouve en présence de deux opinions : l'une de M. Roux, qui préfère l'amputation complète du testicule; l'autre de M. Velpeau, qui rejette toute opération; j'ai rencontré aussi un troisième adversaire dans M. Robert, dont je n'ai pas pu démêler l'opinion, si ce n'est que ce n'est pas la mienne.

Il y avait deux points principaux dans mon mémoire : l'un relatif à l'anatomie et à la pathologie des ulcères tuberculeux, l'autre ayant rapport à l'opération. Dans le premier, je signalais deux formes bien tranchées : l'ulcère avec fongus extérieur et l'ulcère fistuleux. Pour ces fistules elles-mêmes, je distinguais celles qui aboutissent à un foyer vide, et qui tendent naturellement à la guérison, et celles qui naissent d'un foyer profond entretenu par un fongus tuberculeux, et que je regarde comme incurables; j'avais enfin distingué ces fongus du fongus bénin décrit par les chirurgiens anglais, et plus récemment en France par M. Jarjavay. M. Roux a exprimé l'idée que je n'avais pas assez distingué ces deux ordres de lésions et que j'avais confondu le fongus bénin avec un tubercule fongueux que j'aurais créé de toutes pièces. Ceci tendrait à prouver que M. Roux n'a jamais rencontré ce fongus tuberculeux, il est convenu lui-même n'avoir jamais vu le fongus bénin. Son autorité, si grande en toute autre matière, est donc nulle sur ce point.

Plus heureux que M. Roux, j'ai eu l'occasion de voir le fongus bénin, et pour quiconque a pu étudier ces deux affections, il n'y a pas de méprise possible. Ce fongus bénin n'est, après tout, qu'une hernie du tissu testiculaire à travers une ouverture de la tunique albuginée, formant une tumeur plus ou moins volumineuse, recouverte de bourgeons charnus, mais sans fistules, sensible à la pression, formée en un mot par le tissu testiculaire. Le fongus tuberculeux est tout autre chose; il est traversé de nombreuses fistules suppurantes, entouré d'une coque fibreuse ou fibro-cartilagineuse qui le sépare du tissu du testicule. Je le répète, la méprise n'est pas possible.

M. Velpeau m'a également fait une objection relative au diagnostic. Il s'agissait d'une observation dont le but était de montrer un exemple de foyer tuberculeux simple, vidé par l'incision et marchant vers la guérison. M. Velpeau a cru que c'était un simple abcès. Comment distingue-t-on ordinairement un abcès simple d'un abcès tuberculeux? Par l'aspect du pus. Le pus était manifestement mélangé de matière tuberculeuse. Mais un autre caractère ne laissait pas de doute, c'était l'existence de bosselures multiples. Je ne connais rien à ajouter à ce diagnostic.

Mais M. Velpeau professe que ce ne sont pas là de véritables tubercules, que ce que l'on désigne ainsi est tout simplement un produit de l'inflammation terminée par suppuration et modifiée par la nature même du tissu, en d'autres termes, un simple abcès du testicule. Il est donc assez étrange qu'après avoir cherché à établir lui-même que le tubercule et l'abcès du testicule ne sont qu'une seule et même chose, il vienne me reprocher de les confondre.

M. Robert m'oppose comme une objection que le fongus ne constitue pas une maladie particulière du testicule, que c'est un épiphénomène, une complication; ce serait pour lui une de ces fongosités comme on en voit sur les vieux ulcères, et qu'une cautérisation suffirait à détruire. M. Robert, à coup sûr, n'a jamais vu de fongus du testicule, sa comparaison pèche essentiellement par la base. Ce qui restera peut-être de mon mémoire, c'est précisément la distinction que j'ai établie entre le fongus bénin et certains fongus qui tantôt font saillie au dehors et tantôt restent au dedans, profondément cachés au fond d'une ou plusieurs fistules, les uns guérissant toujours, les autres ne guérissant jamais, quoi qu'on fasse. C'est contre cette lésion, à laquelle on n'a opposé d'autre ressource jusqu'à présent que la castration, que je propose une opération nouvelle, opération bénigne et conservatrice.

Voyons les objections qu'on lui oppose.

M. Roux trouve cette opération irrationnelle, peu conforme aux principes de la saine chirurgie. En quoi est-il irrationnel de tenter de sauver une portion d'organe saine et qu'on aurait sacrifiée? Il craint ensuite qu'elle ne soit difficile. Ce reproche ne peut venir de M. Roux. Si la plupart des difficultés de la médecine opératoire ont été aplanies, n'est-ce pas à lui qu'on le doit en grande partie; et je n'admets pas d'ailleurs qu'une difficulté fasse reculer devant une opération dès qu'elle est reconnue utile. M. Roux redoute des accidents, et il m'oppose, en preuve, les accidents qu'aurait éprouvés un de mes opérés. Il y a là une petite erreur, car le malade a guéri, en plus de temps que les autres, il est vrai, mais sans avoir eu de fièvre, et les petits accidents auxquels il fait allusion sont étrangers à l'opération elle même. MM. Jobert et Jarjavay, qui l'ont pratiquée, ont également obtenu des guérisons rapides et sans accidents. De la comparaison des accidents qui surviennent dans ce cas avec ceux qui suivent l'opération de la castration, M. Malgaigne conclut que les sources d'accidents sont plus nombreuses dans la castration que dans l'opération qu'il propose.

M. Roux dit que le testicule, le plus souvent, est pris dans la presque totalité, et il en tire une grave objection contre l'amputation partielle, qui n'aurait plus d'objet du moment où il n'y aurait aucune portion du testicule à conserver. D'une part, répond M. Malgaigne, il n'est pas vrai que le tissu du testicule, au delà des tubercules, soit tellement altéré qu'il ne puisse plus remplir ses fonctions; d'un autre côté, alors même que l'organe serait assez altéré pour qu'il dût, après l'opération, devenir inutile et perdre l'aptitude à remplir ses fonctions, il serait bon encore, pour le moral des malades, d'en conserver la plus grande partie possible.

J'arrive, continue M. Malgaigne, à M. Velpeau. M. Velpeau ne veut d'opération d'aucune espèce. Ou la maladie, dit-il, est générale, et dans ce cas l'opération sera inutile, elle n'empêchera pas le malade de succomber aux progrès de la maladie, elle en avancerait plutôt l'issue funeste; ou elle est locale, et dans ce cas, elle guérit d'elle-même sans opération.

M. Malgaigne oppose ici M. Velpeau à M. Velpeau lui-même, en rappelant un passage d'un de ses articles où les conséquences de la tuberculisation du testicule sont présentées sous un tout autre aspect et où l'on voit que M. Velpeau a proposé lui-même maintes opérations pour la guérison de cette affection.

Quant à l'objection principale de M. Robert, elle repose tout entière sur ce que l'opération proposée serait une sorte d'*ultima ratio* à laquelle il ne faudrait avoir recours qu'après que tous les autres moyens auraient échoué. Mais n'en est-il pas de même de toutes les opérations? Une autre objection plus grave, mais qui n'est que spécieuse, est celle-ci. Si l'on enlève l'épididyme, on coupe le canal déférent et l'on paralyse par là l'action du testicule en empêchant l'excrétion du

produit de sa sécrétion. Mais, fait remarquer M. Malgaigne, l'excrétion n'est pas la fonction unique du testicule, bien qu'elle soit une des plus importantes. Si l'excrétion est abolie, il reste la sécrétion, qui a une influence incontestable sur l'ensemble de l'organisme. Il y a, comme l'a dit M. Gosselin, dans le testicule, une fonction qu'on ne connaît pas bien encore et qu'il est toujours utile de conserver. D'ailleurs, il n'est pas toujours indispensable de couper le canal déférent, et un chirurgien adroit saura assez bien se rendre maître de son bistouri pour ménager cet organe quand cela se pourra.

Enfin, sur le dernier reproche adressé par M. Robert, que l'opération proposée n'était pas nouvelle et qu'elle avait été déjà pratiquée par Aug. Bérard, M. Malgaigne répond en démontrant que ce n'est point la même opération.

Il est cinq heures, la séance est levée.

BIBLIOGRAPHIE.

ESSAI CLINIQUE SUR LE DIAGNOSTIC SPÉCIAL ET DIFFÉRENTIEL DES MALADIES DE LA VOIX ET DU LARYNX; par M. G. Dufour. — Thèse de Paris du 19 février 1851 (158 pages).

Malgré les patientes recherches de MM. Trousseau et Belloc, les récents travaux de MM. Legroux, Sestier, Barth, Bean, etc., malgré l'attention scrupuleuse que la difficulté du sujet éveille chez tous les observateurs qui sont appelés à traiter ou à décrire ces maladies, les lésions fonctionnelles et organiques du larynx sont encore au nombre de celles dont la connaissance exacte est la moins avancée. Dans les affections chroniques surtout, les mots d'*engorgement* si les symptômes sont légers, de *phthisie laryngée* si le cas est plus grave, servent de passe-port commun à toutes les altérations qui se présentent. Et la thérapeutique ne participe que trop souvent à cette confusion du diagnostic. Quelques révulsifs, des fumigations presque de même nature dans tous les cas, la banale série des conseils hygiéniques, toujours identiques, tels sont, pour le plus grand nombre des praticiens, les seuls moyens qui composent l'arsenal de la médecine contre une classe de maladies dont le moindre danger est de tenir leur victime, pour ainsi dire hors de la société, en mettant obstacle à ses moyens de relation.

Le travail de M. G. Dufour formera, sous ce rapport, un appendice précieux, indispensable, un chapitre qui manquait à nos ouvrages classiques. — Quoique fidèle observateur de son programme, il ne touche, à propos de chaque affection, que la question de diagnostic, on sent combien la connaissance exacte de l'espèce pathologique éclaire ici celle du traitement. Si ce tableau montre au médecin un abcès du pharynx là où il supposait le croup, une syphilis dans des ulcérations qu'il croyait tuberculeuses, avec la notion du mal ne lui fournira-t-il pas à l'instant celle du remède? En se renfermant strictement dans son cadre, en se limitant aux objets spéciaux de son étude, l'auteur a donc aussi bien mérité de la science que par une monographie qui, dans sa position, n'eût guère pu être qu'une œuvre de compilation.

Une première division partage les maladies du larynx en médicales et chirurgicales. Le premier de ces deux ordres, le plus chargé de sujets et renfermant ceux dont l'étude est la plus épineuse, a été sous-divisé en trois classes, savoir : 1° altérations de la phonation ; 2° phlegmasies ; 3° affections nerveuses.

Les altérations de la phonation sont plutôt un indice de maladie qu'une maladie réelle, du moins dans le sens qu'attache à ce mot l'école anatomo-pathologique. Quoi qu'il en soit, comme ce sont là de tous les points relatifs à ce sujet les plus obscurs encore, M. Dufour a sagement fait de consacrer à ces lésions purement fonctionnelles un chapitre spécial. Il les range sous deux chefs : *aphonie* ou extinction de voix ; *mutisme* ou perte de la parole.

L'aphonie est symptomatique ou nerveuse. Symptomatique, c'est-à-dire dépendant d'une autre affection, elle peut tenir à un état catarrhal soit du larynx, soit de l'isthme du gosier. Les différentes manifestations qu'elle présente selon l'une ou l'autre de ces causes sont soigneusement accusées par l'auteur.

L'aphonie nerveuse se reconnaît à sa production et à sa disparition subites, sans irritation préalable du larynx, et à ce que l'action de parler à voix basse, quelques efforts qu'elle coûte, n'est pas douloureuse. Mais ce ne serait, pour le médecin, remplir qu'une partie de sa tâche que de diagnostiquer simplement que la perte de la voix résulte d'une perturbation nerveuse. Il s'agit de déterminer ensuite si le symptôme vocal dépend d'un état pathologique des nerfs laryngés eux-mêmes, ou d'une lésion des centres nerveux, ou d'une influence sympathique qui a son point de départ dans une maladie éloignée, dans une affection des organes abdominaux, par exemple. L'auteur montre, par des exemples et par l'analyse comparative de leur mode de production, comment on peut parvenir à distinguer l'une de l'autre ces trois origines différentes.

Sous le titre de *Phlegmasies*, on pourra d'abord s'étonner de voir rangées à côté des diverses espèces de laryngite, des affections telles que le croup et les ulcérations syphilitiques. Mais ce n'est là sans doute qu'une licence de langage, que l'auteur a cru pouvoir se permettre pour la régularité de la classification ; car il exprime très-formellement que les deux dernières maladies doivent être considérées comme phlegmasies *spécifiques*.

Après la laryngite aiguë simple, qui ne saurait aisément donner lieu à des méprises sérieuses et durables, vient la phthisie laryngée, dont le diagnostic compte dans les annales de l'art plus d'une erreur singulière. Dire que ses symptômes ont été pris pour ceux d'un cancer, d'ulcérations vénériennes, d'œdème de la glotte, n'offrirait sans doute rien de bien étrange. Mais quand on voit la phthisie laryngée simulée par un abcès du cou, par un polype de la trachée, par un prolongement du corps thyroïde, par un anévrisme de l'aorte, par l'asthme, l'emphysème pulmonaire, il y a certes de quoi rendre le médecin circonspect et réservé dans son appréciation ; il y a surtout de quoi donner une haute valeur clinique aux règles que M. Dufour trace pour faire éviter ces illusions, auxquelles plus d'une notabilité médicale s'est laissé prendre.

L'angine œdémateuse ou œdème du larynx suscite une question de diagnostic toute particulière. Ici c'est moins l'existence de la maladie que son espèce qu'il importe de savoir reconnaître. Cette distinction des formes étiologiques est en effet le seul moyen de décider si la trachéotomie est un secours inefficace ou une précieuse ressource. En deux mots, l'œdème est-il la suite d'une phlegmasie aiguë, ou bien s'est-il développé selon le même mécanisme que les hydropisies passives? Voilà le problème qu'il faut se poser à l'occasion de chaque malade. M. Dufour le résout d'une manière générale, il est vrai, mais très-capable de servir de guide pour la pratique. La marche des phénomènes, les antécédents du patient, bien interprétés, suffisent ordinairement à faire juger la question.

Des difficultés plus grandes encore s'élèvent à propos du croup. Ici ce ne serait point assez pour le médecin que d'avoir différencié le croup des maladies qui le simulent, il doit encore reconnaître les diverses formes de cette laryngite (croup sec, catarrhal, épidémique, etc.), préciser l'étendue de l'arbre aérien qu'elle occupe, distinguer les complications dont il s'accompagne. Mais le point capital, le diagnostic différentiel du croup d'avec les maladies qui peuvent être prises pour lui, n'est pas toujours aisé. M. Dufour donne une idée des erreurs qui sont possibles à cet égard, en énumérant les affections qui ont fourni sujet à de pareilles méprises. Ainsi, non-seulement la laryngite striduleuse, l'angine simple et œdémateuse figurent dans ce chapitre ; mais on y trouve des maladies siégeant hors du larynx (la coqueluche, la bronchite capillaire), des lésions situées en dehors de l'appareil respiratoire. Parmi celles-ci, l'une de plus intéressantes sous ce rapport est l'abcès ordinairement appelé *rétro-pharyngien* (que M. Dufour propose d'appeler *opistho-pharyngien* (1). Il cite quatre observations de cette affection dont les symptômes avaient inspiré aux médecins l'idée qu'il s'agissait d'une phlegmasie croupale. Trois fois l'erreur de diagnostic ne fut reconnue qu'à l'autopsie. Dans un cas, le praticien, mieux inspiré, revint à temps de son faux jugement et put sauver la vie à son jeune malade par une opération très-simple.

Le chapitre des *ulcérations syphilitiques* n'offre rien de neuf. On sent que l'expérience semble restreinte sur ce point, que l'auteur a volontiers cédé la place à l'opinion des médecins qui font autorité sur la matière.

La *paralysie* du larynx et le *spasme* de la glotte prêtaient à d'intéressants développements. Ce dernier état surtout se confond avec un si grand nombre de maladies que leur seule énumération ramènerait sous nos yeux la presque totalité de celles qui viennent d'être passées en revue. M. Dufour en signale brièvement, mais lucidement, les caractères distinctifs.

Nous ne ferons que mentionner la troisième classe consacrée à l'examen comparatif des maladies dites chirurgicales du larynx. Les corps étrangers, les polypes, les plaies et les fistules sont généralement mieux connues, et, il faut le dire, plus faciles à connaître que celles dont l'histoire précède. Aussi M. Dufour a-t-il moins souvent ici trouvé occasion de faire acte d'originalité et d'invention dans les préceptes qu'il pose relativement à leur diagnostic.

Un dernier chapitre contient des données qui, pour beaucoup de lecteurs, auront tout l'attrait de la nouveauté, sur la *laryngosténosie* ou rétrécissement du larynx, état le plus souvent consécutif à d'autres lésions, et sur lequel MM. Beau et Barth ont dernièrement appelé l'attention des praticiens.

P. Diday.

(1) La Gazette Médicale pourrait revendiquer l'idée de cette correction qu'elle proposa dès 1842 (voy. 2e série, t. X, p. 394) et qui a l'avantage de substituer à une dénomination hybride une expression étymologiquement irréprochable. (N. du Réd.)

Le rédacteur en chef, JULES GUÉRIN.

REVUE HEBDOMADAIRE.

ABLATION PARTIELLE DU TESTICULE.

L'idée de conserver une partie de l'organe que l'on aurait coutume de sacrifier en totalité paraît être au premier abord une idée de progrès. Elle semble appartenir à cette chirurgie conservatrice qui forme un des caractères les plus heureux de notre époque. Mais cette idée est-elle applicable au testicule? Telle est la question qui se débat en ce moment au sein de l'Académie de médecine.

Le plus grand nombre des personnes qui prennent part à une discussion s'y laissent entraîner bien plus par le désir de parler sur la question générale à laquelle se rapporte le débat, que sur les points spéciaux soumis à la discussion. Aussi qu'arrive-t-il? que chaque interlocuteur peut dire d'excellentes choses à propos du point discuté, mais que la solution de la difficulté à résoudre fait à peine quelques pas. Ce n'est qu'à la longue, et à travers une foule d'observations incidentes, de développements accessoires, que celle-ci apparaît, et elle ne devient claire et précise que pour ceux qui, par un travail de décantation, parviennent à la dégager des parties hétérogènes où elle est comme en suspension. Ce travail appartient surtout à la presse, et c'est à ce titre que nous allons l'essayer.

L'idée d'amputer partiellement, de reséquer le testicule, a pu se présenter comme une extension de celle qui nous a valu les resections articulaires, l'amputation sus-malléolaire, les amputations partielles du pied, l'abrasion de la cornée. Si l'analogie eût été fondée en quoi que ce soit, il eût fallu l'accueillir comme une nouvelle inspiration de cette chirurgie conservatrice que nous avons rappelée plus haut. Mais l'analogie est trompeuse en général, et dans le cas qui nous occupe elle n'a aucun fondement. On resèque une extrémité articulaire, on réduit l'amputation de la jambe et du pied à ses points les plus extrêmes, en vue de conserver une partie de la fonction avec la portion conservée de l'organe. On se ment encore avec un humérus reseqné, et l'amputation partielle de la jambe et du pied laisse des restes utiles à l'exercice de la marche. Peut-il en être de même d'un testicule reseqné. Le bon sens, la notion physiologique et l'expérience répondent surabondamment à cette question; et les faits signalés dans la discussion par MM. Roux, Velpeau et Ricord sur l'impuissance et l'atrophie d'un testicule reseqné, sur les fonctions d'un testicule privé d'épididyme ou de canaux déférents, rendent tout développement inutile à cet égard. L'analogie du point de départ de la resection testiculaire ne repose donc sur aucun fondement.

Mais pour ne pas laisser la discussion dans le vague où partisans et adversaires l'ont placée, il importe de préciser l'opération que l'on propose sous le nom de resection. L'absence de cette détermination peut conduire à des méprises qu'il est utile de prévenir ou de faire cesser.

Sous la dénomination absolue de resection du testicule, on a confondu quatre opérations distinctes: 1° un ulcère fongueux existe à la surface du testicule sain: on l'enlève par excision, sans intéresser la substance testiculaire; 2° un tubercule plus ou moins suppuré existe dans un point du testicule: on l'en fait sortir par simple ouverture d'abcès ou par incision et énucléation; 3° une ou plusieurs fistules aboutissent à un fongus tuberculeux, et sont entretenues par ces derniers dans un point profond du testicule: dans l'espoir d'enlever le siége du mal, on taille dans la glande une espèce de coin, comme on coupe une tranche de melon; 4° enfin, si l'on suppose l'altération entière d'une portion de l'ovoïde, on ampute cette portion, comme un segment de sphère, le quart ou le tiers du testicule. — Le seul énoncé de ces quatre modes opératoires suffit pour montrer qu'il n'est pas possible de les confondre, ainsi qu'on l'a fait jusqu'ici dans la discussion. Nous devons faire remarquer que ces quatre modes de prétendues resections ne sont pas de notre invention: ils répondent aux différents faits cités à l'appui et à propos d'un procédé en litige.

Or, de ces quatre modes opératoires, deux, à proprement parler, ne sauraient être considérés comme des moyens de resection. L'excision d'un fongus extra ou péritesticulaire, en respectant la glande saine, est une opération qui peut offrir ses indications et ses avantages; il en est de même de l'ouverture d'un abcès ou d'un kyste tuberculeux du testicule; et avec la meilleure volonté du monde, il serait impossible de voir dans ces opérations autre chose de nouveau que la prétention d'en faire des modes de resection du testicule.

Restent l'excision en tranche de melon et la segmentation du testicule. C'est sur ces deux points seulement qu'aurait dû porter exclusivement le débat.

La question de nouveauté de ces opérations n'a pas de quoi préoccuper. L'important est de savoir si elles sont utiles, si elles sont fondées, si on apporte pour les introduire ou fixer dans la science quelque fait nouveau, quelque considération nouvelle.

Les partisans de l'amputation partielle, telle que nous venons de la définir, et il y en a, partent d'une considération pathologique en rapport avec la conclusion pratique qu'ils en tirent: ils supposent qu'il puisse exister deux modes d'altérations tuberculeuses du testicule, qui se prêtent, par leur siége parfaitement circonscrit, par leur confinement sur le reste de l'organe sain, à une ablation mécaniquement bornée à ce siége mécanique du mal. Cette manière d'envisager la localisation de la maladie tuberculeuse répugne à toute notion étiologique, pathologique et thérapeutique de cette affection. MM. Roux, Velpeau et Ricord surtout ont rappelé tout ce qui se sait sur ce point, et il est à peine nécessaire de s'y arrêter.

On a eu raison d'invoquer la loi si importante de la généralisation de l'affection tuberculeuse, établie par M. Louis, pour montrer combien est peu réfléchie l'idée de considérer comme une altération locale le tubercule testiculaire, et arbitraire la resection de la portion malade de l'organe. Les exceptions opposées à cette loi ne sont rien moins que démontrées. De ce que l'œil, dans certaines autopsies, n'a pas découvert la coïncidence matérielle du tubercule pulmonaire avec le tubercule testiculaire, il n'est pas permis de conclure à l'exception. Les tubercules existent en puissance et comme un levain dans toute l'économie, et même dans les organes, avant d'être accessibles à nos moyens d'appréciation. Il eût été utile, à cet égard, de faire une différence entre la scrofule, qui est la maladie génératrice du tubercule, laquelle n'est jamais une maladie locale, et le tubercule, qui n'est qu'un produit, qu'une forme de la maladie. Ce point de vue eût dissipé tous les doutes. Un testicule tuberculeux est un testicule scrofuleux: et le moyen de guérir la scrofule par tranches réglées! Il convient, à cette occasion, de relever une opinion de M. Velpeau, lequel n'est pas loin de considérer comme une espèce à part le tubercule testiculaire. Ce serait, suivant ce chirurgien, un produit de l'inflammation. Pourquoi? Parce que le tubercule testiculaire se ramollit du centre à la circonférence. Il en est

---

Feuilleton.

ÉTUDE BIOGRAPHIQUE.

GUILLAUME LAMY.

Il y a notamment pour les médecins deux sortes de renommée qui n'ont pas toujours les plus étroits rapports: l'une a lieu pendant la vie, c'est celle qui fait du bruit, qui s'agite, qui sonne de la trompette et de la réclame. Une pareille renommée s'acquiert quelquefois avec un certain art, très-connu, même des gens de mérite, sans parler de cette renommée mensongère qu'on achète à tant la ligne dans le bazar de la presse, de là ces insolentes bouffonneries de la fortune qui éblouissent les sots et confondent les sages. Comme il est aisé de le croire, tout ce bruit, toutes ces fanfares finissent nécessairement en même temps que la vie du glorifié: *periit memoria cum sonitu*, parfois même avant cette époque, car le temps va toujours rognant le piédestal de certaines célébrités. Qu'on nous dispense de citer des exemples, il nous faudrait marcher sur des charbons ardents. Il est un autre genre de renommée, plus solide, par conséquent plus durable, se perpétuant dans les âges et qui s'estime au poids de la valeur des services rendus à la science. Encore cette dernière a-t-elle de singulières variations. Il est, en effet, des hommes qui n'ont cessé de mériter, mais qui n'obtiennent plus les hommages de la postérité; un profond et injuste oubli couvre leurs noms et leurs œuvres. J'en ai cité il y a quelques années, dans ce journal (1), deux exemples remarquables: le premier, celui de Jean Huarte, auteur du célèbre ouvrage écrit en espagnol, EXAMEN DES ESPRITS; le second, celui de Jourdain Guibelet, docte médecin d'Evreux, qui a écrit le livre non moins remarquable EXAMEN DE L'EXAMEN DES ESPRITS. En fouillant dans les annales de la science, il est beaucoup d'autres auteurs dont on pourrait réhabiliter la mémoire, sans troubler en rien cette paix profonde où reposent en vertu d'une convention tacite et scrupuleusement observée tous les ouvrages médiocres.

Parmi les médecins d'autrefois très-dignes d'être loués par la postérité, on peut certainement compter Guillaume Lamy. Je le demande, qui est-ce qui connaît aujourd'hui ce médecin? qui est-ce qui a même entendu parler de lui? qui donc a lu ses ouvrages? O vanité des vanités! son nom ne se trouve même pas dans les biographies médicales les plus modernes; on le cherche en vain à travers cette foule de noms obscurs, trouvant dans ces biographies une petite niche de quelques lignes pour abriter leur souvenir. Eloy seul, dans son DICTIONNAIRE HISTORIQUE DE LA MÉDECINE, en fait mention, mais d'une manière très-abrégée; et pourtant ce même docteur Lamy a fait grand bruit, à l'époque

(1) Voyez GAZETTE MÉDICALE, janvier 1842.

de même des tubercules qui farcissent les glandes du cou : M. Velpeau le reconnaît. Le fait existât-il qu'on ne comprendrait pas qu'il fût capable de différencier la nature et la pathogénie des tubercules du testicule ou du cou, des tubercules pulmonaires, par exemple. Il suffit de cette seule remarque pour enlever tout motif de différenciation à la doctrine de M. Velpeau : c'est que les tubercules du testicule et du cou sont assez fréquemment accompagnés de tubercules du poumon et des os. Il est donc bien plus simple d'admettre que la différence de siége, de tissu et de texture organique peuvent expliquer les différences invoquées par M. Velpeau, si celles-ci existent. Mais revenons à la resection du testicule.

La délimitation matérielle de la tuberculisation testiculaire à une portion de l'organe est donc un fait contraire à la nature générale de l'affection tuberculeuse. Mais, dira-t-on, il faut distinguer les désordres locaux, les lésions organiques réalisées par le tubercule testiculaire, lesquelles peuvent être considérées à part de la maladie générale et donner lieu à des indications particulières. Il est permis d'admettre jusqu'à un certain point les deux faits, mais ce n'est pas un motif pour admettre les conclusions pratiques qu'on en a tirées. « Il est inoui, a dit justement M. Velpeau, qu'il existe un ou deux tubercules seulement dans le testicule, l'organe en est en général comme criblé. » Cela est incontestable ; mais admettons un instant que le contraire fût possible : il arrivera de deux choses l'une : ou bien le tubercule sera sous-cutané, il siégera sur la tunique albuginée, ainsi que nous en avons observé plusieurs cas ; ou bien le tubercule occupera l'intérieur de la glande. Dans la première hypothèse, il ne s'agit pas d'exciser le testicule, mais de guérir un simple abcès tuberculeux qui se comportera à la surface du testicule comme dans les autres parties du corps, et qu'il faudra traiter là comme ailleurs ; dans la seconde hypothèse, il sera parfaitement impossible, ainsi qu'on l'a dit, de distinguer le tubercule solitaire, soit crû, soit ulcéré du testicule. M. Jobert, dont nul ne pourrait contester la clairvoyance, a paru croire le contraire. Il est toujours facile, a-t-il dit, de distinguer le tissu sain de la glande du tissu malade : ce serait un privilége tout personnel qui ne saurait faire règle. Mais il y a des motifs de croire que M. Jobert lui-même s'y méprendrait. On sait, et M. Velpeau l'a justement rappelé, que l'évolution des tubercules n'est pas simultanée, mais successive. Or quand vous aurez coupé une tranche ou un segment de l'ovoïde séminal, comment vous assurerez-vous que la tranche suivante ne renfermera pas ou ne couvrira pas d'autres tubercules crus ? Poussons la doctrine dans son dernier retranchement. Une fistule conduit à un fongus tuberculeux solitaire. La lésion matérielle consécutive de l'organe est un élément de plus de la gravité du mal ; or c'est précisément à cet élément, regardé comme incurable, que s'adresse la resection. Mais ne s'aperçoit-on pas que c'est tout simplement masquer la difficulté du fond à l'aide d'une simplification hypothétique de la forme. La fongosité visible d'une excavation tuberculeuse du testicule n'implique nullement l'absence des tubercules invisibles. Or ce que la nature du mal, l'induction, l'observation et l'expérience enseignent, en saurait être sacrifié à l'insuffisance diagnostique de l'œil. Si vos yeux ne vous laissent voir que la fistule fongueuse, l'esprit vous avertit que sous cette altération sensible se cachent d'autres altérations insensibles. Et qui oserait s'élever contre la légitimité de cette induction, si ce n'est ceux qui préfèrent les sens à l'esprit ? Mais qu'on aille plus loin, et qu'on admette un instant que le fongus tuberculeux soit solitaire et positivement solitaire : quel est le chirurgien assez dépourvu de sens et de ressources précises pour oser tenter dans ce cas une opération qui n'aurait ni commencement ni fin, qui ne reposerait sur aucune donnée anatomique certaine, qui ne serait inspirée par aucune analogie physiologique, et qui, en fin de compte, peut toujours être suppléée par les autres ressources de la chirurgie conservatrice ?

En principe donc, ni l'anatomie, ni la physiologie, ni la pathologie n'autorisent en aucune façon la véritable resection du testicule. Reste à apprécier les résultats de la pratique.

Commençons par rappeler la distinction que nous avons faite au commencement de cet article, entre l'abrasion péri-testiculaire, l'évacuation des abcès tuberculeux et la resection angulaire ou fragmentaire du testicule.

Il n'y a pas lieu de contester la valeur de l'évacuation d'un abcès tuberculeux ou de l'excision d'un fongus extra-testiculaire pour les cas où elles conviennent. Ces ressources, ainsi qu'on l'a justement rappelé, sont depuis longtemps acquises à l'art. Mais de ce qu'elles sont connues et utiles, il n'y avait aucun motif de les faire servir de passe-port à ce qui n'est pas connu et ce qui aurait pu se dispenser de l'être. Apprécions donc séparément les témoignages de la pratique en ce qui concerne la resection du testicule proprement dite.

On cite huit cas ; nous ne ferons entrer en ligne de compte aucun de ceux qui appartiennent à A. Cooper, à M. Gama ou à M. Gerdy. Dans ces cas, il s'agit de l'excision de fongosités extra-testiculaires. Des autres cas, trois sont attribués à M. Jobert, trois à M. Jarjavay, et les deux derniers à l'auteur de la proposition. Les cas cités par M. Jobert ne sont connus dans la discussion que par ces mots : « J'ai pratiqué *plusieurs fois* moi-même la resection du testicule et je m'en suis bien trouvé. Je n'ai observé, à la suite de cette opération aucun accident traumatique. » Quelque confiance que mérite l'auteur d'une telle assertion, on ne peut la considérer autrement que comme une assertion ; jusqu'à ce que l'honorable M. Jobert ait donné aux résultats qu'il énonce les détails et la précision nécessaires pour faire apprécier jusqu'où on peut partager sa satisfaction, on devra considérer son témoignage comme provisoire, et laisser aux notions contraires, aux doctrines contraires, et à l'expérience contraire toute leur autorité. Restent les faits de M. Jarjavay et ceux de l'auteur de la proposition. Des premiers, qui paraissent inédits, on ne connaît que cette circonstance, que l'un des opérés d'une fistule testiculaire serait mort de phthisie deux mois et demi après l'opération. C'est peu encourageant ; quant aux deux autres, il est prudent d'attendre pour savoir si c'est l'excision extra-testiculaire ou la vraie resection de l'ovoïde qu'ils ont subie, et si au moment où l'on fonde sur leur guérison le succès de l'opération qu'ils ont subie, ils ne sont pas à la veille d'aller rejoindre celui dont l'histoire est mieux connue. Enfin, pour ce qui est des cas allégués par l'auteur de la proposition, nous ne pourrions à leur égard que produire une critique suspecte : il y a longtemps d'ailleurs que, pour des motifs connus, nous y avons renoncé. Mais ce que nous nous abstenons de faire, d'autres l'ont fait avec tout le talent et tout le succès désirables. Indépendamment des savantes remarques de MM. Roux, Velpeau, Ricord et Robert, la GAZETTE DES HÔPITAUX a, dans un article de son rédacteur en chef, M. Castelnau, dit tout ce qu'on peut dire des observations rapportées en faveur de la resection testiculaire par le promoteur de ce procédé. Nous ne pouvons mieux faire que de rapporter textuellement les conclusions de cet article :

« Nous sommes certain, dit M. Castelnau, qu'en suivant les préceptes du chirurgien de l'hôpital Saint-Louis, on sacrifierait beaucoup plus de tes-

---

où il vivait son nom retentissait dans toutes les Facultés de France et dans les Universités étrangères ; il eut des détracteurs et des admirateurs, de chauds amis et d'implacables adversaires. Il s'avisa de faire lutter l'esprit contre la sottise, la raison contre le préjugé, la dignité contre la platitude intrigante ; ce fut un crime irrémissible. Aussi on lui lança l'anathème, il fut blâmé par beaucoup de ses confrères, persécuté par l'autorité, insulté par les ignorants, c'est la règle, *ut olim nunc hodie*. Comme il avait embrassé la philosophie de Descartes, alors dans sa nouveauté, ses principes furent hautement attaqués, et ces principes qui nous paraissent maintenant simples et vulgaires étaient alors regardés comme hardis, subversifs et téméraires. Haller lui même, sans trop s'expliquer à cet égard, dit de ce médecin qu'il fut *impius homo*, jugement qui nous paraît injuste. Bayle le philosophe, a qui rien n'échappait, et qui fut le contemporain de Guillaume Lamy, s'exprime ainsi sur ce médecin : « J'ai lu, dit-il à son père, depuis deux ou trois jours un livre où il y a infiniment d'esprit ; l'auteur s'appelle M. Lamy, médecin de Paris ; ce sont des *discours anatomiques* accompagnés de quelques lettres et de quelques réflexions. Il a souvent avancé contre le sentiment de l'École de médecine, que toutes les parties de l'homme n'ont pas été destinées par la sage providence de Dieu aux usages auxquels elles servent ; que Dieu s'est sans doute proposé quelque fin en faisant tout ce qu'il a fait, mais que ce n'est pas à l'homme à déterminer quelle peut être cette fin. Il dit aussi qu'il y a dans l'homme des parties dont on ne saurait montrer l'usage et qui pourraient être mieux, et que c'est un conte que de s'imaginer que l'homme soit le roi des animaux, qu'il manque de plusieurs avantages qui le rendraient plus parfait qu'il n'est : par exemple, qu'il ne saurait voler, etc. » (NOUVELLES LETTRES de M. P. Bayle, t. II, p. 15, à la Haye, 1739.) On voit par ce passage combien faisaient de bruit dans le monde scientifique les opinions de Guillaume Lamy.

Nous ne savons presque rien de la vie de cet illustre médecin ; l'époque de sa naissance et celle de sa mort sont également inconnues. Il est donc impossible de préciser à son égard ces particularités, ces détails de biographie intime qui apprennent tant de choses sur les hommes célèbres. On sait seulement que Guillaume Lamy naquit à Coutance, en basse Normandie, qu'il fut reçu docteur à Paris en 1672, et qu'il mourut dans cette ville, où il exerça la médecine avec distinction. Il paraît aussi que Lamy fut un professeur distingué, qu'il attirait la foule par son savoir, par la grâce de sa diction et aussi par l'originalité de ses opinions médicales ou philosophiques, opinions que partagèrent des disciples ardents, zélés, mais combattues par des adversaires d'autant plus dangereux qu'ils représentaient Lamy comme un ennemi de Dieu, comme un blasphémateur, comme un homme digne du mépris général et sentant le fagot. Il y eut entre autres un médecin de Bordeaux, nommé Galateau, qui l'attaqua avec une violence extrême, déguisant sa fureur et ses calomnies sous le masque de défenseur de la vérité.

Guillaume Lamy, comme sectateur passionné de la doctrine de Descartes, soutient qu'en général la métaphysique n'est que la physique expérimentale de l'âme ; comme son maître, il déclare hautement qu'il faut chercher dans la médecine les véritables progrès de l'humanité, principe si grand, si fécond, si vrai, que bien peu de médecins comprennent, pas plus aujourd'hui qu'au dix-septième siècle. Malheureusement Lamy dépassant sur plusieurs points les idées

ticules qu'on n'en conserverait, et qu'on ferait de la très-fâcheuse chirurgie. »

JULES GUÉRIN.

PATHOLOGIE INTERNE.

RECHERCHES SUR LE TRICHIASIS DES VOIES URINAIRES ET SUR LA PILI-MICTION; par P. RAYER.

(Suite. — Voir le numéro précédent.)

§ III. — POILS TROUVÉS DANS LA VESSIE OU RENDUS AVEC L'URINE, PROVENANT DE TUMEURS CONTENANT DES POILS, OUVERTES DANS LA CAVITÉ DE CET ORGANE.

On a plusieurs fois trouvé des poils libres ou attachés à des portions de peau, dans la cavité de la vessie, chez des femmes qui, pendant la vie, avaient présenté une tumeur plus ou moins considérable dans le voisinage d'un des ovaires. Lorsque la maladie s'est terminée par la mort et que l'autopsie du cadavre a été faite avec soin, on a pu constater qu'un kyste contenant des poils, s'était ouvert dans la vessie, avec les parois de laquelle il avait contracté d'intimes adhérences. On comprend de suite que la *pili-miction* que plusieurs de ces malades ont présentée pendant la vie est tout à fait distincte par son origine, par ses symptômes et par les lésions qui l'accompagnent, de la production des poils dans les voies urinaires, du véritable *trichiasis*. Lorsqu'on aura rassemblé un assez grand nombre de cas bien authentiques, de cette dernière affection pour pouvoir en faire une description générale, satisfaisante, on devra se borner à mentionner, en traitant du diagnostic, la pili-miction consécutive à l'ouverture de kystes pileux dans la vessie. Aujourd'hui l'histoire des diverses espèces de pili-miction est si peu avancée que j'ai cru utile de mettre les faits suivants sous les yeux du lecteur.

ACCOUCHEMENT A TERME D'UN ENFANT MORT; VINGT-DEUX JOURS APRÈS, FIÈVRE PUERPÉRALE TERMINÉE PAR LA MORT; PRÈS DE L'OVAIRE DROIT, TUMEUR DU VOLUME D'UN OEUF DE POULE, ADHÉRANT A LA VESSIE QUI CONTENAIT, DANS SA CAVITÉ, DES POILS, DE LA MATIÈRE GRASSE ET UNE MATIÈRE OSSEUSE (1).

OBS. II. — Le docteur Amos Hamelin (de Durham), dans le comté de Grune, État de New-York, a communiqué au professeur et sénateur Mitchill une observation sur des cheveux croissant dans l'intérieur de la vessie dont voici l'extrait :

Une femme âgée de 24 ans, accoucha à terme d'un enfant mort, et fut atteinte, six jours après, d'une fièvre puerpérale maligne à laquelle elle succomba au bout de vingt-deux jours.

A l'ouverture du cadavre, faite en présence de beaucoup de personnes, le docteur Hamelin trouva la vessie très-distendue et environ la moitié dans un état de mortification. Il y avait, près de l'ovaire droit, une tumeur à peu près du volume d'un œuf de poule. L'intérieur de la vessie renfermait une matière épaisse et fétide, *mêlée de cheveux*. L'ayant nettoyée, il découvrit que la tumeur s'étendait dans la cavité de la vessie et que les cheveux naissaient de la membrane interne qui couvrait cette tumeur. Les cheveux, réunis en une masse ovale, s'étaient accommodés à la forme de la vessie; cette masse, avec la matière qui y adhérait, avait 5 pouces de longueur et 3 de largeur. Lorsque les cheveux furent lavés, nettoyés et séchés, ils pesaient deux gros. En incisant la tumeur du côté intérieur, on y trouva une substance osseuse et une autre en très-petite quantité qui ressemblait à celle du cerveau. Les intestins étaient distendus par beaucoup d'air; la partie de l'utérus en contact avec la vessie paraissait être légèrement enflammée; les uretères étaient un peu distendus. Les reins et tous les autres viscères furent trouvés dans l'état naturel. La longueur des cheveux était généralement de 4 à 12 pouces; on en a mesuré un de 18 pouces. La mère de cette femme apprit au médecin que sa fille avait été incommodée d'une strangurie pendant quelque temps, trois ou quatre ans auparavant; qu'elle en avait été reprise quelquefois pendant sa grossesse, et qu'elle n'avait pas eu d'autre enfant. Le médecin a envoyé au professeur Mitchill la *portion de la vessie et la tumeur adhérente* d'où naissent les cheveux et les cheveux qu'il avait coupés en présence de témoins.

GROSSESSE; POILS RENDUS AVEC L'URINE; ACCOUCHEMENT NATUREL; INCISION DE L'URÈTRE; EXTRACTION D'UN CALCUL DE LA VESSIE ET DE PLUSIEURS MÈCHES DE POILS; DEUX MOIS APRÈS, DOULEURS SUIVIES D'UNE NOUVELLE ÉMISSION DE POILS AVEC L'URINE; EXTRACTION D'UN MORCEAU DE PEAU GARNI DE CHEVEUX, D'UN PETIT OS, D'UNE DENT MOLAIRE; GUÉRISON (1).

OBS. III. — Une femme, âgée de 24 ans, enceinte pour la deuxième fois, est tout à coup prise de douleurs vives dans la région de la vessie; elle éprouve de fréquentes envies d'uriner et rend *avec les urines des poils dont plusieurs sont chargés de concrétions salines*. Elle accouche heureusement; mais les urines sont toujours les mêmes. Déjà son mari avait plusieurs fois essayé, avec un crochet introduit dans l'urètre, d'extraire de ces poils et il y avait réussi. Il répéta la même manœuvre en présence de M. Delpech avec un même succès. Alors celui-ci, soupçonnant la présence d'un calcul dans la vessie, fendit la partie supérieure du canal de l'urètre et retira en effet un petit calcul avec plusieurs mèches de poils. Des injections poussées dans la vessie en font sortir encore. Enfin le doigt porté dans sa cavité en reconnaît d'autres qu'on extrait avec une pince à pansement. Dès lors la malade va de mieux en mieux, et on la croyait guérie d'un kyste sous-muqueux, développé dans la vessie, lorsque deux mois après elle ressent de nouvelles douleurs et rend encore des poils. On explore de nouveau la vessie et on en retire un corps gros comme un œuf de poule, présentant à l'une de ses extrémités un morceau de peau à laquelle étaient implantés des cheveux et renfermant un os assez semblable à l'apophyse zygomatique. Cet os présentait une alvéole dans laquelle était logée une petite dent molaire, comparable pour la grosseur à celle d'un enfant de 5 à 6 ans. Ainsi on acquit la preuve qu'il ne s'agissait pas réellement d'une *pili-miction*, maladie niée par beaucoup d'auteurs, mais bien d'un germe imparfaitement développé.

(1) OBSERVATION SUR DES CHEVEUX TROUVÉS DANS L'INTÉRIEUR DE LA VESSIE (extr. de la correspond. du docteur Valentin, BULL. DE L'ÉCOLE ET DE LA SOC. DE MÉD., 808, n° 4, p. 58).

(1) OBSERVATION DE PILI-MICTION, RECONNAISSANT POUR CAUSE UN KYSTE PILEUX FAISANT SAILLIE DANS LA CAVITÉ VÉSICALE, recueillie par M. le professeur Delpech et communiquée par M. Doyer, chef de clinique à la Faculté de médecine de Montpellier (rapport à l'Académie royale de médecine par MM. Leveillé, Mérat et Patissier. REV. MÉD. FRANÇ. ET ÉTR. et JOURN. DE CLIN., t. IV, année 1827, p. 487. — JOURN. DES PROG. DES SC. MÉD., t. VII, p. 256). Cette observation est rapportée encore et avec beaucoup plus de détails dans Delpech, CHIRURG. CLIN. DE MONTPELLIER, 2 vol. in-4°, t. II, p. 521; Paris, 1828.

---

du cartésianisme, tombe dans le paradoxe et quelquefois dans le sophisme. C'est ainsi qu'à l'occasion de cette magnifique organisation de l'homme, abîme de combinaisons, de rapports, d'affinités qui en prouvait d'autres sans nombre, il rejette les causes finales, ou plutôt les *causes intentionnelles*, ce qui, dans le dix-huitième siècle, lui attira la rude apostrophe de Haller. Les ouvrages qu'il publia sur différents sujets (1) ont une empreinte de force qui étonne et séduit; à travers des théories surannées, on découvre toujours le médecin à pensées élevées, avançant parfois des principes inadmissibles, mais qui ne manquent ni d'éclat ni de logique. C'est dans ses écrits qu'on retrouve une foule d'idées, d'aperçus qu'on a depuis donnés comme des nouveautés et qu'on a simplement revêtus d'une forme moderne. Ce n'est pas que notre auteur soit un de ces génies supérieurs à qui bien des hardiesses sont permises, parce qu'ils découvrent dans les faits des vérités encore inconnues, ou qu'ils donnent à la science une forte impulsion; mais on trouve toujours le savant, le penseur, l'homme qui a profondément réfléchi sur les phénomènes de la vie et qui sait en tirer des conséquences remarquables.

Le principal et sans doute le plus curieux ouvrage de Lamy est certainement ses DISCOURS ANATOMIQUES, au nombre de six. Ce livre, que j'ai sous les yeux, édition de 1675, contient en outre des réflexions en réponse aux objections faites à l'auteur, et de plus quelques lettres sur le sujet de son livre. Ce petit ouvrage est véritablement remarquable sous plusieurs rapports. D'une part, il faut voir quelle était, dans le dix-septième siècle, la manière d'enseigner l'anatomie, manière large, synthétique, n'indiquant que les grandes lignes et les fonctions les plus importantes; de l'autre, en établissant continuellement une liaison entre les phénomènes anatomiques et physiologiques avec l'homme en général, soit malade, soit à l'état de santé. Lamy prend donc les choses de très-haut, et il s'élève à des considérations philosophiques plus ou moins justes, mais toujours d'un grand intérêt. Un style plein d'énergie, un ton ferme et convaincu, quelque chose de vif, d'original, de la finesse épigrammatique, puis cette verve de bon sens, cet entrain de dialectique vigoureuse captivant ordinairement l'attention, rendent la lecture de cet ouvrage fort attrayante. On reconnaît vite dans l'auteur cet amant passionné de la science, faisant de nobles efforts pour chercher cette pierre philosophale qu'on nomme *vérité*, et que nous, la postérité de Guillaume Lamy, nous sommes loin d'avoir trouvée.

Dans le premier discours, l'auteur combat l'opinion que l'homme, par son organisation anatomique, ait une supériorité qui en fasse le chef-d'œuvre de la nature; « qu'en un mot, l'homme soit un petit monde qui contient en soy ce qu'il y a de plus accomply dans le grand. » « Loin, dit-il, qu'il soit privilégié, si

(1) Voici les principaux d'après l'ordre de leur publication:
1° LETTRE A M. MOREAU CONTRE L'UTILITÉ DE LA TRANSFUSION. Paris, 1667.
2° Seconde lettre au même sur le même sujet. 1668.
3° DE PRINCIPIIS RERUM, LIBRI TRES, PARISIIS, 1669.
4° DISCOURS ANATOMIQUES, 1675, 1685. Bruxelles, 1679.
5° EXPLICATIONS MÉTAPHYSIQUES ET PHYSIQUES DES FONCTIONS DE L'AME SENSIBLE. Paris, 1677, 1681.
6° DISSERTATION SUR L'ANTIMOINE. 1682.

FEMME AGÉE DE TRENTE ANS ET AYANT ÉPROUVÉ DÈS SA JEUNESSE DE LA DYSURIE; A VINGT-HUIT ANS, INFLAMMATION DE VESSIE, TRAITÉE PAR LES ANTIPHLOGISTIQUES; TUMEUR S'ÉTENDANT DE LA FACE INFÉRIEURE DU FOIE VERS L'OMBILIC; SYMPTÔMES DE PÉRITONITE; MORT. — TUMEUR ENKYSTÉE DÉVELOPPÉE DANS L'OVAIRE DROIT, CONTENANT UNE MATIÈRE CRÉMEUSE ET UNE TOUFFE DE CHEVEUX; VESSIE DISTENDUE ET CONTENANT UNE DENT INCISIVE, IMPLANTÉE DANS UNE PORTION D'OS RESSEMBLANT A UNE PORTION D'ALVÉOLE; TROIS OUVERTURES ÉTABLISSANT UNE COMMUNICATION ENTRE LA CAVITÉ DE LA TUMEUR ET CELLE DE LA VESSIE (1).

OBS. IV. — La malade dont je rapporte l'histoire à la Société était une femme, âgée de 30 ans, d'une santé florissante et bien conformée.

Dès sa jeunesse, elle avait éprouvé à diverses époques de la difficulté à uriner, et on avait employé dans ces occasions différents remèdes pour la soulager. Mais comme les attaques étaient légères et passagères et que la santé générale n'était pas altérée, elles n'effrayaient pas la malade, et ses amis n'avaient pas d'appréhension pour leurs suites.

Il y a environ deux ans, elle éprouva des symptômes évidents d'inflammation de la vessie, pour lesquels elle fut soignée par le docteur Pitman d'Andover. On eut recours aux saignées générales et locales, qu'on employa largement. Les bains chauds et un régime antiphlogistique persévérant diminuèrent le mal, et au bout de deux mois elle put reprendre ses occupations de maîtresse d'école.

Malgré le soulagement qu'elle éprouva de ce traitement, elle fut frappée de l'idée « qu'elle avait la gravelle ou quelque chose dans la vessie; » mais il lui fut impossible de s'expliquer avec son médecin; elle n'exprimait ses craintes sur la nature de son affection qu'aux personnes de son sexe.

De grandes douleurs et une tuméfaction considérable se firent sentir à l'hypogastre; la difficulté d'uriner était augmentée. La malade se décida à aller à la ville, où elle consulta deux médecins renommés qui s'accordèrent à lui prescrire des doses altérantes de mercure, combinées avec l'extrait de cigüe et des substances oléagineuses. Elle persévéra dans l'emploi de ces remèdes pendant un temps considérable, sans en éprouver de mieux soutenu, lorsqu'au mois d'août dernier, elle éprouva de nouveaux symptômes de la nature la plus fâcheuse.

Ce fut à cette période de la maladie que mes conseils furent réclamés, le 20 septembre dernier. J'appris que le siége de la douleur avait passé depuis quelques semaines de la vessie au côté gauche de l'abdomen, que la malade accusait une enflure considérable dans cette partie du corps, que les fonctions de la vessie étaient normales et que l'urine sécrétée n'indiquait pas d'affection de cet organe. Les menstrues étaient régulières pour la quantité et la qualité; le teint était coloré, le pouls fréquent, mais faible. La malade avait fréquemment des frissons, qui étaient suivis d'une abondante transpiration; les douleurs étaient vives et de longue durée, et elles s'étendaient de l'enflure du côté gauche au travers du dos et parfois dans l'intérieur des deux cuisses. Je vis cette femme plusieurs fois avant de pouvoir obtenir que M. Pitman ou moi-même examinassions l'enflure dont elle se plaignait. Lorsque cela nous fut accordé, nous découvrîmes une large tumeur indurée, de forme oblongue, s'étendant du foie à l'ombilic.

Dans ces circonstances, je fus conduit à penser que la tumeur était formée par l'ovaire malade, et M. Pitman partagea cette opinion.

Il est utile de remarquer ici que, bien qu'il y eût eu beaucoup de désordre à la vessie, comme on le vit à l'autopsie, et probablement depuis quelques années, cependant tous les symptômes de l'affection de cet organe s'étaient suspendus lorsque l'inflammation se porta à l'ovaire, état qui continua jusqu'à la mort de la malade.

Comme il était évident, d'après l'état de cette femme et le récit de ses souffrances longtemps cachées, que le mal approchait de sa terminaison fatale, il me paraît superflu de rapporter les remèdes qu'on employa sans autre espérance que celle de prolonger la vie de quelques jours.

Les symptômes restèrent les mêmes jusqu'à la dernière semaine; alors le ventre devint uniformément enflé et tendu; la respiration était interrompue et un sentiment constant de suffocation conduisit cette malheureuse femme à prier avec ferveur pour la fin de tant de misères accumulées. Cet événement désiré eut lieu le 10 novembre.

Le corps fut ouvert, quatorze heures après la mort, par M. Pitman junior, jeune chirurgien de grande espérance. Voici le résultat de son examen :

En ouvrant la cavité de l'abdomen, il s'en échappa deux gallons d'eau mélangée de sang. Le côté gauche de la région ombilicale offrait une tumeur ovarique, plus volumineuse qu'un cœur d'homme, laquelle contenait une substance semi-fluide, semblable à de la crème. Au milieu de cette substance crémeuse existait une touffe de cheveux, du volume d'un œuf de poule. La surface de la tumeur était entièrement couverte par des hydatides transparentes réunies en grappe. Le ligament large de l'utérus, du côté gauche, était couvert de petites tumeurs blanches du volume d'un pois ordinaire. L'utérus lui-même n'était pas malade. La vessie était très-distendue ou plutôt tamponnée avec une substance semblable à celle que contenait la tumeur ovarique. On *y découvrit aussi une large touffe de cheveux*. Les membranes de la vessie étaient très-indurées, surtout la membrane interne. L'urètre ne paraissait pas avoir de communication directe avec la vessie, à la partie inférieure et postérieure de laquelle il y avait un petit kyste rempli de la même substance crémeuse déjà décrite, et une quantité de cheveux. Et, ce qui mérite une mention particulière, il y avait une dent incisive parfaitement formée, pourvue d'émail et ayant ses racines fermement attachées dans la membrane du kyste (1). Ce kyste ou cette cavité communiquait avec la vessie par trois petites ouvertures, et avec l'urètre à sa partie antérieure.

PESANTEUR DANS LE BAS-VENTRE; DYSURIE; ABONDANTE ÉVACUATION DE PUS APRÈS UN CATHÉTÉRISME; SOULAGEMENT; RETOUR ET PERSISTANCE DE LA FIÈVRE; URINES PURULENTES; VOMISSEMENTS; DIARRHÉE; MORT. PORTION D'OS ET PELOTON DE POILS TROUVÉS DANS LA VESSIE (2).

OBS. V. — Une dame de 58 ans, d'un bon tempérament, se plaignait, depuis près de sept ans, d'une pesanteur considérable au bas-ventre, particulièrement quand elle marchait. De temps à autre, elle avait des envies d'uriner fort vives. Les urines, en passant, lui causaient des cuissons insupportables. Elle consulta, dans le temps, M. Luro, chirurgien, qui, sur le rapport que lui fit la malade, jugea qu'elle avait un abcès à la vessie. Il lui fit sentir de quelle conséquence cela était, voulut lui donner quelques avis, mais elle le reçut assez mal, et se refusa entièrement aux remèdes qu'on lui proposa. Les douleurs ne lui donnaient que peu de relâche; elles se renouvelaient presque toutes les trois semaines. Les urines, pour lors, venaient goutte à goutte d'abord; quelques instants après, la malade les rendait par flots; cela ne l'affecta pas davantage; ce ne fut que sur les deux derniers mois qu'elle s'occupa plus sérieusement de son état et se détermina à se faire visiter.

Une dame de ses amies l'engagea à voir M. Gille, premier gagnant maîtrise en chirurgie de l'Hôtel-Dieu, qui, le 3e jour de février dernier, sur l'exposé de la malade elle-même, soupçonnant, comme il était vraisemblable de le penser, la pré-

(1) OF A CASE IN WHICH SOME SINGULAR PRETERNATURAL APPEARANCES WERE OBSERVED IN THE OVARIUM AND FEMALE BLADDER, by Edward Philipps, M. D. of Andover read, June 24, 1818 (MEDICO-CHIRURG. TRANS., published by the medical and chirurgical Society of London, volume the ninth, 1818, p. 42).

(1) La préparation est déposée au Muséum du Collége des chirurgiens. En l'examinant plus attentivement, on a trouvé que la dent était implantée dans une portion d'os ressemblant à une alvéole.

(2) OBSERVATION SUR PLUSIEURS PETITES PORTIONS D'OS ET UN PELOTON DE POILS TROUVÉS DANS LA VESSIE, par M. de la Rivière le jeune, docteur en médecine de la Faculté de Paris (JOURNAL DE MÉDECINE, CHIRURGIE ET PHARMACIE, ETC., par M. Vandermonde, janvier 1759, t. X, p. 516.)

le soleil luy éclaire, il le brûle; s'il produit des fleurs agréables et des fruits salutaires, il en fait naistre d'empoisonnez; si la mer a des bornes, elle les passe quelquefois, et engloutit indifferemment tout ce qu'elle trouve, sans épargner l'homme non plus que le reste. Si la terre le soutient, elle s'entr'ouvre et l'abisme sans discernement. Si l'air luy est salutaire dans une bonne constitution, il devient pernicieux dans une mauvaise, et dans cette occasion, la nécessité où il est de le respirer pour vivre est aussi une necessité qui le fait mourir, etc. » L'examen qu'il fait ensuite des principaux organes de l'économie n'a rien de particulier, mais il révèle de profondes connaissances anatomiques. C'est alors que Lamy se moque de Galien, s'extasiant sur les rapports des parties entre elles, et il affirme que bien des choses manquent à l'homme qui exciteraient l'admiration s'il les avait obtenues de la nature. « Donc, s'il se faisoit, messieurs, un monde tout nouveau, avec des hommes ailés, et que Galien ressuscitât de meme, il feroit sans doute un bien gros livre de l'utilité des ailes. Il trouveroit mille raisons pleines d'une belle morale pour prouver que l'homme doit en avoir. Il diroit que ce noble animal ne devoit pas toujours estre attaché à la terre; que, pour monstrer que son origine étoit céleste, il falloit qu'il pût s'approcher du ciel, et il chanteroit avec justice un hymne à l'autheur de la nature pour l'avantage qu'on retireroit de ces parties. »

Après avoir décrit les organes de l'abdomen, le professeur Guillaume Lamy passe à ceux de la poitrine; et d'abord, s'arrêtant aux parties de l'extérieur, il s'exprime ainsi : « Les mamelles bien conditionnées sont le principal ornement du beau sexe, et ce qu'il y a de plus aimable et de plus propre pour engager le cœur. Personne n'en ignore la figure, la consistance, la situation et la couleur. C'est pourquoy, sans m'y arrêter, je me contenteray de vous dire leur composition et leurs usages; elles sont composées au dedans de corps glanduleux dont la nature est particulière, d'une membrane qui enveloppe ces glandes, puis de quantité de veines et d'artères qui les traversent. Ces corps glanduleux ne paraissent pas dans les enfants; ils sont extrêmement durs dans les pucelles de 15 à 16 ans, enflez dans les nourrices et flaitris dans les vieilles. » Quant au cœur, il en fait une assez bonne description pour l'époque : il admet la circulation harveienne, ce qui était alors une innovation scientifique à peine tolérable aux yeux des vieux docteurs, qui, à l'imitation du fougueux Riolan, soutenaient que la conversion du chyle en sang se faisait dans le foie. Mais voici une remarque digne d'intérêt : « Maintenant, dit l'auteur, lorsque le cœur bat, la pointe approche de la base; car ce n'est pas la pointe que l'on sent frapper au-dessous de la mamelle gauche. » Combien de discussions ont eu lieu à cet égard pour revenir à cette opinion, soutenue par Lamy il y a cent soixante-treize ans! Plus loin, il dit formellement : « Le sang est donc la cause du mouvement du cœur et des artères. » Or qui ne reconnaît ici une explication attribuée à Haller, qui, en effet, l'a proclamée dans sa physiologie, et qu'on lui attribue généralement?

Dans le cinquième discours, G. Lamy traite des parties de la génération. « Comme on craint, dit-il, de se salir la bouche en les appelant par leur nom, on les nomme ordinairement parties honteuses, aussi bien dans les hommes que dans les femmes. Un de nos autheurs enjoués les appelle parties *honorables*, parce que c'est une honte de n'en point avoir. En effet, un eunuque est la honte des hommes et l'horreur du beau sexe. » Après d'aussi judicieuses remarques, l'auteur entre en matière et disserte sur plusieurs points particuliers, et notam-

sence de quelques pierres dans la vessie, la sonda avec toute la dextérité qu'on lui connait généralement pour les opérations. Il sentit, dans le fond de la vessie, un corps qui lui opposa quelque résistance d'abord, mais qu'il surmonta bientôt après et fut fort étonné de percer un abcès qui rendit, pour la première fois, près de trois demi-setiers de pus. La malade se sentit soulagée à l'instant. Le lendemain même elle se leva, ne s'occupant plus que de ses affaires domestiques. Son chirurgien lui conseilla cependant de se tenir couchée. Quelques jours après l'ouverture de l'abcès, le pus sortit par grumeaux, les urines se troublèrent et parurent noirâtres; elles s'éclaircirent par la suite et le pus devint plus fluide. La quantité de pus que la malade rendait tous les jours, tant dans les urines que dans les injections qu'on lui faisait deux ou trois fois dans la journée, se montait à près de 2 onces. Je fus appelé vers le huitième jour de la maladie; je trouvai la malade avec une fièvre assez considérable; les sueurs étaient abondantes et d'une odeur fétide; elle se plaignait d'avoir la bouche mauvaise, et tout ce qu'elle prenait lui semblait avoir l'odeur du pus. Dans cet état je jugeai à propos de lui donner un purgatif dont j'eus tout le succès que je pouvais attendre; la fièvre fut quelques jours sans paraître aussi vive, et la malade se sentit assez bien; mais cela ne dura pas longtemps, la fièvre reprit avec la même force, la bouche devint plus mauvaise, la langue se chargea davantage, ce qui me détermina à lui répéter la purgation, et depuis je n'ai jamais perdu de vue les purgatifs, que je répétai toutes les fois que le besoin me parut l'exiger. Malgré cependant tous mes soins, je n'ai pas été assez heureux pour faire cesser entièrement la fièvre. La malade, quelques jours avant la mort, eut un dévoiement considérable; les faiblesses s'emparèrent d'elle; des vomissements fréquents survinrent. Je lui fis faire usage de quelques cordiaux dans la journée, qui n'eurent pas tout le succès que je m'en étais promis. Les nuits devinrent orageuses. Elle avait à peine, dans les vingt-quatre heures, une heure de sommeil. Les douleurs à la vessie se renouvelèrent; j'eus recours à de légers narcotiques qui me produisirent tout l'effet que je pouvais espérer. Je me tins cependant en garde contre eux; mais pour peu que je la perdisse de vue, la malade se trouvait plus mal. Je fus quelque temps sans porter un pronostic assuré; je fis cependant connaître à la famille l'état où était la malade. On prit toutes les précautions requises. Elle mourut le 22 avril, vers les huit heures du soir.

Une maladie de cette conséquence me détermina à faire l'ouverture du corps. M. Gille en fut chargé; nous examinâmes avec la dernière attention l'état du bas-ventre. Nous trouvâmes une adhérence considérable du péritoine avec les intestins, qui déjà commençaient à se gangrener. La vessie était pour nous quelque chose de fort essentiel; nous la trouvâmes adhérente à la matrice; elle nous parut de couleur vert foncé; nous la détachâmes et nous ne mîmes pas moins d'attention à l'examiner intérieurement. Nous fûmes fort étonnés d'y trouver plusieurs petites portions d'os, dont le plus gros, d'un côté, était creux, lisse et poli; ce qui ne nous étonna pas moins, ce fut un *petit peloton de poils entrelacés les uns dans les autres*, formant un cercle assez épais et de la largeur d'une pièce de 24 sols, qui était renfermé dans la portion d'un kyste dont nous vîmes encore des vestiges assez distincts. La vessie était remplie d'une matière purulente qui nous a paru être la même que celle que la malade a toujours rendue, tant dans les urines que dans les injections.

Étonnés de voir quelque chose d'aussi singulier dans l'intérieur de la vessie, nous examinâmes, avec le même scrupule la matrice, du côté droit. Nous trouvâmes une tumeur squirrheuse que nous eûmes beaucoup de peine à ouvrir, même avec le scalpel, et dont l'intérieur nous parut être presque ossifié.

Du reste, la vessie était dans son état naturel. Les reins nous ont paru affectés; le foie s'est trouvé engorgé considérablement.

Je viens d'exposer les faits tels que je les ai vus. Dans un cas aussi particulier que celui-ci, je ne hasarderai aucun raisonnement. Je laisse à des gens de l'art plus éclairés que moi à communiquer leurs idées; je me contente d'avoir vu et d'avoir observé.

FEMME DE 33 ANS; TROIS GROSSESSES; TUMEUR DU VOLUME D'UN ŒUF DANS LA RÉGION ILIAQUE GAUCHE; ABCÈS A L'HYPOGASTRE SUIVI D'UNE FISTULE D'OU SORTAIENT DU PUS, DES POILS ET DE L'URINE; ÉMISSION DES POILS AVEC L'URINE; CALCUL AYANT DES POILS POUR NOYAU; EXTRACTION D'UNE TUMEUR PILEUSE ET D'UN CALCUL; GUÉRISON (1).

OBS. VI. — Une paysanne, âgée de 33 ans, réglée à 17 ans et mariée à 20, traversa sans inconvénients notables trois grossesses, suivies chacune d'un accouchement heureux. Rien, dans les antécédants de la malade ne peut faire supposer qu'il se fût établi chez elle le moindre trouble fonctionnel, le moindre état pathologique du côté des organes génito-urinaires. Quelques jours après sa troisième couche, elle ressentit dans la région iliaque gauche une douleur vive, de la chaleur, du gonflement, et bientôt après une apparence de tumeur mobile, du volume d'un œuf. Ces premiers accidents ayant promptement perdu de leur intensité permirent à la malade de les négliger, de retourner à ses occupations habituelles; au bout de deux mois, la tumeur, qui, loin de s'effacer, avait plutôt augmenté et acquis le volume du poing, fit naître de nouveaux accidents inflammatoires. On appliqua des sangsues, divers topiques; on vit tout à coup les urines devenir troubles, comme graisseuses, en même temps que les douleurs hypogastriques s'amoindrissaient notablement. La santé générale se rétablit ensuite en grande partie, et plusieurs années se passèrent ainsi sans que la femme songeât à consulter pour sa tumeur du bas-ventre, qu'elle savait bien n'être point disparue.

Cette tumeur fit enfin naître un nouvel accès d'inflammation et s'ouvrit à travers les parois abdominales, sur la ligne blanche, un peu au-dessous de l'ombilic. Du pus sanieux, jaunâtre, fétide, qui s'était d'abord échappé par là, fut bientôt remplacé dans la fistule par une mèche de cheveux, puis par un liquide urineux. Des poils, des fragments d'os et de la matière purulente avaient aussi été expulsés par l'urètre. Muni de tous ces renseignements, et ayant constaté l'existence d'un corps étranger volumineux dans la vessie, d'un paquet de cheveux dans la fistule, d'une tumeur qui occupait une partie de l'hypogastre et de la région iliaque gauche, M. H. Larrey, cédant aux instances de la malade, pratiqua l'opération suivante. Une incision qui agrandit par en bas la fistule, dans l'étendue de 3 centimètres, lui permit de suivre la mèche de poils à une profondeur considérable et d'arriver à une *tumeur* dure, pédiculée, mobile, qu'il détacha au moyen du bistouri boutonné pendant que des aides déprimaient, écartaient, refoulaient en arrière l'aorte, la veine cave, les gros vaisseaux de l'abdomen. Ayant élargi l'ouverture du kyste où il était entré, et prolongé son incision, par en bas, jusqu'au voisinage du pubis, M. Larrey découvrit une fistule vésico-abdominale qu'il agrandit, comme il l'avait fait pour la fistule de l'ombilic, et mit ainsi à nu un gros calcul qu'il saisit aussitôt dans la vessie et qu'il retira dès lors sans difficulté.

La tumeur enlevée du kyste a le volume d'une noix; elle est inégale à sa superficie, résistante sous le doigt, offrant à la coupe un aspect blanchâtre strié, sans contenir dans son intérieur et sans laisser suinter aucun liquide; elle paraît, en un mot, d'une nature tout à fait fibreuse, et donne naissance par toute sa surface libre à la mèche de poils ou de cheveux qui ressortait au dehors de la fistule abdominale.

Cette singulière tumeur, ainsi détachée, ressemble absolument à une portion de cuir chevelu ratatiné; elle pèse, avec les poils qui la surmontent, environ 20 grammes. Ces poils, dont les plus longs ont de 12 à 13 centim., sont, dans plusieurs points, assez doux au toucher et rudes dans d'autres, ce qui tient à la présence d'une certaine quantité de dépôt calcaire dont ils sont imprégnés. Quant au calcul, il pèse 30 grammes et a le volume d'une petite poire aplatie, la forme d'un cœur de carte à jouer;

(1) Larrey (Hipp.), KYSTE PILEUX DE L'OVAIRE COMPLIQUÉ D'UNE FISTULE URINAIRE VÉSICO-ABDOMINALE ET D'UN CALCUL DANS LA VESSIE (Mémoires de l'Académie de médecine, t. XII). — *Extrait* de cette observation.

ment sur ce qu'il appelle nettement et crûment, selon son époque, où l'honnêteté était plus dans les mœurs que dans les mots, le pucelage. Selon lui, « il est très-difficile de déterminer ce que c'est. Les Arabes ont cru que c'est un tissu de cinq veines; les autres que c'est l'adhérence des parois du col de la matrice; les autres que ce sont les caruncules jointes par une membrane; d'autres que c'est une membrane mise *exprès* par la nature, et moi je pense que ce n'est rien de tout cela. Dans les dissections qu'on a fait de jeunes filles à 8, 9 ou 10 ans, on ne trouve rien de ce qu'ont dit les autheurs. S'il s'est quelquefois rencontré une membrane, elle y estoit comme à l'ordinaire; et pour raisonner dans les principes de ces messieurs-là, qui sont tous galenistes, la nature ne serait pas sage de mettre une barrière pour empêcher le laboureur d'entrer dans le champ qu'elle veut qu'on sème. » Enfin G. Lamy finit ce grand débat par un conseil d'équité et de bienveillance: « Il ne faut pas, dit-il, décider trop hardiment sur ce point, de peur d'accuser avec injustice ces belles, qui, malgré leurs feintes, ont tant de peine à résister à l'amour, etc. » Quant au phénomène de la génération, Lamy adopte l'opinion d'Hippocrate, qu'elle se fait par le mélange des semences du mâle et de la femelle. Après avoir exposé sa théorie, il ajoute: « Or la formation, la structure, l'arrangement et la connexion de toutes ces parties, dépendent principalement de l'*esprit enfermé dans la semence*, qui, sans connaissance, par la nécessité seule de ses mouvements, débrouille le chaos où les parties estoient confondues, et les dispose de mesme manière qu'elles estoient dans le corps dont il est sorti, et dont il a pris la détermination de ses mouvements. » En savons-nous davantage aujourd'hui? Non sans doute, et les explications données par notre auteur ne sont pas autres que celles données par Bonnet, par Buffon et les plus modernes.

C'est dans son dernier discours que Guillaume Lamy traite du cerveau, des nerfs, et par conséquent des facultés intellectuelles. Quoique cartésien, il s'éloigne parfois des idées de son maître. Ainsi il assure que l'âme, qui sait tout, ne se connaît pas elle-même, et qu'elle ignore la structure de sa demeure, ce qui a été répété depuis par Winslow. Lamy ne parle pas de la glande pinéale, ce petit corps où Descartes avait si bien logé l'âme, d'où, comme un pilote avisé, elle dirigeait toute la machine. Tout ce que Lamy dit du principe mental qui est en nous, n'est, en somme, que le reflet des opinions de Descartes; aussi fut-il vivement attaqué par plusieurs médecins et les philosophes de l'époque. Toutefois, notre auteur se défend avec esprit, avec vivacité; dans une de ses réponses, il dit: « Monsieur notre adversaire, car c'est ainsi qu'on s'exprimait autrefois, me fait dire que je n'ay point parlé de l'âme de manière à faire croire à son immortalité. Je suis très-persuadé de cette immortalité par la foy du chrétien, je n'en suis point convaincu, je l'avoue, comme philosophe. Veut-il que je le sois? Qu'il me donne des démonstrations, je luy en seray obligé, sans pourtant que cela ajoute rien à la croyance que j'ay, qui n'en seroit pas plus ferme ny plus certaine; j'aurois seulement une évidence que je n'ay pas. » Tout cela est fort bien et sent le matérialisme de l'école de Cabanis, car si l'on ne croit pas à l'immortalité de l'âme comme philosophe, il est bien rare que la foi chrétienne soit assez grande pour entraîner la conviction. L'auteur insiste d'ailleurs à nier les causes finales, autant vaudrait nier la relation de la cause à l'effet, ce qui est absurde. A ce sujet, comme on lui avait objecté le rapport exact de la conformation des organes avec leurs fonctions, voici ce qu'il répond:

la couleur est d'un blanc jaunâtre et sa surface peu inégale. *Par sa base, qui était tournée du côté du kyste, sortent des poils en assez grand nombre, chargés aussi de matières calcaires* et tordus sur eux-mêmes comme une corde. Ce pédicule pileux, dont la section est nette, passant par l'ouverture de communication du kyste avec la vessie, et venait s'implanter sur la tumeur fibreuse que nous avons décrite. Il avait été coupé au moment de l'ablation de la tumeur. Le calcul, scié avec précaution, dans son plus grand diamètre, offre un milieu beaucoup moins dense que les couches superficielles, une grande porosité dans son centre, et dans toute son étendue, *la pénétration des poils qui ont évidemment servi de base au dépôt calcaire*. Ce calcul est formé de phosphate de chaux, comme le démontre l'analyse.

Les suites de cette opération délicate et compliquée, d'abord très-heureuses, furent traversées par le développement inattendu d'une variole confluente vers le quinzième jour. Cependant la malade résista à ce fâcheux contretemps, et après quelques autres légers accidents, elle s'est rétablie complétement.

L'observation suivante, recueillie par Schenck, me paraît très-analogue aux précédentes, bien que le défaut d'autopsie du corps après la mort laisse quelque incertitude sur le siége précis de l'altération primitive. Je n'en supprimerai rien, pas même certains détails, sur la part que plusieurs médecins d'alors accordaient aux enchantements dans la production des cas rares.

DYSURIE TRÈS-DOULOUREUSE CHEZ UNE FEMME, SUIVIE DE L'EXCRÉTION INCOMPLÈTE D'UNE MÈCHE DE POILS QUI RESTE ENGAGÉE DANS LE CANAL DE L'URÈTRE; NOUVELLES EXCRÉTIONS DE POILS PAR L'URÈTRE; APPARITION D'UNE TUMEUR AU VENTRE, SUIVIE D'UNE RÉSOLUTION AU MOINS APPARENTE; EXCRÉTION D'UNE SORTE DE MEMBRANE; AUGMENTATION DE LA DYSURIE ET DES ACCIDENTS INFLAMMATOIRES; MORT (1).

OBS. VII. — Parmi mes autres curiosités, je conserve une mèche de vrais poils, d'une teinte blonde, très-légers, de la longueur du doigt, auxquels s'est attachée par places une matière calculeuse, telle que celle qui adhère ordinairement aux vases qui contiennent de l'urine, présentant à peu près la couleur et l'odeur du soufre. Ces poils étaient nés dans la vessie d'une femme d'Apulie, malade à l'hôpital depuis plusieurs mois. Ils ont été rejetés avec l'urine. Ils m'ont été transmis par un habile médecin de cet hôpital, Tobie Cnoblu, qui me consultait sur cette affection extraordinaire.

Dès son entrée à l'hôpital, en 1573, pendant les deux premiers mois, cette malade commença à souffrir d'une si grande difficulté d'uriner, jointe à des douleurs si intenses et si intolérables, que, sans le secours des remèdes les plus énergiques, elle semblait ne pouvoir résister. On lui fit prendre, entre autres choses, de l'eau de fèves; l'urine fut excitée, mais en même temps une mèche de poils vint boucher le col de la vessie, et comme une partie pendait au dehors, le médecin la coupa avec des ciseaux. Il montre cette mèche de poils aux médecins les plus distingués du pays, expose le fait et le discute avec eux. Dans leur consultation, tous manifestent l'étonnement où les jette cette singulière affection; les uns rapportent le trichiasis aux reins; les autres, remarquant que ce sont de vrais poils, rapportent le fait à un enchantement et à des charmes magiques. Cependant la maladie se prolonge pendant plusieurs mois, durant lesquels cette pauvre femme, au milieu de douleurs toujours aussi vives, sans que toutefois son corps dépérit, rend souvent et par intervalles plusieurs pelotons du même genre, tantôt arrachés avec quelque force du col de la vessie, tantôt sortant d'eux-mêmes. On essaye mille remèdes variés. La malade semble quelquefois en retirer quelque soulagement; mais on n'en trouve pas un capable de la guérir complétement. Il se développe enfin une *tumeur au ventre*; l'usage des compresses et des lotions parvient à la dissoudre. Peu de temps après, on remarque avec les poils quelque chose de semblable à une toile légère ou à une petite membrane. Enfin la violence et la longueur de la maladie ayant épuisé ses forces, on ne trouve plus de remèdes à lui appliquer. Tout le corps se consume; la gangrène se développe après un débordement d'urine; le col de la vessie est le siége d'une irritation intolérable, et la malade meurt. Son corps, quelques semaines avant sa mort, exhalait une odeur si empestée que personne n'osa, après sa mort, risquer sa santé pour faire l'autopsie du cadavre. On pensa que la vessie et les parties voisines étaient entrées en putréfaction. J'ai vu, avec bien d'autres témoins, les poils approchés du feu s'enflammer comme les poils ordinaires et répandre l'odeur qui leur est propre. C'est ce fait dont j'ai été témoin oculaire, et je puis même aujourd'hui en renouveler l'expérience pour ceux qui le désireront. On ne peut donc douter que ce sont de vrais poils, et que cette affection est très-différente du trichiasis de Galien et des écoles.

(1) CAS NOUVEAU ET INOUÏ DE TRICHIASIS DÉVELOPPÉ, NON DANS LES REINS, MAIS DANS LA VESSIE, ET PAR SUITE DUQUEL UNE FEMME RENDAIT, PAR INTERVALLES, DES MÈCHES DE POILS, AU MILIEU DE CRUELLES DOULEURS DONT ELLE FINIT PAR MOURIR. (Schenck, OBS. MEDIC., lib. III, *De urinis*, obs. 24, p. 486.)

Indépendamment de ces tumeurs contenant des poils développés dans les ovaires ou leur voisinage (1), on a vu les débris d'un fœtus, mort dans l'utérus, s'ouvrir une voie à travers la vessie et le rectum. Pierre-Étienne Morlanne (2) a publié un fait de ce genre, dans lequel il n'est pas fait mention spéciale de la présence de poils dans la vessie, mais où des os du crâne étant devenus le noyau de calculs urinaires, avaient probablement entraîné des poils avec eux.

Des poils peuvent aussi être *introduits du dehors* dans la vessie. Je rapporterai plus loin une observation de M. W. Paget, relative à un calcul ayant pour noyau un poil qui, suivant l'auteur de la relation, s'était introduit dans la vessie par une fistule urinaire, ombilicale, résultant de la persistance de l'ouraque.

Il paraît aussi démontré que des femmes se sont quelquefois introduit des mèches de cheveux, par le canal de l'urètre, dans la vessie.

J'ajoute, en terminant, que M. Civiale pense que des malades atteints de rétention d'urine peuvent quelquefois introduire dans la vessie, en se servant de la sonde, des poils détachés du pubis et accolés accidentellement au gland ou au prépuce.

§ IV. — POILS OBSERVÉS DANS L'URÈTRE, DANS LES CONDUITS PROSTATIQUES ET SÉMINIFÈRES.

Les poils que l'on a quelquefois rencontrés dans le canal de l'urètre provenaient soit de la vessie, comme dans l'observation de Schenck, citée

(1) On peut lire dans Ruysch (THESAURUS ANATOMICUS, IX, p. 25) un cas analogue aux précédents. Ce cas, rapporté d'une manière très-sommaire, est accompagné d'une assez mauvaise figure.

(2) OBSERVATION SUR L'INFLAMMATION DE L'UTÉRUS DANS UNE GROSSESSE D'ENVIRON QUATRE MOIS. Le fœtus périt, et les débris sortent par le rectum *et la vessie*. Séjour d'un grand nombre de pièces osseuses dans celle-ci; elles sont incrustées de substance calcaire, et la malade les rend avec peine par l'urètre. Enfin les signes certains de calculs dans la vessie font recourir à la lithotomie. On extrait de la vessie deux pierres qui ont pour base les os pariétaux du fœtus; on en retire aussi quelques pièces osseuses qui ne sont point incrustées de sels urineux. (Sédillot, RECUEIL PÉRIODIQUE DE LA SOCIÉTÉ DE MÉDECINE DE PARIS, t. III, p. 70.)

« Il est vray que les usages de quelques parties sont manifestes, mais la fin que Dieu s'est proposée en les produisant n'est pas pour cela évidente. C'est ce qui abuse notre adversaire, qui confond toujours l'usage avec la fin, et qui ne prend pas garde que Dieu a pu se proposer une infinité d'autres fins qui nous sont inconnues. Il ne scait pas que ce souverain estre, qui a caché sa nature dans les ténèbres, a encore plus caché ses desseins, et n'a admis personne dans son conseil quand il les a pris. » Il y a ici un énorme sophisme, aussi facile à refuter qu'à être signalé. Mais il est un point de controverse médico-philosophique sur lequel Guillaume Lamy revient avec une insistance d'argumentation toute particulière : c'est que l'homme n'occupe nullement un rang à part dans l'ordre des créations, et qu'il n'est en aucune façon, comme on a l'orgueil et la sottise de le dire, le roi de la nature! « Pour le moins à mon égard, dit-il, je n'ay aucune part à l'empire que l'homme prétend sur tout l'univers. Les chiens me mordent si je n'y prends garde; je n'ose passer un bois quand je scay qu'il y a des loups; à peine me crois-je en sûreté quand je voy des lions enchaînez. Les bœufs même, dans les rues de Paris, me donnent de la crainte, et pour les laisser passer, je me range fort promptement dans une boutique. En hyver, je tremble quand je n'ay point de feu; en été, je brûle si je ne cherche l'ombre et le frais. En un mot, je trouve que le ciel, les éléments et les animaux, loin de m'obéir, me font la guerre. Je pense mesme qu'ils ne sont guère plus soumis à messieurs nos antagonistes, et je voudrois par curiosité voir un de ces docteurs, avec ses pompeux ornements, au milieu de cinq ou six mâtins bien animez, à qui il opposeroit son superbe titre de roy. Je prendrois plaisir à remarquer, dans cette conjoncture, le respect qu'ils auroient pour sa *majesté*. » Il y a dans ce raisonnement une finesse épigrammatique, une légèreté sardonique qui font sourire l'esprit, mais qui sont loin de satisfaire la raison. On sent qu'il serait très-aisé de répondre à Guillaume Lamy, qu'envisager une question sous un côté plaisant, ce n'est pas la résoudre. Au fond, que prouvent ces discussions sans cesse renaissantes, que nous cherchons, que nous enquérons, mais que ni la philosophie, ni la physiologie n'ont point encore donné la solution du grand problème inscrit au frontispice du temple de Delphes? Les écoles retentissent, depuis Thalès, jusqu'aux disciples de Zénon, d'Aristote, d'Épicure, puis dans les générations suivantes jusqu'à la nôtre, de disputes philosophiques, qui toutes décèlent la sagacité et la folie de l'esprit humain, sa grandeur et sa faiblesse, mais pas autre chose. Platon, cette abeille de toutes les sciences, ce poëte de tous les philosophes, lui qui regarde le beau comme la *splendeur du vrai*, plaît à l'imagination en soulevant les plus hautes questions, mais il ne saurait convaincre la raison. Le mieux peut-être, sur ces obscures et délicates questions, est de rester dans cet esprit de doute qui paraît le plus convenable à la faiblesse de l'entendement humain et le plus propre à son perfectionnement, en ce qu'il laisse toujours la porte ouverte à des vérités nouvelles. Quoi qu'il en soit, l'ouvrage de Guillaume Lamy n'en est pas moins curieux et instructif. Il contient des erreurs et des paralogismes, l'auteur manque souvent de la condition essentielle de la force d'argumentation, je veux dire la règle dans le mouvement, la justesse et la mesure, mais on y remarque un grand savoir, beaucoup d'esprit et une manière vive de traiter les questions; certes, dans cet ouvrage, la paille l'emporte sur le grain, mais le grain s'y trouve.

RÉVEILLÉ-PARISE.

plus haut, soit du dehors, ainsi que M. Civiale dit l'avoir plusieurs fois observé à la suite du cathétérisme. Personne, à ma connaissance, n'a vu de véritables poils dans les voies séminales ou sortir d'un ou plusieurs follicules de l'urètre.

Quant aux petits *filaments* qu'on a comparés à des poils, et qu'on a supposé provenir des lacunes de la prostate ou des lacunes de l'urètre, je ne les ai pas encore rencontrés dans ces parties sur le cadavre. Plus communs à la suite des blennorrhagies que dans toute autre circonstance, ils sont formés par du pus ou du muco-pus déposé dans les petits sillons de l'urètre, qui, des parties latérales du vérumontanum, se prolongent vers la partie membraneuse et plus rarement dans d'autres points du canal.

(*La fin au prochain numéro.*)

REVUE DES JOURNAUX DE MÉDECINE.

JOURNAUX BELGES.

(Suite.)

III. ARCHIVES DE LA MÉDECINE BELGE.

Les numéros d'avril à octobre 1850 contiennent : 1° *Traité de la méthode amovo-inamovible*; par M. Seutin. 2° *Du choléra-morbus dans la ville de Bruxelles, etc.*; par M. Is. Buys. 3° *Clinique chirurgicale de l'hôpital Saint-Jean*; par M. Uytterhoeven. 4° *Recherches sur l'emploi du carbazotate de potasse comme fébrifuge*; par M. Gouzée. 5° *Staphylome sclero-choroïdien; extirpation partielle de l'œil. Études microscopiques sur le staphylome en général*; par M. Hairion. 6° *De l'extrait de chanvre indien dans le traitement des maladies des yeux*; par M. Binard. 7° *Sur les rechutes des fièvres intermittentes et les moyens de les prévenir*; par M. Gouzée. 8° *Indications et contre-indications des amputations et moyens de les éviter*; par M. Leto. (Premier article.) 9° *Considérations sur l'embryotomie et l'opération césarienne, suivies d'observations nouvelles d'application du forceps-scie*; par M. Vanhuevel. (Premier article.)

RECHERCHES SUR L'EMPLOI DU CARBAZOTATE DE POTASSE COMME FÉBRIFUGE; par le docteur DE GOUZÉE.

SUR LES RECHUTES DES FIÈVRES INTERMITTENTES ET LES MOYENS DE LES PRÉVENIR; par le même.

Si l'on apportait toujours dans l'expérimentation des soi-disants succédanés du sulfate de quinine toute la prudence et la sévérité dont a usé M. de Gouzée à l'égard du carbazotate de potasse, nul doute que beaucoup d'entre eux seraient bientôt perdus de réputation. La plupart des fièvres intermittentes qui se présentaient à l'hôpital à l'époque des expériences, guérissaient spontanément sous l'influence du régime et du repos. Il importait donc de se bien assurer, avant toute prescription, de l'impuissance de ces simples moyens. Il importait aussi de ne compliquer le traitement par aucune médication adjuvante. Ces deux précautions ont été rigoureusement appliquées.

Or, dans sept expériences consécutives, le résultat a été tout à fait négatif. De ces sept cas, six étaient relatifs à des fièvres périodiques simples, soit quotidiennes, soit tierces, soit quartes; quatre d'entre elles ont été coupées sans difficulté par le sulfate de quinine; deux ont disparu d'elles-mêmes plus ou moins longtemps après qu'on avait suspendu l'emploi du carbazotate. Dans le septième cas, il s'agissait d'accès irréguliers chez un homme qui avait eu une fièvre tierce plus d'un an auparavant. Les accès ayant résisté au carbazotate de potasse n'ont pas été attaqués par le sulfate de quinine.

Entre les mains donc de M. de Gouzée, le médicament en question n'a montré aucune propriété fébrifuge. On s'est de plus assuré qu'il n'avait exercé aucune influence sur l'engorgement de la rate. Mais ce n'est pas tout : loin d'avoir été utile, il a été positivement nuisible, en provoquant du côté du foie et des organes digestifs des accidents assez intenses. Le plus remarquable de ces accidents est l'ictère, qui est survenu quatre fois sur sept et a persisté quelquefois assez longtemps. Pour lever les doutes qui avaient pu s'élever sur la cause de la coloration jaune des conjonctives et de la peau, l'auteur a eu le soin de faire analyser les urines, et toujours les réactifs y ont décelé la présence de la bile. Les autres accidents ont été moins durables; ils ont consisté dans de la diarrhée, des borborigmes, des coliques. *On les a observés chez tous les sujets.*

Au sujet des urines, M. de Gouzée a fait encore une remarque : c'est qu'elles prennent bientôt, sous l'influence du traitement par le sel de potasse, une belle couleur rouge qui disparaît graduellement lorsqu'on a cessé l'emploi du médicament. Il attribue ce phénomène à la présence de la substance saline dans le liquide urinaire; mais aucune expérience positive ne paraît avoir été faite sur ce point.

Le carbazotate de potasse, qui est très amer et peu soluble, a été ordinairement donné en pilules, à la dose de 6, 12, 24 et jusqu'à 40 grains. De faibles doses ont quelquefois suffi pour amener les accidents intestinaux signalés tout à l'heure.

— Dans son second travail, qui est très-court, M. de Gouzée indique deux précautions à prendre pour prévenir les récidives de fièvres intermittentes. La première consiste à combattre l'engorgement de la rate même après la disparition des accès. On a l'habitude, dans la médecine militaire belge, de faire prendre, à titre de prophylactique, une dose de sulfate de quinine chaque sixième jour à compter du dernier accès, et de continuer ainsi pendant six semaines. Or l'auteur croit avoir remarqué que bien souvent les accès reparaissent immédiatement après l'une ou l'autre reprise de la médication. La récidive lui a paru mieux prévenue, et la résolution de l'engorgement splénique mieux assurée par l'application de ventouses scarifiées sur la région de la rate, suivie, le lendemain, de l'administration de 6 à 12 grains de sulfate de quinine, le tout répété à plusieurs reprises. — Le second moyen préventif consiste à poursuivre, à l'aide de ventouses scarifiées, les points douloureux qui survivent souvent, dans la région spinale, à la disparition des accès fébriles, phénomène sur lequel l'auteur avait déjà appelé l'attention en 1842.

De l'importance que M. de Gouzée attache à la résolution de l'engorgement splénique, il ne faudrait pas induire qu'il partage les vues d'un professeur de Paris sur le rôle de la rate dans la fièvre intermittente. Nous qui ne les partageons en aucune manière, comme on sait, nous regardons néanmoins comme utile et rationnel de combattre l'engorgement de la rate, en vue de prévenir les rechutes. Nous avons eu plusieurs fois occasion de le dire, quelque général que soit manifestement le mouvement morbide qui se traduit par la fièvre d'accès, il n'en est pas moins certain qu'il peut avoir son point de départ dans une lésion locale, de celles surtout qui peuvent affecter directement le système des nerfs trisplanchniques. Une sonde à demeure dans l'urètre, un catarrhe vésical, une tumeur du ventre, etc., sont parfois l'occasion de fièvres d'accès très-régulières et même sensibles au sulfate de quinine. L'engorgement de la rate est une lésion du même genre, et il n'est pas impossible qu'en raison des affinités secrètes qui le lient à la fièvre intermittente, il ne soit, à l'égard de cette dernière, une cause de promotion plus active que toutes les autres.

Quant à l'application de ventouses sur les points de l'épine restés douloureux après la cessation de la fièvre, elle se justifie, même empiriquement, par la faculté que le même moyen paraît avoir eue quelquefois d'enrayer même les accès. On n'a pas oublié la discussion qui a eu lieu, l'année dernière, sur le même sujet à l'Académie de médecine, et qui a été de notre part l'objet de quelques remarques.

IV. ANNALES D'OCULISTIQUE.

Les numéros de juillet 1850 à mars 1851 contiennent : 1° *Du phosphène*; par M. Serre (d'Uzès). 2° *Cancer de l'œil au début, extirpation, examen microscopique*; par M. Spring. 3° *Compte rendu des maladies traitées à l'Institut ophthalmique de la province de Hainaut, pendant l'année 1849*; par M. Stiévenart. 4° *Résultats obtenus à l'Institut ophthalmique de la province de Namur, du 1er mai 1849 au 1er mai 1850*; par M. Loiseau. 5° *Synchysis étincelant, extraction et examen microscopique des paillettes brillantes amoncelées dans la chambre antérieure*; par M. Sichel. 6° *Staphylôme scléroïdien, extirpation partielle de l'œil; études microscopiques sur le staphylôme en général*; par M. Hairion. 7° *De la luxation et du déplacement du cristallin par une cause traumatique*; par M. Rivaud-Landreau. 8° *Quelques faits intéressants de clinique ophthalmologique*; par M. Barrier. 9° *Lettre à M. Jules Guérin sur le strabisme droit ou direct*; par M. Borelli, et *Réponse* de M. J. Guérin. 10° *Note sur les maladies oculaires observées dans la classe pauvre de Bruxelles*; par M. Bosch. 11° *Du traitement de l'ophthalmie*; par M. Langenbeck. 12° *De l'emploi de l'acétate de plomb dans le traitement de l'ophthalmie militaire*; par M. Buys. 13° *De l'emploi du tannin en collyre*; par M. Cambrelin fils, par M. Hairion, par M. Gunier et par M. Dechange. 14° *Nouveau procédé pour l'occlusion des paupières à l'aide du collodion*. 15° *Note sur la synthéropie*; par M. Sichel. 16° *Considérations sur le diagnostic différentiel et le traitement des ophthalmies granuleuse purulente et gonorrhéique*; par M. Heurotay. 17° *De l'emploi du collodion pour déterminer un ectropion artificiel dans le traitement de la synéchie oculo-palpébrale et de quelques altérations de la conjonctive des paupières*; par

M. Fl. Cunier. 18° *Cholestéritis de l'œil*; par M. Desmarres. 19° *Quelques mots sur les divers modes de traitement des granulations en usage dans l'armée belge*; par M. de Condé. 20° *Observations pratiques relatives à l'emploi de l'acétate neutre de plomb et du nitrate d'argent dans le traitement de l'ophthalmie granuleuse*; par M. Vandil. 21° *Névralgie oculaire épidémique observée à Teniet-el-Hâad (Algérie)*; par M. Bertherand. 22° *Du muscle compresseur de la lentille ou accommodateur*; par M. Langenbeck. 23° *De l'hyperchromatopsie*; par M. Cornaz. 24° *De l'ophthalmie des scrofuleux*; par M. Leberls. 25° *Ophthalmie du régiment des grenadiers de la reine, etc.*; par M. de Simas. 26° *D'une variété particulière d'inflammation de la conjonctive observée chez le cheval, causée par la formation de granulations fibrino-calcaires dans les interstices du tissu enflammé*; par M. Bouley. 27° *De l'oblitération du sac lacrymal comme moyen de guérison de la fistule lacrymale*; par M. Staber. 28° *Méthode pour guérir radicalement la tumeur et la fistule du sac lacrymal*; par M. Magne. (Cautérisation du sac avec le beurre d'antimoine.) 29° *Traitement de la kératite vasculaire interstitielle, par la scarification des vaisseaux de la cornée*; par M. Tavignot. 30° *Paralysie du nerf moteur oculaire externe*; par M. Hubert Rodrigues. 31° *De la cataracte chez les ours*; par M. White Cooper.

NOTE SUR LA SPINTHÉROPIE (SYNCHISIS ÉTINCELANT); par M. SICHEL.

Quoique son histoire ne date pas de ces dernières années, la maladie dont il s'agit a déjà été l'objet de tant de travaux qu'il y avait dès à présent à la fois possibilité et utilité à colliger et confronter tous les cas publiés, afin d'éclairer les points encore litigieux des intéressants problèmes qu'elle soulève. C'est cette tâche que M. Sichel s'est proposée. Il n'a point voulu tracer une description générale, mais seulement fixer, autant qu'elles peuvent l'être aujourd'hui, les principales questions qui se rapportent au siége, à la nature de la maladie, ainsi qu'à son mode de formation. Nous le suivrons dans l'ordre plein de clarté qu'il s'est imposé lui-même.

1° ÉNUMÉRATION DES CAS OBSERVÉS JUSQU'ICI.

Ces faits sont au nombre de quinze. Il importe à ceux qui continueront à étudier cette singulière affection de connaître au moins les noms de ceux à qui ils appartiennent : ce sont, par rang d'ancienneté, Parfait Landran, Sichel (premier cas), Desmarres (premier et deuxième cas), Robert, Guépin, Pétrequin, Blasius, A. G. Guensburg, Fischer, Sichel (deuxième cas), Desmarres (troisième et quatrième cas), Voss.

2° DÉFINITION ET DIVISION DE LA MALADIE.

M. Sichel, qui avait adopté le nom de synchisis étincelant, reproche maintenant avec raison à cette dénomination de faire préjuger le ramollissement du corps vitré, comme coïncidence constante. Il préfère le mot spinthéropie (de σπινθήρ, étincelle, et ὤψ, vision), c'est-à-dire étincelles paraissant dans l'œil, expression qui désigne clairement le symptôme, sans toucher aux questions de siége et de nature, et sans engager l'avenir quant aux modifications qu'une étude ultérieure pourrait apporter aux opinions actuelles.

Les faits de spinthéropie se classent sous deux groupes, savoir ceux de spinthéropie proprement dite et de pseudo-spinthéropie, selon que le scintillement est produit par des paillettes brillantes et *mobiles*, ou qu'au contraire ces paillettes sont attachées par un point de leur circonférence à une partie quelconque de l'œil, qu'elles ne quittent pas. Il n'existe jusqu'ici qu'un fait appartenant à ce dernier groupe : il a été observé à l'hôpital Beaujon et publié dans les ANNALES D'OCULISTIQUE, t. XVIII, p. 79.

Quant à la spinthéropie parfaite ou proprement dite, M. Sichel la subdivise en trois espèces, qu'il désigne sous les noms de *postérieure* lorsque la scintillation a lieu dans la chambre postérieure, soit dans le fond de l'œil, soit dans le champ de la pupille; *antéro-postérieure*, si la scintillation siége dans les chambres antérieure et postérieure en même temps, ou si du moins les corpuscules étincelants passent de la seconde dans la première; enfin *antérieure*, quand la scintillation s'opère dans la chambre antérieure. Mais il est probable que les paillettes se développent primitivement dans la chambre postérieure et ne passent que plus tard dans l'antérieure.

3° EXPLICATION DU PHÉNOMÈNE DE LA SCINTILLATION.

Quelques médecins croient que la scintillation n'est qu'une simple réflexion de la lumière par les lambeaux de l'hyaloïde affaissée sur ellemême, sans existence de corpuscules, matériels et brillants; par conséquent ils regardent ce phénomène comme une espèce d'illusion d'optique. Mais ces corps, on les a vus dans la chambre antérieure; on les a aperçus passer distinctement d'une chambre dans l'autre. Enfin ils ont été extraits et soumis à l'analyse microscopique. Il y a donc là une réalité palpable, et M. Sichel aurait bien eu le droit de renvoyer à ceux-là mêmes qui l'avaient employé contre lui le mot ainsi que l'accusation d'illusion.

Ces corpuscules brillants existent donc; mais comment deviennent-ils scintillants? Ce n'est pas par réfraction, puisque, comme le prouve une observation de M. Sichel, que nous rapporterons plus loin, ils sont quelquefois opaques. Ils ne peuvent donc agir qu'en réfléchissant la lumière.

4° NATURE ANATOMIQUE ET COMPOSITION CHIMIQUE DES PAILLETTES LUMINEUSES.

L'observation propre à M. Sichel, que nous reproduirons tout à l'heure, achèvera de prouver ce que les présomptions et les recherches d'autres auteurs avaient déjà établi, savoir que ces particules sont composées de cholestérine. Elle les forme presque exclusivement seule, ou déposée dans une trame albumineuse.

5° OÙ SE PASSE LE PHÉNOMÈNE DE LA SCINTILLATION?

C'est sur ce point, à la vérité fort difficile à déterminer d'une façon très-précise, qu'il y a le plus de divergence. M. Sichel professe que le siége primitif du scintillement est derrière la pupille; mais il lui est impossible d'assigner à la production de ce phénomène un lieu plus circonscrit, que ce soit le corps vitré, ou la cavité de la capsule cristallinienne, ou l'une des membranes oculaires. Cependant on peut admettre que les corpuscules sont le plus souvent dans le corps vitré. Cela serait du moins rendu probable par ce double fait qu'ils sont composés de cholestérine, et que, d'autre part, le corps vitré contient une matière grasse. D'après les détails contenus dans les diverses observations, il est vraisemble que les paillettes peuvent naître dans l'œil partout où il existe une membrane séreuse, telle que la cristalloïde, soit une membrane sub-séreuse, telle que les épithéliums, la membrane de Jacob, etc.

M. Blasius pense que les corpuscules spinthéropiques se développent constamment dans la cavité de la membrane cristalinienne. M. Sichel croit, au contraire, que ce n'est là qu'un siége exceptionnel; que, sur les onze cas qu'il a pu analyser, la maladie existait neuf fois dans le corps vitré liquéfié. Passant en revue les diverses observations, il fait remarque, dans un cas, l'appareil cristallinien conservait toute son intégrité. Le malade lisait sans lunettes, et l'on voyait la scintillation tout à fait au fond de la chambre postérieure. Ici par conséquent le siége du scintillement ne pouvait être dans l'intérieur de la capsule cristalloïdienne.

Dans presque tous les cas, il existait des signes non douteux de liquéfaction du corps vitré, quelquefois accompagnée de l'absence ou de la destruction du cristallin. Dans quelques-uns, le corps vitré et l'appareil cristallinien avaient été lacérés et broyés soit par une lésion traumatique, soit par l'aiguille à cataracte. Or un sait qu'alors les feuillets de la cristalloïde sont détruits en partie ou en entier, ou se rapprochent l'un de l'autre et de la face antérieure du corps vitré. Par conséquent il n'existe alors plus de cavité capsulaire où le scintillement pût, d'après l'opinion de M. Blasius, avoir lieu.

Dans l'un des cas, il est spécifié parmi les détails de l'examen microscopique des corpuscules, que « l'on plaçait l'objectif de manière à obtenir le foyer dans l'humeur vitrée, » preuve évidente que les corpuscules flottaient dans cette humeur et non dans la cavité capsulaire.

Même dans le cas cité par M. Blasius, il n'y avait eu, à la vérité, ni opération de cataracte, ni lésion traumatique. Mais outre des exsudations partielles dans la pupille, il existait une amaurose complète avec flottement très-prononcé de l'iris. Bien que la consistance du globe fût normale ici, et que le scintillement eût son siége immédiatement derrière la pupille, il y a tout lieu de croire que les paillettes brillantes se mouvaient dans le corps vitré ramolli.

D'ailleurs, en combattant l'opinion émise par M. Blasius, que les paillettes scintillantes ont leur siége ordinaire dans la cavité cristallinienne, M. Sichel ne dit pas que cela ne puisse jamais avoir lieu. Le fait de pseudo-spinthéropie observé à l'hôpital Beaujon semble être un exemple de cette disposition; car ici les corpuscules étaient formés par de petits lambeaux capsulaires mobiles. De son côté, M. Sichel a souvent vu quelque chose de semblable, c'est-à-dire des taches luisantes, nacrées, métalliques, soit sur des cataractes capsulaires ou capsulo-lenticulaires, soit sur des cataractes capsulaires secondaires à des opérations de broiement ou d'abaissement. Les faits de cette nature viennent à l'appui de l'opinion de M. Blasius que les paillettes de cholestérine peuvent être formées sur la cristalloïde ou dans sa cavité. M. Sichel, d'après ce qu'il a observé, pense aussi que, dans certaines circonstances encore inconnues jusqu'ici, des parcelles de la substance corticale du cristallin peuvent être transformées en cholestérine ou

en substance analogue d'un éclat nacré et métallique, ou que les portions les plus superficielles de la substance corticale peuvent prendre une forme et un éclat métallique semblables à ceux des paillettes spinthéropiques.

Voici maintenant l'observation dans laquelle M. Sichel a pu constater directement la nature des corpuscules scintillants.

Obs. — M. Ch., âgé de 29 ans, se présenta le 1er août 1850 à la clinique de M. Sichel. Son œil, depuis la naissance, n'a jamais servi à la vision. S'étant exposé, en 1833, à l'action d'un feu ardent, il sentit que l'œil droit s'affaiblissait. Néanmoins, en cessant sa profession, il arrêta les progrès de cette affection. Mais vers le milieu de 1849, il consulta déjà M. Sichel pour une altération de l'œil gauche que celui-ci caractérisa de *désorganisation de la rétine*. En même temps la vue du côté droit baissa subitement et considérablement, ce qui décida le malade à suivre plus exactement son traitement.

Au premier coup d'œil, M. Sichel reconnut que la chambre antérieure de l'œil gauche était remplie, dans ses trois quarts inférieurs, d'un amas de paillettes comme micacées, d'un blanc jaunâtre, d'un éclat variant selon les diverses hauteurs du dépôt et selon les positions de l'œil.

Trois couches superposées constituent cet amas. La supérieure convexe en haut, dans ce point, un petit prolongement formé des parcelles accumulées en dernier lieu. Là les paillettes sont d'un blanc argenté, très-petites, presque pulvérulentes.

La couche inférieure forme un peu plus du tiers de tout l'amas; ses paillettes, plus grandes, ont près d'un millimètre carré; leur teinte est plus jaunâtre. Sa limite supérieure offre une légère concavité en haut.

La couche moyenne, un peu moins haute que celle-ci, a ses paillettes moins grandes; mais elles sont argentées, ainsi que celles de la couche supérieure. Dans ces deux dernières couches, les paillettes sont serrées étroitement les unes contre les autres, de manière à ne laisser aucun intervalle et à être complètement immobiles. Au contraire, en haut elles sont un peu espacées, et mobiles lors des mouvements de l'œil qui, ainsi que son congénère, est affecté d'un nystagmus très-marqué. — Toutes ces particularités semblent indiquer que les paillettes n'ont pas été produites là, mais s'y sont seulement déposées.

La conjonctive de cet œil est, depuis six jours, fortement injectée. L'origine de ce dépôt ne date que de dix jours. Avant ce temps, l'œil gauche, quoique amaurotique, ressemblait parfaitement au droit pour l'apparence extérieure. Couleur des iris et consistance du globe normales. L'accumulation des corpuscules ne permet pas de juger de l'état du corps vitré.

En examinant attentivement l'œil à des reprises successives, on acquit la conviction que les parcelles se formaient dans la chambre postérieure et passaient à travers la pupille dans la chambre antérieure.

D'un jour à l'autre on voyait ces corps encombrer le champ de la pupille, et le lendemain occuper la chambre antérieure.

Les symptômes d'ophthalmie allant toujours en augmentant, et la quantité des paillettes devenant de plus en plus considérable, M. Sichel dut songer à en faire l'extraction, car il était à craindre que plus tard cette opération ne fût très-difficile, les corpuscules ayant l'air de commencer à se coller les uns contre les autres et contre l'iris, au moyen de fibro-albumine épanchée à la surface de cette membrane. L'indication de les faire sortir était d'autant plus évidente qu'un traitement énergique (saignée, sangsues, calomel à dose fractionnée, onguent napolitain, belladone, purgatifs, colchique etc.) employé pour combattre la phlegmasie oculaire ne l'amenda que faiblement. La présence des petits corps étrangers était donc la cause de cette inflammation, et comme leur nombre s'accroissait de jour en jour au point de les rendre serrés les uns contre les autres et par suite immobiles, M. Sichel résolut d'en faire l'extraction.

Cette opération fut pratiquée le 22 août, en taillant un petit lambeau de la cornée à sa face inférieure. Une petite portion des paillettes sortit avec l'humeur aqueuse, assez abondante; mais l'extraction de la masse la plus considérable, devenue compacte et adhérente par l'exsudation de la fibro-albumine, fut très-difficile, et ne put s'accomplir qu'à l'aide de la curette et d'une pince.

Les paillettes sorties avec l'humeur aqueuse offraient, quelques-unes la scintillation que produit le synchisis étincelant de l'humeur aqueuse; dans d'autres portions du liquide et sous d'autres incidences de lumière, elles ressemblaient plutôt à de très-petites gouttes d'huile projetées dans de l'eau.

M. Lebert constata par l'analyse chimique que cette matière était soluble dans l'éther et dans l'alcool bouillant.

L'examen microscopique lui montra partout, comme élément principal de cette altération, des amas de cristaux de cholestérine, très-faciles à reconnaître par leur forme rhomboïdale, leur minceur, leur transparence et leur groupement caractéristique, leurs caractères, qu'aucune autre matière organique ne présente sous le microscope. Dans les fragments composant les morceaux plus compactes, on reconnaissait des lamelles superposées de ces cristaux, réunies ensemble par une substance intermédiaire transparente, mais renfermant une multitude de granules moléculaires qui par places formaient des amas arrondis, et ressemblaient alors à des globules granuleux. Il ne fut pas possible à M. Lebert de décider s'il y avait là une exsudation albumineuse mêlée de granules graisseux, ou si le fond de cette substance était formé par la membrane hyaloïde. Cependant l'absence de tout plissement, bien plus l'absence de tout aspect caractéristique, lui firent croire qu'il s'agissait plutôt d'une exsudation que d'une membrane normale.

Comme résultat de l'opération, les douleurs oculaires avaient dès le lendemain notablement diminué; elles cessèrent complètement au bout de quelques jours.

Le malade voulut sortir le 29 août. Ce jour-là la pupille était noire, sauf deux très-petites bandelettes pseudo-membraneuses, adhérentes à son bord supérieur, mais trop étroites pour qu'on pût voir l'aspect du fond de l'œil. Il y avait encore quelques paillettes jaunâtres au fond de la chambre antérieure, près de la cicatrice de la cornée, et un assez grand nombre d'autres, dispersées de loin en loin sur la face antérieure de l'iris à laquelle elles adhéraient, et sur la face postérieure de la cornée.

Le 7 septembre, M. Sichel, à l'aide de la loupe, reconnut un petit nombre de paillettes scintillantes attachées à la cristalloïde antérieure, laquelle membrane s'opacifiait dans plusieurs endroits. L'iris offrait à la partie inférieure interne de son petit cercle, une petite bandelette pseudo-membraneuse, d'un gris ardoisé un peu bleuâtre, et un peu creuse, comme incrustée dans le tissu de cette membrane; celle-ci est normale, mais poussée en avant et pour ainsi dire bombée dans plusieurs endroits, comme dans les cas où de la fibro-albumine est déposée à sa face postérieure. La pupille est très-étroite, irrégulière, bordée des bandelettes que nous avons indiquées dans le paragraphe précédent. Tout en un mot donne à penser qu'il y a eu à des exsudations de matière plastique, consécutives à une inflammation.

L'intérêt capital que présente cette observation consiste, ainsi qu'on l'a sans doute déjà remarqué, d'abord dans la constatation matérielle du fait de l'existence de la cholestérine, comme cause du synchysis ou spinthéropie, puis ensuite dans ces détails si précis que M. Sichel a pu observer avec son exactitude habituelle, et qui lui ont fourni les judicieux aperçus dont il a enrichi l'histoire symptomatologique et surtout pathogénique de cette singulière affection.

A. Dechambre et P. Diday.

(La suite au numéro prochain.)

(La suite au numéro prochain.)

TRAVAUX ACADÉMIQUES.

ACADÉMIE DE MÉDECINE.

SÉANCE DU 5 AOUT. — PRÉSIDENCE DE M. ORFILA.

Le procès-verbal de la dernière séance est lu et adopté.

La correspondance officielle comprend les pièces suivantes:

Le ministre du commerce transmet:

1° Une lettre de M. le docteur Schlésinger (de Paris) relative à la suette miliaire (comm. de la suette);

2° Un mémoire de MM. Dufay et Ferrant sur l'épidémie de choléra qui a régné en 1849 dans le département de Loir-et-Cher (comm. du choléra);

3° Un mémoire relatif au choléra, rédigé par le docteur Juan Olive, médecin espagnol en résidence à Alger (même commission);

4° Un rapport de M. Loubier, médecin inspecteur des eaux de Propiac (Drôme), sur le service médical de cet établissement pendant l'année 1850 (comm. des eaux minérales);

5° Une demande d'analyse d'une eau minérale de Tromézaïque (Hautes-Pyrénées) (même comm.);

6° Un opuscule de M. le docteur Margoton (de Bagnères-de-Luchon) sur la cure radicale des angelures (comm.: M. Roche);

7° Un échantillon d'un remède contre la carie des dents (comm. des remèdes secrets).

M. Baroche, ministre des affaires étrangères, informe l'Académie que la commune de Garzenonville, canton de Limay, arrondissement de Mantes, qu'il représente au conseil général de Seine-et-Oise, est souvent affligée, depuis quelques années, par de graves maladies, telles que le choléra en 1832 et 1850, et dans ces derniers temps la fièvre typhoïde qui a déjà atteint plus de 60 personnes et qui sévit encore chaque jour. Il implore, au nom du maire et du conseil municipal, le secours de l'Académie pour découvrir, s'il est possible, la cause de ces fléaux dont le retour périodique désole cette commune. (La lettre de M. le ministre est renvoyée à la commission des épidémies.)

L'Académie reçoit, en outre, les états de vaccinations d'un grand nombre de départements.

— M. Aguilhon, de Riom (Puy-de-Dôme), transmet la relation d'un cas d'ulcère tuberculeux du testicule, qu'il croit devoir rapprocher de la seconde variété des ulcères tuberculeux établie dans le travail que M. Malgaigne a lu récemment à l'Académie, et pour lequel il a pratiqué l'ablation partielle d'après un procédé analogue à celui qui est préconisé dans ce travail.

— M. Sémanas adresse un mémoire sur les fonctions du foie pendant la digestion et sur les usages de la bile par l'albumine digestive. (Voir l'Académie des sciences du 28 juillet, Gaz. Méd., n° 31.) (Comm.: M. Bérard.)

— M. Plumerel, pharmacien à Nogent (Haute-Marne), adresse un mémoire sur un sirop preparé avec les eaux minérales de Bourbonne, et qu'il désigne sous le nom de *sirop antirhumatismal de Bourbonne*. (Comm.: MM. Honoré et Soubeiran.)

— M. Maréchal (de Metz), président de la Société des sciences médicales de la Moselle, adresse:

1° Copie du catalogue des manuscrits de Louis;

2° Copie de l'éloge de Pipelet;
3° Copie de l'article Louis, de la biographie de la Moselle;
4° L'extrait de l'acte de naissance d'Atoine Louis et de son frère Guillaume;
5° Enfin quelques indications d'ouvrages où il est question de Louis.

— M. Devilliers fils adresse: 1° un tableau statistique des maladies, par professions, tribus et sections médicales, observées sur le personnel des employés du chemin de fer de Lyon depuis son ouverture jusqu'au 1er juin dernier; 2° un livret d'instructions hygiéniques et médicales destinées à guider l'ouvrier ou l'employé dans les premiers secours à donner, etc. (Commissaires: MM. Mélier et Villermé.)

— M. le Président, après le dépouillement de la correspondance, annonce que MM. les membres du congrès sanitaire actuellement réuni à Paris pour arrêter les bases d'un système sanitaire commun entre toutes les puissances maritimes méditerranéennes, sont présents à la séance où ils occupent des places réservées au centre de l'hémicycle. Voici les noms des délégués qui assistent à la séance:

M. le commandeur Betti, délégué de la Toscane;
M. le professeur Bo, délégué de la Sardaigne;
M. le professeur Costi, délégué de la Grèce;
M. le docteur Carbonaro, délégué des Deux-Siciles;
M. le docteur Ménis, délégué de l'Autriche;
M. le docteur Sutherland, délégué de l'Angleterre;
M. le chevalier Maguetto, consul et délégué de la Sardaigne.
M. le professeur Betti, doyen d'âge, se lève et prononce une allocution qui est accueillie par les applaudissements unanimes de l'assemblée.

STATISTIQUE OBSTÉTRICALE.

M. Danyau lit un rapport étendu sur un mémoire de M. le docteur Devilliers fils intitulé: Recherches statistiques et pratiques sur les phénomènes du travail de l'accouchement considérés au point de vue de la rupture des membranes de l'oeuf.

Après avoir donné une analyse complète du mémoire de M. Devilliers, M. le rapporteur conclut que ce travail, quoique ne renfermant point d'idées nouvelles, offre néanmoins une utilité réelle. Remercîments à l'auteur; dépôt honorable aux archives (Adopté.)

— L'ordre du jour appelle la suite de la discussion sur le mémoire de M. Malgaigne.

TRAITEMENT DES ULCÈRES TUBERCULEUX DU TESTICULE PAR UNE OPÉRATION NOUVELLE.

M. Jobert (de Lamballe): Les honorables collègues qui se sont fait entendre ont principalement attaqué le mémoire de M. Malgaigne, sous le point de vue de l'opportunité de l'opération, et la discussion roule presque exclusivement sur les indications; par conséquent, on ne s'est que fort peu occupé de la resection en elle-même. Il est pourtant indispensable, pour porter un jugement définitif, d'en appeler à l'expérience, seul juge souverain en pareille matière.

A propos des indications, M. Jobert aborde ici les relations des tubercules du testicule avec l'état général de la constitution. Souvent il y a des tubercules ailleurs; alors l'opération est contr'indiquée; d'autres fois, la tuberculisation envahit *une grande partie* ou la totalité de l'organe, et la resection est contre-indiquée encore, la castration étant alors seule praticable. Enfin, dans quelques cas, le tubercule est localisé à un point du testicule, et alors seulement la resection est utile et doit être faite.

Toutefois, si la resection du testicule devait être limitée seulement à la tuberculisation, on y aurait recours bien rarement. Mais il est d'autres lésions qui peuvent réclamer cette opération, et, en quelques mots, je vais les indiquer.

Ne voit-on pas, par exemple, l'épididyme s'engorger inopinément, le corps du testicule se gonfler sous l'influence d'une cystite, d'une prostatite, d'une urétrite chroniques, et d'autres causes à nous inconnues? Si la médecine est impuissante pour arrêter dans sa marche une altération qui menace de devenir grave, il survient du ramollissement, un foyer, des indurations et des fistules qui partent de la profondeur du testicule pour s'ouvrir sur les téguments. Par là s'échappent des liquides de diverses natures, du pus, du sperme, etc.

A une époque variable, on voit paraître un bourgeonnement, des granulations, qui traversent le trajet fistuleux pour prendre des dimensions plus considérables, former des végétations qui, réunies, forment une tumeur plus ou moins considérable étalée à la surface du scrotum qu'elle déborde en hauteur d'un pouce et même davantage. La surface fournit du sang par la pression, un liquide séro-purulent, d'une odeur désagréable. C'est cette espèce de champignon qui a été le sujet des recherches de Lawrens, de Cooper et surtout de M. Malgaigne. Rien ne ressemble davantage à un cancer que l'altération dont il s'agit, et cependant elle en diffère par des caractères dont je n'ai pas à m'occuper en ce moment. Comment détruira-t-on cette tumeur si la cautérisation et la compression échouent? Est-ce par l'ablation de l'organe ou par la resection que l'on débarrassera le malade de cette altération? La resection permettant de conserver l'organe, me paraît infiniment préférable à l'ablation ou à la mutilation.

Il est une espèce de végétation qui doit attirer l'attention du médecin, c'est celle que l'on observe sur les enfants scrofuleux, et qui se montre principalement dans la tête et quelquefois dans la queue de l'épididyme.

Avant que l'altération se dessine, il survient un ou plusieurs engorgements qui disparaissent, et enfin il s'établit un travail de suppuration, puis d'ulcération, et des végétations fongueuses semblables à celles que l'on rencontre dans les ulcères scrofuleux paraissent, et si la cautérisation combinée avec la resection ou l'excision n'arrête par la marche de l'altération, le conduit de l'épidydime s'altère, se détruit, le testicule s'atrophie, et il n'y a plus de fonctions à espérer.

La resection testiculaire ou l'ablation partielle du testicule me paraît encore convenir dans ces cas. J'ai pratiqué trois fois cette opération, et je n'ai pas eu l'occasion d'observer les accidents dont on a parlé. Je suis donc d'un avis entièrement contraire à ceux qui blâment de tous points l'excision du testicule.

On a avancé qu'il est toujours très-difficile de distinguer les parties saines des parties malades, et que, sous ce rapport, l'opération offrait des difficultés réelles. Je ne crois pas que le plus ordinairement il puisse en être ainsi, surtout lorsque l'altération pour laquelle on a pratiqué l'opération est limitée et parfaitement circonscrite. Il n'y a pas d'organe dans l'économie qui soit aussi facile à explorer et à examiner que le testicule qui se laisse embrasser de toutes parts par la main qui explore sans rencontrer aucun obstacle dans cette appréciation. Il y a d'ailleurs une essentielle différence entre la consistance du tissu sain et celle du tissu malade, entre la résistance vitale de l'un et celle de l'autre. On sait parfaitement que la consistance normale est due d'une part à la tension de la tunique albuginée, et de l'autre à l'intégrité des vaisseaux séminifères.

M. Jobert dit qu'il a toujours vu une fièvre plus ou moins intense se développer après la castration, tandis qu'il n'en a pas vu après la resection; puis il continue:

Après l'opération de M. Malgaigne, je n'ai pas vu que la glande s'atrophiât, comme on l'a annoncé plutôt par des vues de l'esprit que par l'expérimentation. Un organe ne peut s'atrophier, en effet, lorsqu'il conserve ses principaux vaisseaux, ses principaux nerfs animateurs, et enfin sa fonction en partie; car, lorsque celle-ci est entièrement abolie, l'organe s'atrophie et finit par disparaître.

Tout dans le testicule dévoile la possibilité de la resection. Le tissu propre du testicule n'est-il pas composé par une série de lobules formés de conduits séminifères pelotonnés sur eux-mêmes? Tous ces lobules sont en outre soutenus par des cloisons qui ne sont pas autre chose que des prolongements de la tunique albuginée et des vaisseaux; j'ajouterai que les conduits séminifères viennent se rendre isolément vers la partie supérieure du testicule pour traverser le corps d'Hygmos. D'après cette disposition anatomique, il est facile de comprendre que ces nombreux lobules peuvent être altérés en un plus ou moins grand nombre sans l'être tous à la fois.

Si les choses se passent ainsi dans les altérations diverses qui peuvent envahir le testicule, à plus forte raison peut-il en être de même quand il s'agit d'une opération.

L'analogie pouvait aussi faire admettre la possibilité de cette opération, si l'on réfléchit que les fonctions des autres glandes se rétablissent, quoiqu'elles aient été profondément intéressées, désorganisées, et qu'un grand nombre de leurs conduits excréteurs soient oblitérés. N'observe-t-on pas les mêmes résultats pour les lésions du testicule? Ne voit-on pas cet organe, après avoir été largement incisé, après avoir été le siége d'abcès, recouvrer ses fonctions à la manière des autres glandes qui ont été sillonnées par le bistouri ou creusées de trajets fistuleux ou de foyers purulents? Les expériences de Cooper là-dessus ne laissent rien à désirer; les miennes propres me démontrent qu'il en est ainsi.

J'ai été forcé, dans une circonstance qui n'est pas encore très-éloignée, de pratiquer un large débridement pour lever un étranglement testiculaire qui menaçait la vie du sujet. Immédiatement après avoir fait l'incision, les deux lèvres de la plaie se sont écartées et renversées en dehors. La substance testiculaire largement incisée a été mise à nu, et les accidents qui résultaient de l'inflammation de l'organe ont entièrement disparu. Le dépelotement du testicule n'a pas eu lieu. De la lymphe est venue recouvrir la plaie, des bourgeons se sont formés, et la guérison a eu lieu sans atrophie de l'organe. La fistule séminale qui d'abord s'était établie a fini par disparaître.

Ici M. Jobert cite deux cas d'Ast. Cooper où les malades ont guéri, une fois après l'application de sétons à travers le testicule, l'autre fois après l'excision de végétations siégeant sur cet organe. M. Jobert rappelle ensuite que Lawrence a pratiqué la même opération que Cooper, opération qui est un diminutif de celle de M. Malgaigne; car il paraît évident que dans son excision, Ast. Cooper intéressait plus ou moins le testicule.

Oserai-je ajouter, dit M. Jobert, que j'ai fait plusieurs fois l'opération de M. Malgaigne, et que tantôt j'ai isolé les parties saines pour recouvrir la perte de substance en décollant cette membrane, et que tantôt j'ai pu tailler des lambeaux pour recouvrir la surface de la plaie.

Pour ne pas abuser des moments de l'Académie, je me bornerai à citer le fait suivant:

En juin 1850, un homme se présenta à l'Hôtel-Dieu pour entrer dans cet établissement.

Il était âgé de 63 ans, et d'une constitution débile. Il me dit que pendant toute sa vie, aux approches de l'hiver, il avait commencé à tousser, et qu'il n'avait pas cessé d'être tourmenté par une bronchite jusqu'à la fin de la saison froide. Il nous dit que son père avait eu la poitrine faible jusqu'au moment où il a succombé à une pleurésie.

Il nous raconta que, il y a 12 ans, il contracta une blennorrhagie à la suite d'un coït impur. L'écoulement disparut en 45 jours par l'usage des émollients. Un an plus tard, il fut pris, après un voyage qui dura 30 heures, d'une rétention d'urine qui se dissipa par un traitement que lui fit subir notre habile collègue M. Ségalas. En quinze jours, en effet, par une dilatation graduelle de l'urètre, le malade vit les fonctions de cet organe se rétablir tout à fait. Cet homme, pendant quatre ans, n'éprouva aucun accident de rétention; mais à cette époque il en survint un second qui céda aux mêmes moyens que la première fois. Quinze mois avant son entrée à l'Hôtel-Dieu, notre malade voulut se débarrasser d'un écoulement urétral, et c'est pour y parvenir qu'il fit des injections avec l'eau

blanche. Elles provoquèrent une orchite que l'on combattit par l'emploi du repos et des émollients. Enfin, quelque temps avant son entrée à l'Hôtel-Dieu, il survint une seconde testiculite déterminée par l'introduction des sondes. Lors de son entrée à l'Hôtel-Dieu, le malade était dans l'état suivant :

Le testicule avait à peu près le volume d'un œuf. La peau était rouge et adhérente, le cordon était dur et gros, de l'œdème existait dans les environs de la tumeur. Deux abcès furent ouverts successivement, et enfin l'excision du testicule fut pratiquée le 8 juillet, comme il suit :

1° Une incision transversale comprit les deux ouvertures fistuleuses.

2° Quatre incisions, deux supérieures et deux inférieures, limitèrent deux lambeaux quadrilatères dont un supérieur et un inférieur. Ces cinq incisions représentaient donc bien par leur combinaison la lettre H.

3° Les lambeaux furent renversés, et il fut facile alors d'apercevoir la tumeur fongueuse qui fut enlevée par couches successives. Je ne m'arrêtai que lorsque je m'aperçus que j'étais arrivé au tissu sain. Dans la dernière lame, on pouvait apercevoir la structure propre du parenchyme de la glande. Le malade fut pansé à plat. Il n'y eut pas de fièvre, de la suppuration s'établit, des bourgeons charnus se formèrent. Le 23 juillet le dégorgement du testicule était presque complet, et le malade sortit à la fin d'août.

M. Larrey : On a reproché à M. Malgaigne d'avoir confondu des maladies distinctes des testicules, tandis qu'au contraire il a voulu les différencier entre elles; mais s'il n'y a pas complétement réussi d'après ses propres observations, il a certes eu le mérite de signaler à son point de vue l'avantage d'une opération à peu près nouvelle. Cet avantage, réel pour lui, nul pour d'autres, est-il définitivement jugé? Là est toute la question.

Ne perdons pas de vue d'abord que M. Malgaigne ne conteste point la curabilité des ulcères tuberculeux, qui avec le temps, en effet, et à l'aide d'un traitement bien dirigé, parviennent souvent à la guérison, comme j'en ai été témoin aussi; mais ce qu'il cherche à établir ou à prouver, c'est que des ulcères tuberculeux chroniques, compliqués, rebelles à divers modes de traitement, ne doivent point entraîner comme conséquence nécessaire, inévitable, l'ablation du testicule.

Sa proposition, s'il la maintient telle, me paraît, pour ma part, très-soutenable, non-seulement en s'appuyant sur les faits qui lui appartiennent ou sur ceux des chirurgiens qu'il a déjà cités, mais sur quelques autres encore.

Ainsi, notre ancien maître à tous les deux, le vénérable M. Gama, dans un mémoire sur quelques maladies des parties génitales de l'homme et de leurs dépendances, parle d'excroissances fongueuses, ou sortes de champignons se produisant à l'ouverture des abcès du testicule, qu'il a excisés plusieurs fois avec succès.

Ainsi M. Bérard, dans son excellente thèse sur les engorgements du testicule, a, comme on l'a dit, indiqué formellement le même moyen.

Ainsi encore, M. Gerdy peut se souvenir d'avoir pratiqué l'opération que préconise aujourd'hui M. Malgaigne; il m'a fait voir, il y a déjà plusieurs années, dans son service de l'hôpital Saint-Louis, un homme chez lequel il avait enlevé avec succès une tumeur adhérente au testicule, en ménageant cet organe resté intact. La tumeur était composée d'un tissu en partie squirrheux, en partie tuberculeux, et s'était développée par une sorte de végétation à travers la tunique albuginée.

C'est ainsi que j'ai eu recours à cette opération en 1849, chez un malade du Gros-Caillou, jeune soldat du 41e de ligne, offrant quelques signes de la tuberculisation pulmonaire, sans aucun indice d'affection vénérienne, et sans cause appréciable d'orchite traumatique; le testicule droit s'était engorgé par suite des fatigues du service, et l'inflammation, devenue chronique, avait donné lieu à une ulcération fistuleuse aboutissant du centre du testicule à la surface du scrotum, avec écoulement de pus mélangé de matière tuberculeuse, et tuméfaction des bords de l'ulcération profondément adhérente. Divers moyens de traitement avaient échoué; la castration seule semblait praticable, mais répugnant à la faire, j'excisai les fongosités, et après avoir ravivé les bords de l'ulcère, j'en obtins l'adhésion à l'aide des serres-fines. La cicatrisation parut établie cinq ou six jours après l'opération, et le malade sortit de l'hôpital pour retourner à son corps.

Voyons maintenant jusqu'à quel point la théorie, à cet égard, donne tort ou raison à la pratique.

Et d'abord il me semble que M. Malgaigne a trop séparé l'affection tuberculeuse locale de la tuberculisation pulmonaire, et qu'il devait apprécier au moins la formule établie, presque comme une règle, par notre savant collègue M. Louis.

De là de sa part une tendance un peu prompte peut-être, à préjuger de la nature tuberculeuse de l'orchite, sans une exploration assez attentive des organes respiratoires; de là raison pour la critique de déclarer comme incomplètes ou insuffisantes les observations rapportées par M. Malgaigne, malgré le soin qu'il sait toujours mettre à l'examen des faits; de là aussi cette conséquence assez logique, il faut en convenir, que si l'opération faite par lui n'avait point été pratiquée, la guérison de l'orchite aurait pu s'effectuer d'elle-même, soit par l'amélioration de l'affection tuberculeuse générale, soit même par son développement dans d'autres organes que dans les testicules. Mais si cette objection fondamentale peut être adressée à l'excision partielle des fongosités tuberculeuses, combien, à plus forte raison, ne s'adressent-elles pas à la castration faite pour les cas de sarcocèles tuberculeux?

Une circonstance particulière m'a, pour la première fois, instruit de cette vérité, il y a déjà une vingtaine d'années; qu'il me soit permis de la citer en peu de mots : j'avais communiqué à la Société anatomique un petit travail sur l'ablation des testicules, accompagné de pièces pathologiques, représentant divers sarcocèles opérés par mon père. L'un d'eux, offrant tous les caractères de la dégénération tuberculeuse, devint pour le professeur Delpech le motif d'une lettre qu'il me fit l'honneur de m'adresser, pour m'apprendre avec quelle réserve il fallait agir dans les cas du même genre, plutôt que de sacrifier un organe dont l'altération était liée à la diathèse générale.

J'ai reconnu depuis la justesse de cette critique, sans toutefois admettre que la tuberculisation du testicule soit toujours liée nécessairement à la tuberculisation pulmonaire.

C'est pour ne point pratiquer à l'avenir l'opération de la castration que je préférerais recourir à l'excision, toutes les fois que l'ulcération tuberculeuse serait parvenue à un état de chronicité avancé, ou d'incurabilité absolue, par d'autres médications; et c'est ainsi que devrait être comprise, à mon sens, la proposition de M. Malgaigne.

L'opération partielle, appliquée d'ailleurs à un testicule malade, en le préservant d'une mutilation complète, préserverait plus probablement l'autre organe de la récidive, ou plutôt de l'envahissement de la tuberculisation. Et bien souvent, en effet, cette forme spéciale du sarcocèle se propage rapidement de l'un à l'autre organe, surtout après l'extirpation de l'un des deux; il en existe actuellement un exemple au Val-de-Grâce.

Ne serait-ce pas encore une raison sérieuse de préférer une opération simple, facile, d'une innocuité réelle, si même elle n'offre pas de certitude dans ses résultats, à une opération souvent grave dans ses conséquences et qui n'est pas exempte d'accidents?

Les critiques sérieuses et logiques, il faut le reconnaître, qui ont été adressées au principe soutenu par M. Malgaigne, ne neutralisent point les inconvénients ou les dangers de la castration, si on se maintient dans les limites exactes de la question, telle que notre savant collègue l'a posée en nous faisant connaître son intéressant travail.

Ainsi, je suis porté à croire, pour ma part, que l'excision partielle des ulcères tuberculeux du testicule, pratiquée dans des conditions telles que la castration seule semblerait indiquée, réduit l'opération à la plus simple, à la plus facile exécution, permet de la modifier ou de la renouveler selon le besoin, place la maladie dans les conditions où elle se trouve lorsqu'elle est guérissable, soit spontanément, soit par les ressources de l'art, prévient ou éloigne davantage les chances de récidive, conserve une partie ou même la totalité d'un organe dont la privation peut avoir des conséquences sérieuses, non-seulement sur les facultés viriles de l'homme, mais encore sur ses impressions morales, par une tendance à la tristesse, à l'hypochondrie, au suicide même; et c'est là un argument grave sur lequel il serait, à mon avis, important d'insister.

L'opération enfin est indiquée dans les cas mêmes où le testicule deviendrait nul pour la reproduction, en favorisant la formation d'adhérences nécessaires à une cicatrisation définitive. Elle me semble donc admissible dans le cas même de lésion ou de destruction du canal déférent au même titre que l'opération qui a pour but exclusif d'oblitérer ce conduit, afin d'atrophier le testicule et de suppléer ainsi à la castration, c'est-à-dire à une opération complexe, en raison de l'ablation de la glande séminifère, en raison de la ligature et de l'excision du cordon spermatique, en raison des accidents à craindre pour chacun des éléments de ces différentes parties.

Cette opération, enfin, réservée à des cas bien précis, me semble devoir prévenir l'influence de l'affection tuberculeuse, plus vite, plus sûrement et plus rationnellement que la castration si souvent inutile ou nuisible dans cette dégénération spéciale du testicule.

Il me semble, en dernière analyse, et sous toute réserve, que l'excision partielle appliquée aux cas dans lesquels la castration semble pouvoir être évitée, offrira aux malades le bénéfice d'une opération radicale, sans les exposer aux chances de cette dernière opération et surtout aux tristes résultats plusieurs fois observés de l'ablation d'un testicule sain. Ce serait donc, à double titre, un progrès obtenu dans les tendances trop peu encouragées de la chirurgie conservatrices; et ces tendances ne sauraient être plus justement soutenues qu'au sein de l'Académie de médecine.

M. Ricord : La nouvelle opération qu'est venu proposer M. Malgaigne a soulevé plusieurs questions d'une haute importance, et auxquelles on a déjà touché. Cependant, si l'Académie veut bien le permettre, je reviendrai sur quelques-uns des points de la discussion.

M. Malgaigne m'a semblé avoir une tendance un peu intéressée à circonscrire, à localiser les tubercules testiculaires. Malheureusement, c'est une maladie qu'on peut largement étudier; car elle est assez fréquente, et ma position spéciale me permet de la voir bien souvent. Eh bien! je crois pouvoir affirmer, avec tous les observateurs, que rien n'est plus rare que de trouver un seul ou deux tubercules dans un testicule; le plus souvent, les tubercules sont multiples; non-seulement ils se développent en très-grand nombre d'un côté, mais il y a une tendance fatale à ce que le côté opposé se prenne : c'est une loi de symétrie qui domine cette affection, et à laquelle elle échappe peu. Quand on croyait autrefois un premier testicule, avant que l'autre ne fût malade, on croyait que la maladie du second était due à l'opération. Aujourd'hui qu'on n'ampute plus, on voit que c'est tout bonnement un résultat naturel du mal.

Le tubercule testiculaire débute par l'épididyme et s'étend de là au corps du testicule; les cas où on a trouvé des tubercules dans les testicules, sans qu'il y en eût dans les épididymes, sont des cas exceptionnels, et tellement rares, que je crois qu'on a dû souvent prendre alors pour des tubercules d'autres altérations qui leur ressemblent beaucoup : le *tubercule jaune*, par exemple, formé de lymphe plastique, ou bien les tumeurs gommeuses, ou encore l'albuginite syphilitique, parfaitement tuberculiformes, à une certaine période. Le microscope n'avait pas toujours passé par là.

Quand donc le corps du testicule est vraiment tuberculeux, l'épididyme l'est aussi, autant et souvent plus. Mais soit qu'un seul ou que les deux testicules

soient affectés, la maladie se borne-t-elle là ? Non, sans doute, et je suis étonné qu'on n'ait pas dit ni écrit une de ses plus fréquentes et plus habituelles extensions ; car non-seulement le canal déférent se tuberculise, mais la tuberculisation gagne les vésicules séminales, la prostate, l'urètre, la vessie, comme j'en ai montré de beaux exemples à l'Académie.

La tuberculisation des vésicules séminales et de la prostate n'existe pas toujours avec la tuberculisation du canal déférent ; elle peut même avoir lieu sans que l'épididyme et le testicule soient malades ; mais aussi cela arrive plus souvent dans ce dernier cas.

Mais encore la maladie tuberculeuse s'arrête-t-elle là ? Certainement, dans un très-grand nombre de circonstances, un testicule ou les deux testicules peuvent être tuberculeux sans qu'on trouve des tubercules ailleurs, comme semblait l'exiger la loi posée par notre savant collègue M. Louis, qui m'a dit cependant ne l'avoir pas étendue jusqu'aux testicules, et n'avoir jamais beaucoup cherché dans ce sens. Cela est même assez fréquent pour qu'on se soit demandé, dans le cours de cette discussion, si les tubercules ne seraient pas alors, à cause de leur isolement, d'une autre nature, oubliant qu'il est des tubercules pulmonaires qui peuvent n'exister que dans les poumons, sans pour cela différer de ceux qui se montrent concurremment avec des tuberculisations d'autres organes. D'un autre côté, les tubercules testiculaires existent assez souvent, sans présenter la moindre différence, en même temps que des tubercules pulmonaires : phthisie testiculaire ensemble, ou l'une commençant avant l'autre et se succédant.

Ainsi donc les tubercules sont de même nature, qu'ils affectent un ou deux testicules avec ou sans les poumons. Toutefois, on trouve encore dans les testicules, dans le scrotum, entre autres maladies, des engorgements strumeux qui ne sont pas encore et qui ne seront même pas plus tard des tubercules ; ce sont des lésions scrofuleuses qui, comme certains engorgements, certaines suppurations, certains abcès froids blancs, d'autres tissus, d'autres régions, n'appartiennent pas aux tubercules proprement dits, et qu'on rencontre sans la diathèse tuberculeuse sans qu'il y ait des tubercules là ou autre part. Ce sont ces abcès, ces suppurations dont a parlé M. Velpeau, et que les Anglais ont surtout bien étudiés, à propos des orchites chroniques ; c'est une des formes des scrofules avec ou sans tubercules, comme on le voit pour les écrouelles cervicales ou inguinales.

Mais quelle que soit la forme écrouelleuse ou tuberculeuse proprement dite, si la suppuration survient, de deux choses l'une : ou bien un foyer se forme, s'ouvre ou est ouvert, et après l'évacuation il se ferme, se cicatrise ; ou bien il persiste, bourgeonne, s'organise, végète et fournit ces fongosités que l'on voit dans les ulcères, dans les fistules, dans les foyers scrofuleux ; fongosités molles, baveuses, avec des sinuosités, des sillons, des anfractuosités cloisonnées ou non par du tissu cellulaire épaissi, se montrant à l'extérieur, faisant saillies au-dessus des téguments voisins, ou incarcérés dans des clapiers au fond des trajets fistuleux, comme cela se voit surtout dans les bubons, dans les adénopathies strumeuses du cou et des régions inguinales, comme cela se voit sur ou dans le scrotum, sans que ce soit alors une autre maladie. Nous avons donc tous forcément vu ce que M. Malgaigne a vu, et nous savons tous que tant que des altérations semblables existent, soit au cou, soit aux aines, soit au scrotum, il n'y a pas de cicatrisation possible. La seule chose qui appartienne à notre savant collègue, c'est le *nom* de fongus tuberculeux donné à ces fongosités ; nom qu'il me permettra de contester, car en cherchant bien, en voyant encore, il trouvera ailleurs, et aussi dans le scrotum, la même dégénérescence sans la nécessité des tubercules. Et dans les cas mêmes où des tubercules auraient existé, le fongus qui lui succédera ne sera plus tuberculeux ; il sera alors fourni par les tissus voisins, par le foyer.

Avant d'en revenir à l'opération proposée par notre savant collègue, qu'il me permette de m'arrêter un moment sur les signes diagnostiques qui lui paraissent suffisants pour reconnaître qu'il y a un tubercule, rien autre que tubercule, et plus tard fongus tuberculeux. Des bosselures et la nature du pus, voilà qui suffit. Mais les bosselures appartiennent-elles seulement au sarcocèle tuberculeux ? Non, sans doute, on les trouve dans le cancer, dans les deux variétés de testicules syphilitiques : l'albuginite et la tumeur gommeuse des bourses. J'aurais donc voulu que notre collègue nous dît comment se conduisent les bosselures tuberculeuses, par rapport aux autres ; j'aurais voulu qu'il nous dît que ces bosselures appartiennent à toutes les périodes de l'affection tuberculeuse, et qu'elles ne font que s'accroître jusqu'au terme de la suppuration ; tandis que dans le sarcocèle plastique, syphilitique, existant d'abord, mais profondes, elles disparaissent en se réunissant, à mesure que la maladie fait des progrès, pour exagérer le volume de l'organe, en lui laissant sa forme, et sans supporer ; qu'enfin, dans le cancer, elles n'arrivent que plus tard. J'aurais voulu qu'il nous eût dit les différentes régions par lesquelles les maladies qu'on peut confondre débutent ; que c'est par l'épididyme, dans le sarcocèle tuberculeux ; par le corps du testicule dans le cancer et le sarcocèle syphilitique, et par le tissu cellulaire ambiant, dans quelque cas d'affection strumeuse non tuberculeuse, ainsi que dans la tumeur gommeuse syphilitique ; qu'il nous eût bien fait savoir que le sarcocèle tuberculeux n'était pas le seul qui pût affecter les deux testicules, mais que la syphilis avait le même privilége. Il fallait dire que le sarcocèle tuberculeux allait seul retentir aux vésicules séminales et à la prostate, en passant par un canal déférent souvent moliniforme ; que le cancer suivait une autre voie, et que la syphilis constitutionnelle ne touchait qu'au testicule, en respectant l'épididyme, le cordon et le reste des voies spermatiques. Sans cela on est en droit de demander à notre savant collègue si, dans les cas où il n'a trouvé qu'un seul tubercule, un seul foyer, un seul fongus, c'était bien à un fongus tuberculeux qu'il avait affaire.

Maintenant, au point de vue de l'opération, M. Malgaigne ne veut pas faire ce qu'avait fait Auguste Bérard, ce que j'ai moi-même tenté ; il ne veut pas qu'on aille attaquer les tubercules crus, c'est contre le fongus seulement qu'il s'arme, et cependant s'il y avait des chances de sauver le testicule, ce serait bien alors que les tubercules déposés au milieu des vaisseaux séminifères dans l'épaisseur de l'épididyme, du canal déférent, ne constituent encore que des corps étrangers et n'ont pas entraîné, dans leur fonte, la destruction des tissus voisins, car si vous attendez le fongus, vous attendrez que les parties soient détruites pour les sauver.

Cependant, prenons l'opération telle que notre collègue la propose, et voyons d'abord si elle est nouvelle. Eh bien ! je suis forcé de dire que non, car A. Cooper l'a pratiquée, et, telle qu'elle est décrite dans M. Curling, elle avait dû être appliquée à d'autres fongus qu'à la hernie testiculaire ou au fongus granuleux. Mais qu'importe la nouveauté, si la chose est utile ! Quant à moi, je la crois utile, et je remercie M. Malgaigne de l'avoir rappelée ; seulement je ne puis pas accepter ses prétentions. S'il nous avait dit : « Vous ne vous occupez pas assez des fistules scrotales, des foyers qui ne se cicatrisent pas ; faites au scrotum ce que vous faites au cou, dans les régions inguinales ; mettez les parties dans les meilleures conditions possibles de cicatrisation, » tout le monde aurait été de mon avis ; car, M. Malgaigne le sait, on ampute fort peu de testicules aujourd'hui, non pas à cause de la gravité de l'opération ; mais parce que les malades guérissent quelquefois sans cela, et que l'opération générale, pas plus que la *partielle*, ne met à l'abri des récidives.

Mais lorsque M. Malgaigne a dit à M. Velpeau : — « Lorsque vous n'avez plus d'autre ressource que la castration, moi je sauve le testicule. » — Les chirurgiens qui voient beaucoup de testicules n'ont pas pu être de son avis ; car lorsqu'ils se décident à amputer, M. Malgaigne n'a plus rien à faire, puisque ce n'est qu'alors que les désordres sont arrivés à leur apogée. En effet, puisque M. Malgaigne n'enlève pas les tubercules crus, qu'il n'opère que pour le fongus limité, ce ne peut être que dans des cas très-rares qu'il doit opérer ; et alors il n'a pas absolument aboli la peine de mort pour les cas où tout le testicule tuberculeux aurait fait place à un fongus.

Tout en admettant la possibilité, la nécessité même de l'opération proposée par M. Malgaigne, est-elle, doit-elle être aussi simple qu'il le dit, ou qu'elle s'est montrée dans quelques cas qu'il a observés ? Le parallèle qu'il a fait entre elle et la castration est-il juste ? Certainement non. Si M. Malgaigne a vu des amputations partielles guéries vite, nous, nous avons vu de graves accidents suivre l'opération de l'hydrocèle par incision et excision, et nous avons vu, au contraire, des malades guéris, cicatrisés sept et neuf jours après la castration. Il est plus facile et probablement moins dangereux de couper un cordon que d'aller chercher, au milieu des éléments qui le composent, et dans l'épaisseur du canal déférent, un fongus qui n'est pas obligé de s'arrêter à telle ou telle hauteur du canal inguinal.

Je dis plus : dans quelques circonstances, l'amputation partielle peut aider à détruire ce qu'elle prétend conserver. En effet, quand un tubercule se fond, s'il n'est d'abord enkysté, l'inflammation que la fonte détermine dans les tissus voisins, lui forme une sorte de cloison qui le sépare des autres parties encore saines, et cette cloison, ce mur forme aux vaisseaux séminifères quelque chose d'analogue à la tunique albuginée, dont notre collègue ne peut nier l'utilité. Il a beau rappeler l'innocuité des petites mouchetures qu'on a faites dans ces derniers temps à la tunique albuginée, à l'imitation de ce que J.-L. Petit conseillait dans l'inflammation du testicule, la hernie du parenchyme est possible, et se fera d'autant mieux que le trou sera plus grand ; et on substituera alors une variété de fongus à une autre.

Quant à ce qu'on laisse, le plus possible, les parties saines du testicule, je ne m'y oppose pas, j'y encourage même ; mais je ne puis encore ici me contenter du faux témoignage que donneront ces organes mutilés. Si après l'opération les fonctions génitales sont complètes, c'est qu'il y a un testicule vaillant ; car autrement la possibilité d'avoir des rapports sexuels, même agréables, ne prouve rien.

J'en demande pardon à M. Malgaigne, je ne crois pas non plus que les testicules, sans canaux déférents aient encore l'utilité qu'il leur a reconnue. Sans doute, il y a une grande différence entre un eunuque et un homme complet qui ne voit pas de femmes, qui, par conséquent, n'excrète pas habituellement du sperme ; mais, chez celui-ci, le sperme sécrété est porté dans les vésicules séminales où il exerce son action spéciale, et d'où il est repris, quand il n'est pas employé. Qu'arrive-t-il, quand la sécrétion ne sort pas de l'organe sécréteur ? Nous n'en savons encore rien ; les faits anatomiques de M. Gosselin ne nous l'ont pas appris, et peut-être doit-il en résulter des accidents, comme nous le voyons pour d'autres organes sécréteurs, lorsqu'ils ne peuvent pas se débarrasser du produit de leur sécrétion.

J'en conclus donc que l'opération de notre savant confrère doit être le plus souvent inutile, quelquefois nuisible, et que, dans les cas rares où on doit l'appliquer, elle entre dans le domaine de la chirurgie vulgaire des fistules et des foyers organisés, végétants, fongueux ou non, pour la cure desquels il ne faut peut-être pas toujours donner la préférence à l'instrument tranchant.

Plusieurs membres sont inscrits pour prendre la parole, mais, vu l'heure avancée, la discussion est renvoyée à une autre séance.

La séance est levée à cinq heures un quart.

BIBLIOGRAPHIE.

PRINCIPAL DISEASES OF THE INTERIOR VALLEY OF NORTH AMERICA; AS THEY APPEAR IN THE CAUCASIAN, INDIAN, AFRICAN, AND ESQUIMAUX VARIETIES OF ITS POPULATION; by DANIEL DRAKE. (DES MALADIES RÉGNANTES DANS LA VALLÉE DE L'AMÉRIQUE DU NORD, OBSERVÉES SUR LES EUROPÉENS, LES INDIENS, LES AFRICAINS ET LES ESQUIMAUX.)

L'étude de la géographie médicale est tout à fait négligée en France. Il est facile de s'en convaincre d'après le petit nombre de publications originales qui paraissent sur ce sujet. C'est à peine si quelques personnes s'occupent de ces matières, et encore est-ce quelquefois à un point de vue systématique et avec l'aide des documents étrangers. Les causes de cet état de choses sont multiples : d'abord la direction générale des progrès de la médecine en France, qui est telle que les esprits sont de bonne heure absorbés par l'étude des faits spéciaux et accordent peu d'importance au groupement des maladies et à l'étude de leurs variations suivant les temps et les lieux; ensuite, bien que notre pays présente plusieurs zônes climatériques, il est vrai de dire qu'à part quelques localités circonscrites où le règne pathologique est tout à fait spécial, il y a une certaine uniformité dans les maladies que l'on observe sous les latitudes les plus différentes. A ces considérations s'ajoute un motif plus puissant. La France n'est visitée à fond que par quelques voyageurs; la population ne s'y déplace pas, le sol est tellement partagé que les races auxquelles appartiennent depuis plusieurs siècle de mauvaises circonscriptions de terrain, ne sont plus libres de les quitter pour s'établir en d'autres lieux. En Amérique, le contraire est la règle, et surtout dans l'Amérique du Nord. Les émigrations européennes, et le nombre en est plus considérable aujourd'hui qu'à aucune autre époque, ne forment qu'une partie du grand mouvement de populations qui a lieu dans les Etats-Unis. Partout où le sol de ce vaste continent offre des ressources par sa fertilité, sa richesse ou la facilité des communications, les nouveaux émigrants ont à lutter contre des populations qui ont fait déjà un premier établissement sur cette terre et qui l'ont abandonné, poussés par l'appât du gain ou chassés par l'insalubrité du climat.

Au milieu d'un peuple aussi voyageur, on comprend l'importance de la géographie médicale dans un but tout pratique.

Volney (DU CLIMAT ET DU SOL DES ÉTATS-UNIS) et Benjamin Rush (MEDICAL WORKS, Philadelphia) avaient donné une idée assez complète de la topographie médicale et de la nature des maladies de ces contrées, quand parut en 1842, à New-York, un ouvrage spécial sur le climat des États-Unis et sur ses maladies endémiques (THE CLIMATE OF THE UNITED STATES AND ITS ENDEMIC INFLUENCES, BY SAMUEL FORRY). Ce livre, qui a marqué dans la littérature scientifique américaine, est un traité complet, qui comprend l'étude exacte des phénomènes météorologiques et des qualités physiques du sol, ainsi que la statistique des maladies qui règnent dans chaque localité. L'auteur avait mis à profit dans ce but quelques observations personnelles, mais il avait principalement puisé aux sources suivantes : le journal météorologique de l'armée (THE ARMY METEOROLOGICAL REGISTER) et la statistique des maladies et de la mortalité dans l'armée des États-Unis (STATISTICAL REPORT ON THE SICKNESS AND MORTALITY IN THE ARMY OF THE UNITED STATES) documents qui embrassent aujourd'hui une période de près de trente ans.

Quelque soin que l'auteur ait apporté dans la rédaction de cet ouvrage, il était devenu incomplet à cause de l'accroissement de la population qui depuis les dix dernières années a changé complétement l'aspect de la partie centrale de l'Amérique. Le docteur Drake pour combler cette lacune a entrepris la tâche ardue de jeter les bases de la géographie médicale des contrées situées dans le bassin central de l'Amérique du Nord, contrées peu connues et qui reçoivent depuis quelques années le trop plein de la population émigrante des Etats-Unis. Son ouvrage est sans contredit l'œuvre la plus complète en ce genre qui ait paru. Nous n'en avons que le premier volume, où l'auteur expose tout ce qui a trait à la description physique des localités sous le triple point de vue de la géologie, de l'hydrographie et de la météorologie. Ces matières y sont traitées avec une telle abondance, une telle richesse de faits, qu'elles formeraient à elles seules un ouvrage *ex professo* sur la géographie de l'intérieur de l'Amérique du Nord.

La vallée intérieure, comme l'appelle le docteur Drake, commence en dedans du tropique, et se termine au delà du cercle polaire; elle a au midi le golfe du Mexique, au nord la mer polaire, à l'est les monts Appalaches, à l'ouest la chaîne des montagnes Rocheuses. Cette vaste étendue de pays, qui offre une surface de près de six millions de milles carrés, n'est réellement habitable que dans une étendue de trois millions de milles, dont un tiers seulement est pourvu d'une population civilisée. Elle se divise en plusieurs bassins hydrographiques, parmi lesquels ceux du Mississipi et du Saint-Laurent sont les plus considérables et les seuls intéressants à étudier. Un grand nombre de cartes et de plans topographiques accompagnent la description de ces localités, qui comprend à elle seule plus de la moitié du volume.

Dans une seconde partie, tout aussi importante par les faits de détail et les nombreux documents qui y ont été rassemblés, l'auteur traite du climat, c'est-à-dire de la température, de la pression atmosphérique, des vents, des météores aqueux, des phénomènes électriques et de la distribution des plantes et des animaux. Comme l'axe de la *vallée intérieure* est parallèle au méridien et s'étend de la zone torride à la zone glaciale, elle présente toutes les variations climatériques qui dépendent de l'action des rayons solaires sous les différentes latitudes. Les lignes isothermes, qui indiquent la superposition de ces différents climats, ne sont point parallèles aux latitudes : à l'ouest l'élévation des montagnes Rocheuses, et à l'est une influence semblable, bien que moindre, exercée par la présence des monts Appalaches, les inclinent vers le sud à chacune de leurs extrémités. Quelle que soit l'influence de la culture du sol et de la densité de la population sur la température moyenne des climats, on peut s'assurer, d'après des observations faites en partie par l'auteur lui-même, et qui datent de plus de trente ans, que la température moyenne n'a pas varié de plus d'un huitième de degré dans les lieux où les défrichements et l'accroissement de la population ont été très-considérables. Faut-il en tirer quelques conclusions pour les pays que nous habitons? Cette variation est évidemment trop peu considérable, elle ne compense même pas les causes d'erreurs matérielles qui proviennent ou de l'imperfection des divers instruments ou de l'inexactitude des observations. La plus grande partie des habitants de l'Amérique centrale vivent à plus de 600 pieds au-dessus du niveau de la mer, sous une pression barométrique moyenne de 29p,350; ce qui équivaut aux 0,978, de la pression atmosphérique au niveau de la mer. Dans les montagnes de la Pensylvanie, de l'Ohio et de l'État de New-York, il y a des populations qui vivent sous une pression de 28p,7; ou les 0,957 du poids total de l'atmosphère. Dans les cordillères de Mexico et dans les montagnes Rocheuses, la pression atmosphérique est encore considérablement diminuée. Il est très-difficile de préciser les phénomènes physiologiques auxquels donne lieu cette diminution du poids de l'atmosphère. Ce qu'il y de plus certain à ce sujet, c'est que les variations subites de la colonne barométrique produisent des effets aussi sensibles sur les habitants des bords de la mer que sur ceux des plateaux élevés. Aussi les oscillations barométriques, là comme en beaucoup d'autres lieux, sont-elles plus intéressantes à étudier au point de vue hygiénique que la pression moyenne.

Le docteur Drake entre dans de grands détails sur tous ces sujets; il insiste ensuite sur la distribution géologique des plantes et des animaux, en ajoutant de nouveaux faits à ceux qui avaient été signalés par M. de Humbolt et par J. Richardson dans son beau mémoire sur la zoologie de l'Amérique septentrionale.

La troisième partie du livre est consacrée à l'*étiologie physiologique et sociale*. On voit d'abord que l'émigration européenne, qui a peuplé le bassin central de l'Amérique, provenait principalement des pays compris entre le 45° et le 55° degré de latitude, et qu'elle s'est établie dans cette partie du Nouveau-Monde comprise entre le 35° et le 45° degré. Ainsi cette émigration, comme tous les grands déplacements spontanés des populations, a eu lieu du nord au midi. Il est même très-remarquable de voir que les différents peuples se sont superposés en Amérique, sous une latitude moindre de 10 degrés, dans un ordre qui rappelle celui de leur distribution en Europe par rapport aux climats; de telle sorte que les nations qui habitent les latitudes les plus froides en Europe sont celles que l'on rencontre en Amérique dans les latitudes les plus élevées. Il n'y a que deux seules exceptions à cette règle; c'est celle de l'émigration française au Canada en 1608 et celle de l'émigration anglaise dans la Virginie et les Carolines. Ainsi, sur les bords du golfe du Mexique, on trouve une population venue d'Espagne, tandis que l'émigration du nord de la Baltique occupe les pays qui s'étendent à l'ouest du lac Michigan.

On n'a jamais rencontré, dans l'histoire d'aucun peuple, un tel mélange de races que celui qui s'accomplit actuellement en Amérique. La vallée centrale semble être le lieu prédestiné où se fixera la société nouvelle qui résultera de tous ces croisements entre les principales variétés de la race caucasique et les Indiens-Américains et les Africains. A côté de cette influence, qui ne peut manquer de modifier un jour profondément les caractères de l'espèce, il y a d'autres modifications qui tiennent au climat, à la nourriture et à l'état politique, moral et social du pays. On peut déjà re-

marquer, dans la race américaine telle qu'elle existe maintenant, l'absence du coloris du visage, la diminution du tissu capillaire et cellulaire de la face, une certaine maigreur des joues et la teinte plus foncée de la chevelure. Les médecins d'un autre siècle verront dans ces contrées ce que nous ne pouvons que prévoir maintenant, au milieu du travail complexe qui a lieu dans les populations, un peuple caractérisé par son tempérament, sa stature, sa force, son teint et sa physionomie. Avec une constitution intellectuelle et morale particulière, il aura ses maladies propres, ses idiosyncrasies nationales, et il lui faudra une hygiène et des règles thérapeutiques appropriées à ses occupations et à la nature de ses maladies.

Pendant que ce travail de composition sociale marchera, des maladies actuellement régnantes, les unes disparaîtront, d'autres maladies leur succéderont. Cette influence complexe du mélange des races, du changement de climat, de nourriture, d'occupations, a déjà commencé à se montrer sur quelques maladies.

La *fièvre automnale* disparaît dans certaines localités où la fièvre typhoïde devient plus fréquente.

La goutte se rencontre plus souvent.

Les maladies produites par l'usage intempérant des alcooliques semblent diminuer.

La phthisie et les scrofules sont moins rares.

L'apoplexie, la paralysie, l'épilepsie, passent pour assez fréquentes.

Les maladies du foie sont moins graves, et enfin l'aliénation mentale grossit journellement le nombre de ses victimes.

Telles sont les conséquences pour ainsi dire rationnelles qui se tirent de l'accroissement de la population et de la civilisation en Amérique; il nous resterait à examiner l'histoire des maladies qui y règnent actuellement, au point de vue de leur nature, de leurs variétés, de leurs limites géographiques et des conditions topographiques et climatériques sous lesquelles elles se développent.

Cette étude, qui remplira tout le second volume, est seulement commencée dans la partie de l'ouvrage que nous avons à examiner. Le second livre traite des fièvres automnales (automnal fever). Sous ce nom générique, l'auteur comprend toutes les maladies désignées sous les noms de fièvre bilieuse, intermittente, rémittente, congestive, miasmatique, paludéenne, pernicieuse, intermittente, larvée, etc. Nous n'entendons nullement critiquer cette dénomination; elle répond à une hypothèse qui a cours aujourd'hui partout dans la science. Les observateurs qui ont cherché à établir l'identité de nature et d'origine de presque toutes les fièvres des pays chauds ont obéi à un besoin de synthèse prématuré. Frappés, dans certaines localités, du caractère spécial des affections régnantes et de l'utilité de l'administration du sulfate de quinine dans un certain nombre de ces maladies, ils ont conclu par une généralisation dont se sont bien gardés les esprits vraiment sérieux, à l'identité de toutes les maladies qui règnent sous les mêmes latitudes. C'est à la suite d'un excès semblable que l'on a considéré comme des maladies très-voisines, la peste, la fièvre jaune, le choléra, et que l'on a étudié comme des produits d'une même cause la dyssenterie, l'hépatite et la fièvre continue des pays chauds.

Quoi qu'il en soit de ce point de doctrine, qui mériterait une discussion étendue, les maladies que nous venons de citer règnent dans toute la moitié sud du continent, où presque partout on les observe à l'état endémo-épidémique. Au delà du 44° degré, elles ne règnent plus que sporadiquement, et passé le 47°, on n'en rencontre plus même des cas isolés. Ainsi, à partir des bords du golfe du Mexique, depuis le cap des Florides jusqu'à l'embouchure du Panuco, elles sévissent avec une assez grande intensité, et de là remontent, suivant le cours des fleuves et de leurs affluents, jusqu'à des latitudes assez élevées. Les fièvres pernicieuses sont partout mêlées aux différentes variétés de fièvres automnales, en proportion moindre qu'on ne pourrait le croire d'abord. Les parties de la vallée où l'on rencontre le plus souvent cette affection sont les terres les plus basses d'Alabama, du Mississipi et de la Louisiane; viennent ensuite une partie des bords marécageux du lac Michigan, du lac Érié. Une observation importante du docteur Drake, fondée sur le témoignage d'un grand nombre de praticiens de ces contrées, c'est que la fièvre pernicieuse a augmenté de fréquence pendant quelques années après l'épidémie cholérique de 1832 à 1834.

En Amérique, la température ne paraît point exercer l'influence qu'on lui a attribuée relativement à la fréquence de la fièvre rémittente, comparée aux affections intermittentes. Vingt-six stations militaires, échelonnées du nord au midi, ont donné pour la proportion des fièvres rémittentes, dans les postes du sud, 24 p. 100; dans ceux du nord, 20 p. 100, et dans ceux de la zone intermédiaire, 14 p. 100. Quant à l'influence de l'humidité, elle est assez marquée; car tandis que, sur les six stations du golfe du Mexique, la proportion des rémittentes est de 20 p. 100, et de 13 p. 100 sur les bords des lacs, elle n'est que de 10 p. 100 à l'ouest du Missisipi ou sur le cours même de ce fleuve, où l'atmosphère contient peu d'humidité.

Nous en avons dit assez pour faire voir quel est le but et la portée de cet ouvrage. Donner une description exacte du pays et de ses habitants, et mettre en regard l'histoire des maladies qui y règnent, c'est une œuvre capitale quand il s'agit de presque tout un continent à peine connu dans quelques-unes de ses parties. L'auteur a accompli la première partie de sa tâche, qui n'était ni la moins difficile ni la moins laborieuse. Achevée sur ces bases, cette immense topographie médicale sera le compendium obligé des médecins de ces contrées; elle fournira en même temps à la science des faits importants et de précieux renseignements.

THOLOZAN.

VARIÉTÉS.

INSTRUCTION SUPÉRIEURE. — Par arrêtés de M. le ministre de l'instruction publique et des cultes, en date du 28 juillet 1851, M. le docteur Jacquier est nommé membre du jury médical de l'Aube, en remplacement de M. le docteur Sanssier;

M. le docteur Hannequin est nommé membre du jury médical de la Marne, en remplacement de M. le docteur Gilbert de Savigny, démissionnaire.

— Par un décret du président de la République, du 30 juillet 1851, et sur le rapport du ministre de la marine, M. Leyer (Louis-Vincent-Marie), chirurgien de première classe de la marine, a été admis à faire valoir ses droits à la retraite, sur sa demande, et à titre d'ancienneté de services.

M. Leyer, qui était chirurgien-major du régiment d'artillerie, à Lorient, est remplacé dans ce poste par M. Moras, chirurgien de première classe de la marine.

— S'il faut en croire les premiers rapports, dit le JOURNAL DE L'ARRONDISSEMENT DE VALOGNE du 29 juillet, la suette miliaire sévirait avec beaucoup d'intensité à Carentan.

Dans la journée de dimanche dernier, il n'y aurait pas eu moins de sept ou huit décès, et le lundi matin soixante-dix nouveaux cas auraient été constatés. La population est consternée. Quelques pères de famille ont fait éloigner leurs femmes et leurs enfants.

Les communes voisines n'ont pas encore été envahies, ou du moins nous n'en avons rien entendu. On l'ignore. Cependant, à Sainte-Marie-du-Mont, il s'est rencontré quelques cas de scarlatine et de miliaire.

Cette terrible maladie fait aussi des ravages dans la Charente-Inférieure, notamment dans l'arrondissement de Saint-Jean-d'Angély, où de nombreuses victimes ont déjà succombé.

Il est à remarquer qu'elle frappe principalement sur les femmes et les personnes d'un âge mûr. Jusqu'ici les vieillards et les enfants ont été épargnés.

— CHOLÉRA. — On lit dans le MONITEUR ALGÉRIEN :

Nous ne connaissons le mouvement du choléra, à Tlemcen, que jusqu'au 22 inclus, à cause des brouillards qui règnent entre Oran et Tlemcen et sur les marais de la Macta. La décroissance de l'intensité continuait à être manifeste, depuis les dernières nouvelles, parmi la population civile; aucun décès n'avait même été constaté pendant les journées des 20, 21 et 22.

Voici le tableau des cinq derniers jours :

A l'hôpital.	21
En ville	2
Parmi les indigènes	66

La marche du fléau se propage vers l'ouest. Il est entré à Ouchda (Maroc), où il enlève vingt à vingt-cinq personnes par jour. Son apparition à Oran, qui semblerait annoncer un retour offensif vers l'est, ne sera, il faut l'espérer, qu'un accident qui ne se prolongera pas.

Voici le nombre des décès qui ont eu lieu dans cette ville depuis l'invasion (18 du courant) jusqu'au 23 inclusivement :

Le 18, jour de l'invasion.			12 décès.
Le 19, jusqu'à cinq heures du soir. .			5
Le 20,	—	—	18
Le 21,	—	—	17
Le 22,	—	—	6
Le 23,	—	—	11
Total			69 décès.

Toutes les dispositions les plus propres à combattre les progrès du fléau, par les mesures de salubrité, ont été prescrites. M. le gouverneur général par intérim a mis les fonds nécessaires à la disposition des autorités locales.

— Un des médecins les plus distingués de la ville de Metz, M. le docteur Moussaux, vient de mourir.

Le rédacteur en chef, JULES GUÉRIN.

REVUE GÉNÉRALE.

ASSEMBLÉE LÉGISLATIVE. — NOMINATION AUX PLACES DE MÉDECINS D'HÔPITAUX.

Nous comptions revenir aujourd'hui sur la discussion dont l'épidémie des prisons de Bruxelles et la maladie des Flandres ont été l'objet a l'Académie de médecine de Belgique : mais nous sommes forcé de remettre notre appréciation à huitaine, pour dire quelques mots de la solution que vient de recevoir à l'assemblée législative la question de la nomination aux places de médecins d'hôpitaux. Un amendement introduit par M. Schœlcher, et ainsi conçu : « Les médecins et chirurgiens des hospices et hôpitaux seront nommés au concours dans les cas et dans les formes prévus par un règlement d'administration publique, » a été rejeté à une majorité assez considérable.

Cet amendement n'avait, à nos yeux, qu'un mérite ; il est vrai que c'était un mérite suffisant pour nous faire regretter le résultat du scrutin : il consacrait législativement un principe susceptible de rendre, dans des conditions données d'application, de véritables services, et qui est resté jusqu'ici à la discrétion de l'autorité. Si le concours peut être appliqué utilement à la nomination des médecins d'hôpitaux, il serait bon que la loi le dît ; mais si l'on y regarde de près, on verra que l'amendement de M Schœlcher, cet amendement dont le rapporteur, M. de Melun, et le ministre de l'intérieur paraissaient redouter les envahissements, était au fond très-modeste, modeste au delà de ses intentions, et que l'autorité, pour ne pas étendre les bénéfices du principe devenu loi de l'État, n'aurait eu besoin que d'un peu de bonne volonté, — ce qui ne lui manque guère en général dans ces occasions-là. L'amendement ne pouvait demander qu'une de ces deux choses : ou que l'on désignât de suite les localités qui seraient soumises au régime du concours, qu'on l'instituât, par exemple, dans les localités possédant un hôpital de tant de lits, ayant telle population, un personnel de tant de médecins, etc. ; ou que une place devenant vacante, l'autorité décidât s'il y a lieu d'y pourvoir par le concours. Or ni le cas général ni le cas particulier ne seraient de nature à lier l'autorité. Les adversaires de l'amendement se sont effrayés d'un mot moins méchant qu'il n'en a l'air. Il était dit que les cas et les formes d'application seraient *prévus* par un règlement d'administration publique. Assurément un règlement d'administration est libre de prévoir tout ce qu'il lui plaira ; mais il est bon de savoir que le ministre qui le fait ne parle jamais que pour lui. Son successeur peut dire blanc quand il a dit noir, vouloir *du mou* quand il aura voulu *du dur*. C'est pour cela qu'on a coutume de dire qu'un règlement administratif *determine* une forme d'application, et non qu'il la prévoit. Vous auriez beau forcer aujourd'hui M. Léon Faucher à dessiner sur la carte de France le domaine du concours ; demain un autre ministre, que disons-nous ? M. Léon Faucher lui-même, pourrait *prévoir* d'autres cas et d'autres formes, et tout bouleverser d'un trait de plume. Il pourrait faire mieux encore : il pourrait attribuer au concours tout juste les villes où il règne depuis longtemps, sans un morceau de terrain de plus. Que si l'on n'a voulu que remettre a l'administration publique le soin de fixer le mode de nomination à chaque vacance, ce sera encore plus commode pour elle : elle n'aura pas la peine de déchirer un règlement antérieur ; elle fera tout simplement le sien pour la circonstance.

On voit clairement que l'amendement de M. Schœlcher ne pouvait qu'assurer la continuation de ce qui est, sans garantir aucune extension. Puisqu'on voulait davantage, il fallait le demander, non à un règlement d'administration publique, mais à la loi elle-même, en insérant dans la proposition le court énoncé des conditions (nous avons dit de quel genre) qui rendraient le concours obligatoire. A parler franchement, nous croyons que cette rédaction eût été rejetée comme l'autre ; ce que nous en disons ici n'est que pour les principes.

Maintenant serait-il bon que le concours fût appliqué largement au recrutement du personnel médical des hôpitaux ? Il y aurait peu d'intérêt à rechercher s'il ne serait pas avantageux d'étendre à quelques villes encore le privilége dont plusieurs autres, telles que Paris, Lyon, Bordeaux, etc., sont en possession depuis longtemps. Nous l'avons dit en 1848 dans une série d'articles sur la matière, le concours pour les places de médecins d'hôpitaux, sous la réserve des modifications que nous paraissent appeler et la nature des épreuves et la composition du jury, le concours est, à nos yeux, utilement applicable aux grands centres de population. Ce qu'il s'agit de savoir en ce moment, c'est s'il peut devenir la base d'un système général, s'il peut convenir, par exemple, pour mieux préciser la question, à des villes renfermant huit, dix, quinze médecins.

Ici se présente d'abord une des mille occasions de regretter le décousu avec lequel on travaille à l'organisation de la médecine et de l'assistance publique tout entière. La première chose à faire quand on veut établir un nouveau mécanisme, c'est de s'enquérir de la manière dont il pourra fonctionner. Le concours admis, quels seraient les juges ? Y aurait-il toujours, dans les villes et autour des villes, les éléments d'un bon jury ? Faudrait-il transporter le concours au chef-lieu du département, ou bien au siége de la Faculté dans le ressort de laquelle aurait lieu la vacance ? Il est évident que ces questions de pratique ont ici une importance considérable, presque prépondérante, si l'on ne veut pas s'exposer à faire du libéralisme platonique. Et ainsi la question du concours se lie, dans l'espèce, à celle de l'organisation des conseils médicaux, sur laquelle l'Association des médecins de Paris avait autrefois porté son attention.

Nous ne verrions pas là, quant à nous, une bien grande difficulté. L'institution de conseils cantonaux et départementaux est loin de nous paraître impraticable, et si nous n'avions d'autres appréhensions, nous nous déclarerions facilement pour la généralisation du concours. Mais nous puisons nos motifs ailleurs, et ils nous conduisent, après mûre réflexion, à une conviction opposée.

L'objection qu'on oppose le plus fréquemment au système du concours généralisé, à laquelle l'auteur même de l'amendement a payé un large tribut, comme pour faire la part du feu, c'est qu'il y a des villes où il y aurait trop peu de concurrents. Ce n'est pas pourtant l'objection principale ; car rien n'empêcherait de réserver un autre mode de nomination pour ces cas spéciaux. Le vice de la proposition est plus radical ; il est dans l'inopportunité, nous dirions presque dans l'incompétence du concours appliqué dans de telles circonstances ; et cette incompétence elle-même se lie à la différence des conditions que le concours rencontrerait dans les grandes et dans les petites villes. A Paris, à Lyon, dans les centres considérables de population, le concours se justifie par plusieurs motifs ; par le grand nombre des médecins d'abord, qui ne permet pas à la notoriété publique, même parmi

---

Feuilleton.

LETTRES D'ITALIE.

N° XII.

HISTOIRE MÉDICALE DE L'ANNÉE 1850, A L'ARMÉE D'OCCUPATION DE ROME, ET APERÇU DE L'HISTOIRE CHIRURGICALE.

Rome, 20 mars 1851.

A MM. de l'Académie nationale de médecine de Paris.

(Suite. — Voir le n° 31.)

Abordons actuellement l'étiologie. C'est une étude des plus importantes au point de vue scientifique et pratique. Sous ce dernier rapport, le médecin n'a pas moins intérêt à s'éclairer que l'autorité militaire. Les résultats auxquels nous allons parvenir seront d'une netteté qui, nous osons presque l'espérer, satisfera l'un et l'autre.

Les casernements ont été beaucoup améliorés depuis l'occupation ; le génie militaire y a exécuté des travaux bien entendus ; des clôtures ont mis obstacle à ces courants d'air qui circulaient dans la cage des vastes escaliers et le long des corridors. Nous n'avons plus de casernements ouverts à presque toutes les intempéries des saisons, sous les portiques, sous les arcades, dans les cloîtres, ou dans des locaux privés de châssis aux fenêtres. Mais le couchage continue à laisser à désirer. Le soldat n'a pas de matelas après deux ans d'occupation.

L'amélioration la plus radicale, la plus éminemment utile à introduire dans le casernement, c'est le choix du site. Ici presque tout est à faire. La médecine n'est pas consultée quand il s'agit d'établir des casernes dans les divers quartiers de la ville ; elle est seulement appelée à intervenir, à titre de voix consultative, quand l'existence du mal a été démontrée par des résultats qu'on aurait pu prévenir. Il est bien entendu que nous ne prétendons pas subordonner les exigences militaires aux indications de la médecine ; notre prétention bien légitime se borne à éclairer, avant le fait et non pas après, les autorités militaires et administratives : celles-ci n'appliqueront de nos recommandations que celles qui seront compatibles avec le maintien de la sûreté et le fonctionnement régulier des rouages administratifs.

L'expérience de la première année a servi à peu de chose ; on a cependant renoncé à cette caserne qui, située en dehors de la place du Peuple, avait produit tant de mortalité parmi l'artillerie qui l'occupait. Nous avons dit, dans notre histoire médicale de 1849, qu'on aurait pu éviter ce danger, sur lequel nous avait parfaitement éclairé notre première occupation sous l'empire.

Notre propre expérience n'est pas du tout nécessaire pour nous renseigner

les confrères, d'être exactement renseignée sur le degré d'aptitude spéciale de chacun d'eux à remplir la place disputée. Nous ne parlons pas ici de science, de travaux publiés, etc., mais seulement d'aptitude : car nous l'avons dit il y a trois ans (Gaz. Méd., 1848, p. 284) : « Les qualités essentielles d'un bon médecin ou chirurgien d'hôpital ne sont pas de celles que le concours tel qu'il existe, mette facilement en évidence, et les qualités qu'il fait ressortir n'impliquent pas toujours l'aptitude pratique des candidats. » Dans les grandes villes donc, ne pouvant mesurer l'aptitude relative des centaines, des milliers de praticiens entre lesquels la compétition est ouverte, on se retourne vers le concours, qui permet au moins d'exhiber les qualités intellectuelles, l'acquit de la mémoire, les habitudes du jugement. Si l'on nous permet l'expression, ne connaissant pas bien le fond du sac, on juge sur l'étiquette, au risque d'envoyer parfois aux malades un littérateur, un savantasse, un beau parleur, au lieu d'un praticien. Une autre justification du concours dans les cités populeuses, c'est qu'elles sont en même temps des centres scientifiques. Là où la science s'agite et cherche à progresser, là où elle a établi une sorte de laboratoire, il est bon que les matériaux soient remis entre des mains jeunes encore, actives, et conduites par une légitime ambition. Voilà pourquoi l'institution du *bureau central* à Paris nous a paru toujours excellente dans son principe, sinon dans tout son mécanisme et dans sa manière de fonctionner.

Tournez maintenant les yeux vers une petite ville. Le spectacle change entièrement. Là, l'intérêt scientifique disparaissant *en partie* et l'aptitude à la fonction restant presque seule en cause, nous soutenons hardiment que la notoriété est le juge le moins infaillible auquel on puisse s'adresser. Nous parlons surtout, et l'on verra tout à l'heure pourquoi, de cette notoriété éclairée qu'on peut consulter chez les confrères d'un même canton, d'un même département, habitués à se rencontrer et à se juger mutuellement dans la pratique. Réunissez les mêmes hommes pour juger quelques-uns d'entre eux dans un concours, si le concours est sincère, s'il reste la mesure unique et scrupuleuse de la décision à intervenir, il y a gros à parier que cette décision ne sera pas conforme à ce qu'avait appris, sur l'aptitude pratique des candidats, la notoriété la mieux établie, la plus incontestable. Le concours deviendrait ainsi un instrument d'erreur, loin d'être une balance de justice; et plus vous éloigneriez le siége du concours, plus vous prendriez le jury loin du théâtre de la pratique des concurrents, plus vous auriez chance de fausser le résultat. Ajoutez qu'à une appréciation erronée se joindrait souvent une véritable iniquité. Dans des localités où l'unique médecin de l'hôpital change si rarement, où rien n'entretient l'émulation de la parole et de la plume, la vacance trouverait presque toujours les anciens praticiens de la localité hors d'état de soutenir la lutte avec les nouveaux venus, et peu disposés d'ailleurs à s'y engager; et l'on verrait infailliblement l'expérience, les services rendus, obligés de se retirer devant l'érudition et toutes les ressources des esprits qui ne savent pas ou n'ont pas encore appris à douter.

Est-ce à dire que nous soyons purement et simplement pour la nomination directe? Non, et nos dernières remarques ont dû faire pressentir que nous regardions comme possible de faire intervenir, non pas peut-être exclusivement mais du moins pour une forte part, le corps médical lui-même dans la nomination des médecins d'hôpitaux. Si les conseils médicaux dont nous parlions tout à l'heure étaient institués, s'ils étaient surtout un produit de l'élection, ce pourrait être une de leurs attributions. En appelant au vote tous les médecins d'un canton, assistés de quelques autorités administratives, on neutraliserait l'influence des rivalités locales, souvent mal inspirées.—Mais ce n'est pas le lieu d'insister sur un mode de nomination qui n'est pas actuellement en cause; nous l'avons indiqué uniquement pour montrer qu'on n'est pas obligé, en désertant le concours, de se réfugier derrière les caprices du pouvoir.

A. Dechambre.

PATHOLOGIE INTERNE.

RECHERCHES SUR LE TRICHIASIS DES VOIES URINAIRES ET SUR LA PILI-MICTION; par P. Rayer.

(Suite et fin. — (Voir les nos 31 et 32.)

§ V. — POILS DANS L'URINE, LAQUELLE CONTIENT EN MÊME TEMPS SOIT DU MUCUS, DU SANG, DU PUS OU D'AUTRES MATIÈRES ANIMALES ÉTRANGÈRES.

Il résulte évidemment des recherches consignées dans les paragraphes précédents qu'on n'a que très-rarement rencontré de véritables poils dans les voies urinaires (Obs. de Bichat; Obs. de Maurice Hoffmann), si on excepte les cas où des poils provenant de kystes pileux se sont introduits dans la vessie, par une perforation, et ceux dans lesquels les poils provenaient du dehors.

Cette circonstance conduit naturellement à se demander si, dans les cas assez nombreux où on a signalé la présence *de poils dans l'urine*, il n'y a pas eu supercherie de la part des malades ou erreur de la part des observateurs. Je ne rapporte donc les faits suivants qu'avec la réserve que commande cette réflexion.

Dans presque tous ces cas, il s'agit bien réellement de véritables poils; mais le doute peut porter sur leur provenance ou sur leur origine. L'observation de Tulp paraît fort singulière, pour ne pas dire plus; les observations de Zaculus Lusitanus, de Spieleuberger et de Fabrice de Hilden ont contre elles l'époque déjà ancienne où elles ont été faites, et la possibilité d'une supercherie plus commune chez les femmes que chez les hommes; supercherie que la comtesse hongroise de Spieleuberger s'est probablement permise. Mais l'observation de M. Kraemer est toute récente, et elle a été publiée dans la plupart de nos recueils périodiques, sans qu'on ait exprimé un doute sur la réalité du fait observé.

JEUNE GARÇON RENDANT TOUS LES QUATORZE JOURS, AVEC L'URINE, DE PETITS POILS ENVELOPPÉS DE MUCUS; ÉMISSION DE POILS, ACCOMPAGNÉE DE VIVES DOULEURS (1).

Obs. VIII. — L'émission des cheveux avec les urines, appelée *trichiasis*, a été observée par quelques médecins, mais très-rarement. Or en est-il un qui ait vu cette émission périodique? C'est ce que nous a offert bien manifestement le

(1) Tulp (Nic.), Obs. medic., lib. II, cap. 52, *Periodicus capillorum mictus.*

sur la salubrité des sites; celle-ci est si bien appréciée à Rome, par le vulgaire et par les savants, qu'on pourrait facilement tracer une carte à teintes variées, où les graduations de ton indiqueraient la salubrité relative des différents quartiers et même des rues. Les observations suivantes faites sur nos troupes ne font que corroborer cette vieille expérience.

Au printemps, la proportion des hommes figurant à l'hôpital, sur 100 hommes d'effectif, est, à très-peu de chose près, la même pour divers corps occupant des quartiers éloignés les uns des autres. Mais, à mesure que l'endémo-épidémie s'avance, l'équilibre se rompt, et l'on voit chaque corps de troupe fournir d'autant plus de malades, qu'il est stationné dans un lieu plus insalubre. Ces différences ne sont certes pas des nuances, car elles s'étendent de 0,5 p. 100, représentant le nombre des hospitalisés du premier bataillon de chasseurs à pied, qui a occupé Albano et Frascati, à 19,4 p. 100, proportion fournie par le 36e de ligne, caserné sur les terrains inhabités du Viminal. En mettant de côté le premier bataillon de chasseurs à pied, qui ne doit point compter pour Rome, nous arrivons encore aux résultats suivants: en septembre, le 36e de ligne donne 19,4 p. 100, le 25e léger 3,8 p. 100, c'est-à dire cinq fois moins.

Voici, du reste, l'emplacement des troupes durant les quatre mois de juillet, août, septembre et octobre, et la moyenne des malades qu'elles ont comptés aux hôpitaux pendant ce laps de temps. Nous devons ces chiffres, ainsi qu'une foule d'autres documents, à l'obligeance de M. Lacauchie, officier de santé en chef de l'armée.

Tableau no 5.

MOYENNE DES MALADES A L'HÔPITAL POUR 100 HOMMES D'EFFECTIF.

Régiments.	Mois de juillet, août, septembre, octobre, en bloc.	Mois de septembre, epoque du maximum.
13e léger.	13,00	18,30
36e de ligne	12,10	19,40
2e bataillon de chasseurs à pied. .	7,70	11,00
11e dragons	5,90	6,20
Artillerie	4,60	6,40
22e léger.	4,00	9,60
25e léger.	4,00	3,80
32e de ligne	3,80	5,00
1er bataillon de chasseurs à pied.	2,10	3,10
Moyennes générales. . .	6,30	9,20

Les deux régiments qui ont le plus souffert sont le 13e léger et le 36e de ligne, dont les casernements occupaient les terrains vagues, inhabités, périphériques, qui contournent les deux tiers de la ville, du nord au sud en embrassant toute la face orientale, terrains ouverts aux émanations d'une plaine inculte et sans

fils *du consul Hornan*, souffrant depuis p'us de quatre ans de cette émission extraordinaire de cheveux, qui lui revint, à plusieurs reprises, le quatorzième jour, et cela avec de grandes difficutés d'uriner et une telle agitation de corps qu'il avait peine à rester au lit.

Chacun de ces poils égalait en longueur soit la moitié du doigt, soit même le doigt tout entier. Ils étaient tellement enveloppés de mucus qu'ils sortaient en peloton, et très-rarement séparés. Chaque accès durait environ quatre jours, pendant lesquels l'urine était continuellement émise avec douleur, et cependant le malade passait les jours suivants sans aucune souffrance, sans rendre de poils, jusqu'au retour d'un nouvel accès arrivant à l'époque ordinaire.

DYSURIE; URINES TANTÔT SANGUINOLENTES, TANTÔT PURULENTES, CONTENANT DES POILS LONGS ET ROUX; TRAITEMENT PRESCRIT PAR FABRICE DE HILDEN; CESSATION PRESQUE COMPLÈTE DES ACCIDENTS ET DE L'ÉMISSION DES POILS (1).

Obs. IX. — Il existe maintenant chez nous, à Berne, une dame veuve, recommandable par ses vertus et sa piété, qui est âgée de plus de 60 ans.

Il y a plus de huit ans qu'elle fut prise de douleurs et de coliques dans le ventre et dans les lombes, dont elle souffrit pendant plus d'une année presque sans interruption. Pendant ce temps, l'urine (qu'elle ne rendait qu'avec de grands efforts) était tantôt sanguinolente, tantôt purulente et trouble; mais ce qui est étonnant, c'est que l'urine ne contenait pas seulement des matières purulentes et gluantes, mais *encore beaucoup de poils longs et roux*. La malade en rendait chaque jour en urinant, et cela avec beaucoup de douleur; car quelques-uns étaient durs et roides comme des soies de cochon, et piquaient les parties qu'ils traversaient.

Elle avait essayé d'un grand nombre de médicaments, conseillés tantôt par des hommes instruits, tantôt par des ignorants, par des empiriques ou par des bonnes femmes, mais toujours sans succès.

Appelé auprès d'elle en l'année 1616, j'appris de sa bouche les détails précédents, et spécialement l'excrétion des poils; bien plus, *je vis moi-même des poils dans son urine, ce qui me frappa d'étonnement*.

C'était pour moi un cas nouveau et pour ainsi dire inouï. Sans doute Nicolas le Florentin, dis. 5, Traité 10, chap 21, et Jean Schenck, Obs. méd., lib. III, rapportent quelque chose de semblable; mais ils ajoutent que les malades atteints de cette affection moururent dans de violentes douleurs. Cependant, à la prière de cette femme, j'entrepris de la soigner à l'aide des remèdes suivants. Les forces ayant été épuisées au dernier point, à cause de la violence et de la persistance des douleurs, ainsi que de l'absence de sommeil, je prescrivis, avant tout, les substances les plus nutritives. Ensuite je lui conseillai l'usage fréquent des clystères, ce que j'eus grand'peine à obtenir d'elle, car la plupart des malades repoussent ce remède puissant et salutaire comme cruel et inhumain. (Suit une longue liste de médicaments.) A l'aide de ces remèdes employés à temps, cett femme se rétablit si bien que jusqu'aujourd'hui 13 septembre 1620, où j'écris ces lignes, elle vit tranquille et heureuse parmi nous, et vaque aux soins de ses affaires. Il y a peu de jours qu'elle-même m'avoua que, depuis quelques années, elle avait le ventre assez libre pour n'avoir plus besoin de clystères et qu'elle rendait son urine sans difficulté. En outre, tout au plus deux fois par an, à peu près à l'époque du printemps et de l'automne, elle sent quelques faibles atteintes de cette maladie, naguère si grave, et rend quelques poils, mais sans grandes souffrances. Puisse quelqu'autre, doué des yeux du lynx, découvrir l'endroit où naissent ces poils! Recherchez-le, je vous en supplie. Adieu, etc. — Berne, 13 septembre 1620.

(1) De trichiasi, seu pilorum mictione, ejusque felicissima curatione. *cl. vir. Gal. Fabricii Hildani ad Georg. Horstium pre cripta.* (G. Horst. Opera medica, lib. IV, p. 262.)

DYSURIE HABITUELLE; POILS DANS L'URINE, LES UNS BLANCS, LES AUTRES BLONDS, LES AUTRES ROUX; EMPLOI DES DIURÉTIQUES; GUÉRISON (1).

Obs. X. — Une comtesse hongroise, sexagénaire, qui avait eu les cheveux noirs, qui aimait beaucoup les petits chiens et les nourrissait elle-même, devenue sujette à une dysurie habituelle, remarqua qu'elle rendait avec son urine *de vrais poils, reconnus tels après un examen attentif*, de la longueur du doigt médius, de différentes couleurs, les uns blancs, les autres blonds, les autres roux et rappelant tout à fait ceux de ses petits chiens qui étaient de différentes couleurs, et qu'on appelait petits chiens de Bologne. Elle fut promptement délivrée de ce trichiasis ou de cette miction douloureuse de poils par des abstersifs et des diurétiques que je prescrivis, sans tenir compte du soupçon de maléfice. Plus tard, quoiqu'elle eût conservé ses chiens, elle rendit chaque jour avec l'urine, au lieu de poils, un grand nombre de petits flocons très-légers, disséminés comme de petits nuages, ressemblant par leur quantité à des grains de millet, et de différentes couleurs qui rappelaient celles des différentes espèces de poils dont j'ai parlé. Combien cet état durera-t-il? Je l'ignore.

URINES VISQUEUSES RENDUES PAR UN HOMME D'UN AGE MUR; ÉMISSION DE FILAMENTS SEMBLABLES A DES LOMBRICS. ACCOMPAGNÉE DE DYSURIE; ISCHURIE SUITE DE L'ÉMISSION AVEC L'URINE DE POILS SEMBLABLES A DES SOIES DE COCHON; GUÉRISON PAR L'EAU DISTILLÉE DE TÉRÉBENTHINE (2).

Obs. XI. — Un homme sur le retour de l'âge, qui rendait depuis huit ans une humeur visqueuse avec ses urines, ne put se garantir, malgré une diète appropriée et l'usage de remèdes évacuants et diurétiques, d'une émission de filaments longs et blancs (semblables à des lombrics) qui suivaient la même voie, et souvent causaient une grande difficulté d'uriner. Plusieurs remèdes furent employés sans succès; pendant trois jours, à la suite d'une ischurie, *il rendit en urinant des poils de la longueur d'une palme, épais et durs*, qu'on aurait véritablement *pu prendre pour des soies de cochon*. Il y en avait une grande quantité et ils provenaient d'une humeur muqueuse trop cuite et desséchée. Les ayant vus, je fis administrer un bain, du petit-lait de chèvre, etc. Ces remèdes étant sans effet, il fut complétement guéri par l'usage de l'eau distillée de térébenthine prise pendant un mois.

HOMME AGÉ DE QUARANTE-DEUX ANS, ATTEINT D'ISCHURIE DEPUIS PLUSIEURS ANNÉES; PRURIT DANS L'URÈTRE; URINE TROUBLE ET SANGUINOLENTE, PUIS DONNANT UN SÉDIMENT MUQUEUX; POILS LONGS DE 4 A 6 POUCES RENDUS AVEC L'URINE; POINT DE RENSEIGNEMENTS SUR LA TERMINAISON DE LA MALADIE (3).

Obs. XII. — Un homme de 42 ans, hémorrhoïdaire et affecté depuis plusieurs années d'ischurie, observa que son urine, *souvent trouble et sanguinolente, contenait des cheveux.*

Lorsque l'émission de l'urine était accompagnée d'un fort prurit à la partie intérieure du canal de l'urètre, il constata ordinairement au méat la présence d'un cheveu, qui sortait roulé sous forme d'une petite boule, quelquefois recouvert d'incrustations et le prurit cessait. Pendant que M. Kræmer eut occasion d'observer le malade, l'urine assez copieuse était d'un jaune clair, trouble, avec un *sédiment muqueux*. La région vésicale était non douloureuse. Une sonde entre facilement dans la vessie. Pouls, 88 par minute.

(1) Ephem. nat. cur., dec. 1, an 9 et 10, 1778, p. 50. David Spielenberger, De capillo prodigioso et pilorum canorum mictione.

(2) Zacutus Lusitanus, Opera, in-folio, t. II, obs. 72.

(3) Gazette Médicale de Paris, in-4°, 1851, p. 192. Kræmer, Trichiasis cystica.

---

montuosités (1). Puis viennent le deuxième bataillon de chasseurs à pied, l'artillerie et le 11e dragons. Or les deux premiers corps étaient stationnés le long du dernier tiers du mur d'enceinte, du côté de l'ouest, le premier au Transtévère (2), le second au Borgho, au fort Saint-Ange et non loin de la place du Peuple (3). L'insalubrité de cet arc est moindre pour les raisons suivantes : le Transtévère et le Borgho sont protégés contre les émanations de l'ouest par le mont Janicule; Saint-Pierre et le Borgho ne sont point limités par un rempart auquel succède immédiatement le désert romain; des collines un peu boisées, qui se prolongent jusqu'au Monte-Mario, des villas peuplées de grands arbres, des vignes et des cultures couvrent et flanquent la ville de ce côté; les bâtiments occupés par nos troupes ne sont point égarés dans des terrains déserts, mais sont englobés dans des massifs de maisons, car sur cette face de la ville tout est habité jusqu'au pied des collines et des remparts, tandis que sur l'arc oriental d'immenses terrains vagues occupent toute la périphérie, dans l'intérieur même de l'enceinte. Sur cette bande occidentale de la ville, deux points sont surtout réputés malsains, le fort Saint-Ange et la place du Peuple; or le premier n'a eu qu'une faible garnison française, les Romains ayant conservé deux de ses trois enceintes, et nos troupes n'ont que peu à subir l'insalubrité de la place du Peuple, parce que la caserne située en dehors de la porte, local dont nous avons signalé la haute insalubrité l'année dernière, a été abandonnée, et que les casernes habitées se trouvent dans la ville même, au sein d'un quartier populeux, à une certaine distance de la place.

On se rend parfaitement compte de la position que le régiment de dragons occupe sur l'échelle de fréquence des fièvres. Il était stationné entre le 36e et la ville (1), aux confins des terrains inhabités et de la région populeuse. Il a figuré à un rang intermédiaire sous le double point de vue de la topographie et de la pathologie. L'influence de la première sur la seconde ressort à chaque pas.

Les 22e léger, 25e léger et 32e de ligne ont fourni à peu près la même proportion de malades, en considérant en bloc les quatre mois épidémiques. Ces trois corps occupaient le centre de la ville (2). Le 22e léger présente cette particula-

(1) Casernement du 13e léger : Saint-Adrien, Saint-Sylvestre au Quirinal, Saint-Romuald, Saint-Marcel, Saints-Apôtres, Omilta, Jésus, Saint-Côme et Saint-Damien, Sainte Françoise-Romaine. — Du 36e de ligne : Sainte-Marie-des-Anges, prison des Thermes, Sainte Praxède, Saint-Martin, Sainte-Marie dell' Olmo, Saint-Pierre in Vincoli, Neophites.

(2) 2e bataillon de chasseurs à pied : Saint-Calixte, Sainte-Marie au Transtévère, Saint-Michel et Saint-François, Saint-Chrysogone, Petit-Saint-Calixte.

(3) Artillerie : Hôpital Saint-Jacques, couvent Jésus-et-Marie, fort Saint-Ange, palais Corsini, palais Salviati, quartier Saint-Esprit.

(1) Dragons : palais Barberini, palais Albani, Capucins, Sainte-Thérèse.

(2) 22e léger : Saint-Office, caserne de Sora, Mont-Carmel, San-Salvador, Sainte-Marie-Madeleine, collége Capranica; 25e léger : Saint-Sylvestre-in-Capite, San-Lorenzo-in-Lucina, Saint-André-delle-Fratte, place Colonne, couvent du Caodu-Marzo, Crociferi (un bataillon à Tivoli); 32e de ligne : collége Saint-

Les poils sont fins, et les plus gros étaient encore plus fins que ceux de la tête, longs de 4 à 6 pouces, ainsi plus longs que ceux du scrotum; ils étaient d'un blond clair; *les plus fins étaient complétement blancs et crépus.* A quelques endroits ils formaient des pelotons composés d'un feutrage blanc excessivement fin. A l'état frais, le feutrage paraissait rempli de matières terreuses, incrustées. Quelques cheveux avaient des bulbes, les plus grands n'en avaient pas. Examinés sous le microscope, les cheveux se présentent comme des cylindres creux, de diamètre variable. Dans quelques points, ils présentaient une forme spéciale; dans d'autres, ils étaient comme couverts de moisissure.

Ces cheveux ne pouvaient point être confondus avec ceux du scrotum: d'abord parce que ceux-ci étaient plus courts et d'un autre aspect; ensuite le prépuce était continuellement ramené en arrière. Il était donc impossible que des poils provenant des parties génitales aient pu se ramasser en ce point.

§ VI. — POILS DANS L'URINE CHEZ DES INDIVIDUS ATTEINTS DE GRAVELLE URIQUE OU DE CALCULS URIQUES.

Je rapporterai, dans ce paragraphe, deux observations dans lesquelles on a constaté la coexistence de poils avec des cristaux et des graviers d'acide urique, et l'observation d'un calcul urique qui avait un poil pour noyau.

L'auteur de cette dernière observation pense que le poil s'était introduit du dehors. Dans les deux autres cas, les poils provenaient de l'intérieur des voies urinaires.

Je ferai précéder ces observations d'une remarque sur une opinion émise par M. Golding Bird (1). Il n'est pas rare, dit-il, de voir des cristaux d'acide urique se former autour d'un *poil*, absolument comme le sucre candi cristallise sur un fil ou une petite corde. Je regarde, au contraire, le fait comme très-rare s'il s'agit de *poils* rendus avec l'urine; il en est tout autrement s'ils se sont trouvés accidentellement mélangés avec elle.

L'examen de la figure que M. G. Bird a donnée d'un de ces poils et des cristaux d'acide urique formés autour de lui me fait douter qu'il s'agisse réellement, dans ce cas, d'un véritable poil. En effet, au grossissement qu'indique la dimension des cristaux représentés, un véritable poil aurait beaucoup plus de volume et un autre aspect. Le filament que l'auteur a désigné et figuré comme un *poil* n'est peut-être autre chose qu'un de ces petits filaments muqueux piliformes et microscopiques que je décrirai plus loin, § IX.

ENFANT DE DIX ANS SOUMIS DÈS SON BAS AGE A UN RÉGIME TONIQUE ET TRÈS-AZOTÉ; PETITS POILS DANS L'URINE, DONT LE SÉDIMENT OFFRE EN OUTRE UNE FOULE DE CRISTAUX D'ACIDE URIQUE, ISOLÉS OU AGGLOMÉRÉS EN PETITES MASSES (GRAVELLE MICROSCOPIQUE).

OBS. XI. — Je n'ai observé qu'une seule fois des poils rendus avec l'urine. C'était chez un jeune enfant âgé de 10 ans environ, et qui me fut adressé par mon honorable confrère M. Paulin. Cet enfant, né à Bruxelles, de parents lymphatiques, avait présenté, dès son plus bas âge, les caractères de leur constitution. Aussi, depuis le sevrage, s'était-on attaché à la modifier par un régime tonique porté au plus haut degré. Rentrés en France en 1848, les parents de l'enfant continuèrent à le soumettre au même régime, dans l'espérance de le fortifier de plus en plus. Les résultats de ce régime paraissaient satisfaisants, lorsqu'une circonstance singulière fit naître les plus vives inquiétudes dans l'esprit de la mère. Elle surveillait elle-même tous les détails de la vie de l'enfant. Or, un jour elle fut toute surprise de voir de petits poils dans le vase qui avait reçu l'urine de l'enfant. Dans la journée, on le fit uriner dans un vase qu'on nettoya avec le plus grand soin; l'étonnement de la mère redoubla en voyant comme de petits poils en suspension dans le liquide; la pensée lui vint de le laisser refroidir après avoir recouvert le vase d'un papier. Le lendemain, l'urine avait formé un léger dépôt dans lequel elle constata, à n'en plus douter, la présence de petits poils; la même expérience répétée pendant plusieurs jours ayant donné le même résultat, cette dame recueillit une assez grande quantité de ces *sédiments pileux* et se rendit à Paris, avec son enfant et sa sœur, pour consulter M. Paulin, son médecin ordinaire. Une chose si extraordinaire la préoccupait à un degré inimaginable, bien que l'enfant n'accusât aucune douleur dans les voies urinaires.

Après avoir entendu ces détails et examiné les petits poils enveloppés de sédiment urinaire qui lui furent présentés, M. Paulin fit uriner l'enfant, en sa présence, dans un vase très-propre et constata à son tour, le lendemain, l'existence de petits poils dans le sédiment de l'urine.

Pensant qu'un cas aussi rare pouvait m'intéresser, M. Paulin accompagna la mère et l'enfant chez moi, et me remit une partie du sédiment urinaire qu'il avait recueilli. Examiné au microscope, je le trouvai composé de petits poils isolés, de fragments de poils plus ou moins volumineux et de nombreux cristaux d'acide urique. Ces poils étaient reconnaissables à leur enveloppe cornée et à leur substance médullaire.

Dans l'ignorance où nous étions de l'origine de ces poils, nous crûmes, M. Paulin et moi, devoir nous borner à conseiller un régime et quelques remèdes propres à prévenir la formation de l'acide urique cristallisé et à entraîner les poils et les petits graviers s'il en existait encore. Dans ce but, nous recommandâmes l'usage de l'eau de Contrexéville, de petites doses de bicarbonate de soude, et un régime moins azoté que celui auquel l'enfant avait été soumis depuis le sevrage.

Pendant quelque temps encore, on a observé de petits poils dans l'urine, et le sédiment a continué d'être formé en très-grande partie par de l'acide urique cristallisé. Plus tard, la mère de l'enfant a vu disparaître le phénomène étrange qui l'avait si vivement préoccupée. L'enfant a continué de se développer régulièrement; de légères affections catarrhales ont été les seules indispositions dont M. Paulin ait eu à le soigner, à des intervalles assez éloignés.

Lorsque l'enfant me fut présenté, il ne put uriner, et je le regrettai vivement. Au reste, toutes les circonstances de l'observation ne permettaient pas d'élever de doutes sur l'émission de ces poils avec l'urine. Le témoignage de la mère, celui de M. le docteur Paulin, les précautions dont ils s'étaient entourés, enfin la petitesse et la finesse de ces poils, qui n'avaient point leurs semblables sur le corps de l'enfant, toutes ces circonstances entraînèrent ma conviction.

ÉMISSION D'UNE QUANTITÉ CONSIDÉRABLE DE PETITS POILS AVEC L'URINE, CHEZ UN GENTLEMAN D'UN AGE AVANCÉ, PRÉCÉDÉE DE L'EXCRÉTION DE GRAVIERS D'ACIDE URIQUE; POINT DE DÉTAILS SUR LE TRAITEMENT ET LA TERMINAISON DE LA MALADIE (1).

OBS. XII. — J'ai été dernièrement consulté par un gentleman d'un âge mûr pour un phénomène singulier, pour la présence d'un nombre considérable de petits poils qu'il a fréquemment observés dans son urine. Outre qu'il est au-dessus du soupçon de se tromper ou de vouloir tromper les autres, j'ai fait moi-même les recherches les plus exactes pour m'assurer que ces poils provenaient réellement de la surface interne de la vessie ou de quelque autre partie des voies urinaires. Ils sont de diverse longueur, d'un dixième de pouce à un pouce, et sortent à présent sans faire éprouver de douleur au malade, quoiqu'il ait souf-

(1) Guiding Bird, URINARY DEPOSITS, THEIR DIAGNOSIS, etc., third edit., in-8°, plates, 1851, p. 125.

(1) ON URINARY AND OTHER MORBID CONCRETIONS, by William Henry, M. D. F. R. S., etc., Read March 2, 1819 (MEDICO-CHIRURG. TRANSAC., published by the medical and chirurgical Society of London; vol. X, p. 14…; 1819).

rité que sa proportion de malades, semblable à celle des deux autres corps, en considérant les quatre mois, leur est de beaucoup supérieure si l'on n'envisage que le seul mois de septembre; elle monte à 9,60 p. 100, tandis que les deux autres corps n'ont eu que 5,00 et 3,80. Or cette circonstance s'expliquerait probablement par ces considérations. Ce régiment était stationné sur cette espèce de promontoire tracé par le coude du Tibre, exposé aux infiltrations dès les premières crues du fleuve, promontoire dont la pointe nord ouest se projette vers la périphérie de la ville, dans les environs du fort Saint-Ange et de l'hôpital Saint-Esprit.

Le 1er bataillon de chasseurs à pied, qui n'a eu que 2,10 p. 100, c'est-à-dire six fois moins que le 36e de ligne, n'habitait pas Rome pendant l'endémo-épidémie; il occupait Albano et Frascati.

Les résultats de ces recherches étiologiques sont parfaitement nets et précis: du centre à la périphérie de la ville, l'insalubrité s'accroît: les quartiers excentriques sont d'autant plus malsains qu'ils se trouvent moins habités, moins abrités par des collines et par des cultures. Cette loi est établie depuis longtemps; nous en donnons ici une nouvelle confirmation qui acquiert peut-être une valeur toute particulière, parce que les sujets sur lesquels porte notre étude comparative ont le même régime de vie, les mêmes habitudes et les mêmes travaux, parité qu'on ne retrouve pas quand on opère sur la population civile.

En comparant l'état sanitaire des divers régiments en 1849 et en 1850, on s'aperçoit facilement que l'influence morbide a été exercée par des circonstances siégeant en dehors d'eux, c'est-à-dire que cet état a dépendu du rôle qu'ils occupaient. Ainsi le 66e, qui avait habité le forum romain et les environs en 1849, est le régiment qui a le plus souffert alors. Le 13e léger, qui avait présenté un état satisfaisant en 1849, stationné en 1850 au forum romain, et prend à son tour la tête de l'échelle morbide. En 1849, le 36e est envoyé à Frascati, et son état sanitaire est satisfaisant; en 1850, il occupe les terrains insalubres que nous avons indiqués, et la maladie s'abat sur lui. Le 32e, en 1849, avait été caserné dans ces derniers locaux et avait beaucoup souffert; en 1850, il occupe le centre de la ville, et jouit d'une immunité relative, etc., etc.

Non-seulement l'état sanitaire a varié dans les divers corps, selon les régions de la ville qu'ils occupaient, mais de caserne à caserne, les différences ont été notables. Ainsi les deux principales casernes des dragons sont les palais Barberini et Albani, le premier situé sur la rampe du Quirinal, qui regarde la ville, pente couverte d'habitations; le second, sur le sommet de la colline et sur le flanc peu habité qui va mourir aux pieds du Viminal désert. Il n'y a pas trois cents pas d'un palais à l'autre; les jardins Barberini et une rue seulement les séparent. On pouvait deviner *à priori* que le palais Albani, recevant les exhalaisons de la plaine et les arrêtant par sa masse imposante, doit être plus malsain que le palais Barberini qu'il abrite. L'expérience est venue confirmer cet *à priori* en 1849; mais le capitaine commandant Barberini ayant proclamé que l'état sanitaire satisfaisant de ses troupes tenait aux soins hygiéniques dont il les entourait, on fit permuter; en 1850, la garnison des deux palais, et la troupe transportée de Barberini à Albani présenta à son tour beaucoup de fièvres, tan-

Charles-Borromée, chancellerie, Mont-de-Piété, Sainte-Marie-in-Campitelli, Sainte-Dorothée, Quarante-Martyrs, Saint-Paul-del-Regola.

fert, dans le temps, de l'expulsion de graviers d'acide urique. Dans une circonstance, ces poils, avant d'être rendus, s'étaient recouverts d'une couche d'acide urique. Ce symptôme ayant pendant un moment fait supposer l'existence d'un rétrécissement de l'urètre, on introduisit deux fois une bougie sans occasionner de douleur. L'emploi de la bougie ne fut pas suivi de l'excrétion d'un plus grand nombre de poils, ce qui peut être aurait eu lieu s'ils s'étaient développés sur la membrane interne de l'urètre (1).

HOMME AGÉ DE QUARANTE ANS; CALCUL D'ACIDE URIQUE, EN FORME D'ANNEAU, AYANT UN POIL POUR NOYAU, EXTRAIT AVEC SUCCÈS PAR L'OURAQUE DONT LE CANAL ET L'OUVERTURE OMBILICALE AVAIENT PERSISTÉ; COÏNCIDENCE D'UNE HERNIE OMBILICALE (2).

OBS. XIII. — John Conquest, fondeur en fer, âgé de 40 ans, souffrait depuis un an et plus d'envies d'uriner fréquentes et douloureuses. En le sondant, M. Paget lui trouva un calcul. Cet homme lui dit qu'en urinant et pendant les violents efforts qu'il faisait dans son travail, une partie de l'urine s'échappait du nombril par une ouverture qui, d'aussi longtemps qu'il se le rappelait, avait toujours existé. A son admission à l'infirmerie de Leicester le 15 août, M. Paget reconnut que le bec de la sonde passait facilement de la vessie dans l'ouverture de l'ombilic, ce qui lui donna l'espérance que la pierre, qui lui paraissait peu volumineuse, pouvait être extraite par cette voie, sans opération douloureuse. Après avoir distendu la vessie avec de l'eau tiède, l'ouverture ombilicale de l'ouraque étant bouchée, il introduisit ensuite le doigt dans cette ouverture, et parvint ainsi à extraire un calcul de forme annulaire et *qui avait un poil pour noyau*.

L'auteur pense que le poil provenait du pubis, et qu'il s'était introduit accidentellement dans la vessie par l'ouverture ombilicale de l'ouraque.

Le malade avait, en outre, une hernie ombilicale.

§ VII. — POILS INCRUSTÉS DE PHOSPHATE DE CHAUX OU DE PHOSPHATE DE MAGNÉSIE ET QUELQUEFOIS D'UNE CERTAINE QUANTITÉ D'ACIDE URIQUE (GRAVELLE PILEUSE, MAGENDIE). — POILS SERVANT DE NOYAU A DES CALCULS PHOSPHATIQUES OU A DES CALCULS DONT LA COMPOSITION N'A PAS ÉTÉ DÉTERMINÉE.

On a vu plusieurs fois des graviers ou des calculs *phosphatiques* se former autour de *poils* ou de *matières semblables à des poils*. M. Magendie a appelé l'attention sur une espèce de gravelle phosphatique qui lui a offert cette particularité remarquable. Ce qu'il dit à ce sujet mérite d'être rapporté textuellement :

« La gravelle *pileuse* (3) se présente tantôt sous la forme d'une poussière blanchâtre avec laquelle sont confondus les poils, tantôt sous forme » de graviers de volume variable, velus à leur surface et quelquefois réunis en grappes les uns aux autres. Dans l'état pulvérulent, la gravelle » pileuse est formée par une poudre blanche, mêlée à une quantité de » *petits poils* dont la longueur varie depuis une ligne jusqu'à un pouce et » plus. Par des lotions dans l'eau, on peut séparer les poils de la poussière » blanche qui les environne. On reconnait alors qu'ils diffèrent peu des » poils ordinaires; ils sont seulement plus fins et d'un gris cendré. » La matière saline elle-même se dépose au fond du vase et y forme une » couche plus ou moins épaisse. Si on l'y laisse quelque temps en repos, » elle s'y prend pour ainsi dire en masse, et on ne peut plus la détacher » qu'en lames de plusieurs lignes d'étendue. Pour apercevoir les poils, il » suffit de rompre ces lames et les extrémités des poils apparaissent sur les » bords de la cassure. Cette matière saline, analysée par M. Pelletier, a été » trouvée composée en grande partie de phosphate de chaux, d'un peu de » phosphate de magnésie et de quelques traces d'acide urique. La première » fois que j'ai eu l'occasion d'observer cette maladie, c'était sur un vieil» lard, professeur à l'ancienne Université. Il rendait une telle quantité de » cette matière saline *pileuse* qu'il en remplissait en quelques jours des » boîtes de la contenance d'un litre; ce qu'en avait produit en quelques » années ce vieillard était vraiment extraordinaire. Le second cas de *gra» velle pileuse* qui soit venu à ma connaissance s'est offert sur un marin; » il rendait par l'urètre, non de la poudre pileuse, mais des *concrétions » velues* à leur surface et d'un volume considérable. Ces concrétions étaient » friables, mais les parcelles qui résultaient de leur écrasement ne se sépa» raient pas entièrement : elles restaient attachées les unes aux autres par » de petits poils. »

M. Magendie déclare qu'il n'est pas possible d'expliquer la formation de ces poils, ni leur présence au milieu de la matière saline déposée par l'urine. Il ne dit pas s'être assuré, par l'examen microscopique, que les filaments qui unissaient les graviers étaient bien de véritables poils; mais la précision qu'il met dans toutes ses recherches, et qu'il a apportée inévitablement dans l'examen d'un fait très rare, ne permet pas les doutes qu'on pourrait élever s'il s'agissait d'un observateur moins exact.

M. Civiale n'a jamais vu la gravelle pileuse, mais il a souvent rencontré des *filaments muqueux* desséchés, au centre des pierres; plus souvent encore il a remarqué que les sables étaient remplis de filaments, de *petits poils* qu'il a attribués à la poussière atmosphérique dont les malades ne prennent aucun soin de les garantir en les faisant sécher. M. Civiale (1) ne dit pas d'où provenaient ces petits poils suspendus dans l'atmosphère; il me semble qu'il fait surtout allusion aux petits filaments de laine, de coton ou de lin qui peuvent s'échapper des couvertures, des vêtements, etc., ainsi que je l'ai plusieurs fois constaté à l'hôpital et dans la pratique civile. Il est rare de trouver de semblables corps, dans l'urine recueillie dans les petits vases cylindriques, employés maintenant dans les hôpitaux et qu'on n'a pas toujours soin de préserver de la poussière; on les trouve plus souvent dans les pots de chambre dont ont fait usage dans les maisons particulière. Au reste, les filaments de laine et de coton et les petits poils de laine étant presque toujours colorés par la teinture et offrant des caractères particuliers. à l'examen microscopique, il est toujours possible de les distinguer des cheveux et des poils de l'homme.

(1) Lorsqu'on examine chimiquement ces poils, ils ne paraissent pas différer des poils ordinaires. Mais le docteur Wollaston assure qu'ils en diffèrent à quelques égards, en ce qu'ils n'ont pas à leur surface cette légère rugosité à laquelle les poils ordinaires doivent leur propriété feutrante.

(2) A CASE IN WHICH THE URACHUS REMAINED OPEN, AND A RING SHAPED CALCULUS, FORMED UPON A HAIR IN THE BLADDER WAS EXTRACTED THROUGH THE OMBILICUS, by Thomas Paget, F. R. C. S., surgeon to the Leicester infirmary, communicated by William Bowman, F. R. S., received May 20th, read June 11th 1850 (MEDICO-CHIRURG. TRANSACT., published by the Royal Medical and Surgical Society of London, vol. the thirty-third, p. 293). — *Extrait de cette observation.*

(3) Magendie, RECHERCHES PHYSIOLOGIQUES ET MÉDICALES SUR LES CAUSES, LES SYMPTÔMES ET LE TRAITEMENT DE LA GRAVELLE. In-8°, p. 40; 1828.

(1) Civiale, TRAITÉ DE L'AFFECTION CALCULEUSE. In-8°, p. 113; Paris, 1838.

dis que les nouveaux arrivés à Barberini en souffrirent bien moins.

Le 13e léger a occupé des casernes qu'on peut diviser en deux groupes : les unes situées dans le forum désert ou aux environs; les autres dans la ville, séparées du forum par le Capitole.

Celles-ci ont moins souffert que les autres; mais cette différence a été rendue beaucoup moins appréciable par la garde des portes Saint Sébastien, Saint-Paul et de la poudrière Saint-Paul, gardes qui ont été fournies par les deux groupes. Cette cause excessivement puissante d'intoxication a jusqu'à un certain point égalisé l'état pathologique, qui fût demeuré très différent si chacun eût occupé son site sans en franchir les limites. M. Volage, chirurgien-major du corps, a observé que les fièvres les plus nombreuses et les plus graves sévissaient sur les hommes qui avaient monté la garde la veille ou l'avant-veille. Le nombre des hommes qui tombaient malades après ces gardes s'est assez élevé pour provoquer la mesure suivante : « Les divers régiments alterneront de quatre en quatre jours pour la station des postes les plus insalubres. » Pendant les quinze jours d'application de cette mesure, le 13e envoya moins de monde à l'hôpital. Pour rendre réellement utile cette détermination, il eût fallu la prendre dès l'origine, sans attendre que le régiment fût profondément imprégné par le miasme.

Pour compléter nos recherches étiologiques, il est nécessaire de donner un aperçu de la météorologie de la saison pendant laquelle ont régné les fièvres. Nous insisterons surtout sur la température et ses vicissitudes nycthémérales, parce qu'il existe aujourd'hui quelque tendance à leur attribuer le rôle de causes déterminantes, au détriment du miasme paludéen.

Tableau n° 6.

MOIS.	Températ. moyenne (1).	Températ. maxima.	Températ. minima.	OSCILLATION THERMOMÉTRIQUE DANS LES 24 HEURES. moyenne.	maxima.	minima.
Juin.	16,89	25,90	10,60	9,37	13,20	2,20
Juillet.	18,98	26,60	10,50	9,57	13,60	3,10
Août	18,70	26,50	12,20	9,58	13,20	4,80
Septembre.	15,00	22,90	6,30	8,40	11,90	5,00
Octobre.	11,32	19,20	3,90	7,95	11,20	4,60
Novembre.	9,63	15,90	2,40	6,14	9,90	2,10

Juin. Le commencement de juin est nébuleux; quelques pluies. Le vent quitte le S.-O.; le temps se remet. Vers le 12 ou le 13, le S.-O. reprend, les nébulosités reparaissent, le ciel se couvre; pluie le 13. Le S.-O. souffle presque chaque jour jusqu'à la fin du mois. Du 15 au 19, ciel pur; du 19 au 25, couvert et quelques pluies. Du 25 au 30, le temps est beau. Température moyenne, 16,89° R.; oscillation moyenne entre le maximum et le minimum observés dans les vingt-quatre heures, 9,37° R.

(1) Obtenue en prenant la moyenne entre la moyenne des maxima et celle des minima. Tous ces chiffres sont extraits des registres du Collége romain. Thermomètre Réaumur.

HOMME D'UN CERTAIN AGE AYANT FAIT UN SÉJOUR FRÉQUENT DANS LES HÔPITAUX DE LONDRES, POUR DES DOULEURS DE REINS; CONDAMNATION A LA DÉPORTATION; PENDANT LA TRAVERSÉE, DOULEURS RÉNALES AVEC ÉMISSION DE GRAVIERS; URINE AYANT L'APPARENCE D'UNE MATIÈRE CRAYEUSE ET CONTENANT DES POILS; TRAITEMENT PAR LA LIMONADE NITRIQUE ET LES FÉCULENTS; GUÉRISON (1).

OBS. XIV. — Dans un de mes derniers voyages à la Nouvelle-Galles, en qualité de chirurgien surintendant des *Convicts*, un prisonnier du nom de Jellet vint me consulter pour de violentes douleurs de reins accompagnées de perte d'appétit et de fièvre. Il me dit que depuis plusieurs années il avait été sujet à cette maladie, pour laquelle il était souvent entré dans les hôpitaux de Londres, et la dernière fois, peu de temps avant son jugement. Cet homme avait mené une vie très-dissipée. Lorsqu'il vint à bord, il n'était presque pas malade, mais depuis quelque temps (le vaisseau était alors en mer depuis deux mois) il avait souffert de spasmes et d'une grande émission de graviers. Je lui demandai de me porter de son urine. Je la trouvai épaisse, blanche, ressemblant à une matière crayeuse. Cet homme était très-maigre, pâle et avait l'air souffrant, comme s'il eût manqué de nourriture. Trouvant que l'urine qu'il m'avait apportée conservait longtemps le même aspect et déposait, quelque temps après son émission, *une grande quantité de sédiment contenant des poils*, je crus qu'il voulait me tromper; mais il persista à soutenir que les poils étaient rendus avec l'urine. Pour prévenir toute tromperie, je le fis uriner devant moi, dans une bouteille dont je m'étais muni. Je le fis uriner ainsi plusieurs fois, jusqu'à ce que j'eusse rassemblé une grande quantité de sédiment, qui fut alors séché et examiné soigneusement. *J'y trouvai un nombre considérable de poils* variant en longueur d'un demi-pouce à un pouce et demi, et de diverses couleurs. Examinés à un fort grossissement, ces poils paraissaient mous et d'un tissu moins serré que ceux qui croissent à la surface du corps. A tout autre égard, je n'y vis pas de différences.

M'étant ainsi assuré de la vérité de l'histoire de ce pauvre homme, je me hâtai d'essayer de diminuer ses souffrances, qui, dans mon opinion, tenaient au passage de la matière pulvérulente et des poils déposés dans les reins. Pensant que cette matière était composée de chaux, je crus que la meilleure manière d'en rendre l'émission facile et de corriger l'état alcalin de l'urine était de donner de larges doses d'acide nitrique, qui diminueraient les douleurs et accroîtraient la quantité de l'urine. J'ordonnai de l'opium, de l'esprit de nitre éthéré et des délayants. Pensant que l'état alcalin de l'urine pouvait être produit ou augmenté par une nourriture animale salée, je la remplaçai par des aliments farineux. En peu de semaines, le malade recouvra, par ce traitement, la santé et ses forces. Son urine cessa d'être trouble; les attaques de douleurs s'éloignèrent, et l'urine n'offrit que peu de dépôt.

Après six mois de traversée, je le débarquai dans la colonie, guéri de sa maladie et propre au travail. Je n'ai point appris, depuis, qu'il ait fait de rechute.

Il continua, jusqu'à la fin du voyage, l'usage des acides et le régime végétal; mais l'opium et l'éther nitrique ne furent employés que pendant un peu plus d'un mois.

(1) CAS DANS LEQUEL IL Y AVAIT DES POILS MÊLÉS A L'URINE, ET COURT EXTRAIT DE CAS SEMBLABLES PUBLIÉS PAR LES ANCIENS AUTEURS; par James Mitchill, chirurgien de la marine royale et écuyer (EDINB. MED. AND SURG. JOURNAL, juillet 1828, p. 58, vol. XXX, n° 96). — JOURN. COMPLEM. DES SC. MED., t. XXXIII, in-8°, p. 90, 1829.

FEMME DE 33 ANS; A 23 ANS, CHUTE DANS UN ESCALIER, SUIVIE DE DOULEURS DANS LES LOMBES, S'ÉTENDANT AU CÔTÉ GAUCHE; DYSURIE; URINES DONNANT UN SÉDIMENT MUQUEUX, PARFOIS SANGUINOLENT; ÉMISSION FRÉQUENTE DE PETITS CALCULS PHOSPHATIQUES FORMÉS AUTOUR D'UN PETIT POIL POURVU DE SON BULBE, PLUS FIN QU'UN POIL ORDINAIRE, MAIS EN OFFRANT D'AILLEURS LES CARACTÈRES MICROSCOPIQUES; POINT DE RENSEIGNEMENTS SUR LE TRAITEMENT ET L'ISSUE DE LA MALADIE (1).

OBS. XV. Élisabeth Galley, âgée de 33 ans, garde à l'hôpital du Nord, disait que sa santé avait toujours été plus ou moins altérée depuis dix ans. Elle attribuait le commencement de sa maladie à une chute dans un escalier, chute dans laquelle elle croyait que le dos avait souffert, quoiqu'elle n'eût éprouvé que peu de douleurs dans le moment. Peu de temps après l'accident, elle commença à ressentir, dans les lombes, des douleurs s'étendant au côté gauche, et, plus tard, elle éprouva de fréquentes envies d'uriner, de la gêne et des douleurs en urinant. L'urine, après l'émission, déposait une matière muqueuse. Plusieurs fois la malade observa que cette matière était mêlée de sang. Ces symptômes s'étaient aggravés avec le temps. Lorsqu'elle souffrait le plus, la douleur était rapportée au rein gauche. Le droit était rarement et légèrement affecté. Ces attaques étaient plus fréquentes dans la saison chaude. Tout ce qui produisait une abondante transpiration diminuant la quantité des urines, aggravait les symptômes. Depuis la chute, il se passe rarement une semaine sans que cette femme rende une ou plusieurs pierres. Pendant les deux ou trois dernières années, elle a souffert de dyspepsie.

Les petits calculs, de forme irrégulière, varient en volume, depuis celui d'un grain de moutarde à celui d'un pois un peu gros. *Ils sont perforés à une extrémité par un petit poil, qu'on trouve, lorsqu'on l'examine au microscope, semblable par sa structure à un poil ordinaire*, mais plus mince et plus délié. L'urine et les calculs ont été examinés par le docteur Brett, chimiste honoraire de la Société. L'urine est une urine phosphatique ordinaire, de couleur pâle, devenant ammoniacale et donnant, par le repos, un sédiment ammoniaco-magnésien ou de triple phosphate. Les calculs sont principalement composés des mêmes sels.

M. Parker ajoute avec raison qu'une circonstance, à savoir que *plusieurs des calculs sont traversés par un poil* donne un grand intérêt à cette observation. Dans l'observation de M. Magendie, les poils étaient nombreux; dans celle-ci, à peine un des calculs présente-t-il plus d'un poil. En outre, dans ce cas particulier, l'extrémité libre de ces poils présentait uniformément un bulbe, et l'extrémité opposée étant constamment revêtue de gravelle, M. Parker a été conduit à penser que ces poils avaient été fournis par la membrane muqueuse de la vessie, qu'ils avaient servi comme de noyau au dépôt des phosphates et qu'ils s'étaient détachés par le poids résultant de cette concrétion.

Si ces poils avaient été introduits dans la vessie, toute leur surface aurait été plus ou moins enduite de matière calcaire, et il est probable qu'il en aurait été de même s'ils s'étaient formés dans le bassinet ou les reins.

Dans plusieurs observations qui vont suivre, on verra que des chirurgiens fort célèbres sont restés incertains sur l'origine des *poils* qu'ils ont

(1) CASE OF URINARY CALCULI CONTAINING HAIRS (gravelle pileuse); by Edward Parker, esq. (MEDICO-CHIRURGICAL TRANSACTIONS, etc., vol. XXVII. Seconde série, vol. IX, p. 161.) — *Extrait.*

Or l'endémo-épidémie n'a commencé qu'en juillet, et ce mois a signalé sa période ascendante, août et septembre sa période d'état. En septembre, on compte 1,020 entrées aux hôpitaux, en juin, 224 seulement. Cette différence entre le règne fébrile de juin et de septembre ne peut pas s'expliquer en considérant les météores comme cause déterminante des fièvres. Septembre a été en effet moins chaud que juin, puisque la température moyenne est représentée par 15,00° R.; moins sujet aux vicissitudes nycthémérales, puisque la moyenne de celles-ci est de 8,60 au lieu de 9,37° R.; enfin, les perturbations hygrométriques, l'humidité, les pluies se sont montrées à peu près pareilles de part et d'autre. En admettant le miasme comme cause des pyrexies à quinquina, on s'explique très-bien la marche de l'endémo-épidémie. En juin, la végétation est dans son plein, la nature végétale vivace, les herbes et les feuillages verts, les récoltes sur pied tapissent la campagne. La fabrication du miasme ne s'effectue presque pas dans les marais-types, dont la chaleur n'a pas encore mis le fond à sec, et les surfaces destinées à devenir des foyers palustres temporaires et accidentels ne sont alors que des prés et des champs salubres. Mais bientôt la saison qui s'avance et le cours du temps font périr certaines plantes et une foule d'insectes, dont les débris s'accumulent sur le sol avec les résidus inutiles des récoltes coupées par la main de l'homme. La chaleur sèche du cœur de l'été maintient jusqu'à un certain point la salubrité, en momifiant les matières végéto-animales, et en refusant aux élaborations miasmatiques un des éléments qui leur est indispensable, l'humidité; mais dès que les nuits deviennent fraîches et humides, dès que la rosée est abondante le matin, et surtout dès que les premières pluies de la fin de l'été et de l'automne humectent et détrempent le fond des marais desséchés par les ardeurs caniculaires et la grasse litière qui jonche la terre, les fièvres croissent en nombre et en gravité. Voilà pourquoi septembre est toujours plus fiévreux que juin, malgré une température plus douce, et moins de vicissitudes nycthémérales. Là réside encore la cause pour laquelle juillet, mois le plus chaud et le plus sec, et souvent août lui-même — comme nous l'avons observé à Civita-Vecchia — sont moins surchargés de pyrexies à quinquina que septembre et octobre, et ne présentent pas de fièvres pernicieuses aussi graves.

En juillet, mois le plus sec et le plus chaud, on compte seulement 379 entrées; en août, 1,250; et en septembre, 1,024. Voici l'aperçu météorologique de juillet.

Moyenne de la température, 18,98° R.; maximum, 26,60° R. Ce sont les chiffres les plus élevés de l'année. Oscillation thermométrique nycthémérale moyenne, 9,57° R.; maxima, 13,60° R.; c'est encore la plus forte de l'année. Pluie les 2 et 30 seulement. Le vent est au S. et S.-O. quatorze jours sur trente. Le ciel est presque toujours serein, quelques *cirrus* de temps en temps, *cumulus* puis *nimbus* aux approches de la forte pluie du 30. Une bande de brouillards a deux ou trois fois suivi le cours du Tibre.

En août, l'humidité croît, du 6 au 10 s'étend la période la plus humide de la saison; l'hygromètre oscille entre les deux extrêmes 9 et 52. Deux fortes tempêtes, les 16 et 22; orage sans pluie le 10. Le ciel est plus couvert qu'en juillet; du 14 au 18, il ne cesse d'être nébuleux; les jours sont bien rarement limpides du matin au soir, des cirrus ou des brumes en altèrent la sérénité. Moyenne thermométrique, 18°,70° R.; oscillation moyenne, 9,58° R., pareille à celle de juillet. La prépondérance relative du S.-O. reste à peu près ce qu'elle était dans

pu servir de noyau à des calculs urinaires. Ces cas, objet de doute, n'en méritent pas moins d'être mis sous les yeux du lecteur.

« Vous pouvez voir, dit M. Brodie (1), dans une des préparations de notre Musée plusieurs calculs d'une forme oblongue spéciale et de grandeur variable, dont le plus volumineux a environ trois quarts de pouce de longueur et 4 lignes de large, tandis que presque tous les autres sont beaucoup plus courts et proportionnellement plus étroits; *à leur centre ils offrent tous un petit cheveu très-fin*, qui les parcourt longitudinalement. J'ai extrait ces calculs de la vessie d'une femme; ils sont principalement composés de phosphate de chaux, ce qui indique, comme je vous le dirai bientôt une maladie de la membrane muqueuse. Il est difficile de dire comment ces cheveux se trouvaient dans la vessie, si c'étaient des cheveux ordinaires introduits accidentellement, ou de ceux qu'on rencontre parfois dans les tumeurs enkystées et sur d'autres tissus malades; quant à moi, je serais porté à leur attribuer cette dernière origine. »

M. Brodie cite un autre fait non moins curieux : « J'ai soigné, dit il, un monsieur qui était atteint d'une affection calculeuse de la vessie et d'une maladie rénale à laquelle il succomba, et dont *les urines charriaient*, de *temps en temps*, de *petits cheveux* que j'étais en droit de considérer comme venant de la vessie. Malheureusement, ni dans ce cas, ni dans celui de la femme dont il a été question plus haut, il n'y eut d'autopsie; mais on sait positivement qu'il n'est pas très-rare de voir naître des cheveux à la surface interne d'une tumeur enkystée (2). »

M. Civiale ayant eu l'obligeance de mettre à ma disposition plus d'une centaine d'échantillons de fragments de calculs provenant des nombreuses opérations de lithotritie qu'il a pratiquées; je les ai examinés avec le plus grand soin. Dans quatre de ces échantillons, j'ai trouvé de véritables poils qui traversaient de petits fragments de calculs. M. Pelouze m'a affirmé qu'en brisant des calculs pour en analyser les différentes couches, il avait aussi plusieurs fois observé de ces petits poils dans leur épaisseur.

A cette occasion, je dois cependant prévenir que, lorsqu'on examine des débris de calculs provenant de la lithotritie, ou des graviers, il faut se garder de prendre pour de véritables poils des fils de lin, de soie ou de coton mélangés accidentellement avec les matières, soit par les mains du lithotriteur qui s'en était chargé en le nettoyant, soit autrement. L'inspection microscopique des filaments considérés comme des poils, mettra à l'abri de toute erreur, chacun d'eux ayant des caractères particuliers que j'ai fait représenter avec soin.

On sait que, pendant la vie, certaines personnes, des femmes surtout, se sont introduit divers corps étrangers dans la vessie et même des poils. M. Cruveilhier rapporte, à ce sujet, un fait curieux dont j'ai été témoin. Un chirurgien anglais nous montra, à la clinique de M. Dupuytren, le 23 juillet 1814, un calcul urinaire formé de phosphate de chaux et de phosphate ammoniaco-magnésien, *ayant pour noyau une mèche de cheveux*. Cette mèche était très-longue; une de ses extrémités était bouclée et semblait se terminer par un tissu lanugineux; l'autre extrémité était roide, entourée de phosphate calcaire qu'on avait pu prendre pour les bulbes des poils. Cette pierre avait été retirée, à Londres, de la vessie d'une dame de qualité, de mœurs pures, qui assura ne s'être jamais rien introduit dans la vessie. Le chirurgien anglais était persuadé que cette mèche s'était formée dans cet organe, d'autant plus que sa couleur n'était point celle des cheveux de la malade. Mais il paraît beaucoup plus probable, continue M. Cruveilhier, qu'elle y avait été introduite (1). Je dois ajouter qu'il fut reconnu plus tard que les cheveux étaient liés par un fil.

ÉMISSION NOMBREUSE DE PETITS CALCULS, PUIS D'UNE MASSE DE PLUS PETITS CALCULS ENCHEVÊTRÉS DANS DES POILS, SUIVIE D'UN ÉTAT DE SANTÉ SATISFAISANT (2).

OBS. XVI. — « Le *trichiasis* ou émission de poils avec les urines a déjà été observé, dit Olaüs Borrich, par F. de Hilden, Horst, Tulp, etc. Quelque chose de semblable arriva dernièrement chez nous, à Jean Blait, sénateur, qui, par l'effet de médicaments que je lui administrai, ayant évacué plus de soixante calculs, rendit ensuite une masse oblongue, hérissée de nombreux graviers très-petits, semblables à des diamants enchâssés à la surface. Étonné de la forme de cette masse et de la propriété qu'elle avait de se laisser plier, et redoutant des suites fâcheuses de cet accident, il me fit appeler, afin que j'examinasse, devant lui, ce corps extraordinaire. Je trouvai cette masse, de la longueur de la moitié du doigt, dure à l'extérieur et couverte d'un grand nombre de petits calculs, *mais formée à l'intérieur de poils blanchâtres*, au nombre d'environ cinquante, tressés et entortillés d'une manière très-compacte. Ils exhalèrent à la combustion une odeur de soufre. Cet amas de filaments avait l'apparence de la mèche qui se trouve au milieu des chandelles.

» Qu'on recherche si l'on veut la cause de ce phénomène dans des humeurs trop cuites, moi je n'ai eu d'autre but que de rapporter le fait; que des esprits plus habiles en trouvent la vraie cause. J'ai parlé autre part de deux cas que j'ai observés à Copenhague, l'un d'épingles, l'autre de grains de plomb rendus par les urines, dont les deux sujets vivent encore et se portent bien. Au reste, le sénateur est aussi bien portant, et montre sans difficulté à ceux qui viennent le voir cet amas sorti de son propre corps. »

Schenck rapporte, d'après Jean Wier, le fait suivant, qui appartient très-certainement aux maladies simulées ou aux maladies mal observées :

DOULEURS OCCASIONNÉES PAR DES CALCULS RÉNAUX; MATIÈRE LANUGINEUSE ET POILS RENDUS AVEC L'URINE (3)

OBS. XVII. — Une noble dame, encore vivante, après avoir souffert pendant longtemps de calculs des reins, rendit avec l'urine, au bout de quelques années d'abord pendant quelque temps une laine bien fine, quelquefois roulée sur elle-même, puis de longs fils blancs doublés à l'instar de ceux dont se servent les tailleurs, et ce qui surpasse toute croyance, souvent avec un nœud comme si on les avait préparés pour la couture; mais ensuite, chose qui dura aussi pendant quelque temps, elle rendit avec l'urine non-seulement de la laine, mais une membrane laineuse plus compacte, comme mêlée avec de l'ocre, et semblable à celle dont s'enveloppent les petits vers qui nous sont apportés des lieux où se produit la soie. Enfin il n'était pas rare qu'elle rendît, outre ces

(1) LEÇONS SUR LES MALADIES DES ORGANES URINAIRES; par Benj. Brodie; trad. de la 3e éd., par Patron. Paris, 184 , p. 304. — Brodie, LECTURES ON THE DISEASES OF THE URINARY ORGANS. London, 1816.

(2) Brodie, Ouvrage cité.

(1) Cruveilhier, ESSAI SUR L'ANATOMIE PATHOLOGIQUE EN GÉNÉRAL, vol. II, p. 178. In 8°. Paris, 1816.

(2) Thomas Bartholin, ACTA MEDICA ET PHILOSOPHICA HAFNIENSIA, vol. II, p. 157.—CALCULUS LANUGINOSUS, Olai Borrichi.—COLLECTION ACADÉMIQUE ÉTRANGÈRE, t. VII, p. 222. In 4°.

(3) Schenck, OBS. MED., lib. 3, *Renum trichiasis*, obs. 2, p. 444. — J. Wier, DE DÆMONUM PRÆSTIGIIS ET INCANTATIONIBUS, libri sex. Bâle, 1564. In-4°, lib. 3, cap. 15.

ce dernier mois. La différence n'existe guère qu'au point de vue de l'humidité. Plus d'humidité, plus de débris organiques constituent, au point de vue de l'opinion miasmatique, des caractères différentiels qui suffisent pour expliquer l'intensité des fièvres à quinquina en août.

Le maximum des entrées, pendant toute l'endémo-épidémie, s'étend du 25 au 1er septembre; les pluies tempêtueuses des 16 et 22 semblent avoir amené cette active fabrication miasmatique. Ces six jours, du reste, ne présentent aucune particularité météorologique à citer; ceux qui nient le miasme n'y trouveront certes pas de circonstance météorologique qui puisse leur rendre compte de l'intensité de la maladie; les variations nycthémérales sont de 5,00° R. au minimum et de 11,90° R. au maximum; la température, qui en juillet est montée à 26,60° R., n'atteint que 23,5° R. Pas de pluies; le temps, généralement clair, se couvre quelquefois de nuées et de brumes; le S.-O. ne prédomine pas; il souffle une partie des journées des 28, 29, 30, 31.

Septembre est moins chaud, mais plus humide et pluvieux que le mois précédent. Il est beau jusqu'au 3, il pleut les 4 et 5; forte tempête le 8. Jusqu'au 29 le ciel reste toujours nébuleux, si ce n'est le 15; le Tibre se coiffe de brouillards; tempête le 24; le beau temps renaît; pluie le 30. Le S.-O. a été un peu moins fréquent qu'en août. Température moyenne, 15,00° R.; moyenne de la vicissitude nycthémérale 8,00° R.

Octobre comprend la période décroissante de l'endémo-épidémie; on compte pourtant encore 602 entrées aux hôpitaux, tandis que juillet n'en a présenté que 379 et juin 224. Ces différences sont encore inexplicables au point de vue de l'hypothèse météorologique, car octobre est bien inférieur à juin sous le rapport de la température et de l'oscillation nycthémérale. Température moyenne, 11,32° R.; oscillation moyenne, 7,95°. Le sud et le S.-O. soufflent un peu plus souvent qu'en juin. Pluie les 1, 6, 7. Le temps se tient au beau, mais non sans nuages au ciel. Du 13 au 20, il est limpide. Il se couvre ensuite. Pluie le 21; violente tempête le 24, avec pluie abondante. Il pleut encore les 25, 26, 30, 31.

Ces documents météorologiques, dont nous avons pu, grâce à l'obligeance du père Secchi, professeur d'astronomie au collége Romain, puiser tous les éléments dans les registres officiels fort bien tenus, nous semblent suffisamment détaillés pour déposer en faveur de l'opinion qui consiste à soutenir qu'un miasme est la cause productrice des pyrexies à quinquina. J'adresse à l'Académie, en même temps que cette lettre, un second mémoire destiné à combattre l'hypothèse météorologique et à étayer la doctrine du miasme (1).

(1) Premier mémoire, RECHERCHES SUR LES CAUSES DES FIÈVRES A QUINQUINA EN GÉNÉRAL ET EN PARTICULIER SUR LES FOYERS QUI LEUR DONNENT NAISSANCE EN ALGÉRIE, mémoire présenté à l'Académie, compte rendu par M. Gaultier de Claubry, séance du 29 février 1848.

Deuxième mémoire, ORIGINE MIASMATIQUE DES FIÈVRES A QUINQUINA, présenté à l'Académie.

FÉLIX JACQUOT.

(La suite prochainement.)

choses, *des poils de la longueur du doigt*, les uns blancs à leurs deux extrémités et noirs dans leur partie moyenne, les autres noirs, tandis que d'autres au contraire étaient blancs. Ces poils, amincis vers une de leurs extrémités, étaient plus obtus vers l'autre, qui paraissait être leur racine. Cette dame portait avec elle une boîte contenant de cette matière extraordinaire, qu'elle fit voir à plusieurs personnes et dont elle donna une partie à Ewich.

Les détails de cette observation font naître plus d'un doute. D'abord rien ne prouve que ces poils ne provenaient pas du dehors ou n'avaient pas été mis artificieusement dans l'urine. En outre, ce serait chose merveilleuse que de trouver, dans l'urine, des poils ayant un nœud comme un fil qu'on prépare pour la couture. Ce fait, bien qu'il ait été souvent cité, et récemment par Breschet, comme un exemple de *poils rendus avec l'urine*, doit être relégué parmi ceux que la science ne peut accepter.

§ VIII. — POILS DANS L'URINE; GRAVIERS DE NATURE INDÉTERMINÉE; URINES PURULENTES.

Je rapporterai, dans ce paragraphe, une observation de pili-miction, qui donna lieu à une discussion intéressante entre plusieurs savants du commencement du dix-huitième siècle.

Dans ce cas, l'urine, indépendamment des poils ou des corps regardés comme tels, contenait du pus comme dans plusieurs cas rapportés plus haut. La malade avait, en outre, rendu de petits calculs qui n'offraient pas de poils pour noyau.

Voici le fait :

FEMME AGÉE D'ENVIRON CINQUANTE ANS; DOULEURS NÉPHRÉTIQUES FRÉQUENTES; URINES PURULENTES; GRAVIERS NOIRS; URINE GLAIREUSE; RETOUR DES DOULEURS QUI CESSENT AU BOUT DE QUELQUES JOURS; NOUVEL ACCÈS DE DOULEURS SUIVI DE L'EXCRÉTION AVEC L'URINE D'UNE MATIÈRE CONTENANT UNE TOUFFE DE PETITS POILS; CESSATION DES ACCIDENTS (1).

OBS. XVIII. — Une femme pléthorique, âgée d'environ 50 ans, qui avait souvent des douleurs néphrétiques, m'appela auprès d'elle le 9 du mois de mai dernier. L'état purulent de ses urines et leur odeur m'indiquèrent qu'elle avait non-seulement la gravelle et la pierre, mais encore un ulcère d'un ou des deux reins. En conséquence, je lui ordonnai des pilules de cantharides et de camphre, et de boire largement d'une émulsion mucilagineuse. Ces remèdes la firent uriner abondamment; elle rendit des graviers noirs et une matière blanche, épaisse, semblable à de la glu, sans éprouver aucune douleur et sans symptôme fâcheux. Elle fut bien pendant huit jours, au bout desquels les douleurs reparurent et cédèrent aux mêmes remèdes. Environ huit jours après, les douleurs semblant menacer de reparaître, je répétai encore les mêmes remèdes; mais dans la nuit elle ressentit de vives douleurs dans le flanc et éprouva des convulsions qui cessèrent après l'émission d'une urine chargée d'une grande quantité de matière, dans laquelle se trouvait *une touffe de cheveux* courts et altérés. La malade continua quelque temps encore un traitement antinéphrétique qui l'a préservée jusqu'ici des calculs, des douleurs, des matières morbides et de la dysurie.

Je vous envoie un tiers de cette touffe de poils que la dernière dose de cantharides fit expulser. Je ne fais aucune remarque à ce sujet; je les laisse à faire aux savants à qui vous voudrez les présenter. (Plymouth, 28 septembre 1707.)

Une partie de cette touffe de poils fut adressée par Hans-Sloane à Leeuwenhoek. Celui ci l'examina avec soin au microscope, et après une étude minutieuse et très-attentive, il reconnut que cette substance pileuse était composée de matières évidemment venues du dehors. Voici un *extrait* de sa réponse dont je supprime un assez grand nombre de détails et de répétitions, qui du reste témoignent de sa bonne foi et du soin qu'il avait apporté dans son examen (2) :

« Votre lettre du 24 octobre dernier renfermait une petite masse d'une substance pileuse rendue avec l'urine par une femme de 50 ans ou environ, après avoir pris une dose de mouches d'Espagne qui lui avait été ordonnée pour un ulcère des reins. J'ai examiné au microscope une portion de cette substance pileuse, et je pense qu'elle est formée de poils de brebis ou de laine blanche. Cette laine est brisée ou rompue en parcelles très-courtes, dont quelques-unes n'ont pas, en longueur, six fois l'épaisseur d'un poil. Je suppose que ces poils n'ont pu provenir de l'intérieur du corps, et qu'ils viennent bien plutôt des talons d'un bas. Plus j'ai répété mes observations plus je me suis confirmé dans cette opinion : non-seulement j'ai pu reconnaître les courtes particules de laine brisée, mais sur un grand nombre j'ai distingué l'écorce ou l'extérieur des fils de laine. Les petits filaments dont la laine est composée étaient si nettement séparés les uns des autres qu'ils paraissaient former des pinceaux à l'extrémité de ces poils. Sous cette matière, sous cette touffe de laine blanche, il y avait de petites parcelles composées de petits tubes que j'ai pris pour de petits morceaux de paille. Il y avait encore d'autres petites particules semblables à l'enveloppe d'un grain de blé ou de riz, et quelques petits morceaux de bois un peu plus épais qu'un cheveu. Il y avait aussi quelques parcelles d'épiderme sur lesquelles je pouvais voir facilement les petites écailles dont il est composé.

» Il y avait encore un grand nombre de petits corps particuliers dont je ne pus découvrir la nature. Ces dernières particules étaient si fortement liées à quelques poils de laine que je n'ai pu les isoler même avec le secours de l'eau. J'ai vu encore deux légères particules, que j'aurais prises pour des lamelles d'épiderme si elles n'avaient pas été plus grandes qu'aucune des lamelles que j'ai jamais pu détacher de ma peau. Enfin j'ai vu, dans la matière qui m'a été envoyée, d'autres corps dont je ne donnerai pas la description.

» Maintenant voici mes raisons pour supposer que ces *particules laineuses viennent du talon d'un bas*. Je porte toujours des bas de laine blanche, épais, et je couche même avec. Je puis les porter trois semaines de suite puisque je ne sue pas des pieds. Or ayant vu plusieurs fois des particules de laine brisée, déposées en petits tas et adhérentes les unes aux autres sous mes talons, et les ayant examinés pour me convaincre que la laine est composée de petits poils, *j'ai reconnu que ces particules laineuses ressemblaient à celles qu'on m'a envoyées*. Il est vrai que dans la laine du talon de mes bas, je n'ai jamais trouvé de parcelles de bois ou de paille ; mais la raison en est que, depuis des années, je n'ai jamais touché le sol avec mon talon. »

Dans une seconde lettre (1) de M. James Yonge à sir Hans-Sloane insérée dans les TRANSACTIONS PHILOSOPHIQUES, on lit : « J'ai encore vu hier la femme qui a rendu la *touffe de poils*, ainsi que sa fille et la domestique qui la suivait alors. Elles m'ont affirmé toutes que le pot de chambre dont cette femme s'était servie était verni en blanc et très-propre. La malade dit qu'elle a senti cette touffe venir de l'intérieur au dehors et qu'*une tumeur* qu'elle avait dans un des côtés du ventre s'est évanouie ; que depuis lors, c'est-à-dire depuis huit mois, elle n'a plus souffert des douleurs et des autres accidents qui revenaient très-souvent autrefois. Seulement elle a de temps en temps de légères douleurs de reins, et elle rend alors un peu de mucus. Je ne suis pas très-crédule, et je ne doute pas de la réalité de ce fait. »

La remarque faite par le docteur Yonge, dans cette dernière lettre, que la malade qui a rendu les poils avec l'urine portait dans un des côtés du ventre *une tumeur qui s'est ensuite évanouie* pourrait permettre de supposer que cette femme était atteinte d'une de ces tumeurs qui contiennent des poils et qui s'ouvrent quelquefois dans la vessie, si les observations microscopiques de Leeuwenhoek ne venaient pas détruire cette hypothèse. En effet, Leeuwenhoek a constaté que cette matière pileuse était de la laine, et de plus de la *laine brisée* en parcelles dont les extrémités se terminaient en petits pinceaux. Il a constaté, en outre, que ces brins de laine étaient mélangés d'autres parcelles, de lamelles d'épiderme, de parcelles de bois, de paille, etc. Cet ensemble de circonstances, et en particulier cette apparence en pinceaux des bouts de laine brisée, dont j'ai constaté la réalité, ne permet pas de regarder, ainsi que l'ont fait James Yonge, Hans-Sloane et tous les auteurs postérieurs, ce cas comme un exemple de trichiasis ou de pili-miction quelle que soit d'ailleurs l'origine de la laine.

Quelque temps après sir Hans-Sloane reçut de M. John Powel (2) une lettre que je crois devoir rappeler à peu près textuellement :

« Je profite d'une occasion sûre pour vous envoyer une boîte qui renferme des matières pileuses rendues par la fille d'un ecclésiastique de nos environs. Son père est mort il y a quelques années, ainsi que son mari. Elle rend de ces matières depuis deux ans, et cette excrétion n'a été suspendue que pendant deux mois, l'été passé ; cette femme a environ 40 ans; elle a été mariée à l'âge de 17 ans, et a eu quelques années après un enfant qui a vécu neuf semaines.

» Il y a deux ans, au mois d'août, elle fut prise d'une rétention d'urine, de douleurs de vessie et d'une grande douleur aux pieds. L'urine était blanchâtre comme du petit-lait.

» Cette femme éprouvait de la faiblesse dans les membres et des coliques pour lesquelles un autre médecin lui ordonna de prendre des bains froids.

(1) LETTRE du docteur James Yonge, F. R. S., au docteur Hans-Sloane SUR UNE TOUFFE DE POILS (HAIRS) RENDUE AVEC LES URINES (PHILOSOP. TRANS., v. XXVI, année 1708 à 1709, p. 414).

(2) LETTRE de M. Ant Van Leeuwenhoek, F. R. S., CONTENANT DES OBSERVATIONS SUR LES POILS MENTIONNÉS DANS LA LETTRE PRÉCÉDENTE. Delf., 22 nov. 1707 (TRANS. PHILOSOP., v. XXVI, p. 416).

(1) LETTRE de M. James Yonge à sir Hans-Sloane CONCERNANT LA TOUFFE DE POILS RENDUE PAR LES URINES (TRANS. PHILOS., v. XXVI, 1708-1709, p. 410).

(2) LETTRE de M. John Powel à sir Hans-Sloane CONCERNANT UNE DAME QUI RENDAIT AVEC SON URINE DES MATIÈRES PILEUSES INCRUSTÉES DE SELS. — RÉPONSE de sir Hans-Sloane CONTENANT PLUSIEURS OBSERVATIONS DE SUBSTANCES EXTRAORDINAIRES RENDUES PAR LES VOIES URINAIRES (PHILOS. TRANS., v. XLI, part. 2, for the years 1739-1740, p. 496).

Elle en éprouva un grand bien pour la faiblesse des membres ; mais les douleurs des voies urinaires augmentèrent plutôt et les urines commencèrent à devenir fétides. A la Noël, ayant pris un calmant le soir, elle rendit sans beaucoup de douleurs le corps le plus volumineux que vous trouverez dans la boîte. Depuis cette époque ces corps lui causent presque toujours une douleur excessive avant d'être rendus, et elle est ordinairement forcée de *prendre avec le bout des doigts l'extrémité des poils*, pour les attirer au dehors. Souvent il s'écoule beaucoup de sang à leur sortie, ce qui indique un ulcère intérieur.

» Le printemps dernier, à l'aide de deux évacuants, son état s'améliora (vomitifs composés d'ipécacuana; purgatifs avec de la manne, l'huile d'amande douce et du calomel). Elle prit très souvent des diurétiques, des pilules balsamiques, des émulsions. La fétidité de l'urine diminua ; la malade se trouva assez bien pour entreprendre, au mois d'août dernier, un voyage dans le Herefordshire. Elle le prolongea pendant près de deux mois. Je crois qu'elle prit froid à son retour, et ses douleurs augmentèrent très-sensiblement. *Elle rendit une grande quantité de matière pileuse.* L'urine devint gluante et fétide, malgré tout ce qu'un autre médecin et moi-même pûmes faire. L'urine était souvent si épaisse et si gluante qu'on pouvait à peine la détacher du vase. D'autres fois elle était si filante qu'avec un petit balai ou une plume on pouvait en prendre une grande quantité qui retombait comme une masse dans le pot de nuit.

» Depuis un temps considérable, elle a rendu, au moins une fois par jour et quelquefois plus souvent, de ces matières pileuses encroûtées de sels, qui, au moment où elles sont évacuées, ressemblaient à des poils et à des espèces de coraux. Les douleurs sont si vives que, de trois en trois nuits au moins, nous sommes obligés de lui donner des calmants, et les douleurs sont si aiguës que souvent ils ne les calment pas.

» La longueur des souffrances a rendu cette femme très-maigre et très-faible ; elle a souvent essayé le lait, mais il lui fait mal à l'estomac, et elle le vomit.

» Les menstrues ont été régulières, excepté aux deux ou trois dernières époques. Il y a dix ou douze jours, la malade s'est plainte d'avoir le ventre enflé ; il n'existe pas d'enflure aux cuisses et aux jambes.

» La malade éprouve souvent dans la vessie, un *crépitus*, (un *vent*), comme s'il existait une communication entre cet organe et l'intestin rectum.

» Un chirurgien habile a sondé la malade et n'a pas trouvé de pierre. Depuis quelques jours, elle se plaint d'accès d'asthme qu'on attribue à la chaleur de la saison.

» Cette émission avec l'urine de *matières pileuses encroûtées de sels* ne s'était jamais présentée dans ma pratique. Je désire savoir votre opinion à ce sujet, et je vous prie de m'indiquer le traitement que vous pensez devoir être suivi. »

Sir Hans-Sloane (1) répondit : « J'ai reçu il y a deux jours votre lettre et son *contenu* que j'ai examiné. J'ai la conviction que *ces matières pileuses sont engendrées dans les reins*. J'ai vu, dans ma pratique, quelques cas semblables, et j'ai conservé ce qui a été rendu avec les urines dans quelques-uns de ces cas. Le premier dont je me rappelle est celui d'un *gentleman*, près d'Exchange, qui, il y a quatre ans, rendait avec l'urine de *longs poils*. Lorsqu'il urinait sur un papier blanc à filtrer, l'urine le traversait et les poils étaient retenus à sa surface. Par leur transparence, ils donnaient, lorsqu'on les examinait au microscope, les couleurs les plus nettes, telles qu'on les observe avec le prisme. Ce gentleman ne souffrait pas beaucoup quoiqu'il se plaignît d'une âcreté d'urine.

» Un autre cas était celui d'un brasseur qui rendait *des poils nattés ou pelotonnés ensemble*, et qui le faisaient beaucoup souffrir ; mais ils étaient accompagnés de très-peu de matière pierreuse. »

(Suivent quelques exemples de concrétions calculeuses formées autour de corps étrangers introduits dans la vessie, et des remarques sur l'utilité des bains tièdes, des boissons délayantes et mucilagineuses, des opiacés, de la saignée, etc., dans les cas analogues à celui pour lequel l'auteur est consulté.)

J'ai rapporté à peu près textuellement la correspondance entre John Powel et sir Hans-Sloane afin de montrer combien il est difficile, malgré la longueur des détails, de juger de semblables faits. La malade de John Powel avait évidemment un catarrhe de vessie dont les *glaires* et les matières filantes étaient un des principaux symptômes. Mais quelles étaient ces *matières pileuses* sur la nature desquelles sir Hans-Sloane n'émet aucun doute, si ce n'étaient de véritables poils? D'un autre côté, je ne sais que penser de ces poils qui, examinés par cet auteur au microscope, donnaient les couleurs les plus nettes, telles qu'on les voit à travers un prisme. Ces faits, qu'on a acceptés et cités sans examen et sans critique ne sont bons à connaître, en réalité, que pour faire sentir la nécessité d'observations plus complètes et plus précises.

L'attention ayant été appelée sur les *excrétions des poils avec l'urine*, J. Knight (1) adressa à sir Hans-Sloane la relation d'un cas dans lequel il avait observé dans l'urine une matière qu'il désigne sous le nom de *capillamenta* : « Ayant observé un cas extraordinaire, j'ai l'honneur de vous le communiquer pour savoir si vous en avez rencontré de semblables dans votre longue et heureuse pratique. La substance pileuse ou les fins *capillamenta* renfermés dans la boîte que je vous adresse ont été évacués avec l'urine par un gentleman pendant une violente attaque de dysurie. La gravelle qui fut rendue en même temps était en quantité insignifiante. La cause principale de la dysurie était due à la *substance pileuse* et à la matière terreuse qui lui adhérait. Ces matières enflammèrent les artères, le sphincter de la vessie et de parties adjacentes. La phlébotomie, les lavements adoucissants, les opiacés, les émulsions et d'autres remèdes analogues furent successivement employés ; tout fut inutile jusqu'à ce qu'eût lieu l'évacuation de ces corps étrangers. »

L'auteur, après des détails et des hypothèses sans intérêt, termine en disant qu'il doute que ces substances soient de *vrais cheveux*. Ce sont plutôt, dit-il, des *concrétions grumeleuses*, formées dans les reins, et moulées dans les conduits excréteurs de l'urine. Mais alors pourquoi désigner ces matières sous le nom de *capillamenta ?* J'ajoute que depuis l'époque à laquelle les observations de James Yonge, de Hans-Sloane, de Leeuwenhoek et de Powel ont été insérées dans les TRANSACTIONS PHILOSOPHIQUES, c'est-à-dire depuis cent cinquante ans environ, aucune autre observation de trichiasis des voies urinaires n'y a été publiée, circonstance qui témoigne de la rareté de cas semblables.

§ IX. — FILAMENTS PILIFORMES OBSERVÉS DANS LES URINES, DANS LES SÉDIMENTS, DANS LES GRAVIERS OU LES CALCULS, ET CONFONDUS AVEC LES POILS DE L'HOMME.

Parmi les substances observées dans l'urine, dans les sédiments urinaires, dans les graviers et les calculs, et qui ont été confondues ou qui pourraient l'être avec les poils, on doit noter les suivantes :

1° Les filaments de fibrine plus ou moins décolorés;

2° Les filaments de mucus concrété ou desséché;

3° Les filaments d'albumine coagulée ?

4° Les conferves et les mycelium des mucédinées, développées dans l'urine ou à sa surface, quelque temps après son émission ;

5° Les fils de lin, de coton ou de laine, colorés ou non colorés ;

6° Les poils d'autres animaux, ajoutés accidentellement ou artificieusement à l'urine, après son émission.

1° FILAMENTS DE FIBRINE. — Dans certaines hématuries, la fibrine se dépose quelquefois dans l'urine, en filaments qui, à l'œil nu, peuvent plus ou moins simuler des poils. Cependant cette apparence filamenteuse n'est pas celle que prend le plus ordinairement la fibrine. Chopart n'était pas certainement autorisé à dire, en parlant de tous les cas de pili-miction publiés antérieurement à son ouvrage, et en particulier de l'observation de Schenck citée plus haut (obs. VII) : « Ces prétendus poils ou cheveux ne » sont *que des concrétions sanguines* ou des filaments de matière albu» mineuse qui peuvent avoir la forme, la consistance et la couleur des » poils (2). » J'ajoute que jamais les concrétions fibrineuses n'ont la consistance et surtout la résistance des poils.

2° FILAMENTS DE MUCUS. — Une observation d'André Caceffel (3), intitulée : DE URINA PILOSA SEU FILOSA, indiquée par plusieurs auteurs comme un exemple d'urine *pileuse*, appartient évidemment aux urines catarrhales ou *glaireuses*. On comprend difficilement comment on a pu rapprocher cette urine des urines qui contiennent des poils. Voici le fait : « Dans l'année 1668, un certain écuyer nommé Schaplan, habitant dans la plus grande île de Marienbourg, après avoir éprouvé des douleurs dans le côté gauche, rendit, pendant quatre semaines, sans douleur, une urine épaisse, blanche, dont le dépôt contenait une grande quantité de sable et de graviers rouges. Cette urine était quelquefois tellement épaisse qu'il fallait la retirer avec les doigts *comme des filaments* ; elle se coagulait dans l'urinoir en une masse, et ne pouvait être transvasée sans qu'on y ajoutât de l'eau. Ces accidents étaient accompagnés d'une insomnie telle qu'elle résista à 12 grains d'*opium correctum*. Il survint de l'amaigrissement, et trois semaines après, les

(1) RÉPONSE de sir Hans-Sloane à M. Powel. Londres, 27 juillet 1733 (TRANS. PHILOSOP.).

(1) LETTRE de M. J. Knight à sir Hans-Sloane SUR LES CHEVEUX RENDUS PAR LES URINES. Février 1737 (TRANSACT. PHILOS.).

(2) EPHEM. NAT. CUR., dec. 1, ann. IV et V, 1673, p. 45.

(3) Chopart, TRAITÉ DES MALADIES DES VOIES URINAIRES, In-8°, t. II, p. 137, nouv. édit. Paris, 1830.

pieds s'étant gonflés, le malade fit usage, pendant quatorze jours, de *spiritu vitrioli salæ terræ natrato et coagulato*. Il fut purgé deux fois avec de l'extrait de rhubarbe et obtint sa guérison. »

Dans des cas analogues au précédent, il sera toujours facile de distinguer les filaments *muqueux* et glaireux, capilliformes, des véritables poils ; mais un examen plus attentif est nécessaire lorsqu'il s'agit de déterminer la nature de certains filaments capilliformes qu'on observe dans quelques sédiments de l'urine recueillis sur le filtre et desséchés. Lorsqu'un sédiment *rose* (*pink*) (1) est séparé de l'urine par la filtration, dit M. Brett, la masse qui reste sur le filtre est douce au toucher et les particules qui la composent étant d'une excessive finesse, leur cohésion est plus marquée que dans les sédiments d'acide urique. Lorsqu'on laisse sécher sur le filtre ces sédiments *rosacés*, ils peuvent s'enlever en masse sans que les particules qui les forment se séparent. Dans un grand nombre de dépôts de cette espèce, continue M. Brett, les particules qui les composaient étaient réunies par des *filaments d'une structure délicate*, semblables, en apparence, à des *poils fins et très courts*. Ces filaments, par leur entrelacement, formaient une sorte de réseau sur lequel les sels étaient déposés. Par l'ébullition, les sels étaient dissous, et cette trame filamenteuse, restée en suspension, devenait plus apparente.

M. Brett rapproche ces filaments piliformes, qu'il a aussi observés dans des sédiments phosphatiques des poils que M. Magendie a vus réunis sant de petits graviers et qu'il a désignés sous le nom de *gravelle pileuse* ; mais ils doivent en être distingués.

On a souvent observé, dans les calculs, des filaments qui *simulaient des poils* ; une pierre calcaire, du volume d'une petite noisette, rendue spontanément par un homme qui avait réclamé les soins de M. Civiale (2), contenait des filaments muqueux *ressemblant à un paquet de cheveux*. De tels filaments peuvent être facilement distingués, au microscope, des véritables poils, en ce qu'ils n'en ont ni la régularité ni la structure. Les cristaux ou la poudre amorphe déposés dans ces filaments peuvent être facilement reconnus, à un fort grossissement et à l'aide de réactifs ; le mucus perd alors l'apparence d'une substance organisée.

3° Filaments d'albumine coagulée? — M. Golding Bird (3) dit qu'on a quelquefois pris pour des poils de petits tubes vermiculaires d'albumine coagulée qu'on observe souvent dans le sédiment de l'urine des individus atteints de la maladie de Bright, et dont le diamètre correspond exactement à celui des tubes urinifères.

Il résulte de mes observations que ces petits tubes, quelquefois parsemés de globules graisseux sont bien plus souvent le produit d'une desquamation de l'épithélium des *canaliculi* des reins, reconnaissable aux cellules qui lui sont propres, que de petits dépôts albumineux. Ces petits tubes ne pouvant être distingués généralement qu'à l'inspection microscopique, ils doivent avoir été bien rarement pris pour des poils, si cette erreur a jamais été commise.

4° Il se développe quelquefois assez rapidement dans les urines plus ou moins chargées de mucus, d'albumine, etc., surtout pendant les chaleurs de l'été, de véritables *conferves* reconnaissables à leurs cloisons ou à leurs sporules. Ces filaments, simples ou ramifiés, seront toujours facilement distingués des poils. Cette disposition ramifiée servira toujours à distinguer les *mycelium* des muscidines qui, au bout d'un certain temps se dessinent avec tous leurs caractères à la surface de l'urine.

Je dois prévenir aussi les personnes qui briseront des calculs, extraits depuis un certain temps de la vessie, dans le but d'étudier les filaments que ces calculs présentent quelquefois dans leur intérieur, qu'elles pourront rencontrer une espèce de *penicillium*, facile à distinguer, au microscope, des véritables poils.

5° Si *des fils de lin, de coton ou de soie* sont ajoutés accidentellement ou artificieusement à l'urine au microscope, on les reconnaîtra aisément. Ces fils sont souvent teints en jaune, en bleu, en rose, en vert, etc., couleurs que les poils ou les cheveux ne présentent jamais.

En outre, ces *fils* ont des apparences particulières, lorsqu'on les examine au microscope.

Les *fils de lin* sont des filaments ordinairement cylindriques, offrant de loin en loin et irrégulièrement des raies ou stries transversales des nœuds ou des renflements. Le plus souvent des fibrilles se détachent de différents points de leur longueur, en leur donnant un aspect ramifié. Néanmoins des fils de lin provenant d'une toile très-fine et usée pourraient facilement être pris pour des poils ; j'ai failli commettre cette erreur en examinant des filaments mêlés à des débris de calculs extraits par la lithotritie ; ces filaments, du diamètre d'un centième de millimètre environ, étaient en effet cylindriques et présentaient un canal central ; ils provenaient certainement du linge avec lequel on avait nettoyé le lithotriteur. On peut les distinguer des poils, en ce qu'ils ne présentent pas comme ceux-ci, à leur surface, des stries sinueuses formant des espèces de squammes, et en ce qu'ils offrent un reflet également jaunâtre ou verdâtre ; en outre, si on les suit dans toute leur longueur, après les avoir humectés avec de l'eau, on constate ordinairement soit dans une certaine étendue, soit sur quelque point circonscrit, un élargissement pouvant aller à deux ou trois fois le diamètre des filaments, qui est en même temps aplati.

Les *fils de soie* offrent l'apparence d'une substance homogène qui ne possède ni moelle centrale, ni les stries squammeuses des productions pileuses.

Les *fils de coton* ont l'aspect de rubans réguliers, partout égaux, enroulés sur eux-mêmes en spirale et limités par une strie marginale bien accentuée. Les poils de l'homme, les cheveux, la laine, ne sont jamais rubanés, quoique ils ne soient pas toujours parfaitement cylindriques. Ils n'offrent jamais non plus de nœuds ou de renflements ; s'ils se divisent en fibrilles, ce n'est ordinairement que par leurs extrémités ; enfin, l'on peut y reconnaître soit une moelle centrale, soit à la surface des stries transversales sinueuses qui donnent à la substance corticale une apparence squammeuse. Ces détails ne paraîtront pas trop minutieux à ceux qui savent toutes les chances d'erreur qu'offre l'étude de la pilimiction. Pour n'en citer qu'un exemple : une femme atteinte d'un rhumatisme s'étant enveloppé l'épaule avec de la ouate, en avait laissé tomber, par mégarde, quelques fils dans le bocal qui avait reçu son urine. A l'inspection microscopique, nous reconnûmes la nature de ces filaments, qui avaient l'apparence de poils.

Les poils de l'homme diffèrent des poils du chien, du chat, de la brebis, etc., par des caractères faciles à saisir, en comparant entre elles les figures que j'en ai données. La connaissance de ces caractères est également nécessaire pour mettre à l'abri de méprises presque inévitables sans l'examen microscopique. Un homme atteint d'une néphrite albumineuse avait souvent remarqué dans son urine des espèces de poils très-fins, il m'en remit un certain nombre ; or, après avoir examiné ces corps piliformes, nous reconnûmes, M. Davaine et moi, que c'était des parcelles de laine et des poils de lapin diversement colorés qui, tombés accidentellement dans le vase de nuit, avaient trompé le malade dont je ne puis d'ailleurs soupçonner la bonne foi.

RÉSUMÉ.

Les poils qu'on observe quelquefois dans les voies urinaires, dans l'urine, la gravelle ou les calculs, peuvent avoir une triple origine : ils peuvent : 1° s'être formés dans les voies urinaires (trichiasis) ; 2° provenir de kystes pileux ouverts dans la vessie ; 3° avoir été introduits du dehors.

1° *Le trichiasis des voies urinaires* est une maladie très rare, qui doit être inscrite dans nos cadres nosologiques. Elle l'est certainement beaucoup plus qu'elle ne paraît l'être d'après le nombre d'observations de trichiasis déjà publiées. Le chiffre de ces observations se réduit beaucoup lorsqu'on écarte celles dans lesquelles l'urine n'a pas été examinée au moment de son émission, et celles dans lesquelles l'existence de véritables poils d'homme dans l'urine ou dans des graviers n'a pas été suffisamment établie. Le trichiasis est caractérisé par l'émission de poils avec l'urine non sensiblement altérée dans son apparence et sa composition, ou avec l'urine plus ou moins chargée de mucus, de sang ou de pus. Ces poils peuvent aussi être enchevêtrés dans du sable urique, soit dans des graviers phosphatiques, ce qui constitue alors l'union du trichiasis à la gravelle. Les poils peuvent aussi être déposés à la surface, ou disséminés, dans l'intérieur, de calculs d'une composition plus ou moins complexe.

Dans le trichiasis, l'émission des poils avec l'urine peut quelquefois s'opérer presque sans douleur et même à l'insu des malades : c'est le cas du trichiasis *simple*. Plus souvent le trichiasis est accompagné de diverses *complications*, de dysurie, d'urines sanguinolentes ou purulentes, et d'autres accidents propres à diverses maladies des voies urinaires. L'émission des poils peut n'avoir lieu que pendant un temps assez court, et ne se produire qu'à des intervalles plus ou moins éloignés.

Les causes de cette singulière affection sont complétement ignorées ; il résulte seulement de l'analyse des faits observés qu'on l'a vue le plus souvent coexister avec une inflammation de la membrane muqueuse des voies urinaires, avec des graviers ou des calculs.

Le trichiasis a été observé chez l'enfant, chez l'adulte et le vieillard, chez l'homme et chez la femme.

On ne sait encore rien sur la disposition des poils et sur l'état anatomique de la membrane muqueuse, du bassinet et de la vessie dans le trichiasis des voies urinaires, Maurice Hoffmann et Bichat ayant malheureusement négligé l'examen de cette membrane dans les deux cas où ils ont constaté l'existence de poils dans les voies urinaires après la mort.

Lorsque le trichiasis coïncide avec la gravelle urique, l'usage des alcalis

(1) Brett, On urinary deposits (The London medical Gazette, t. XVII, p. 844.)
(2) Civiale, Traité de l'affection calculeuse, p. 77. In-8°. Paris, 1838.
(3) Golding Bird, *mémoire cité*.

est indiqué comme dans le cas de simple gravelle; l'emploi des acides serait préférable s'il s'agis ait de la gravelle phosphatique enchevêtrée de poils.

Quant aux remèdes qui ont été employés avec plus ou moins de succès dans les inflammations des voies urinaires compliquées de trichiasis, ils appartiennent presque tous à la catégorie de ceux qu'on recommande généralement contre ces inflammations elles-mêmes.

2° *La pili - miction* provenant de kystes pileux constitue un état pathologique bien distinct du précédent et comme lui fort rare. Ces cas de pilimiction n'ont été observés que chez la femme, mais ces faits sont en général des plus authentiques. Cette émission de poils avec l'urine se distingue du trichiasis par l'existence d'une tumeur le plus ordinairement située au voisinage d'un des ovaires, et qu'on pourra reconnaître à l'aide d'une exploration attentive de la vessie et des autres organes de l'hypogastre par le rectum et par le vagin. La connaissance des accidents antérieurs à la pilimiction contribue aussi à éclairer le diagnostic, que d'autres circonstances, telles que l'émission ou l'extraction par l'urètre de petites portions de peau couvertes de poils, de fragments d'os, des dents, etc., pourront rendre tout à fait certains. Plusieurs observations que j'ai rapportées montrent que le chirurgien peut quelquefois venir très-efficacement en aide aux efforts de la nature en favorisant l'expulsion des poils, des dents, des calculs, ou en pratiquant leur extraction.

3° *L'introduction dans la vessie de poils venant du dehors* est également un fait rare, mais plusieurs fois constaté. On a vu une mèche de cheveux, introduite volontairement dans la cavité de cet organe, devenir le noyau d'un calcul. J'ai cité une observation qui tend à prouver qu'un poil du pubis a pu pénétrer dans la vessie par une fistule ombilicale. Suivant quelques chirurgiens, des poils pourraient encore être portés dans la vessie dans l'opération du cathétérisme. Enfin j'ai trouvé moi-même assez fréquemment des poils des fils de laine, de lin et de coton dans des débris de calculs pour être conduit à penser que les mors du lithotriteur avaient pu retenir ces matières et les porter dans la vessie.

THÉRAPEUTIQUE CHIRURGICALE.

MÉMOIRE SUR LE TRAITEMENT DE L'ASCITE PAR LES INJECTIONS IODÉES; par M. BOINET.

(Suite. — Voir le numéro 31.)

En 1833 M. Jobert (de Lamballe) revint à l'idée d'injecter un liquide dans le péritoine, il se servit d'un mélange d'eau et d'alcool chez une femme atteinte d'hydropisie. Voici cette observation :

OBS. IX. — La paracentèse est pratiquée par M. Jobert de la manière suivante : Sur le côté gauche de l'abdomen et au lieu d'élection ordinaire, une ponction faite dans la cavité abdominale donne issue d'abord à 8 onces de sérosité, et avant qu'il ne s'en écoule davantage, on pousse à travers la masse du liquide 10 onces du mélange suivant : eau tiède, 8 onces, alcool, une once et demie.

Tout d'un coup, pendant que la colonne de liquide injecté traversait la cavité du péritoine, le malade accusa une douleur très-vive, accompagnée de chaleur dans le point tout à fait opposé à celui qui avait donné passage à l'instrument. Après la ponction, l'ouverture de la canule étant exactement fermée pour que rien ne pût s'échapper, on attendit environ un quart d'heure, en imprimant de légères secousses à l'abdomen, afin qu'il y eût mélange intime et action de l'alcool sur la surface interne du péritoine, et puis l'on fit évacuer le liquide, dont le volume pouvait être de 12 litres ; il était jaune citrin, fortement chargé d'odeur alcoolique. L'ouverture faite par le trois-quarts est fermée par plusieurs rondelles de diachylon et par un bandage de corps appliqué autour de l'abdomen (1).

Le soir, il y eut une fièvre très-prononcée, des coliques extrêmement fortes, mais sans vomissement, sans tension de l'abdomen, sans douleur à la pression sans grippement de la face. On remarqua une agitation générale, de la loquacité, une exaltation de fonctions intellectuelles, symptômes attribués par le rédacteur du journal, à une ivresse résultant de l'action de l'alcool injecté, mais qui duraient encore le lendemain, et qui probablement étaient tout simplement un effet de la fièvre.

Quoi qu'il en soit, le mouvement fébrile et les douleurs se sont dissipés, et un mois après rien n'annonçait la reproduction du liquide. La guérison semblait assurée.

Des hommes d'une grande autorité ont pensé qu'il s'agissait plutôt d'un kyste de l'ovaire que d'une ascite. Ascite ou kyste de l'ovaire, dit Morel-Lavallée, ce fait est très-intéressant, mais on notera que c'est celui où l'injection péritonéale a été suivie des symptômes les plus sérieux, le seul où ils aient pris un caractère inquiétant ; la prudence ne conseillerait donc pas de recourir au moyen qui a été mis en usage.

Enfin, en 1834, M. Vivielle, chirurgien en chef de l'hospice civil de la Rochelle, proposa l'injection d'eau tiède et de décoction de quinquina. C'était chez un homme atteint d'ascite à la suite de fièvres intermittentes. Voici cette observation et les réflexions qui les suivent que j'emprunte au rapport de Morel-Lavallée.

OBS. X. — Chez un homme de 40 ans, devenu hydropique à la suite de fièvres intermittentes et d'un engorgement de la rate, je pratiquai, dit ce chirurgien, en présence de plusieurs de mes confrères, une ponction avec un trocart. Je vidai ce liquide à moitié, puis j'injectai dans la cavité abdominale 3 litres à peu près d'eau pure, à la température du liquide sorti. Je vidai encore la moitié du liquide, et je répétai cette manœuvre jusqu'à ce qu'il ne sortît plus que de l'eau pure, puis je tirai tout le liquide, et je fixai la canule par un bandage de corps qui tenait le ventre légèrement serré. Pendant l'opération, le malade manifesta peu de douleur ; il était sans fièvre ; le pouls resta le même. Je prescrivis la diète et l'usage de l'eau rougie. Tous les jours j'injectai par la canule de l'eau (à peu près 3 litres) à une température graduellement plus élevée ; alors le malade éprouvait du malaise, le pouls s'élevait. Le troisième jour, j'ajoutai à 2 litres d'eau la même quantité de décoction de quinquina filtrée. Le malade, au bout de quelques minutes, éprouva de très-vives douleurs, ce qui m'obligea à donner issue immédiatement au liquide. Le pouls s'élevait sensiblement. Le soir, il y avait de la fièvre. Le lendemain, quatrième jour, pas de fièvre ; je m'abstins d'injection ; l'eau rougie fut continuée. Le cinquième jour, je répétai l'injection avec moitié eau et moitié décoction de quinquina ; les douleurs se manifestèrent aussitôt. Je laissai le liquide pendant trois minutes. La fièvre survint ; la douleur dans tout l'abdomen augmenta, principalement à l'endroit de la canule. Cet état dura presque toute la journée. Alors je me déterminai à ôter la canule, qui faisait éprouver au malade de vives douleurs ; je prescrivis une boisson adoucissante ; des fomentations émollientes furent appliquées sur le ventre et je continuai la diète. Le sixième jour, le malade avait passé une mauvaise nuit ; la fièvre durait encore, mais avec moins d'intensité ; la piqûre de l'abdomen était très-douloureuse et légèrement rouge. Même prescription ; et si les accidents inflammatoires n'avaient pas paru céder, je n'aurais pas hésité à pratiquer une saignée. Les accidents diminuèrent tous les jours ; je suivis exactement la marche de la maladie. Au bout de huit jours, aucun signe de collection nouvelle dans la cavité de l'abdomen ne se manifesta, le régime fut gradué et augmenté suivant les forces, et trois semaines après le malade sortit de l'hôpital parfaitement guéri. Depuis ce temps, j'ai eu occasion de le voir souvent, il est toujours très bien. (J.-L.-A. Vivielle, chirurgien en chef des hospices civils de la Rochelle, THÈSES, Paris, 1834, n° 103, p. 12.)

Il y a dans ce fait plusieurs points à noter : d'abord l'évacuation primitivement incomplète de l'épanchement et la proportion croissante de l'eau que les injections répétées mélangeaient avec la portion de liquide laissée dans le ventre, puis la canule fixée à demeure, enfin les injections multipliées d'eau à une température progressivement élevée et les injections de quinquina. Le contact permanent de l'extrémité de la canule sur le péritoine, le nombre des injections, les propriétés irritantes de celle de décoction de quinquina, montrent ce que peut supporter cette membrane dans l'ascite. On peut même se demander, et les douleurs qui se sont manifestées autorisent cette crainte, si l'irritation du péritoine n'a pas été portée au delà du degré suffisant, trop près de la limite où elle aurait commencé à être dangereuse ; si le moyen trouve sa justification dans le succès, nous le croyons trop complexe, et par cela même trop incertain pour être usité.

Quant à l'idée appliquée par MM. Jobert et Vivielle, de faire l'injection en la faisant une partie plus ou moins considérable de l'épanchement abdominal, il nous paraît facile d'en comprendre le but, qui est de répartir le principe irritant dans une plus grande masse de véhicule, de le mettre plus sûrement en contact avec tous les points de la muqueuse abdominale ; ce procédé, qui nous paraît sans avantages réels, pourrait avoir des inconvénients, si le liquide de l'injection, était de nature à coaguler l'albumine ; ensuite il place le chirurgien dans la condition fâcheuse d'employer une injection dont il ne connaît pas la force, et dont il ne peut par conséquent calculer les effets.

Telles sont les observations d'injections diverses dans le péritoine que nous avons trouvées dans la science ; elles sont à peu près les seules qui aient été employées avec quelques succès avant les injections iodées ; en les rapportant nous avons signalé leurs avantages et leurs inconvénients et indiqué les motifs de leur abandon. Maintenant il nous reste à examiner ce que sont les injections iodées, et si les résultats qu'elles promettent sont préférables à ceux obtenus par les injections que nous venons de passer en revue.

Le premier fait qui a appelé notre attention et celle des praticiens sur l'innocuité des injections iodées sur le péritoine et qui constate cette innocuité, date de 1839 ; il nous appartient. Il a été publié en 1840 dans la GAZETTE MÉDICALE DE PARIS (p. 605). Il a trop d'importance pour le sujet

(1) GAZETTE DES HÔPITAUX, 1833, p. 278.

que nous traitons dans ce mémoire pour que nous n'en rappelions pas les principales circonstances. Nous nous trouvions en présence d'un de ces cas où le médecin se trouve dans l'impossibilité de soulager son malade avec les moyens connus, et qui quelquefois fait sortir le praticien observateur des voies ordinaires, en l'engageant à tenter des moyens nouveaux. Il s'agissait d'un vaste abcès de la fosse iliaque interne qui, depuis plus de deux ans, résistait à tous les traitements mis en usage et conseillés par plusieurs professeurs et chirurgiens des hôpitaux de Paris. La paroi supérieure ou abdominale de ce foyer purulent était formée par le péritoine. Malgré cette circonstance, nous fîmes une injection iodée dans ce vaste abcès sous-péritonéal (il avait plus de 20 cent. de profondeur), et douze jours après la guérison était radicale. Parmi les réflexions que nous suggéra cette observation, nous faisions les suivantes :

« Les circonstances dans lesquelles nous agissions n'étaient pas les mêmes que pour l'hydrocèle; ce n'était plus dans une tunique vaginale que nous faisions une injection iodée, mais bien dans le foyer d'un vaste abcès, entouré de tissu cellulaire abondant, de nerfs, de vaisseaux, de muscles, etc., recouverts d'une membrane séreuse très-prompte à s'enflammer à la moindre occasion. Cette circonstance du voisinage du péritoine était bien de nature à nous donner des inquiétudes, que le résultat que nous avons obtenu pouvait seul dissiper; en poussant une injection pareille dans un foyer aussi vaste, situé sous le péritoine, nous craignions et nous devions craindre que cette membrane, venant à s'enflammer, ne fût cause d'accidents plus graves que ceux que nous avions à combattre, etc. »

Ce point étant établi par cette seule observation que de la teinture iodée en grande quantité avait pu être mise en contact sur une surface assez étendue du péritoine, sans danger aucun et sans y faire naître une inflammation fâcheuse, il était tout naturel de penser qu'injectée dans l'intérieur même de la cavité péritonéale, cette teinture n'aurait pas de conséquences plus graves, et pourrait dans l'ascite produire des résultats semblables à ceux qu'on obtient dans l'hydrocèle. De plus l'analogie si grande qui existe, d'une part, entre ces deux affections, l'hydrocèle et l'ascite, et, de l'autre, entre la membrane péritonéale et la membrane vaginale, devait tout naturellement conduire à l'emploi de ces injections dans le péritoine; aussi ces circonstances, nos réflexions et le résultat que nous avions obtenu ont-ils engagé quelques chirurgiens à tenter ces injections, là où l'on n'aurait jamais osé le faire auparavant. Les résultats qui ont été obtenus jusqu'à ce jour, loin de faire redouter ces graves accidents que faisait craindre toute opération, toute irritation sur le péritoine, ont été des plus satisfaisants et de nature à encourager, à poursuivre cette voie de traitement; c'est M. le docteur Dieulafoy (de Toulouse) qui, le premier, a tenté de guérir l'ascite par les injections iodées. Ainsi, sans y comprendre le fait que nous venons de rappeler et deux autres que nous allons faire connaître, la science possède déjà 11 cas d'injections d'iode dans le péritoine, et ces 11 cas sont des succès; voici ces observations :

Obs. XI. — En 1841, le docteur Dieulafoy (de Toulouse) a pratiqué dans l'espace de trois mois trois injections iodées dans le péritoine, pour guérir une ascite qui compromettait les jours d'un malade, après avoir résisté à tous les moyens mis en usage. La première injection fut faite le 21 mars 1841, et la dernière le 30 mai de la dernière année. Il s'agissait d'un teinturier âgé de 42 ans, de mauvaise constitution, affecté d'une diarrhée chronique qui durait depuis plus de deux ans et qui fut supprimée à la suite de l'exposition au froid et de quelques excès de boisson. Quelques jours après on constate un épanchement abdominal, qui oblige de recourir à la ponction le 15 janvier, le 3 et le 20 février, le 9 et le 21 mars 1841. Chaque ponction fournit de 20 à 24 livres de liquide ; le 21 mars, après la cinquième ponction, M. Dieulafoy eut la première idée d'oblitérer la cavité péritonéale au moyen d'une injection iodée. On avait préparé d'avance l'injection suivante :

Teinture d'iode.	32 grammes.
Iodure de potassium. .	4
Eau	150

Cette solution fut encore affaiblie au moment de l'injection par l'addition d'une certaine quantité d'eau et étendue dans la cavité abdominale au moyen de la pression de la main. Le malade dit qu'il éprouvait une sensation de chaleur agréable. Après qu'on eut laissé séjourner quelque temps l'injection, le malade, auparavant couché à plat, fut remis sur le côté, et il sortit par la canule la moitié du liquide injecté; le soir il y eut un peu de réaction fébrile et une légère douleur de l'abdomen que l'on combattit par des frictions mercurielles et un cataplasme.

Un mois après, le 19 avril, M. Dieulafoy fut rappelé et fit une nouvelle ponction qui ne fournit que 8 à 10 litres de liquide. Cette fois l'épanchement était moins considérable; il n'occupait que la partie supérieure et droite de l'abdomen. Une nouvelle injection fut pratiquée; elle présenta les mêmes phénomènes que la première.

Six semaines après, le 30 mai, M. Dieulafoy fut encore rappelé : il fit encore une nouvelle ponction; mais il ne retira que trois litres de liquide. Une troisième injection iodée fut faite. Mêmes phénomènes; état fébrile, douleurs abdominales. Huit jours après, le malade était dans un état d'anasarque générale; mais la cavité abdominale ne contenait plus de liquide. La convalescence fut longue, et le malade, traité par les purgatifs, se rétablit complétement; seulement, lorsqu'il voulait se relever, il éprouvait des tiraillements dans le ventre.

Il est important, dans cette observation, de faire remarquer la rapidité de la sécrétion séreuse, parce qu'elle exclut l'idée d'une hydropisie enkystée et ne peut appartenir qu'à l'ascite, ce qui nous paraît confirmer un diagnostic qui a été contesté par quelques membres de l'Académie de médecine. (Dieulafoy, Acad. de méd. du 27 janvier 1846; Bullet. de l'Acad., t. II, p. 423.)

Obs. XII. — En 1842 (1), M. Velpeau, ayant fait avec succès une injection iodée dans l'articulation d'un genou atteint d'hydarthrose chronique, voulut se rendre compte des effets produits sur les séreuses par l'injection iodée; il voulait savoir si le liquide iodé amenait constamment l'adhérence des parois de la cavité qui l'a reçu, puis si ces adhérences, une fois établies, sont indélébiles et de nature à gêner les mouvements naturellement mobiles. Dans ce but, il pratiqua des injections de teinture d'iode dans le tissu cellulaire et dans le péritoine de plusieurs animaux. Il pressentait déjà l'importance de ce moyen dans les cavités viscérales, et il disait (2) : « Actuellement il n'y a plus qu'un ordre de cavités séreuses à explorer sous le point de vue des injections iodées; mais celles-là sont, si l'on peut s'exprimer ainsi, les plus inabordables de toutes : ce sont les cavités viscérales, la cavité rachidienne, la cavité crânienne, les cavités pleurales, la cavité du péricarde et la cavité du péritoine. » « Qui osera, ajoute-t-il plus loin ce savant professeur, porter de la teinture d'iode dans un spina-bifida, dans la cavité du crâne, sachant que l'inflammation des méninges devient rapidement mortelle? Quelle perplexité pour celui qui ferait une injection iodée dans le péritoine, quand on réfléchit aux dangers de la péritonite aiguë! Quoique rassuré déjà par le mécanisme de l'inflammation que détermine la teinture d'iode dans les cavités séreuses, quoique très-disposé à admettre comme probable leur efficacité dans le spina-bifida, dans l'hydropéricarde, dans l'hydrothorax même, je n'aurai pas moins reculé jusqu'à présent devant leur première application à l'espèce humaine en pareil cas. J'ai voulu que des expériences sur des animaux éclaircissent avant diverses questions dont la solution me paraît importante. C'est au péritoine que je me suis adressé dans ce but, parce que si les injections iodées devenaient un remède utile dans l'ascite, je regarderais comme démontré qu'elles doivent à plus forte raison être avantageuses dans les hydropisies de poitrine, etc. » C'est d'ailleurs ce que l'expérience a démontré depuis pour le spina-bifida, l'hydrothorax, etc.

Les expériences de M. Velpeau faites sur des chiens ont démontré :

1° Que tous ceux qui avaient subi l'injection iodée composée avec une partie de teinture d'iode sur deux, trois, quatre parties d'eau, avaient succombé; que ceux, au contraire, qui avaient subi l'injection avec un mélange d'une partie d'iode sur six parties d'eau et au delà, avaient survécu ;

2° Que chez les chiens qui avaient succombé, la mort était arrivée précédée des signes d'une violente inflammation, soit du péritoine, soit des intestins, mais que rien n'a pu faire supposer, chez ces animaux, un empoisonnement;

3° Qu'aucun des animaux au nombre de onze, traités par l'injection iodée, n'avait eu d'inflammation purulente, résultat, comme le fait remarquer M. Velpeau, qui est d'une haute importance dans la question.

En effet, à quelque degré d'intensité que l'inflammation se soit établie, à quelque époque que la mort soit survenue, nous n'avons jamais vu, dit le professeur de la Charité, de matière purulente dans le péritoine; n'est-il pas permis de croire que les phlegmasies produites par l'injection iodée sont essentiellement adhésives et très-peu disposées à devenir purulentes? N'y a-t-il pas là un nouvel encouragement, de quoi rassurer sur quelques-uns des dangers que pourraient faire craindre les injections iodées dans le traitement de l'ascite?

Un exemple que nous avons observé sur l'homme, et que nous rapporterons plus loin, est venu confirmer toutes ces remarques importantes.

L'immobilité des intestins et les adhérences que contractent leurs circonvolutions sont un inconvénient dont il paraîtrait difficile de débarrasser l'opération en pareil cas, et une des objections capitales adressées à cette méthode par ceux qui craignent qu'en guérissant l'ascite on ne s'oppose aux fonctions de l'intestin.

Les expériences de M. Velpeau et plusieurs faits pathologiques diminuent de beaucoup la valeur de ces objections. En effet, les animaux qui ont présenté à l'autopsie de semblables altérations pouvaient boire, manger et vivre; les adhérences ne sont donc pas un obstacle absolu à la nutrition, à l'accomplissement de la digestion de l'individu, au rétablissement d'une santé régulière, à l'exercice de la vie, d'autant mieux que ces adhérences ont lieu seulement entre les intestins, et que ceux-ci n'adhèrent pas aux parois abdominales.

Deux fois M. Velpeau a constaté la même chose dans l'espèce humaine : une première fois avec M. Bretonneau et une seconde fois à l'hôpital de la Faculté. Dernièrement M. le professeur Requin a eu l'occasion de faire la même remarque à l'hôpital de la Pitié.

« Tout ceci ne prouve-t-il pas, dit encore M. Velpeau, que la matière

(1) Recherches sur les cavités closes naturelles ou accidentelles de l'économie animale. (Velpeau, Annales de chirurgie, 1843.)
(2) Ouvrage cité, p. 150.

» épanchée dans le péritoine à l'occasion des injections iodées est une matière organisable inoffensive, susceptible d'être résorbée ou détruite par » les propres forces de l'organisme ? »

D'un autre côté, M. Velpeau avait injecté avec succès de la teinture d'iode dans de vieux sacs herniaires transformés en hydrocèle (1), et avait essayé, encouragé par ces faits, la guérison radicale de hernies simples; jamais la moindre menace de danger n'a eu lieu chez ces malades. On le voit, il était bien près du péritoine, mais il n'a pas osé y pénétrer avec les injections iodées. D'autres plus hardis, soutenus et éclairés par les recherches et les réflexions précédentes, ont été plus loin.

Obs. XIII. — M. Dieulafoy se borne à indiquer un deuxième cas où il aurait également réussi.

Quelques années plus tard, inspiré et guidé par l'exemple du docteur Dieulafoy, M. le docteur Griffon pratiqua, le 9 juillet 1846, une injection iodée dans le péritoine d'une petite fille de 18 mois, et la guérit radicalement par une seule injection.

Obs. XIV. — Le 20 août 1845, M. le docteur Griffon fut appelé auprès d'une petite fille âgée de six mois, atteinte d'une ascite très-prononcée, et présentant toute l'apparence extérieure d'un enfant de 6 semaines au plus. Tout indiquait chez elle une ascite du genre de celles qu'on nomme essentielles. On ne pouvait songer à provoquer la résorption d'une si grande quantité de liquide, et après avoir employé en vain les divers moyens de traitement prescrits en pareil cas, il fut obligé, le 11 septembre suivant, de pratiquer une ponction, qui donna lieu à l'issue de 3 grands litres de sérosité. Quelques jours après, le volume de l'abdomen était le même, et depuis le 8 octobre 1845 jusqu'au 30 avril 1846, M. Griffon pratiqua à diverses époques huit ponctions, qui donnèrent à peu près la même quantité de liquide. Cependant la croissance de l'enfant ne faisait aucun progrès; elle avait alors atteint l'âge de 18 mois. Elle tetait toujours. Ses cris continuels attestaient son état de souffrance. La diarrhée était survenue, alternant avec l'anasarque des extrémités et la rareté des urines. Le terme fatal était imminent, lorsque, ayant eu connaissance de l'opération pratiquée en pareil cas par M. Dieulafoy, M. Griffon résolut d'imiter son exemple, et le 9 juillet 1846, après avoir vidé la cavité péritonéale et en avoir évacué 4 litres de liquide, il injecta le mélange suivant :

Eau.	150	grammes.
Iodure de potassium. .	2	—
Teinture d'iode.	25	—

L'injection fut faite à plusieurs reprises, en malaxant le ventre pour faire mieux pénétrer le liquide dans tous les points de la cavité. Une seule injection suffit. Pendant les trois premiers jours, l'enfant parut souffrir plus que d'habitude; le sommeil fut moins calme, et le ventre, chaud et tendu, semblait être en proie à une réaction inflammatoire. Ces symptômes furent promptement dissipés, au moyen de bains, de cataplasmes, etc. Depuis cette époque l'enfant a repris ses forces; l'infiltration a disparu; le ventre est un peu volumineux, mais il ne contient plus de liquide; les urines sont très-abondantes. L'enfant est gaie et commence à se tenir sur ses jambes. Enfin, le 5 décembre 1846, jour où M. Griffon terminait cette observation, tout concourait à faire considérer cette enfant comme parfaitement guérie. (Journal des connaissances médico-pratiques, janvier 1847.)

(La suite au prochain numéro.)

CORRESPONDANCE MÉDICALE.

OBSERVATION DE TÉTANOS CONSÉCUTIF A DES APPLICATIONS DE CAUSTIQUE ; par le docteur Lucien Papillaud.

En lisant l'intéressant travail de M. le docteur Valette sur l'occlusion des hernies (2), j'ai remarqué ce qu'il y dit de l'innocuité des plaies par cautérisation, je voudrais, avec d'autant plus d'attention, qu'à ce moment même je venais d'éprouver, au fait de cautérisations, un revers qui réduit de beaucoup ma sécurité sur ce point. Pendant longtemps, j'avais cru, moi aussi, l'action des caustiques exempte d'accidents consécutifs, et une pratique très-large et très-fréquente des cautérisations, employées à diverses dimensions et à divers degrés, avait confirmé ma confiance; car je n'avais jamais vu l'ombre d'un danger survenir par le fait de cette méthode. Mais, enfin, une dernière fois, le danger est venu et il a été mortel, car ce n'a été rien moins qu'un tétanos qui, en 17 heures, a emporté un malade dont la vie aurait pu se prolonger longtemps encore avec l'affection pour laquelle les caustiques lui avaient été appliqués.

(1) Des injections médicamenteuses dans les cavités closes. (Velpeau, Ann. de chirurgie, t. XV, 1845.)

(2) Voir Gaz. Méd., nos 17, 19, 20 et 21.

Publier ses revers est, de la part du médecin, non-seulement un acte de loyauté et un devoir scientifique, c'est encore un service rendu à l'art de guérir et à l'humanité, car un avertissement de ce genre peut prémunir contre la répétition de malheurs semblables.

Obs. — T.. âgé de 45 ans, ayant été toute sa vie un peu adonné au vin, portant une face rouge et vermeille sur un corps maigre et faible, remarqua, au mois de septembre 1850, des tumeurs multiples, mobiles et agglomérées qui se développaient aux régions cervicales, sous-axillaires et inguinales. Ces tumeurs n'ayant pas cédé à des traitements topiques et internes appliqués par un de nos confrères, le malade vint nous consulter, et nous lui proposâmes d'attaquer par les caustiques les tumeurs sous-axillaires qui s'accroissaient rapidement, et d'ajourner ce qu'il y aurait à faire pour les autres après la guérison de celles-ci.

Le 15 mai, on appliqua autant de points de cautérisation qu'il y avait de noyaux distincts dans chaque masse. On choisit le caustique de Vienne. La dimension des escarres variait de la largeur d'une pièce d'un franc à celle d'une pièce de 2 fr.; il y en avait de 14 à 16 disséminées sur une surface qu'on peut évaluer, pour les deux tumeurs, de 30 à 40 centimètres carrés environ. La douleur fut médiocre; une inflammation très-modérée et circonscrite autour de chaque escarre se développa trente-six heures après la cautérisation et causa de la fièvre pendant deux jours; les tumeurs furent couvertes de cataplasmes, et quoique gonflées, elles restèrent souples et presque indolentes au toucher. La moins volumineuse et la moins enflammée, celle qui portait le moins de points de cautérisation, causait plus de gêne et de douleur que l'autre. Le malade passait toutes ses journées debout; il avait un appétit presque normal; il ne souffrait qu'au lit, où les tumeurs le gênaient pour prendre une position commode; aussi ne dormait-il pas bien. Aucune des escarres n'était encore détachée, ni à sa circonférence ni à son fond. Tel était l'état du malade pendant le premier septénaire qui suivit la cautérisation, lorsque le 22, à onze heures du matin, il fut pris des premières atteintes du trismus; bientôt le pharynx fut le siége d'une constriction permanente et invincible, puis la rigidité s'étendit à la partie postérieure du tronc; enfin, dans la nuit apparurent les convulsions, et le 23, de cinq à six heures du matin, le malade mourut.

Cette observation doit-elle porter quelque enseignement ? Je le crois, et les conclusions suivantes sont celles qui me paraissent devoir en être déduites :

1° L'action des caustiques n'est pas complétement exempte de péril, et ce péril paraît résider dans l'étranglement inflammatoire consécutif.

2° Cet étranglement ne doit pouvoir se manifester que lorsque les caustiques ont agi sur des tumeurs. Les chances de l'étranglement et son intensité doivent être en raison directe du nombre des cautérisations faites simultanément, en raison inverse de leur étendue et de leur profondeur, et de plus en raison directe de la multiplicité des tumeurs agglomérées dans une même masse.

3° Dans la destruction des tumeurs par les caustiques, il faut tenir compte de ce danger, et quand on aura affaire à des tumeurs multiples on ne devra attaquer les différents noyaux qui les composent qu'un à un, ou n'en attaquer simultanément qu'un nombre très-limité, deux ou trois au plus en faisant les cautérisations aussi profondes que possible et d'une étendue qui réponde à peu près à la surface des corps qu'on veut détruire.

4° Des cautérisations multiples devront avoir moins de danger faites sur une tumeur unique et homogène que sur une tumeur multiple et dont les interstices sont remplis de vaisseaux hypertrophiés ou de nouvelles formations et de filaments nerveux. L'étranglement ne devra pas être à redouter sur une tumeur déjà largement ulcérée avant l'application des caustiques.

5° Un autre danger existe dans le ramollissement provoqué des escarres et l'exposition aux influences atmosphériques de leur circonférence enflammée et suppurante. Il sera prudent de chercher à les dessécher en les saupoudrant fréquemment avec des poudres inertes destinées à en absorber l'humidité et à les recouvrir d'une croûte artificielle, ou, si on veut les ramollir, de le faire avec des emplâtres adhésifs et imperméables. Ces modes de pansement devront être préférés aux cataplasmes chauds qui, en raison de la multiplicité des changements et par les promptes modifications de leur température, exposent trop fréquemment les plaies aux impressions atmosphériques.

Tout ceci se résume en deux mots et en deux choses : éviter pour la superficie le contact de l'air, et pour le fond les conditions de l'étranglement.

LUXATION DU PREMIER OS CUNÉIFORME ; par M. Meynier.

Si l'on parcourt les traités les plus récents de pathologie externe, on est tout d'abord surpris de n'y trouver aucune mention d'une foule de déplacements osseux que la pratique journalière offre pourtant au chirurgien. C'est là une lacune, et une lacune fort regrettable. Comme la médecine interne, la médecine manuelle a ses *minutiæ magni momenti*.

Ainsi que je l'avais avancé, il y a longtemps déjà, dans mes conférences particulières et comme l'a sagement écrit M. Vidal (de Cassis), « tout est possible en fait de déplacements (1). » Il est donc du devoir d'un auteur de tout dire à ce sujet s'il veut être complet, et surtout s'il veut être utile. Ce ne sont pas les modes de luxation les plus communs, ou les maladies qu'on voit tous les jours, qu'il importe le plus d'exposer. Cela fait partie de nos études premières ; cela se trouve dans tous les livres : ce sont, au contraire, les cas rares, singuliers, qu'il faut préférablement décrire. La raison de cela est bien simple : c'est que c'est là principalement ce qui peut embarrasser le praticien.

Parmi les déboîtements les moins ordinaires, on doit placer ceux du premier os cunéiforme. Le judicieux Delpech connaissait cette lésion, et la regardait comme ayant peu de gravité (2).

Ceci donne lieu de s'étonner que Samuel Cooper (3) paraisse ignorer ou néglige de rapporter cette opinion du savant professeur de Montpellier. Le compilateur anglais ne parle que des deux cas cités par son homonyme Astley (4), et dans ceux-là, la réduction fut jugée impossible. Pour qu'on le remarque en passant, cette impossibilité prouve que la maladie dont il s'agit n'est pas chose si indifférente qu'on ait eu raison de la passer sous silence. Et enfin cette dissidence entre des hommes d'un mérite si éminent aurait dû, ce semble, attirer l'attention sur ce point oublié.

Pour terminer ces considérations préliminaires, destinées à mettre un certain nombre de vos lecteurs au courant de la question, j'ajoute ici que les deux observations du grand chirurgien d'outre-Manche sont les seules que j'aie trouvées, au moins dans les ouvrages, assez multipliés cependant, dont j'ai pu disposer.

Maintenant voici ce que j'ai vu et fait, le 31 mai dernier :

Obs. — Joseph Gay, ferblantier, âgé de 30 et quelques années, pose le pied droit sur un trou pratiqué dans le plancher d'un moulin, et recouvert malheureusement d'un sac vide en toile forte. Le membre inférieur s'engage dans cette ouverture jusqu'à ce que la saillie de l'ischion et la fesse arrêtent le reste du corps. Pendant la chute, le pied gauche glisse en avant et en dehors sur le sol, assez poli, et s'écarte sans y trouver de point d'appui. C'est en en cherchant vainement un que le pied a éprouvé la dislocation dont je vais parler.

Une heure environ s'est écoulée entre l'accident et le moment où je vois le malade. Il existe déjà chez lui un gonflement assez prononcé pour masquer d'abord le genre d'altération. Le pied a l'air plus trapu, un peu raccourci. Et pourtant, mesuré avec son congénère, il n'offre pas de différence de longueur bien sensible.

Guidé par la douleur qu'accuse Gay, je palpe le bord interne de cette portion du membre, et j'y sens une saillie dorsale qui donne à ce même bord une hauteur, ou, si l'on veut, une épaisseur insolite. Et puis, en appuyant davantage, il m'est aisé de distinguer qu'un des os s'est porté en haut. Le cran ainsi formé, l'*abrupt*, pour employer un terme de géologie, est surtout sensible vers le cou-de-pied. Il existe un autre abrupte vers l'articulation supérieure du premier métatarsien, que Galien regardait comme la première phalange du pouce ou gros orteil.

Dès lors la luxation était reconnue : c'était tout simplement celle du premier cunéiforme, et le déplacement avait lieu directement *en haut*. En cela il différait de ceux d'Astley Cooper, qui les avait observés *en dedans*, quoiqu'un peu en haut aussi. Il se pourrait que l'on trouvât dans cette dissemblance la raison de la diversité des résultats.

Il est facile de se rendre compte de cette circonstance, que la saillie était plus aisée à sentir en haut qu'en descendant vers l'orteil : c'est que le tendon du jambier antérieur—qui, du premier cunéiforme auquel il s'attache d'abord, passe au métatarsien correspondant—masquait de ce côté le ressaut inférieur de l'os déplacé.

Une pression médiocre, exercée sur le cunéiforme de la face dorsale à la face plantaire de cette partie du membre abdominal, suffit pour rétablir la forme, les mouvements, et pour chasser la douleur. Le bruit caractéristique dans toute luxation qui se réduit se fit distinctement entendre ; ensuite un bandage amidonné maintint la réduction, et amena au bout de trois semaines une guérison très-solide.

DE L'EMPLOI DE L'EAU DE VICHY DANS LE TRAITEMENT DES AFFECTIONS DIPHTHÉRITIQUES ; par M. BARON, médecin des hôpitaux.

J'ai employé plusieurs fois l'*eau de Vichy* dans le traitement des *affections diphthéritiques*, et ce moyen m'a paru ne pas être sans efficacité.

Je ne préconise pas plus explicitement ce remède, parce que les faits qui m'ont amené à l'opinion que je viens d'exprimer, ne sont pas assez nombreux pour que je me croie encore autorisé à regarder comme incontestable l'utilité de ce moyen de traitement. Peut-être trouvera-t-on que j'aurais dû attendre, pour publier mes résultats, qu'ils fussent basés sur un plus grand nombre d'observations ? Mais, pour excuser cet empressement, j'invoque la gravité des maladies qu'il s'agit de combattre ; et si je prends, dès à présent, la liberté d'attirer l'attention des médecins sur ce sujet, ce n'est pas par une vaine prétention à une priorité que la grande fréquence des affections diphthéritiques et la simplicité du mode de traitement me porteraient à croire douteuse, priorité qui, d'ailleurs, aurait peu d'importance, car en supposant que l'*eau de Vichy* elle-même n'ait pas encore été employée, dans ce cas, au moins, a-t-on expérimenté déjà des moyens de traitement assez analogues ; mais, je suis déterminé à faire cette communication par l'espoir que quelques-uns de mes honorables confrères voudront bien essayer ce remède que j'indique, et que l'on arrivera ainsi plus promptement à l'appréciation exacte de sa véritable valeur. Ce traitement, d'ailleurs, n'a même pas l'inconvénient d'empêcher l'emploi simultané des autres moyens curatifs.

De mon côté, je continuerai à faire usage de l'*eau de Vichy*, aussi fréquemment que j'en trouverai l'occasion, soit pour guérir, soit pour prévenir les maladies couenneuses, et si je suis assez heureux pour réussir, je vous demanderai de nouveau d'en entretenir vos lecteurs, aussitôt que mes conclusions seront appuyées sur des faits assez nombreux et assez probants pour que je puisse les présenter comme irrécusables.

REVUE DES JOURNAUX DE MÉDECINE.

JOURNAUX BELGES.

(Suite.)

IV. ANNALES D'OCULISTIQUE.

NOUVEAU PROCÉDÉ D'OCCLUSION DES PAUPIÈRES A L'AIDE DU COLLODION ; par M. BARRIER.

Ce procédé nous a vivement frappé, tant par la simplicité de son application qu'à cause de l'innocuité comparative de ses effets sur les tissus de l'œil. Effectivement, lorsque, pour assurer l'occlusion permanente de l'œil, on se borne, comme le font plusieurs chirurgiens, à étendre une couche de collodion au devant des paupières préalablement rapprochées, deux inconvénients se présentent. D'abord, si une goutte du liquide adhésif vient à glisser sur la conjonctive, elle y détermine une irritation très-douloureuse dans tous les cas, et d'autant plus fâcheuse ici qu'on agit le plus ordinairement sur une membrane déjà phlegmasiée. En second lieu, s'il arrive qu'on veuille examiner l'état de l'œil avant que le collodion se soit spontanément détaché, on est obligé pour le décoller, de le dissoudre avec l'éther ou de couper avec des ciseaux : toutes manœuvres délicates, irritantes, quelque dextérité qu'on y puisse apporter, causant souvent de la douleur et presque toujours de l'appréhension aux malades.

Avec le procédé de M. Barrier, tout se passe le plus facilement du monde. Pour le bien concevoir, il suffit de se figurer que le chirurgien de Lyon arme chaque paupière d'un fil, absolument comme les papetiers garnissent un carton de dessin de deux cordons qui servent à le fermer lorsqu'on les noue ; seulement le moyen de fixer ces fils à la paupière est emprunté à l'action adhésive du collodion. Ainsi placez un fil long de 10 à 15 centimètres verticalement sur la paupière supérieure ; trempez ensuite dans le collodion une petite bandelette de linge fin, longue de 0,03 et large de 0,01. Placez-la par-dessus le fil, en travers de la paupière, à 1 ou 2 millimètres au-dessus de la racine des cils. Au bout d'un instant, le collodion est desséché, la bandelette adhère, et l'on peut tirer sur le fil. Même application sur la paupière inférieure.

Le chirurgien qui veut fermer les paupières n'a plus alors qu'à serrer les deux fils par un nœud, puis par un nœud à rosette. Entr'ouvrir, écarter entièrement les paupières, n'est, on le conçoit, qu'un jeu avec le secours de ce petit appareil, qui, selon la juste expression de son inventeur, est tout à la fois très-solide et très-mobile.

CONSIDÉRATIONS SUR LE DIAGNOSTIC DIFFÉRENTIEL ET LE TRAITEMENT DES OPHTHALMIES GRANULEUSE, PURULENTE ET GONORRHÉIQUE ; par M. HENROTAY.

Cet intéressant travail a pour objet de fixer un point délicat de prati-

(1) TRAITÉ DE PATHOLOGIE EXTERNE, t. II, p. 349, première édition.
(2) PRÉCIS ÉLÉMENTAIRE DES MALADIES RÉPUTÉES CHIRURGICALES, t. III, p. 140.
(3) DICTIONN. DE CHIRURGIE, t. I, p. 128.
(4) ŒUVRES CHIRURG. COMPLÈTES, trad. par Chassaignac et Richelot, p. 69.

que, le diagnostic entre l'ophthalmie granuleuse et l'ophthalmie blennorrhagique. Ainsi que l'auteur le dit avec raison, c'est uniquement par l'inspection locale et par la marche du mal qu'il importe de savoir se décider; car les commémoratifs font souvent défaut et sont parfois infidèles. Un homme affecté de gonorrhée n'en est pas moins exposé à contracter l'ophthalmie militaire, et réciproquement. D'autre part, le pus blennorrhagique peut avoir été apporté d'une source étrangère sur l'œil d'un homme exempt de maladie vénérienne. En principe, ce n'est donc pas parce que le malade a ou n'a pas la chaude-pisse qu'il faut porter tel ou tel diagnostic sur son affection oculaire. Les éléments en sont ailleurs, et voici ceux que M. Henrotay apporte dans la question.

Son point de départ est un fait différentiel fort remarquable dans le développement des deux ophthalmies. La gonorrhoïque envahit très-rapidement et marche de même; aussi les altérations persistantes n'ayant pas le temps de s'établir, il y a plutôt œdème que granulations consistantes. Ce caractère se retrouve soit dans la nature des lésions que subit la conjonctive, soit dans l'aspect de la paupière supérieure. En effet, le gonflement de cette paupière est œdémateux; sa face externe offre une coloration légèrement bleuâtre. Les doigts y laissent pendant quelque temps leur impression. Il est enfin très-difficile de retourner les paupières, et quand on y parvient, on reconnaît que la muqueuse est lisse, que le chémosis, surtout au début, est séreux.

Au contraire, s'il s'agit de l'ophthalmie granuleuse, son évolution ayant lieu en général moins rapidement (1), il se forme des granulations plus dures : c'est un véritable tissu vasculo-charnu. Le gonflement de la paupière supérieure n'est pas uniquement œdémateux, mais il dépend en grande partie du développement considérable des granulations palpébrales. La face externe de la paupière a conservé sa coloration normale, ou elle est un peu plus rosée. Les doigts n'y marquent pas leur empreinte; le renversement palpébral est facile; la face interne est couverte d'aspérités; le muco-pus est plus lié, plus crémeux; le chémosis est sanguin.

La durée totale et la terminaison de la maladie fournissent encore quelques indices. L'ophthalmie granuleuse s'établit plus lentement; elle se prolonge pendant un laps de temps comparativement très-long; puis, quand elle cède, c'est souvent pour passer à l'état chronique : d'où une cause quelconque—ordinairement celle des ophthalmies simples—peut la ramener au type aigu. Dans la gonorrhéique, il n'en est pas ainsi. En peu de jours, le phlegmasie a désorganisé l'œil, ou bien la guérison ne tarde pas à s'obtenir, et elle est alors définitive.

M. Henrotay accorde fort peu de valeur au *bubon préauriculaire*, signalé par M. Hairion; mais il donne un autre signe qu'il aurait de la tendance à considérer comme pathognomonique : c'est l'épistaxis. Depuis un an, il dit l'avoir toujours rencontrée dans l'ophthalmie purulente suraiguë, et il avance que ce phénomène fait toujours défaut dans l'ophthalmie gonorrhoïque. C'est à l'expérience à prononcer.

Les conséquences à tirer de ce parallèle symptomatologique sont particulièrement graves en Belgique; car le gouvernement y accorde une pension aux militaires frappés de cécité par suite de l'ophthalmie granuleuse. Et l'on comprend bien que ceux qui se trouvent dans le même cas par l'effet d'une ophthalmie blennorrhagique n'ont pas les mêmes droits. La question qui se présente est donc celle-ci : Peut-on, à l'aide des signes précédents, décider si l'ophthalmie dont il s'agit de déterminer la nature donne ou non des droits à la pension? — A ce sujet, M. Henrotay fait remarquer que le soldat qui, avec une gonorrhée, contracte une ophthalmie granuleuse, serait très-injustement privé de secours, et que cependant la coexistence chez lui des deux affections entraîne souvent les médecins à décider que son ophthalmie est de nature vénérienne. Sous ce rapport donc, les considérations auxquelles il s'est livré pour mieux éclairer le diagnostic ne peuvent occasionner aucun déni de justice, puisqu'elles serviront, au contraire, à faire que le médecin expert soit plus apte à reconnaître la nature simple d'une ophthalmie, chez celui qui accidentellement serait en même temps porteur d'une urétrite.

(1) M. Fallot a élevé quelques doutes sur ce point. Selon lui, la marche de l'ophthalmie de l'armée est parfois, surtout en temps d'épidémie, extrêmement prompte. Il faut tenir grand compte de cette remarque de l'honorable médecin; mais la prudence qu'elle doit imposer relativement aux conséquences pratiques à tirer des considérations émises par M. Henrotay, ne peut pas faire que ces considérations en elles-mêmes ne soient pas l'expression de ce qui s'observe le plus souvent. (NOTE DU RÉDACTEUR.)

V. ANNALES DE LA SOCIÉTÉ MÉDICALE D'ÉMULATION DE LA FLANDRE.

NOTE SUR LES ABCÈS CRITIQUES; par le docteur LIÉGEY.

L'auteur s'efforce d'établir que des affections variées du système nerveux, régnant depuis quelque temps, d'une manière épidémique, à Rambervilliers et aux environs, se jugent fréquemment par des abcès. L'auteur n'entend pas seulement que les affections nerveuses disparaissent sous l'influence d'un mouvement pyogénique développé dans une partie quelconque du corps, mais bien que l'excès d'influx nerveux qui caractérise la maladie, en se portant sur un point, s'y épuise dans un travail de suppuration qui termine la scène. De là l'indication de favoriser, de provoquer même quelquefois ce travail critique.

Il n'est pas très-facile de décider jusqu'à quel point les faits rapportés par l'auteur ont la signification qu'il leur attribue et que leur attribue également le docteur Ossieur, rapporteur du mémoire à la Société médicale d'émulation. Sur quatre observations rapportées, il en est trois qui sont relatives à des douleurs locales, appelées névralgiques par M. Liégey, et disparues après la formation d'abcès dans la même région. Pour admettre avec sécurité que, dans chacun de ces cas, l'abcès, ou plutôt l'engorgement phlegmoneux dont la collection purulente est le dernier terme, a été le résultat d'une concentration de l'action nerveuse (ce que nous sommes très-loin de rejeter en principe), il faudrait être bien assuré de deux choses : d'abord que l'affection douloureuse a positivement précédé le phlegmon; ensuite que cette affection était de nature névralgique. Or nous ne trouvons pas, autant que M. Ossieur, cette garantie dans les observations rapportées, qui manquent de détails importants. Quand nous voyons un homme accuser pendant huit jours des douleurs à la région sacrée, et ces douleurs disparaître après l'ouverture d'un abcès près de l'anus, il nous faudrait des renseignements particuliers sur les caractères de l'affection douloureuse, sur la date précise de l'origine du phlegmon, pour nous enlever la crainte que les douleurs n'aient été la conséquence et non le principe du phlegmon.—Nos doutes atteignent également la seconde observation, dans laquelle des douleurs *lombo-abdominales, s'irradiant à la fesse et à la cuisse gauches*, venues consécutivement à une dyssenterie et s'accompagnant de fourmillement, disparurent après le développement d'un abcès à l'aine gauche. *Un gonflement bien manifeste* était constaté à l'aine *six jours* après le début des douleurs. Ce gonflement avait assurément commencé plus tôt. A quelle époque précise? C'est la question. La priorité du phlegmon sur les douleurs serait évidente si le pus ou le gonflement préliminaire avait commencé dans une région profonde et n'avait apparu à l'aine qu'à une période déjà avancée du travail. Or le texte ne détruit pas cette supposition, à laquelle convie d'ailleurs l'existence antérieure d'une dyssenterie. La forme intermittente des douleurs n'est pas suffisante pour attester leur caractère névralgique; une lésion matérielle aurait pu être l'occasion de douleurs périodiques; cela se voit souvent et serait surtout fort naturel dans une localité et à une époque où régnaient des affections intermittentes; l'auteur dit lui-même que la dyssenterie, chez cette malade, s'était accompagnée de phénomènes rémittents qui avaient nécessité l'emploi du sulfate de quinine. La dyssenterie n'est pourtant pas une névralgie. — La troisième observation est moins suspecte. L'abcès qui s'est montré à l'angle de la mâchoire et s'est étendu à tout le côté droit de la face n'est venu qu'après six semaines de douleurs. Néanmoins, il faut dire que ces douleurs ne sont pas décrites avec assez de soin pour que leur caractère névralgique soit incontestable; que si elles n'ont pas été tout d'abord continues, elles ne paraissent pas avoir été franchement périodiques, puisqu'on ne les pas attaquées par la médication quinique; qu'elles ont fini par devenir continues et s'accompagner de fièvre avant même l'apparition de l'abcès; que la suppuration a duré quatre mois; que le pus a fini par devenir tout à fait liquide. Ces diverses circonstances permettent de conjecturer, et c'est une conjecture dont l'auteur lui-même n'a pu se défendre, qu'une lésion de quelques os de la mâchoire a été le point de départ de tous les accidents.

La quatrième observation est relative à un homme de 45 ans qui a eu à la nuque, pendant la convalescence d'une *fièvre délirante chronique*, un abcès du volume d'un œuf de pigeon. Après l'ouverture de cet abcès, le malade n'a plus éprouvé que faiblement de loin en loin les douleurs névralgiques, occipitales et rachidiennes qui avaient survécu à l'affection délirante.

Ce fait, différent des précédents par l'existence d'une fièvre délirante préalablement à la formation d'un abcès, pèche encore par le défaut des détails les plus nécessaires. Il est dit que l'abcès avait mis plus d'un mois à se former; pour prouver qu'il a jugé les douleurs occipitales et rachidiennes

qui ont survécu à la fièvre délirante, il faudrait dire combien il s'était écoulé de temps entre la cessation de cette fièvre et la première trace du gonflement phlegmoneux.

En somme, nous ne repoussons pas la vue doctrinale que l'auteur a eu l'intention de mettre en lumière; nous contesterons seulement qu'il y ait réussi par les observations qu'il a publiées.

VI. ARCHIVES DE MÉDECINE MILITAIRE.

Les cahiers de juillet à décembre 1850 contiennent : 1° *Altération et œdème de la glotte à la suite d'une fièvre typhoïde; trachéotomie pratiquée avec succès*; par M. Dechange. 2° *De l'emploi du tannin dans les affections oculaires*; par M. Hairion. 3° *Sur les rechutes des fièvres intermittentes, et les moyens de les prévenir*; par M. Gouzée. 4° *Considérations sur les écoulements de l'urètre et leur traitement*; par M. Henrotay. 5° *Luxation du gros orteil et du premier métatarsien*; par M. Jastrzembski. 6° *Rapport sur l'épidémie de typhus qui a régné en 1850 au pénitencier des femmes de Namur*; par M. Cambrelin. 7° *Considérations sur le traitement du ganglion et de l'hygroma*; par M. Dechange. 8° *Une variété de la myopie, importante à connaître pour la visite des conscrits*; par M. Frommuller. (État spécial de la vision dans lequel les objets petits sont bien perçus, quoique assez distants, tandis que les objets éloignés, quoique d'un fort volume, ne le sont pas du tout.) 9° *Quelques mots sur les divers modes de traitement des granulations, en usage dans l'armée*; par M. Decondé.

LUXATION DU GROS ORTEIL ET DU PREMIER MÉTATARSIEN; par M. JASTRZEMBSKI.

OBS. — Le nommé Pinooy, âgé de 23 ans, affecté il y a six mois de chancre et de bubon, tomba de cheval le 11 avril, la jambe étant restée engagée dans l'étrier. Quand on le releva, il ne put marcher. La semelle de sa botte, qui était neuve, était arrachée de la pointe au talon.

Porté à l'hôpital, on vit au côté interne du gros orteil une plaie transversale, donnant issue à la tête du premier métacarpien. La première phalange du gros orteil était implantée presque verticalement entre le premier et le deuxième métatarsien. On trouve à la face dorsale, au niveau de l'articulation tarso-métatarsienne, une tumeur formée par l'extrémité postérieure du premier métatarsien. Il y a, à la partie correspondante de la région plantaire, un enfoncement correspondant. Douleurs atroces; le péroné et le tibia sont intacts.

Il y avait donc luxation du gros orteil en dehors avec plaie, et issue de la tête du premier métatarsien, et de plus luxation en haut de l'extrémité postérieure de ce dernier os.

L'auteur donne de la production de cet accident l'explication suivante : Au moment de la chute, le soldat avait le pied dans l'étrier, le talon reposant sur le sol, la pointe dirigée verticalement en haut. Pressé violemment par le ventre du cheval, le gros orteil eut à subir alors un mouvement d'extension forcée, d'où résulte probablement une luxation en bas de sa première phalange. C'est dans ce premier temps de l'accident que la semelle de la botte fut entièrement arrachée.

Le cheval étant alors retombé sur le flanc droit, le pied se renversa sur son bord externe. Dans ce nouveau choc, l'extrémité postérieure du métatarsien ayant été poussée en haut et en dehors par le support et le montant gauche de l'étrier, la tête de l'os portée en bas et en dedans vint faire saillie à travers la peau. En même temps, le montant droit de l'étrier, poussant la pointe du pied en dedans, forçait la phalange du gros orteil à venir se loger dans l'espace que laissaient entre eux en avant les deux premiers métatarsiens.

M. Decaisne, voulant tenter la réduction, commença par chloroformiser le blessé; puis il s'efforça de faire suivre aux parties un chemin opposé à celui qu'elles avaient parcouru pour se déplacer. Ainsi il dégagea d'abord le gros orteil des métatarsiens, repoussa en dehors et en haut la tête du premier de ces os contre le deuxième en même temps que par un effort dirigé en avant d'abord, puis en dedans et en bas, il rétablit les rapports du métatarsien luxé avec le premier cunéiforme. Le succès de cette manœuvre fut annoncé par le claquement caractéristique des surfaces articulaires revenues à leur état normal.

On réunit la plaie par les agglutinatifs, et on soumit le pied aux irrigations froides continues.

Il serait fatigant pour le lecteur de lui faire suivre le traitement ultérieur à travers toutes ses phases. Qu'il nous suffise de dire que malgré la complication d'une large escarre survenue sur le dos du pied, d'un abcès entre les deux premiers métatarsiens, plus tard de douleurs rhumatoïdes dont l'iodure de potassium triompha rapidement, le blessé guérit et put sortir de l'hôpital le 1er juillet.

VII. ANNALES DE LA SOCIÉTÉ DE MÉDECINE PRATIQUE DE LA PROVINCE D'ANVERS.

Les livraisons de juillet à décembre 1850 contiennent : 1° *Dix années de pratique civile ou maladies épidémiques observées dans les Flandres*; par M. de Ceuleneer. 2° *Des effets de l'air atmosphérique sur l'organisme considérés en général, sous le rapport physiologique, pathologique et hygiénique*; par M. Detienne fils. 3° *Rapport fait par la commission de l'arrondissement de Molines, instituée par la députation permanente du conseil provincial d'Anvers, pour l'examen des questions qui intéressent les classes ouvrières et agricoles.* 4° *Affection curieuse, diagnostic incertain, pronostic fatal*; par M. Luyckx.

OBSERVATION DE PARALYSIE GÉNÉRALE; par le docteur LUYCKX.

En donnant à cette observation le titre qu'on vient de lire, nous témoignons ne pas reconnaître la difficulté de diagnostic qui a arrêté M. Luyckx. L'observation, dans le mémoire, est ainsi intitulée : *Affection curieuse, diagnostic incertain, pronostic fatal.* Or il ne nous paraît pas douteux qu'il ne se soit agi d'une véritable paralysie des aliénés, affection si bien connue aujourd'hui dans sa symptomatologie et ses caractères anatomiques.

OBS. — Une demoiselle, âgée de 30 ans, de taille moyenne, de conformation régulière, de tempérament lymphatico-sanguin, avait toujours joui d'une excellente santé lorsque, il y a six mois, elle a commencé à se plaindre d'une faiblesse des membres inférieurs, se fatiguant beaucoup plus facilement qu'à l'ordinaire. Cette faiblesse augmenta progressivement; les jambes fléchissaient sous le poids du corps, et la malade tombait de temps à autre. Au bout de trois mois, les membres inférieurs sont entièrement paralysés, la sensibilité peu diminuée. La paralysie gagne les membres supérieurs, la vue s'affaiblit; on constate un commencement d'amaurose. La parole est embarrassée, l'urine rendue involontairement. Finalement la malade arrive au dernier état d'imbécillité. Elle ne s'est jamais plainte de céphalalgie. Tel est aujourd'hui l'état du sujet; seulement la paralysie des membres supérieurs a un peu diminué.

Toutes les autres fonctions de l'économie s'exécutent normalement.

Paralysie progressive commençant par les membres inférieurs, s'étendant ensuite aux membres supérieurs; embarras de la parole; imbécillité graduelle; que manque-t-il à cette observation pour qu'elle ait tous les caractères essentiels de la paralysie générale des aliénés? Nous le cherchons en vain. La paralysie paraît avoir précédé de quelque temps le dérangement cérébral; mais ce mode de succession des symptômes n'est pas rare. « M. Esquirol, dit M. Calmeil (PARALYSIE GÉNÉRALE DES ALIÉNÉS, p. 338), a donné des soins à un aliéné frappé de paralysie générale qui, pendant plusieurs mois, avait conservé toute la vigueur de son intelligence et avait continué encore à jouer un rôle important dans les affaires : le délire éclata plus tard. La longue pratique de M. Esquirol lui a fourni plusieurs exemples semblables. »

La légère diminution de la paralysie des membres supérieurs n'a rien non plus qui démente notre diagnostic. On sait que certains aliénés paralytiques recouvrent tantôt pour quelques jours, tantôt pour un temps assez long, une partie du mouvement, même du mouvement des membres inférieurs. Bien plus, il en est dont l'état cérébral s'amende sensiblement.

Enfin, en s'en rapportant à la rédaction un peu écourtée du fait, et en admettant que la malade est arrivée à la démence sans agitation, sans délire ambitieux, on n'aurait encore là qu'une forme commune du dérangement intellectuel propre aux aliénés paralytiques.

On voit donc que l'auteur a été trop timide quand, dans les courtes remarques dont il accompagne son observation, il se borne à *suspecter une lésion organique du cerveau*, sans s'expliquer autrement sur la forme de cette lésion, non plus que sur la signification nosologique du fait.

A. DECHAMBRE et P. DIDAY.

(*La fin au prochain numéro.*)

TRAVAUX ACADÉMIQUES.

ACADÉMIE DES SCIENCES.

SÉANCE DU 4 AOUT. — PRÉSIDENCE DE M. RAYER.

NATURE ET ORIGINE DU SUC GASTRIQUE.

M. BLONDLOT, professeur à l'École secondaire de médecine de Nancy, adresse de nouvelles recherches chimiques sur la nature et l'origine du principe acide qui domine dans le suc gastrique.

Le travail de M. Blondlot a pour objet de démontrer que le principe acide du suc gastrique n'est ni l'acide acétique, ni l'acide phosphorique, ni l'acide chlorhydrique, ni l'acide lactique, ainsi qu'on l'a tour à tour prétendu, mais qu'il était dû exclusivement à du biphosphate de chaux. Il établit d'abord que le principe en question ne saurait être l'un des quatre acides indiqués ci-dessus, tant parce que le suc gastrique ne coagule pas l'albumine, ce qui écarte les acides

lactique et chlorhydrique, que parce qu'il ne fournit à la distillation ni acide acétique, ni aucun autre acide organique; quant à l'acide phosphorique, comme il existe du phosphate calcique dans le suc gastrique, il s'ensuit que, s'il s'y trouve aussi de l'acide phosphorique, ce doit être à l'état de phosphate acide.

M. Blondlot rapporte, à l'appui de son assertion, l'expérience suivante :

Après avoir neutralisé du suc gastrique avec du carbonate de soude en léger excès, je filtre, et après avoir concentré le liquide, je l'incinère. La cendre est dissoute dans de l'eau acidulée par un peu d'acide sulfurique, à la température de l'ébullition; or le liquide filtré donne, avec l'eau de chaux, un précipité de phosphate calcique parfaitement caractérisé, ce qui, en l'absence de tout autre phosphate, démontre que l'acide qui tenait le phosphate de chaux en dissolution était bien l'acide phosphorique, à l'état de biphosphate.

Pour arriver à déterminer l'origine du biphosphate de chaux contenu dans le suc gastrique, M. Blondlot procède d'abord à la recherche des autres éléments inorganiques de ce fluide, ainsi qu'il suit.

Après avoir évaporé à siccité du suc gastrique, il charbonne le résidu. Pendant cette opération, il se sublime du *chlorhydrate d'ammoniaque*. Le charbon étant lavé à l'eau distillée, les eaux de lavages, parfaitement neutres, ne sont pas troublées par l'eau de chaux, ce qui démontre l'absence des phosphates solubles. Évaporées, elles ont laissé déposer des cristaux cubiques de *chlorure de sodium*, tandis que l'eau mère retient un sel déliquescent, soluble dans l'alcool, qui n'est autre que du *chlorure de calcium*. Enfin, le charbon incinéré fournit une certaine quantité de phosphate de chaux qui se trouvait dans le suc normal à l'état de *biphosphate calcique*, comme nous l'avons vu.

L'analyse quantitative a donné les proportions suivantes :

Eau	96,71
Biphosphate de chaux	0,60
Chlorure de calcium	0,32
Chlorure de sodium	0,16
Chlorhydrate d'ammoniaque	0,36
Matière organique	1,80
Perte	0.05
	100,00

Ce qui attire d'abord ici l'attention, c'est la forte proportion de matières solides comparativement à l'eau. Des sels calcaires surtout s'y trouvent en quantité fort remarquable. Quelle est leur origine? Le sang, étant alcalin, ne saurait les contenir tout formés, mais il en renferme les éléments, savoir, du phosphate neutre de chaux d'une part, et de l'autre du chlorure de sodium. En effet, que ce dernier vienne à être décomposé, dans les parois de l'estomac, en soude qui reste dans le sang, et en acide chlorhydrique qui réagit sur le phosphate neutre de chaux en excès, et les deux sels en question se produiront simultanément.

Le phosphate neutre cédant la moitié de sa base à l'acide chlorhydrique, il doit y avoir autant de calcium dans l'un que dans l'autre des deux sels produits; or c'est précisément ce qui a lieu, car 0,60 de biphosphate calcique produisent, à une quantité insignifiante près, autant de chaux que 0,32 de chlorure de calcium.

Ce qui vient encore à l'appui de cette explication, c'est la faible quantité de chlorure de sodium contenu dans le suc gastrique, la majeure partie de ce sel ayant été décomposée pour fournir l'acide chlorhydrique.

Enfin, une dernière particularité qui met, en quelque sorte, le sceau à cette théorie, c'est que, quand l'acide chlorhydrique étendu réagit sur le phosphate neutre de chaux en excès, il reste toujours une trace presque imperceptible de cet acide à l'état de liberté absolue, ce qui s'explique par les lois bien connues de l'affinité; or le suc gastrique, lui aussi, recèle une trace d'acide libre, qui lui permet de ternir la surface du spath calcaire, mais dont la quantité est, du reste, tellement petite, qu'elle ne saurait entrer en ligne de compte dans l'acidité de ce fluide.

Quant à la cause qui détermine la décomposition du chlorure de sodium, je crois, d'accord en ce point avec un grand nombre de chimistes et de physiologistes distingués, pouvoir l'attribuer à une action électrique mise en jeu dans les parois de l'estomac. Ce qui est certain, c'est qu'on peut reproduire artificiellement les réactions indiquées ci-dessus, en soumettant à l'action d'une pile faiblement chargée un appareil très-simple, dans lequel du phosphate neutre de chaux se trouve en suspension dans une dissolution de sel commun; or, tandis que la soude se rend au pôle négatif, au pôle positif se trouve un mélange de biphosphate et de chlorure calciques, avec une trace infinitésimale d'acide libre.

INFLUENCE DE L'ÉCLIPSE DE SOLEIL SUR LES ANIMAUX.

MM. GOUBAUX, professeur d'anatomie et de physiologie à l'École de médecine vétérinaire d'Alfort, et RAYNAL, chef de service de clinique à la même école, adressent une note sur l'influence de l'éclipse du 28 juillet sur les animaux. On se rappelle que, lors de l'éclipse de 1842, on signala divers phénomènes qui furent attribués à l'influence de cette éclipse. Les auteurs ont fait à cet égard des observations qui ne les ont conduits qu'à des résultats négatifs.

— M. DE SAUVÉ, ex-médecin de division de l'armée de Pologne, adresse une notice sur l'invasion du choléra-morbus en Pologne.

THÉORIE DE LA VISION.

M. LOYER, chirurgien-major au 49e de ligne, à Paris, adresse une note sur la théorie de la vision.

Parmi les hypothèses que l'on expose depuis longtemps, dit l'auteur, pour expliquer comment la vision nous donne une notion exacte de la position des corps, malgré le renversement de leur image au fond de l'œil, on énonce clairement la véritable explication, sans cependant la prendre assez au sérieux pour renoncer à en chercher une autre.

L'œil place les objets dans le prolongement, en ligne droite du rayon qui les lui fait voir.

Cette proposition est en même temps l'énoncé d'un fait et son explication.

L'auteur développe ces deux propositions, qu'il n'y a pas d'image sans surface réfléchissante; que l'organe de perception a conscience de la direction du cône de lumière qui impressionne la rétine, et il conclut :

1° Que la rétine, qui peut-être regardée comme un prolongement de l'organe de perception, est mise en communication avec l'objet extérieur lui même par une chaîne de lumière qui l'impressionne pendant toute la durée de la vision;

2° Que l'image surprise au fond de l'œil par nos investigations est une conséquence de la concentration de la lumière dans l'œil, et qu'elle n'est qu'un phénomène secondaire inutile à la vision. Aussi l'enduit noir de la choroïde semble-t-il destiné à l'éteindre.

ACADÉMIE DE MÉDECINE.

SÉANCE DU 12 AOUT. — PRÉSIDENCE DE M. ORFILA.

Le procès-verbal de la dernière séance est lu et adopté.

La correspondance officielle comprend un grand nombre d'états de vaccinations.

— M. JOSEPH BEYRAN, médecin de l'hôpital impérial de Tersbané, à Constantinople, demande à être inscrit sur la liste des aspirants au titre de correspondant étranger, et il envoie la liste de ses titres à l'appui. (Renvoyé à la future commission des élections.)

— M. POMILLIEN, bandagiste, adresse un paquet cacheté contenant un instrument de son invention. (Le dépôt est accepté.)

— M. POISEUILLE lit un rapport sur des sangsues mécaniques. (La discussion est renvoyée à la séance prochaine.)

— A trois heures et demie, l'Académie se forme en comité secret pour discuter les titres des candidats à la place vacante dans la section d'accouchements.

SOCIÉTÉ DE BIOLOGIE.

PRÉSIDENCE DE M. RAYER.

COMPTE RENDU DES SÉANCES PENDANT LE MOIS DE JUILLET 1851;
par M. le docteur BROWN-SÉQUARD, secrétaire.

I. — PHYSIOLOGIE.

SUR L'INFLUENCE DE LA SECTION DES NERFS PNEUMOGASTRIQUES SUR LA DURÉE DE LA CHLOROFORMISATION; par M. MOYSE.

L'anesthésie produite par le chloroforme peut être retardée dans un certain nombre de cas. La section des pneumogastriques, par exemple, chez les mammifères et les oiseaux, a constamment ralenti l'action du chloroforme.

Voici les résultats comparatifs obtenus sur des animaux du même âge, l'un à l'état normal, l'autre sans pneumogastriques.

Mammifères. — Le chien normal a été chloroformisé au bout de trois minutes.

L'autre après douze minutes.

Le lapin normal chloroformisé, douze minutes; vingt-deux minutes après, l'autre avait toute sa sensibilité.

Cochon d'Inde chloroformisé, douze minutes; vingt-deux minutes après, l'autre ne l'était pas encore.

Oiseaux. — Pigeon normal, deux minutes trente secondes.

L'autre, huit minutes.

Moineau normal, cinquante-cinq secondes.

L'autre, deux minutes trente secondes.

Je n'aurais pas entretenu la Société de ces expériences, si elles n'empruntaient une valeur relative aux phénomènes que m'ont présentés les grenouilles.

Chez ces reptiles, la section des pneumogastriques accélère la respiration, et alors la chloroformisation est beaucoup plus rapide. La respiration normale chez l'un est de 48; après la section, 88. Chez un autre, 50; après la section, 110. Chez un troisième, 66; après, 116.

J'avais d'abord placé deux grenouilles, l'une saine, l'autre opérée, sous la même cloche. L'absorption par la peau, aussi rapide chez tous deux, n'a pas montré de différence sensible dans l'anesthésie. Au bout de deux minutes trente secondes, elles étaient chloroformisées toutes deux. Je les ai mises alors dans un appareil qui ne permettait que la respiration et à l'abri de toute absorption.

La grenouille opérée a été chloroformisée au bout de dix-sept minutes; l'autre, vingt-sept minutes après.

De ces expériences, je crois pouvoir conclure que l'anesthésie suit l'accélération des mouvements respiratoires. La quantité d'air absorbée, et par conséquent de chloroforme, est moindre quand les mouvements sont ralentis. La grenouille surtout vient à l'appui de ce que j'avance, puisque chez elle l'accélération des mouvements du poumon coïncide avec la rapidité plus grande de l'anesthésie.

II.—Anatomie normale.

Recherches sur les nerfs de l'utérus; par M. Boulard.

M. Boulard a lu à la Société un mémoire qu'il résume lui-même en ces termes :

« Les résultats de nos dissections se sont constamment trouvés en opposition avec ceux de Robert Lee, et en lisant pour la première fois, après avoir terminé nos recherches, la description de cet anatomiste, en voyant les planches qu'il a publiées, puis en étudiant de même le mémoire de Snow Beck (Transactions philosophiques, 1846), nous avons été vivement frappé de nous trouver complétement d'accord avec ce dernier.

» Nous ne pouvons donc que répéter avec lui :

» 1° Les nerfs de l'utérus viennent du plexus hypogastrique des dernières paires sacrées, du plexus mésentérique inférieur, sans qu'il soit possible en aucune façon de distinguer, au milieu du réseau inextricable que constituent les nerfs émanés de cette double origine, si ceux qui se rendent à l'utérus sont fournis par l'un des deux systèmes de la vie animale ou de la vie de relation, plutôt que par l'autre. Cependant nous avons constamment trouvé du côté droit un nerf assez volumineux (relativement parlant), qui se détachait directement du plexus lombo-aortique, traversait le ligament large pour se distribuer à l'utérus, aux trompes, au ligament rond, et envoyer quelques filets à l'ovaire. Ce nerf s'anastomosait sur les côtés de l'utérus avec une ou deux branches émanées directement du plexus ou ganglion hypogastrique. Notons, en passant, que telle est la ténuité de ces filets, notamment de ceux qui se rendent à la trompe et à l'ovaire, et qui là vont peut-être s'anastomoser avec ceux beaucoup plus nombreux qui, émanés des plexus aortique et rénaux, vont constituer les plexus ovariques; que si l'on veut les suivre et les isoler complétement jusqu'à l'organe auquel ils se rende t, on les casse infailliblement. On les voit beaucoup mieux par transparence sous l'eau sur une pièce qui n'a pas beaucoup macéré, en tiraillant légèrement le tronc qui les fournit. Nous avons également une fois trouvé un filet émané du nerf inguino-cutané qui se rendait au ligament rond, le pénétrait au niveau de l'orifice externe du canal inguinal, l'accompagnait jusqu'à l'utérus et se ramifiait dans son épaisseur. Nous n'avons pu le suivre dans l'épaisseur de l'utérus; car au niveau de cet organe, existaient une assez grande quantité d'un tissu fibreux très-dense et des adhérences anormales.

» 2° Les nerfs utérins sont en très-petit nombre.

» 3° Ils sont très-fins.

» 4° Ils n'augmentent pas de volume pendant la grossesse, si bien que nous ne pouvons que répéter ce que nous disait M. le professeur Cruveilhier, qui pendant quelques instants avait été témoin de nos recherches : C'est se créer une difficulté de plus que de chercher les nerfs de l'utérus sur cet organe préalablement développé par le travail de la grossesse. Ce qui nous a suggéré l'idée de préparer ces nerfs comparativement sur l'utérus d'un enfant de 12 ans environ, et sur celui d'une femme morte au moment du travail de l'accouchement, et nous avons vu que les principales modifications portaient, non pas tant sur le volume des nerfs, qui est à peine différent, que sur l'état du plexus. Chez l'enfant, les éléments de ce plexus, rapprochés, serrés les uns contre les autres, semblent constituer une véritable membrane nerveuse; de là partent des nerfs très-grêles qui se rendent à l'utérus et aux ligaments larges pour gagner les trompes, les ovaires et les ligaments ronds, et y distribuer des filets tout à fait capillaires.

Chez la femme dont l'utérus est développé, le plexus, ainsi que l'observe Beck, est remonté; les éléments en sont écartés et constituent des mailles plus ou moins larges, et quant aux nerfs qui en partent, ils ne diffèrent que par une plus grande longueur, coïncidant avec une ténuité plus grande, si on les compare à ceux qui se rencontrent sur l'utérus normal d'une femme adulte.

» 5° Ces nerfs émanent, outre celui dont j'ai indiqué l'origine, du plexus ou ganglion hypogastrique, ainsi que de l'anneau ou ganglion nerveux qui entoure l'uretère à son entrée dans la vessie. Ils gagnent les parties latérales de l'utérus, et là suivent en partie la distribution des artères. En tout cas, ils sont constamment accompagnés par une artériole très-petite. Quelques-uns, très-fins, gagnent les faces antérieure et postérieure, ainsi que le fond de l'utérus.

» 6° Quant au col, imitant la sage réserve de M. Longet, nous ne nous permettrons pas de trancher absolument la question, en raison de la difficulté de cette dissection; cependant nous croyons être arrivé à nous convaincre que le col utérin (portion sous-vaginale) n'est pas complétement privé de nerfs, et qu'il est, sous ce rapport, dans le même état que le reste de l'organe. Nous croyons du moins avoir pu suivre un filet qui se ramifiait manifestement dans la lèvre antérieure du museau de tanche.

» 7° Jamais nous n'avons trouvé de ganglions ni de plexus utérin; il suffit, du reste, de jeter les yeux sur les parois d'un utérus développé, après avoir préalablement décollé le péritoine, pour reconnaître combien l'erreur est aisée et combien facilement on peut représenter comme nerfs et ganglions des fibres musculaires, des veinules, des vaisseaux lymphatiques, etc., surtout après une immersion un peu prolongée.

» Nous croyons devoir nous borner à l'énoncé de ces quelques propositions, sans entrer dans des détails plus étendus soit sur l'historique de la question, soit sur les dispositions particulières que nous avons pu remarquer dans la distribution des divers plexus, solaire, aortique, rénaux, etc., laissant ainsi de côté ce qui peut être considéré comme généralement connu, nous réservant de donner plus tard un peu plus d'extension à ces recherches et d'en tirer quelques déductions physiologiques et pathologiques. »

III. — Pathologie.

1° Observation d'accidents divers paraissant produits par des vers; par M. Henry Roger.

Mademoiselle X., coisinière, âgée de 28 ans, non mariée, d'une forte constitution et d'une bonne santé; Alsacienne, à Paris depuis cinq mois seulement.

Cette femme ne se rappelle point avoir eu aucune affection qui puisse être rapportée aux accidents derniers; jamais elle n'a rendu de vers, jamais elle n'a rien aperçu dans ses garde-robes qui lui parût extraordinaire. Depuis quatre mois elle est sujette à des coliques généralement intenses; il y a un mois, ces coliques devinrent encore plus fortes; les crises de douleur étaient parfois suivies d'une espèce de syncope, apyrétiques, sans rapport avec les repas ou l'heure de l'ingestion des aliments, en apparence tout à fait nerveuses, elles siégeaient surtout vers la fosse iliaque gauche, et elles étaient, dans ces derniers temps, accompagnées d'épreintes et d'envies d'aller à la garde-robe extrêmement fréquentes et sans résultat; il y avait plutôt de la constipation. J'ajouterai que, dans quelques-unes des crises, il lui semblait que quelque chose la tiraillait dans le ventre.

J'essayai, sans succès, d'établir le diagnostic exact de ces coliques; j'éloignai, après examen des coliques et des selles, l'idée d'une colique néphrétique ou hépatique; le toucher ne me donna egalement que des résultats négatifs au point de vue d'une colique dépendant de contractions utérines (la menstruation était d'ailleurs régulière).

Après avoir vu échouer les bains, les antispasmodiques et les narcotiques, je pensai qu'il pouvait y avoir un *tænia*, et je donnai, provisoirement, de l'huile de ricin et ensuite du calomel; aucune portion de tænia ne fut reconnue dans les selles. Seulement la malade évacua cinq ou six ascarides lombricoïdes en paquet, enroulés dans du mucus.

Les accidents se calmèrent momentanément, mais bientôt les douleurs revinrent avec une acuité excessive. Je me contentai de prescrire des lavements, deux par jour successivement, l'un de décocté de guimauve très-fort, puis aussitôt après qu'il serait rendu, un lavement opiacé, en recommandant de nouveau d'examiner avec attention les selles, ce que la malade faisait depuis une quinzaine.

Le 5 de ce mois, après le premier lavement, la malade aperçut au fond du vase de nuit, mêlé à la bouillie fécale (il n'y avait pas d'urine) un peloton de matière glaireuse blanchâtre, dans laquelle étaient pour ainsi dire emprisonnés une vingtaine de *petits vers*, et en outre, au moins autant de ces *vers* nageaient dans le dépôt liquide. Retirés du vase, ces corps paraissaient évidemment animés et ils se mouvaient. Elle en recueillit quelques-uns, la moitié environ, et me les apporta le jour même (ils avaient été rendus le matin); quand je les détachai du lambeau en apparence muqueux, pseudo-membraneux, auquel ils étaient adhérents, je ne les trouvai plus animés de mouvements.

A partir de ce moment, les coliques de la malade ont cessé comme par enchantement. Aujourd'hui, 12 juillet, je l'ai revue, et elle m'a confirmé sa guérison complète.

2° Rhumatisme articulaire aigu; phénomènes comateux; hémiplégie; infiltration d'une substance plastique concrète, contenant des globules pyoïdes dans plusieurs viscères, et en particulier dans le cerveau et la rate; lésions dyssentériques de la muqueuse de l'intestin grêle et du colon; par M. Charcot.

Un homme vigoureux, âgé de 29 ans, journalier, entre, le 24 mai, à l'hôpital de la Charité pour y être traité d'un rhumatisme articulaire sub-aigu, datant d'une huitaine de jours, et occupant la plupart des articulations, particulièrement l'épaule gauche. Le malade a été déjà traité pour la même affection à plusieurs reprises; mais il a joui, dans les intervalles des attaques, d'une bonne santé et n'a pas été sujet à des palpitations ou à quelque autre phénomène indiquant la persistance d'une lésion cardiaque. Pendant les dix ou douze premiers jours de son séjour à l'hôpital, rien de remarquable, si ce n'est que le malade est profondément anémique et qu'il présente peu de réaction fébrile. L'auscultation du cœur démontre l'existence d'une lésion valvulaire. Le traitement employé pendant cette période de la maladie a consisté en l'administration chaque jour de deux pilules contenant chacune 5 centigrammes d'extrait thébaïque. L'épaule gauche paraissant surtout douloureuse, on y applique un large vésicatoire.

Aucun amendement n'avait encore été obtenu sous l'influence de ce traitement, lorsque peu à peu survient du subdelirium prononcé, surtout la nuit,

un mouvement fébrile plus intense que de coutume et un peu de diarrhée. L'examen des divers organes fait reconnaître au niveau du lobe inférieur du poumon gauche l'existence d'un souffle bronchique très-manifeste, mélangé de quelques râles sous-crépitants fins. Cependant la matité, dans ces mêmes points, n'est pas très-prononcée. Peu de toux, pas d'expectoration, pas de point de côté. A peine quelques râles sous-crépitants dans les autres parties de l'organe pulmonaire.

Ces phénomènes locaux, coïncidant avec une exacerbation de la fièvre, font songer à une pneumonie, et une saignée générale de 8 onces est prescrite. Cette saignée n'est suivie d'aucune modification dans l'état du malade; notons, en passant, que le sang en est un peu plastique, et que le caillot est recouvert d'une pellicule couenneuse très-mince. Le lendemain de la saignée, un large vésicatoire est appliqué sur le côté malade, et en même temps on prescrit une potion contenant 0,10 centigrammes de tartre stibié. Nul amendement n'est remarqué les jours suivants, pendant lesquels, au contraire, l'adynamie et le subdelirium semblent augmenter graduellement; cependant on continue l'emploi du tartre stibié à la même dose.

Le 5 juin, à la visite du matin, on remarque que le malade ne peut plus mouvoir la jambe gauche ni le bras du même côté; en même temps la commissure des lèvres semble un peu déviée en haut et à droite. Quand on pince le malade de ce côté, il n'éprouve rien, tandis que, si on le pince avec une force égale du côté opposé, il donne des signes de douleur. Chaque jour depuis lors jusqu'à l'époque de la mort, les mêmes phénomènes ont pu être constatés, et jamais on n'a remarqué ni convulsions cloniques ni contractures dans les membres paralysés. Toutefois, à plusieurs reprises, le malade a accusé une douleur assez intense et spontanée tout le long du membre inférieur gauche, paralysé du sentiment et du mouvement.

Pendant cette période de la maladie, l'adynamie va croissant; le coma se prononce de plus en plus: en même temps la diarrhée augmente à tel point qu'on est forcé de cesser l'usage du calomel, qu'on avait administré à la dose de 1 gramme à l'époque où l'on avait remarqué l'existence de l'hémiplégie.

Le 12 juin, on remarque que les selles, devenues très-fréquentes et involontaires, tachent les draps du lit en vert roux; il semble que ces selles soient presque exclusivement composées de muco-pus et de glaires striées de sang.

Le 24 juin, le malade est pris d'un délire bruyant; il se plaint beaucoup de douleurs spontanées dans les membres paralysés. En même temps la face est devenue profondément terreuse; la langue s'est séchée, et des râles laryngo-trachéaux se font entendre à distance. Le malade de temps à autre expectore des crachats d'aspect presque purulent.

Je noterai qu'on n'a jamais remarqué qu'il y eût des frissons, bien qu'on y ait pris garde.

La mort a eu lieu le 15 juin.

A L'AUTOPSIE, faite vingt-quatre heures après la mort, on trouve :

1° Une absence complète de roideur cadavérique.

2° *Cerveau.* — A la face inférieure du lobe cérébral droit, dans le tissu cellulaire sous-arachnoïdien qui recouvre la scissure de Sylvius, on trouve une sorte de fausse membrane verdâtre qui enveloppe de toutes parts les ramifications des artères cérébrales correspondantes. Après avoir enlevé cette production, on trouve le tissu cérébral qui avoisine les couches optiques et le corps strié, ramolli et d'une teinte manifestement verdâtre. Le ramollissement a atteint la paroi externe du ventricule cérébral lui-même; mais, chose remarquable, la couche optique et le corps strié sont restés sains au milieu de l'altération des parties voisines, ce qu'on peut aisément constater par une série de coupes faites à diverses hauteurs.

Les méninges en général étaient épaissies, rouges, injectées; on y voyait par places des macules blanchâtres; mais en les enlevant, on n'entraînait pas avec elles la substance cérébrale.

3° *Thorax.* — Le cœur est un peu hypertrophié. On trouve les valvules mitrales et tricuspides épaisses, cartilagineuses, insuffisantes. Les valvules mitrales en particulier sont ulcérées à leur bord libre, qui porte des végétations.

Dans la paroi musculaire antérieure du ventricule droit, au voisinage du sillon auriculo-ventriculaire, on trouve un point *induré, jaune verdâtre*, sans ramollissement au centre, analogue en tout aux productions que nous rencontrerons dans d'autres viscères. Il semble qu'il y ait là infiltration plastique dans la trame même du muscle. Rien à noter dans le péricarde.

Les poumons, palpés et percutés, paraissent tout à fait sains; seulement ils sont emphysémateux dans toute leur étendue (emphysème vésiculaire ultime). Par les surfaces des sections pratiquées dans le parenchyme, il s'écoule des bronches de tout calibre une grande quantité de muco-pus très-épais, très-cohérent, d'aspect vraiment purulent. Une substance analogue et très-abondante s'est écoulée par la trachée-artère lorsqu'on l'a coupée pour enlever les poumons.

Seule, l'extrémité inférieure du lobe inférieur du poumon gauche présente un certain degré de splénisation non inflammatoire. Cette portion du poumon était aminele et avait été manifestement comprimée par la rate, ce dont on avait pu s'assurer lorsque tous les organes étaient encore en position. De là évidemment provenait le souffle bronchique qui a été observé à une certaine époque de la maladie.

4° *Abdomen.* — Le foie a son volume et sa coloration normales; on le divise dans tous les sens, et on n'y rencontre rien de particulier.

La rate a un volume considérable, et elle est très-épaisse; mais, chose à noter, elle dépasse à peine le rebord des fausses côtes gauches. Elle s'est développée du côté du diaphragme qu'elle a refoulé en haut, en même temps qu'elle a comprimé médiatement le poumon, comme nous l'avons déjà dit. En même temps elle s'est recourbée sur elle-même, sur sa face interne. Il est à noter encore que son grand axe est dirigé presque verticalement de haut en bas. Ses diamètres sont: celui du grand axe, 23 centim.; du petit axe, 9; de l'épaisseur, 5. Cet organe est très-pesant, rénitent, et quand on l'incise on voit qu'il a acquis une consistance particulière. Le tissu en est friable et rappelle tout à fait la sensation qu'on éprouve quand on comprime en l'écrasant un morceau de poumon hépatisé au deuxième, mais surtout au troisième degré.

La surface de section est d'une couleur lie de vin, marbrée de grandes taches dont les unes sont d'un blanc jaunâtre, les autres d'un jaune verdâtre, d'autres enfin presque vertes. En général, ces taches ont des contours bien nets, bien arrêtés, et tranchent vivement sur la coloration plus foncée du reste de la surface de section. La consistance des parties de couleur lie de vin et celles des parties jaunes est à peu près la même; cependant ces dernières sont un peu plus molles et comme ramollies au centre; mais nulle part il n'y a de vrais foyers. Les parties violettes, lesquelles, soit dit en passant, deviennent d'un rouge vif au contact de l'air, ces parties, dis-je, l'emportent un peu en étendue sur celles qui ont l'aspect purulent.

Je terminerai en disant qu'en raclant la surface de section on enlève une substance épaisse, crémeuse, analogue au produit plastique et purulent de l'inflammation du poumon au troisième degré.

5° *Reins.* Les deux reins ont à la coupe leur aspect normal, quant à la texture et à la coloration; seulement ils contiennent çà et là, surtout au voisinage de la capsule, des taches jaunes analogues par leur aspect et, comme nous le verrons, par leur composition microscopique, à celles que nous avons rencontrées dans la rate; mais elles sont plus dures, à peine friables et entourées d'une sorte d'aréole violacée. Examinée attentivement, au niveau des taches jaunâtres, la substance du rein paraît conservée, en ce sens qu'on y observe à la loupe une foule de stries indiquant les pyramides de Ferrein.

6° Les intestins examinés à l'extérieur sont parsemés de taches d'un bleu noirâtre, visibles à travers le péritoine, analogues par leur aspect à des ecchymoses. De ces taches, les unes sont grandes comme des pièces de 5 fr., les autres toutes petites comme des têtes d'épingle. Ces taches sont répandues également sur l'intestin grêle et le gros intestin; on en voit une très-grande au niveau du grand cul-de-sac de l'estomac.

L'estomac présente à sa face interne une sorte d'ecchymose d'un noir très-foncé, qui semble située sous la muqueuse; mais la muqueuse elle-même est ramollie à son niveau.

Injection vive et pointillée dans le duodénum.

Dans les régions où les valvules conniventes sont très-apparentes, on trouve un développement de quelques follicules isolés, dont le contenu est blanc; et çà et là on voit à travers la muqueuse quelques taches violacées. Nulle autre altération de cette membrane.

Dans l'iléon, les plaques de Peyer sont blanchâtres, mais non hypertrophiées. Quelques follicules clos développés; quelques taches noirâtres visibles à travers la muqueuse qui n'est pas autrement altérée.

Colon. Dans le colon ascendant, teinte rougeâtre de la muqueuse; beaucoup de follicules saillants, mais aucune altération de la muqueuse. Le colon transverse et le descendant, bien qu'ayant une teinte pâle, offrent des altérations remarquables de la muqueuse. Celle-ci a été enlevée par places comme par l'emporte-pièce, laissant à nu la tunique celluleuse; et c'est bien la muqueuse qui a disparu, car les parties qui en restent sont très-reconnaissables à la loupe par la présence des follicules liberkuhniens qui les caractérisent anatomiquement. C'est surtout au niveau du rectum que cette altération est prononcée.

Les matières contenues dans ce colon sont une espèce de glaire contenant çà et là du muco-pus plus ou moins strié de sang.

7° La plupart des grandes articulations ont été ouvertes; on n'y a absolument rien rencontré. Les narines et la bouche n'ont rien produit non plus à noter. Plusieurs veines prises au hasard (veines des membres inférieurs et supérieurs, veine cave) ont été ouvertes dans la plus grande partie de leur étendue; elles ne présentaient pas d'altération.

8° Les dépôts plastiques que nous avons notés dans plusieurs viscères rappellent par leur aspect ceux qu'on rencontre dans certaines maladies générales, et en particulier dans la morve, la syphilis. L'auréole violacée qui les environne dans le rein est analogue à celle qu'on rencontre dans les véritables abcès multiples de la résorption purulente. Mais est-ce bien à du pus infiltré dans la trame des tissus qu'on avait affaire dans le cas qui fait le sujet de cet article? C'est ce que l'examen microscopique seul pouvait décider. Or, au microscope, les dépôts plastiques du rein et de la rate ont paru composés d'une matière amorphe contenant une foule de granulations élémentaires, et de globules arrondis composés de beaucoup de granulations, mais n'ayant pas de contours bien nets, analogues en tout à ceux qu'on a désignés dans ces derniers temps sous le nom de globules pyoïdes. Il n'y avait pas de véritables globules purulents.

Ce fait nous en rappelle un autre analogue sous beaucoup de rapports, que nous avons observé il y a deux ans dans le service de M. Béhier à l'hôpital de Bon-Secours.

Une vieille chiffonnière, âgée de 70 ans, dans un état de maigreur extrême, présentant une teinte jaunâtre de la peau très-prononcée, n'offrait de remarquable à l'examen clinique qu'une augmentation de volume, peu me il est vrai, de la rate et du foie. On la supposait affectée d'une altération cancéreuse de ces deux organes. Elle était sourde; son intelligence paraissait altérée; elle ne pouvait en un mot donner aucun renseignement sur son état antérieur. De temps à autre elle avait des syncopes, et c'est pendant une de ces syncopes qu'elle mourut.

A l'autopsie, le foie paraît à la coupe semé d'une vingtaine de points noirâtres non énucléables, gros comme des noisettes. Le tissu de la rate, dur, friable, d'une teinte rouge sombre, est marbré de grandes taches verdâtres, dont quelques-unes paraissent contenir à leur centre du pus rassemblé en foyer. Quelques ganglions

mésentériques sont développés et il en est qui contiennent au centre des dépôts analogues à ceux qui avaient été rencontrés dans la rate et dans le foie. La veine porte et les branches principales, la veine cave, ne contenaient pas de pus. L'examen microscopique des dépôts du foie y a démontré l'existence de globules analogues à ceux du pus par quelques-uns de leurs caractères, mais en différant sous beaucoup d'autres (pyoïdes?).

Ces deux cas nous paraissent appartenir à un même groupe pathologique. La multiplicité des dépôts plastiques dans plusieurs viscères, le foie, la rate, les reins, rappellent ce qu'on voit dans la morve, l'infection purulente, etc.

Mais dans les cas qui nous occupent, ce n'est pas du pus véritable qui constituait la matière des dépôts observés dans les viscères, mais bien un produit tout particulier que nous désignerons, faute de mieux, sous le nom de substance plastique concrète, contenant des globules pyoïdes.

Nous avons pensé que nos observations, tout incomplètes qu'elles sont, pourraient acquérir une certaine utilité, si d'autres cas analogues venaient à se présenter par la suite, et les rendraient pour ainsi dire moins inattendues.

IV. — Anatomie pathologique.

Sur une tumeur cartilagineuse de la base du crane (enchondrome); par M. Ludovic Hirschfeld.

J'ai montré récemment à la Société une tumeur cartilagineuse qui avait son siége à la base du crâne. Ayant fait depuis quelques recherches à ce sujet, je me propose aujourd'hui de compléter cette communication.

Je rappellerai que le sujet sur lequel j'ai trouvé la tumeur était du sexe féminin, et paraissait âgé de 30 à 35 ans. Il m'est impossible de fournir sur lui aucun renseignement antécédant, car il était destiné aux dissections.

La tumeur que j'ai trouvée était d'une couleur grisâtre, de l'aspect et du volume d'une grosse framboise; elle était placée dans la gouttière caverneuse du côté droit, et s'étendait depuis l'apophyse clinoïde postérieure jusqu'à la dépression du sommet du rocher, en dedans du ganglion de Gasser. Elle adhérait intimement à la gouttière basilaire par des prolongements fibreux, pénétrant dans l'intérieur du diploé de la lame carrée du sphénoïde, diploé mis à nu par la destruction de la table du tissu compacte. La dure-mère qui la recouvrait était refoulée en dehors et en haut. J'oubliais de dire qu'une membrane celluleuse très-déliée, servant d'enveloppe à la tumeur, la séparait de la dure-mère.

Sur la pièce que j'ai présentée, on a pu voir quels ont été les effets de la compression sur les organes voisins : ainsi le ganglion de Gasser était élargi, repoussé en dehors, un peu ramolli, plus blanc qu'à l'ordinaire; les nerfs moteur oculaire commun et pathétique avaient éprouvé les mêmes altérations. On a constaté l'aplatissement de l'artère carotide interne et la diminution de son calibre. Le sinus caverneux et le sinus ophthalmique étaient pour ainsi dire effacés. Contre mes prévisions, j'ai trouvé le globe de l'œil, ses muscles et l'artère ophthalmique tout à fait à l'état normal.

Les parties du cerveau correspondantes à la tumeur, c'est-à-dire une portion de la protubérance annulaire et du lobe moyen, offraient une dépression assez forte, se moulant exactement sur la saillie cartilagineuse.

L'aspect extérieur de cette dernière ne pouvait pas donner d'indications certaines pour le diagnostic; aussi l'a-t-on prise successivement pour une tumeur syphilitique, fibro-plastique, fongueuse, enfin pour une exostose cartilagineuse ou enchondrôme. Le microscope a prouvé cette dernière assertion. En effet, une tranche fraîche, mise sous le microscope, nous a montré, à mon honorable collègue M. le docteur Robin et à moi, la trame homogène par place, fibroïde dans d'autres points, des corpuscules caractéristiques du cartilage, c'est-à-dire des cavités creusées dans la trame et contenant chacune une ou plusieurs cellules ayant toutes un noyau sphérique. Nous n'y avons pas découvert de vaisseaux. Cette petite tranche, vue à l'œil nu, était très-dense et ressemblait à une corne grisâtre.

Cette tumeur, qui n'offre aucun intérêt au point de vue symptomatologique, puisque nous sommes privés de renseignements antécédents, n'est pas sans quelque importance sous le rapport de son siége et de l'anatomie pathologique.

En effet, M. Müller, qui le premier a fixé l'attention des pathologistes sur cette affection, en rapporte trente-quatre observations, qu'il a recueillies en Allemagne et en Angleterre. Sur ces trente-quatre tumeurs, il y en avait vingt-trois aux phalanges et aux métacarpiens, trois à la jambe, une à la cuisse, une à l'os des iles, une aux côtes, une à la base du crâne, une à la parotide une à la glande mammaire, deux dans le testicule. On trouve encore dans l'ouvrage de M. Lebert, dans ceux de M. Günge et de M. Vogel, six autres observations d'enchondrômes, dont deux situées sur les phalanges (l'une de ces observations avait été communiquée à M. Lebert par M. Demarquay), une sur un métacarpien, une dans l'intérieur du tibia, une dans le tissu cellulaire sous-cutané de la partie gauche du cou, et enfin une dernière entre les deux lobes pulmonaires. Celle-ci avait été donnée à M. Lebert par M. Barth.

On voit donc que le siége de prédilection de ces maladies est sur les os longs, et particulièrement sur les métacarpiens et les phalanges; on n'en fait mention qu'une seule fois à la base du crâne, et encore sans préciser davantage; aussi la tumeur dont je viens d'entretenir la Société pourrait-elle, sous le rapport de son siége, être enregistrée parmi les cas rares.

V. — Tératologie.

Anomalie héréditaire des dents; par M. Raoul Leroy-d'Étiolles.

« Cette anomalie, caractérisée par l'absence de développement d'un germe de la seconde dentition, a été observée chez une dame et ses trois enfants.

» 1° Chez la mère, l'anomalie a son siége sur *l'incisive latérale gauche* du maxillaire supérieur. La dent de lait, tombée spontanément, n'a pas été remplacée par une dent permanente.

2° Chez le plus jeune enfant, garçon de 14 ans, l'anomalie a de même son siége sur l'*incisive latérale gauche* du maxillaire supérieur. Cette dent vacillait; elle est tombée par une faible traction. Sa racine était sensiblement diminuée de volume et la couronne un peu érodée. La dent de remplacement ne s'est pas montrée, et cependant les dents voisines ne se sont pas rapprochées.

» 3° Chez la troisième personne, jeune fille de près de 17 ans, *l'incisive latérale gauche supérieure*, prenant une position vicieuse, fut arrachée. Cette dent ne vacillait point; la racine était longue, et l'avulsion a été douloureuse. Cet ostéide n'était pas comme toute dent de lait, qui tombe usée à la racine, altérée dans sa forme et élargie à l'intérieur de son canal et de sa couronne. Elle était, au contraire, intacte en tout point.

» 4° Chez la quatrième personne, l'aînée, qui est dans sa vingtième année, l'anomalie a aussi son siége en haut, du côté gauche, mais sur la canine. Cette dent (*dent de lait*) n'a pas été arrachée; elle a persisté et occupe sa place normale; elle est seulement d'une teinte un peu plus blanche que les autres et d'un volume plus petit, comme le comporte la mâchoire d'un enfant. Elle n'est pas tout à fait, pour cette raison, à leur niveau.

» Quant à la dent permanente, elle ne s'est pas montrée plus ici que chez les autres dont je viens de parler. »

VI. — Chimie physiologique.

De la nature des graisses qui se trouvent dans le sang; par M. W. Marcet.

Dans un mémoire que j'ai publié dernièrement (1), j'annonçai que le sérum du sang privé de l'albumine par la coagulation pouvait être complètement débarrassé des graisses qui se trouvent sous différentes formes dans ce liquide, lorsqu'on y ajoutait du sulfate de chaux en poudre, et qu'on laissait évaporer la liqueur soumise à l'action de ce sulfate de chaux. Après avoir séparé le précipité formé en grande partie par le sel qu'on y a ajouté, et par les substances qui se sont précipitées, on obtient une liqueur qui n'abandonne à l'éther et à l'alcool que des graisses non saponifiables, telles que la cholestérine et la séroline.

Le précipité de sulfate de chaux doit donc contenir toutes les autres graisses qui ont été constatées par les analyses d'un grand nombre de chimistes. J'ai pensé que, par ce moyen, on pourrait arriver à la connaissance exacte des graisses qui sont contenues dans le sang, considérant que le précipité les renfermerait toutes à l'état de sel de chaux. Pour mieux débarrasser le précipité de sulfate de chaux des substances étrangères, je le traitai par l'alcool bouillant. Celui-ci devint *acide*, et par le refroidissement laissa déposer des flocons d'*apparence graisseuse*. J'examinai ce dépôt et je vis qu'il était composé d'acides gras. Ces acides gras provenaient-ils de substances étrangères au précipité formé par le sulfate de chaux, ou d'une décomposition des savons à base de chaux? Je répétai donc l'opération sur une nouvelle quantité de sang.

Dans ce but, je mêlai du sang défibriné avec un volume égal d'eau, puis l'albumine fut coagulée par la chaleur et retenue sur un filtre. J'ajoutai à la liqueur filtrée du sulfate de chaux en poudre, et elle fut concentrée au bain-marie, en agitant continuellement le mélange pour amener en contact chaque particule du liquide et du sulfate. Lorsque la liqueur fut réduite à la moitié de son volume primitif, je la filtrai afin d'isoler le précipité, que je me proposais d'examiner. Ce précipité fut soigneusement lavé avec de l'eau distillée, puis ensuite séché à 100°. Il avait acquis une couleur verte, une consistance grasse, et son odeur rappelait celle de l'huile un peu rance.

Le précipité de sulfate de chaux, débarrassé de l'eau de lavage qu'il avait retenu, fut traité par l'éther dans l'appareil de Payen, puis par un mélange d'éther et d'alcool, de manière à isoler tous les acides que j'avais reconnus être solubles dans ces milieux. Cette dissolution acide fut abandonnée pendant quelques jours pour opérer la cristallisation des matières dissoutes. Les cristaux qui se formèrent furent étudiés au microscope, et ensuite soumis à des réactions chimiques.

Au microscope, je reconnus la présence de l'acide margarique accompagné d'un peu d'acide stéarique et de gouttelettes d'acide oléique. La masse des cristaux fut ensuite traitée par l'oxyde de plomb à chaud et dissoute par l'éther, qui s'empara de l'oléate de plomb seulement, laissant les acides margarique et stéarique sous la forme de combinaison insoluble avec cette base.

Le précipité de sulfate de chaux complètement débarrassé d'acides gras fut mêlé dans un ballon avec de l'alcool et un peu d'acide chlorhydrique; après quelque temps, je retrouvai également des acides gras, mais ils étaient là à l'état de sel de chaux.

Comme on aurait pu admettre que les acides gras obtenus directement du sulfate de chaux par l'éther et l'alcool provenaient d'une décomposition de ce sel de chaux, j'ai fait, avec ces différents acides gras, des savons de chaux, et je les ai traités par l'éther et l'alcool, mais ils n'ont abandonné aucune substance à réaction acide.

J'ai cru pouvoir aussi conclure que les acides gras à l'état libre contenus dans le sang avaient été entraînés par le sulfate de chaux (action qui se montre quelquefois avec les sels métalliques), et que j'avais obtenu ces acides en dissolution dans l'état même où ils se trouvent dans le sang comme principe immédiat.

(1) Recherches sur les principes immédiats qui composent le sang de l'homme et des principaux mammifères; par MM. F. Verdeil et W. Marcet.

Lecanu (Étude chimique sur le sang) avait déjà conclu, de ses expériences, que les acides margarique et oléique existaient à l'état libre dans le sang, mais n'ayant pu se servir que d'une méthode fort imparfaite, il n'était pas arrivé à obtenir ces acides purs, c'est-à-dire sous la forme cristalline, ce qui était nécessaire pour mettre hors de doute la solution de cette question.

Ces recherches, je les ai faites dans le laboratoire de chimie de M. Verdeil, qui a eu la bonté de diriger les manipulations dont j'ai parlé dans ce mémoire.

VII. — Botanique.

Sur un cas de soudure de deux champignons; par M. Eug. Forget.

L'auteur présente un singulier exemple de greffe accidentelle par approche, qu'il a lui-même recueilli sur une champignonnière.

Elle s'est effectuée spontanément entre deux champignons appartenant à l'espèce *agaricus campestris* Lin. (*edulis* Bull), de la manière suivante :

A un moment plus ou moins rapproché de celui de leur naissance, les deux chapeaux se sont trouvés accidentellement en contact par leur face convexe, celui du plus grand des deux champignons s'étant, par l'incurvation de son pédicule, opposé à celui du plus petit, qui s'élevait dans sa rectitude naturelle.

Dans cette situation respective des deux végétaux, par suite d'une cause incidente que M. E. Forget exposera plus tard, une adhérence s'est faite entre les deux chapeaux, adhérence tellement solide, que le plus grand champignon, en redressant son pédicule incurvé, a entraîné de bas en haut, et finalement déraciné le plus petit, de telle sorte que ce dernier a continué de se développer, chapeau en bas, pédicule en l'air, végétant ainsi aux dépens du champignon principal sur lequel il était enté.

Une circonstance fort remarquable, c'est que le pédicule aérien s'est dépouillé de son mycélium et de toute apparence de racine quelconque, et qu'il s'est recouvert d'un épiderme lisse, uni, blanchâtre, analogue à celui dont tout le reste de la plante est pourvu.

BIBLIOGRAPHIE.

Traité de l'amaurose ou de la goutte sereine, ouvrage contenant des faits nombreux de guérison de cette maladie dans des cas de cécité complète ; par M. Ch. Deval. — 1 vol. in-8°. — Paris, chez Victor Masson, libraire-éditeur, 17, place de l'École-de-Médecine. — 1851.

Voici un bon et utile traité, sagement pensé, simplement écrit, pas trop savant, tout à fait pratique, sobre à l'excès en ce qui est explication, prolixe au même degré en ce qui touche à l'application clinique. Également recommandable par ce qu'il omet et par ce qu'il enseigne, nous ne lui rendrions qu'imparfaitement justice en le proclamant, selon la formule usuelle, *au courant de la science*; car l'auteur, il est aisé de le voir, s'est moins préoccupé de paraître initié aux théories récentes que d'utiliser avec méthode les données classiques. Nulle hypothèse nouvelle n'étale ces prétentions dans ces pages, et cependant M. Deval guérit là où d'autres ont échoué. Il en multiplie les exemples; il le dit, et il sait se faire croire. On n'en douterait même pas quand même il se serait abstenu de citer scrupuleusement, comme il le fait, le nom de ses opérés. C'est en le voyant agir, en étudiant son habileté à manier, à varier les ressources thérapeutiques, que la foi vient au lecteur, qu'il se sent persuadé.

Dire qu'il est le fidèle reflet de cette pratique heureuse, ne sera-ce pas donner de l'ouvrage que nous avons sous les yeux une idée suffisante et suffisamment avantageuse? En parcourant successivement les divers chapitres où M. Deval décrit les symptômes de l'amaurose, en précise le siége, en assigne les causes, en trace le diagnostic, on comprend par quelle marche l'analyse l'a conduit de la connaissance du mal à la judicieuse application des remèdes, et l'esprit se sent invinciblement porté à répéter le même travail, à son imitation, et dans l'espoir de succès pareils.

Le premier chapitre promet peut-être un peu plus que l'auteur n'était en mesure de tenir. Son titre : « De la nécessité de s'écarter des pratiques de la routine dans le traitement de l'amaurose, » irait mieux à un chef d'école, à un novateur venant révolutionner cette branche de l'ophthalmologie, qu'au paisible et sagace médecin, dont toute l'ambition se borne à juger plus sainement des espèces d'amaurose, et à mieux fixer l'opportunité comparative de telle ou telle indication thérapeutique. C'est à cela effectivement, c'est à ce but louable, mais modeste, que se limite la réforme dont il se fait l'instigateur. Or, tout en accordant qu'il n'était point inutile aujourd'hui de ramener certains esprits dans cette direction, tout en payant un juste tribut d'éloges à la manière claire et solide dont M. Deval a usé pour rappeler ces sages principes, nous croyons que ses conseils n'eussent été ni moins bien reçus ni moins profitables s'ils avaient été présentés sous une forme plus en harmonie avec le genre de mérite, depuis longtemps incontesté, que l'expérience des siècles leur a déjà reconnu.

La *kopiopie*, ou tendance de la vision à se lasser promptement, n'est pas un degré de l'amaurose ; mais elle fait évidemment partie du cortége des accidents amaurotiques. Aussi sa description se trouve-t-elle tout à fait à propos en tête de l'étude de la maladie principale. Cet état, sur lequel on a tant écrit il y a huit à dix ans—et si peu depuis lors—n'est pas pour M. Deval un effet toujours semblable d'une cause identique. Selon lui, des lésions d'origine et de nature très-variées peuvent se produire. Une taie, une cataracte, la blépharite, un corps étranger, des granulations, y donnent lieu, quoique chacun par un mécanisme différent. Conséquent avec les corollaires qui jaillissent de cette étiologie, l'auteur ne préconise ni une certaine courbure de verres ni une section musculaire toujours la même. Il adresse les remèdes aux causes disparates, et agit tour à tour, selon le cas, en médecin, en opérateur, en hygiéniste. Un point qu'il a particulièrement élucidé, à propos de cette question, est la détermination de l'aptitude individuelle variable pour tel ou tel travail de la vision. Le myope, le presbyte, ne se fatiguent pas aussitôt l'un que l'autre d'une même occupation visuelle. Indépendamment de ces deux classes, chaque tempérament, chaque homme, pour ainsi dire, a sa sphère naturelle de force et de puissance oculaire. Faute de la discerner, faute de se soumettre à ses limites, la kopiopie survient, et si l'on persiste, l'amaurose peut s'ensuivre.

L'ordre le plus habituel, dans l'étude d'une maladie, est de commencer par en rechercher la cause. M. Deval a d'abord voulu faire connaître comment l'état morbide se manifeste à l'observateur. Il énumère en conséquence toutes les perturbations si variées de la vision que l'amaurose occasionne. Myodésopsie, photopsie, diplopie, mérupie, etc., sont l'une après l'autre passées en revue, scrutées dans leur mode de formation, appréciées dans leur signification pronostique. Au sujet de ces troubles, l'auteur émet une remarque dont le praticien fera son profit : c'est qu'ils ne laissent dans l'œil aucune lésion perceptible. Le praticien ne peut donc rien découvrir d'anormal dans l'organe frappé de goutte sereine. Aussi doit-il bien se garder de répondre aux malades qui souvent, par forme d'épreuve de sa capacité, lui demandent quel est, dans son opinion, celui des deux yeux qui est le plus fortement affecté. Qu'il évite le piége, et se tienne pour averti que le hasard seul pourrait, à défaut des commémoratifs, lui suggérer une solution exacte.

Il est encore un fait auquel on doit, dans l'appréciation de ces signes, avoir toujours égard : c'est qu'ici le trouble de la vue est plutôt qualificatif que quantitatif. Dans la cataracte, dans un néphrélion qui empiète sur le champ pupillaire, il ne survient que de la diminution dans la somme, dans l'intensité des perceptions visuelles. Avec l'amaurose imparfaite, au contraire, c'est plutôt l'essence ou la qualité de la fonction qui est altérée, le malade voyant plus ou moins, mais offrant, dans l'impression que les objets extérieurs provoquent, des anomalies, des bizarreries de tout genre.

Nous aurions aimé à voir M. Deval appliquer sa pénétration à l'élucidation d'un problème non moins intéressant que ceux-ci. Il semble, à la vérité, s'en être spécialement préoccupé, car il lui a consacré un article à part, sous ce titre : « De la persistance de la mobilité pupillaire dans quelques amauroses accompagnées de cécité. » Mais l'attente du lecteur se trouve bientôt déçue. Après avoir prouvé par des exemples la réalité de ce singulier phénomène, il rapporte sans commentaire quelques-unes des hypothèses émises pour l'expliquer, puis se contente d'indiquer la manière de le constater et d'éviter de le supposer où il n'existe pas.

La distinction capitale, en matière d'amauroses, est celle qui les divise en sthéniques et asthéniques. Au point où en est la science aujourd'hui, on peut, sans crainte d'un démenti, affirmer qu'à part certains cas de cause spéciale, savoir poser ce diagnostic au lit du malade, c'est faire pour la guérison de celui-ci tout ce qu'il est possible de désirer ; mais les deux termes de cette dichotomie, si simple à comprendre en théorie, demandent souvent de la part du médecin l'exercice de ce que les sens ont de plus subtil, le jugement de plus perspicace, l'attention de plus persévérant. M. Deval, dans un tableau fort bien condensé, rassemble la plupart des indices qu'on doit consulter pour atteindre ce but : ainsi l'amaurose à laquelle on a affaire sera sthénique,

Si le sujet est pléthorique, robuste, à cou court, aimant et pratiquant la bonne chère ;

S'il recherche habituellement le demi-jour, et qu'une forte lumière lui donne des vertiges ; s'il voit mieux le soir ;

Si les excitants de tout genre exaspèrent momentanément les symptômes de la lésion visuelle ;

S'il y a des éblouissements, des douleurs sourdes dans les orbites, le front;

S'il y a perception de corps brillants, incandescents, même pendant l'obscurité de la nuit;

Si la pupille est contractée, l'iris turgescente, le globe oculaire tendu et rénitent.

Il est bien entendu que l'existence de phénomènes opposés à ceux-ci servirait, sans qu'il soit ici besoin de les détailler, à caractériser la goutte sereine torpide ou par asthénie.

L'étiologie proprement dite de l'amaurose est considérée par M. Deval sous deux points de vue également faits pour l'éclairer. Il l'envisage d'abord dans son siége, dans l'organe qui en est le point de départ. Lésion de la rétine, distension du nerf optique, contusion d'une des branches de la cinquième paire, ophthalmies, altération de l'une des parties de l'encéphale, etc., toutes ces causes peuvent donner lieu à l'amaurose, mais chacune par une voie différente et dont la diversité même fournit à la thérapeutique de précieuses indications sur le point où elle doit de préférence diriger ses secours. L'auteur adopte, pour exposer ses nombreux éléments, la méthodique classification déjà proposée par M. Sichel. Il admet dans ce cadre, et à juste titre, selon nous, une amaurose *ganglionnaire ou abdominale*. Il suffit, en effet, de se rappeler, d'une part, les vomissements que l'aiguille à cataracte produit souvent; de l'autre, les nombreuses aberrations visuelles qu'un trouble quelconque de la digestion ou des fonctions génitales détermine, pour être autorisé à conclure que les liens physiologiques doivent naturellement engendrer les liens morbides. De là la théorie de certaines cécités inexplicables de toute autre façon; de là le succès des méthodes évacuantes, employées trop banalement peut-être, mais dont l'action, bien calculée, a procuré tant de guérisons remarquables.

L'amaurose par lésion du nerf optique est également incontestable, et l'on ne peut qu'applaudir aux efforts que M. Deval a faits pour en colliger les principales espèces. Il les divise en causes venant du voisinage et qui agissent par compression, et en causes résultant d'une maladie du nerf lui-même. L'atrophie, cause en quelque sorte intermédiaire à ces deux ordres, s'observe très-fréquemment, et M. Deval n'a pas eu de peine à en citer des cas multipliés. Mais ne s'est-il point fait illusion sur le rôle pathogénique de cette altération? L'atrophie du cordon optique correspondant à un œil paralysé peut sans doute être quelquefois le fait initial; mais ne mérite-t-elle pas le plus ordinairement de figurer parmi les effets consécutifs de la maladie? Pour nous, qui, à la Salpêtrière, l'avons toujours rencontrée à l'autopsie, correspondante au côté aveugle, d'autant plus marquée que la cécité était plus ancienne et la réduction de volume du globe plus considérable, qui d'ailleurs l'avons invariablement constatée, quelle que fût la cause qui avait aboli les fonctions oculaires, nous inclinerions à soutenir que, dans l'immense majorité des cas, elle est un accompagnement, non pas un précédent. Quoi qu'il en soit, c'est là un point à discuter, et nous nous en rapportons volontiers du soin de le résoudre à M. Deval lui-même, lorsqu'il aura l'occasion de remanier cette première édition.

Le siége d'une maladie a bien son importance; mais c'est la cause même qui doit le plus exciter les recherches, parce que c'est elle seule qui fixe le choix du praticien entre les médications si nombreuses et toutes accréditées par des succès qui se disputent sa préférence dans cette option épineuse. Elle seule, il faut le dire et le répéter, permet de faire de la médecine rationnelle, ici où tant de praticiens ne savent que suivre les données d'un empirisme grossier dont les agents ne sont que des procédés violents, sinon cruels. Aussi félicitons-nous particulièrement M. Deval d'avoir multiplié les divisions dans cette étude, où chaque fait nouveau est presque un problème à part qu'il faut méditer d'après l'appréciation des circonstances individuelles bien plutôt qu'à la lumière des préceptes de pathologie générale. C'est ici surtout que sa vaste pratique donne du prix aux leçons qu'il prodigue. Quelque variées que soient ces espèces étiologiques, il trouve toujours à en établir la réalité, à en éclairer le traitement par plusieurs exemples heureusement choisis.

C'est sans contredit à cette partie de l'ouvrage que l'auteur a apporté le plus de soin, appliqué ses recherches les plus assidues. Praticien avant tout, mais praticien raisonnant ses déterminations, il a senti que si approfondir les causes est en général la meilleure thérapeutique, c'est surtout dans le traitement des amauroses que cette vérité est applicable. Il ne se borne pas à dresser une nomenclature par ordre alphabétique : comprenant mieux le but de cette étude, il s'attache à y rapprocher, d'après leur affinité, les espèces les plus semblables. Ainsi les amauroses par suppression de flux, par répercussion de maladies, par omission d'évacuations habituelles, sont rangées les unes à côté des autres. Celles qui résultent de pertes excessives, d'hémorrhagies, de l'abus des plaisirs vénériens, de l'usage immodéré du mercure, forment à leur tour par leur groupement comme une famille naturelle. Tout en louant cette tendance de l'auteur, nous ne pouvons nous défendre d'une pensée critique qu'elle-même nous suggère. Pourquoi en être resté à peu près à l'intention? Pourquoi n'avoir pas plus nettement formulé sa pensée? Puisque le point capital pour le médecin est de savoir distinguer l'amaurose sthénique de l'asthénique, il y avait ici pour l'auteur un moyen bien simple de l'aider dans cette tâche, souvent si difficile. A côté de l'énoncé de chaque cause, il fallait ostensiblement écrire l'indication de la manière dont elle agit pour produire la paralysie visuelle; car si son mécanisme est pour quelques-unes aisé à pressentir, il en est, au contraire, dont l'explication, sous ce rapport, touche aux plus profonds mystères de la science. Sans prétendre réussir à les dévoiler, la difficulté même du but n'aurait-elle pas dû inspirer à M. Deval le désir de travailler au moins à leur élucidation pour les yeux moins exercés de ses lecteurs?

Le traitement vient finalement comme la conséquence naturelle des conditions étiologiques qui précèdent. Nécessairement il tire ses premières et culminantes indications de l'état sthénique ou asthénique de l'amaurose; mais parmi les agents de l'une ou de l'autre médication, il y a un choix à faire, une mesure à garder, une suite, une méthode dont il faut user. C'est là que le praticien se révèle; c'est en maniant les mêmes remèdes que celui-ci réussit là où ceux-là avaient échoué. On consultera avec un véritable profit ce qu'une longue et heureuse expérience a appris, sous ce rapport, à M. Deval. Ce qu'il dit des saignées, des affusions froides, des purgatifs, des mercuriaux, des vésicatoires, du séton, enfin de l'hygiène oculaire, montre que ces moyens, si souvent employés par une main banale, ont reçu dans sa clientèle la consécration de succès avérés et nombreux. Le *modus faciendi* est d'ailleurs indiqué dans cet ouvrage avec une profusion de détails qui procurera à l'auteur plus d'un imitateur de sa conduite et sans doute de ses succès.

Parmi les ressources qu'il préfère pour réveiller la fonction visuelle, une de celles dont il se sert le plus fréquemment est l'électricité. Il faut absolument lire, dans l'ouvrage même, la description d'un procédé nouveau qu'il conseille pour l'application de cet agent. A une époque où les récentes recherches de MM. Récamier et Duchenne ont tant fait pour la popularisation et le perfectionnement de cette médication, on ne saurait rester indifférent à la publication d'une méthode à l'aide de laquelle l'auteur obtient l'effet curatif le plus prononcé, sans l'accompagnement de ces douleurs qui jusqu'ici faisaient tant appréhender aux malades l'emploi de la stimulation galvanique.

P. Dmay.

VARIÉTÉS.

— Par arrêté du président de la République, en date du 29 juillet 1851, M. le docteur Parot, médecin de l'hospice de Périgueux, chevalier de la Légion d'honneur, a été nommé médecin du département des eaux du Mont-d'Or, en remplacement de M. Blanchard, décédé.

— La Société de vaccine du Calvados, créée à Caen par un arrêté du 28 janvier 1850, a décerné dans sa dernière réunion, présidée par M. le préfet, deux médailles d'argent aux vaccinateurs de notre arrondissement dont les noms suivent, qui lui ont été signalés parmi un plus grand nombre de praticiens, également éclairés et dévoués, comme ayant montré le plus de zèle pour la propagation de la vaccine; ce sont : M. le docteur Villeroy, à Balleroy; M. le docteur Jouet, à Isigny,

— On lit dans le MONITEUR ALGÉRIEN :

« Les nouvelles de l'Ouest sont assez bonnes. Le choléra est tout à fait à sa fin à Tlemcen. Depuis plusieurs jours, il n'y a eu aucun cas parmi la population européenne, et la dernière dépêche télégraphique reçue constate qu'aucune entrée n'avait eu lieu la veille à l'hôpital militaire.

» A Oran, le nombre des cas paraît diminuer; celui des décès n'a pas augmenté.

» On n'a pas de nouvelles des autres points qui avaient été atteints par le fléau. »

— La commission sanitaire de la ville d'Ancône (États-Romains) a décidé, le 1er juillet dernier, qu'une quarantaine d'observation de six jours serait imposée à toutes les provenances de l'Algérie, à cause de l'apparition du choléra dans la province d'Oran.

— Un jeune Arabe, Ben-Sassa, fils d'un caïd de la province de Constantine mort il y a deux ans et qui jouissait d'un grand crédit, vient de passer d'une manière brillante son second examen de médecine. Ce jeune homme, dont la conduite est parfaite, montre en outre les plus heureuses dispositions. Son père lui-même pratiquait, parmi les indigènes, l'art de guérir, et s'était fait au milieu d'eux une réputation méritée par son savoir, sa sagesse et sa prudence. Quelques-uns de ses procédés opératoires, malgré les perfectionnements dont ils étaient susceptibles, ont été remarqués par nos praticiens et prouvaient un esprit original et intelligent. L'exemple de Ben-Sassa est utile à citer. Nous sommes heureux de voir de jeunes Arabes étudier parmi nous. La science est le meilleur agent de civilisation.

Le rédacteur en chef, JULES GUÉRIN.

REVUE GÉNÉRALE.

ACADÉMIE DE MÉDECINE DE BELGIQUE. — MALADIE DES PRISONS ET DE L'HÔPITAL MILITAIRE DE BRUXELLES. — ÉPIDÉMIE DES FLANDRES.

Dans la discussion engagée à l'Académie de médecine de Belgique sur la maladie observée par M. Warlomont dans les prisons de Bruxelles et sur la maladie des Flandres, la diversité des questions soulevées à la fois a été la cause d'une confusion dont quelques orateurs n ont pu s'empêcher de se plaindre. Nous constatons simplement cet inconvénient, sans y chercher un motif de blâme, sachant bien qu'on ne peut astreindre à un ordre très-méthodique une assemblée dont chaque membre marche nécessairement un peu à sa guise et appelle les autres sur le terrain qui lui convient le mieux. Il est facile d'ailleurs de dégager de l'ensemble de la discussion les points de fait qu'il s'agit d'éclaircir. On peut les distinguer et les classer de la manière suivante :

La maladie décrite par M. Warlomont et appelée par lui *fièvre éruptive*, quelque opinion qu'on doive se former de sa nature, est-elle, comme l'a cru cet observateur, une affection nouvelle, innominée?

Cette maladie ressemble-t-elle par ses caractères appréciables à la maladie épidémique qui a ravagé les Flandres en 1846 et 1847?

A quelle espèce morbide rapporter l'une et l'autre affection? Au typhus nosocomial? à la fièvre typhoïde? au typhus fever?

On pensera peut-être que le plus court serait de déterminer tout de suite le caractère nosologique et de la fièvre de Bruxelles et de la fièvre des Flandres, cette détermination pouvant dénouer du même coup la difficulté historique. Mais il est clair qu'en enchaînant ainsi la seconde question à la première, on l'expose à toutes les incertitudes dont celle-ci pourrait être entourée, et l'on court soi-même le risque, en voulant tout prouver à la fois, de ne rien prouver du tout. L'état de la science permet de procéder autrement. Dans les auteurs du siècle dernier et du commencement de ce siècle, les descriptions abondent de *fièvres continues* ayant pour un de leurs caractères la présence de taches plus ou moins rouges à la peau. Il n'y a qu'à voir, sans se préoccuper pour le moment des dénominations, si, parmi ces descriptions, il en est qui se rapprochent de celle de M. Warlomont, pour l'épidémie de Bruxelles; de celle de MM. de Mersseman, Mareska, Guislain, pour l'épidémie des Flandres.

Voyons donc d'abord la fièvre éruptive de M. Warlomont.

Nous y remarquons, indépendamment des taches cutanées, six caractères principaux :

1° Prodromes bénins, mais portant principalement sur les centres nerveux. Céphalalgie, vertiges, prostration. *Dans quelques cas* seulement, de la diarrhée.

2° Dans le cours de la maladie, absence de symptômes prédominants du côté du ventre. (*Le plus souvent* constipation; rarement de la diarrhée. Pas de douleurs ni de gargouillements dans la fosse iliaque droite. Météorisme seulement *dans les cas sérieux*.)

3° Persistance de symptômes cérébraux. (Céphalalgie intense, surdité, insomnie; mais le délire n'était pas fréquent.)

4° Intégrité des voies respiratoires.

5° Petitesse et accélération du pouls.

6° Absence de lésions des plaques de Peyer dans l'unique autopsie pratiquée. Injection de la muqueuse de l'iléum et du cœcum.

Cette spécification des caractères de la maladie n'est pas arbitraire. On remarquera facilement qu'elle porte sur les éléments qui permettent le mieux de reconnaître, dans la diversité infinie des manifestations morbides, les groupes naturels, et de leur assigner leur vraie signification nosologique. Aussi, après nous avoir guidé dans l'étude comparée de la symptomatologie, ne nous sera-t-elle pas d'un moindre secours pour la détermination des espèces.

Or, si l'on se donne la peine d'ouvrir les classiques qui traitent spécialement des fièvres, on est d'abord frappé d'une chose : c'est que le symptôme qui a le plus vivement frappé M. Warlomont, à ce point qu'il en a tiré la dénomination de la maladie, à savoir, l'exanthème cutané, a été signalé, avec les caractères qu'il lui assigne, dans des affections fort dissemblables: dissemblables quelquefois, non-seulement par leur expression phénoménale, mais par leur nature. Qu'on parcoure Vanswieten, F. Hoffmann, Pringle, Cullen, Willis, Fracastor, Forestus, Sydenham, Huxham, Lind, Stoll, Selle, Sennert, Sarcône, G. Roux, Giannini, beaucoup d'autres encore, et l'on verra les taches rouges ou noirâtres de la peau notées dans la plupart des histoires de fièvre lente nerveuse, de fièvre muqueuse, de syncope grave, de typhus. Nous ne parlons pas uniquement des fièvres pétéchiales proprement dites, de celles qu'Hoffmann appelle les *vraies*, mais aussi de fièvres continues manifestement diverses, dans lesquelles l'exanthème apparaît comme épiphénomène, et que le même auteur nomme pour cette raison *fausses fièvres pétéchiales*. On rencontre des taches, très-différentes des lenticulaires de la fièvre typhoïde, dans la fièvre jaune, dans la peste, dans le choléra. Voilà déjà un point important, en ce qu'il montre que la seule présence de l'exanthème ne suffit pas à constituer l'espèce morbide, qu'elle révèle seulement une certaine disposition diathésique sur laquelle nous aurons à revenir, disposition commune à beaucoup de fièvres et médiocrement importante sous le rapport nosologique. Cette vue qui est celle de plusieurs orateurs, notamment d'un des praticiens les plus expérimentés de la Belgique, de M. Fallot, nous paraît hors de contestation. Il n'entre pas dans la nature d'un article comme celui-ci de produire des exemples. Il paraîtra d'ailleurs trop évident à ceux qui connaissent la matière que la fièvre décrite par Vanswieten dans ses COMMENTAIRES, et qui guérissait facilement, ne ressemble pas à celle dont Sarcône a fait l'histoire; que cette dernière diffère complétement des fièvres *pétéchisantes* de F. Hoffmann, des *lenes continuæ*, comme il les appelle; et que celles-ci sont fort différentes des vraies fièvres pétéchiales, — bien que toutes s'accompagnent du même exanthème cutané. Il importe même de rappeler que dans les fièvres continues peu graves, l'éruption manquait quelquefois — exactement comme dans la maladie de Bruxelles.

Maintenant a-t-on déjà observé et décrit des fièvres qui, offrant des taches cutanées semblables à celles qu'on rencontrait dans la maladie des prisons de Bruxelles, ressemblaient encore à cette dernière par les autres manifestations symptomatologiques? Nous n'hésitons pas à répondre affirmativement. Nous ne voulons pas produire sur-le-champ les descriptions des médecins qui ont observé depuis quelques années les fièvres maculées en Angleterre ou en Amérique, de MM. Gerhard, Stewart, Richie, etc. Ce serait peut-être trancher la question d'identité morbide soulevée par l'Académie. Cherchons uniquement dans la vieille littérature.

Feuilleton.

BIOGRAPHIES CONTEMPORAINES.

Nous ne connaissons pas d'œuvre plus périlleuse que la biographie d'un contemporain. Prendre pour ainsi dire un homme dans sa main; le retourner en tous sens; découvrir à tous les yeux sa vie intérieure, sa vie publique, les traits beaux ou laids de son caractère et de son intelligence; montrer le lien secret (et il y en a un pour chacun de nous, bien que nous l'ignorions souvent) qui enchaîne, comme autant de déductions logiques, tous les moments de son existence; juger ses œuvres; leur assigner une place dans le présent et dans l'avenir; entreprendre une pareille tâche à travers tous les tiraillements de l'opinion, tous les conflits de la rivalité, toutes les suggestions de la complaisance ou de l'animosité, c'est faire preuve d'un grand courage! Avec les intentions les plus droites, pour peu que le cœur empiète sur l'esprit dans un sens ou dans un autre et prenne sa part du jugement, on est à peu près sûr de se tromper. A-t-on frappé juste, on n'agira guère sur l'opinion, trop vivace et trop tendue pour être pliée par un jugement quelconque. On n'aura jamais raison qu'avec ceux qui vous auront devancé dans votre appréciation, et l'on aura toujours tort vis-à-vis de ceux qui un jour auront pensé autrement que vous. La louange et le blâme seront également suspects.

Le journal anglais THE LANCET a pourtant entrepris de publier une *série de portraits contemporains*. A quel prix nous estimons une pareille détermination, les remarques précédentes le disent assez; mais nous nous proposons d'en administrer une preuve plus directe en essayant d'en tirer parti pour notre propre compte. Comme, au fond, l'intérêt et le piquant de la publication ne sont pas contestables, nous sommes charmé qu'un de nos confrères veuille bien prendre la besogne à sa charge et nous mettre en état de servir à nos lecteurs, sans encourir la moindre responsabilité, des morceaux que nous aurions répugné à confectionner de nos propres mains. Ce serait le comble de la fortune s'il avait la bonne pensée de transporter son crayon chez nous : nous n'aurions qu'à calquer en toute sécurité de conscience, et nous n'y manquerions pas.

En attendant, nous publions la biographie de sir Benjamin Brodie. Si la galerie se continue, nous en détacherons quelques autres portraits; seulement la multiplicité des détails nous obligera à des réductions considérables. Nous ne ferons pas seulement des coupures dans chaque article biographique; nous en remanierons entièrement le texte de manière à l'abréger et à le réduire aux dimensions du cadre que nous pourrons lui consacrer.

SIR BENJAMIN BRODIE.

Sir Benjamin Collins Brodie est le troisième fils du révérend Pierre Bellinger Brodie, recteur de Winterslow, comté de Wilts (qui avait pour mère une fille

Nons citons souvent Hoffmann, parce que c'est, parmi les auteors du dernier siecle, celui qui s'est nccnpé le plus spécialement des fievres accompagnées de macnles à la pean. Eh bien! la fievre péléchisante, ou faosse fievre pétéchiale d'Hoffmann, réunit précisément les principanx caracteres que noos avons reconnns plns haot à la fievre des prisons de Bruxelles. An début, céphalalgie, affaissement, donlenrs des jointnres, insomnie, constipation. *Spontanea lassitudo, gravitativus corporis et artuum dolor, somnus inquietus, alvo simul adstrictâ.* Dans le conrs de la maladie, pas d'accidents sérieux du côté des voies digestives. Il n'est pas qoestion de diarrhée dans la description générale, et c'est senlement dans la première bistoire particuliére que l'auteur signale une diarrbée modérée et salntaire comme ayant existé *chez quelques malades* (*in nonnullis*). Les centres nerveux continnaient à être plus ou moins gravement affectés; il y avait des vertiges, du délire, de la surdité. parfois des convulsions. Le pouls était contracté, inégal et fréquent. Il ne reste plos, pour reproduire exactement la fièvre de Bruxelles, qne de noter l'intégrité des poumons et l'hypérémie de la muquense intestinale. On ne compte pas sans doute sur Hofmann pour des détails nécroscopiques; et quant à l'état des poumons. bien qu'il parle quelquefois d'*infarctus*, il est impossible d'assnrer qn'il s'agissait d'nne véritable congestinn do parenchyme, et non d'nne simple difficulté de respirer, comme on en voit dans tons les états fébriles un pen graves.

Il fant ajouter, pour compléter le parallèle, qn'Hoffmann parle d'bémorrhagies nasales dans la première bistoire, ce qui prouve au moins qu'il portait son attention vers ce symptôme, et qu'il n'en parle pas comme d'un symptôme babituel de la fièvre pétéchisante, ce qoi la rapprocbe encore plus de la maladie de Bruxelles. Rencontre assez singulière, il a même vu, comme M. Warlomont, le flux menstruel venir dans le cours de la maladie, sans avantage comme sans inconvénient.

Enfin il ne sera peut-être pas tont à fait inutile de faire remarquer que, dans la seconde histoire, l'Angleterre est signalée, avec la Belgique et l'Allemagne, comme ayant offert un grand nombre de fièvres pétéchisantes (1). On ne peut s'empêcher, en lisant ce passage, de songer an caractère, actuellement bien connu, des fièvres d'Angleterre caractérisées par des pétéchies.

Et ceci noos engage à répéter, en achevant cette première partie de notre tâche, qu'on ne peut allégner ancune différence sérieuse entre les macules d'Hoffmann et celles de M. Warlomont, ni pour l'époque de leur apparition ni pour leurs caractères. M. Fossion a rapporté textuellement le passage du TRAITÉ DE MÉDECINE RATIONNELLE. Nous l'imiterons pour ne laisser aucune incertitude sur ce point important: « Tum prodeunt in nonnullis » quarto, vel circà septimum diem, in dorso potissimum, pectore et bra- » chiis, cum, vel sine levamine, maculæ, in aliis copiosiores, in aliis pau- » ciores, coloris varii, vel, ut in plerique, purpurei, vel lividi fusci, vel » pallidioris rosei, modo latiores, modo minores, in plurimis instar morsus » pulicum, à qoibus tamen diagnoscuntur dûm compressæ non relin- » qunnt vestiginm in medio rubicundum. » Ainsi quelques-unes de ces taches faisaient saillie au-dessus de la peau: c'est ce qu'a vu également l'observateor belge. Il est vrai qu'il a discerné en nutre, dans quelqoes cas, nne légère vésicnle remplie de sérosité; mais le peu de constance dn phénomène diminoe beancoup son importance. Et puis, qui peut affirmer qu'il n'a pas échappé à l'attention d'Hoffmann? Nous ne voyons qn'nne différence qui mérite d'être relevée. Les macules des fièvres pétéchisantes occupaient surtout la poitrine et les bras; celles de la fièvre de Bruxelles s'étendaient à la face. Mais encore faut-il remarquer qo'Hoffmann lui-même a vn les taches occnper la face dans l'une des deux épidémies qu'il décrit.

Au numéro procbain, la comparaison de la fièvre des prisons de Bruxelles avec la maladie des Flandres.

A. DECHAMBRE.

(1) Il ne saurait y avoir de donte à cet égard, malgré nn certain vagne dans le texte; car Hoffmann attribue le grand nombre de maladies observées cette année-là en Allemagne, en Belgique et en Angleterre, à la même constitution méteorologique. Dès lors, il ne pouvait pas ne pas admettre la similitude des maladies. Il ne fait d'ailleurs, dans sa description des symptômes, aucune distinction entre les trois pays.

MALADIES NAVALES.

ÉTUDES SUR LES MALADIES MARITIMES; par M. DUTROULAU, médecin en chef de la marine (service colonial).

(Suite. — Voir les numéros 33, 37 de l'année 1850, et 18 de l'année 1851.)

FIÈVRE JAUNE.

La lecture des rapports sur les campagnes de mer nous a fait sentir, pour la fièvre janne plns que pour toute antre maladie, la nécessité d'un travail d'analyse destiné à rapprocher des observations si diverses, et à en faire ressortir des vérités qu'on ne saurait trouver dans les traités généraux, écrits la plupart d'apres des épidémies observées à terre. C'est un appendice qo'il nous paraît utile d'ajouter à ces traités.

Aussi ne doit-on pas s'attendre à nous voir établir des principes absolus, ni à discuter les faits pour en dédnire des opinions qui ne manqueraient pas d'être en opposition avec beauconp d'autres. Tel n'est pas notre bot, et nous n'avons voulu que rechercher ce qui peut être propre à la navigation, et appeler l'attention sur quelques points de l'histoire de la fièvre jaune, qui n'ont peut-être pas été suffisamment étudiés ailleors, acceptant la majorité des cas comme la régle, et ne faisant mention des faits exceptionnels que comme avertissement; car pour la fièvre jaune comme pour toute autre maladie il n'y a pas de fait tellement constant qu'on ne puisse lui opposer un fait en apparence contraire, tant l'interprétation est élastique, et tant la limite du possible est indéterminée en médecine.

Nous ne profiterons pas non plus de l'occasion qui nous est fournie par ces rapports, de renouveler l'interminable duel de la contagion et de l'infection en matière de fièvre jaune, pure discussion de mots dont l'appréciation, dont la signification ont subi toutes les variations de l'opinion médicale et des différents systèmes qui ont dominé la science. Aujourd'bni qu'on est plns porté à se renfermer dans la stricte observation des faits, qoe c'est en définitive en les analysant et en les comptant plutôt qu'en les interprétant qu'nn forme son jugement, nous croyons qu'il serait imprudent, funeste même à la connaissance de la vérité, de soulever toute discussiou

---

du docteur Pierre Swan), et de Sarrah, fille de Benjamin Collins, gentilhomme de Milford, près Salisbury. Il fut elevé avec ses autres frères sous le toit paternel, où il contracta des habitudes studienses et régnlières, auxquelles il se plaisait à rapporter une partie de ses succès. Il quitta Winterslow en 1801, vint à Londres étudier l'anatomie et retourna la même année dans son comté natal, qu'il n'abandonna qu'en 1803. Ses premiers maîtres furent Honoratus Leigh Thomas et James Wilson, père du docteur Wilson, aujourd'hui medecin de l'hôpital Saint-Georges. Dans l'hiver de 1805 à 1806, à l'âge de 22 ans, il suppléa Wilson dans l'enseignement de l'anatomie à l'amphitheâtre de Windmill street, fondé par le célèbre John Hunter, puis enseigna concurremment avec lui, de 1809 à 1812, epoque où il fut remplacé par Charles Bell. Dès 1808, il avait été nommé, sous Everard Home, son second maître, aide chirurgien de l'hôpital Saint-Georges; mais les occupations d'Everard Home nuisant beaucoup à ses fonctions publiques, M. Brodie devint de fait chirurgien en chef. En outre, un autre chirurgien du même hôpital, M. Gunning, ayant suivi l'armée de sir Arthur Wellesley (duc de Wellington) en Espagne, ce fut encore M. Brodie qui se chargea de son service. On devine quelle précocité d'expérience pouvait naître d'une pratique aussi active et aussi étendue. Mais ce qui avançait moins vite au milieu de tant d'occupations, c'était la pratique civile. M. Brodie était depuis près de deux ans chirurgien de Saint-Georges quand il songea à plaquer son nom sur la porte de son domicile; mais le temps perdu fut regagné, et vers 1820 il voguait à pleines voiles dans la clientèle.

Les circonstances semblaient se réunir pour le désigner comme le continuateur de grandes illustrations scientifiques. On vient de voir qu'il avait rempli à lui seul la double tâche de Wilson et d'Everard Home; or sir Everard Home était le beau-frère de John Hunter, dont il continuait les traditions. De plus, la femme d'un éminent médecin anglais, de Denman, celle dont il fait un si grand éloge dans la charmante autobiographie qui sert d'appendice aux dernières éditions de son TRAITÉ D'OBSTÉTRIQUE, était la sœur du révérend Pierre Brodie, conséquemment la tante de sir Benjamin. Le docteur Denman occupait, depuis la mort de l'autre Hunter, de William, la première placo dans la pratique obstetricale. Ainsi, par Everard Home et par Denman, le nom de sir Benjamin semblait se relier à celui des deux Hunter, et l'éclat des succès ne démentait pas la généalogie.

Il fixa en effet l'attention publique dès ses premiers travaux. Un grand intérêt s'attacha d'abord à ses expériences sur le poison Woorara, dont un échantillon lui avait été donné par le docteur Bancroft, qui avait voyagé dans la Guyane. Dans l'année 1810—il avait alors 28 ans—ses LEÇONS CROONIENNES, publiées dans les TRANSACTIONS PHILOSOPHIQUES, lui valurent la médaille Copley, c'est-à-dire la plus haute récompense que la Société royale puisse accorder. Ces leçons contenaient la première série de ses recherches physiologiques, relatives à l'influence du cerveau sur l'action du cœur; recherches continuées depuis et notablement accrues, qui tendent à démontrer que l'action du cœur ne dépend entièrement ni du cerveau ni de la moelle épinière, mais peut être entretenue plus ou moins longtemps après la destruction de ces parties, par l'établissement d'une respiration artificielle. Plus tard il établit, à l'aide d'expériences multipliées, que la production et l'entretien de la chaleur, dans les corps vivants, ne s'explique pas suffisamment par des notions chimiques; que l'action des centres nerveux exerce une influence sensible sur la génération du phénomène. Sur ces divers

qui pourrait écarter de cette voie; et nous pensons qu'en évitant des appellations qui ont été cause de tant de dissidences, on doit mieux s'accorder sur les faits et sur les conséquences qui en découlent. C'est pourquoi nous éviterons autant que nous pourrons de prononcer les mots *contagion* et *infection*, du moins dans le sens qui se rattache au mode de transmission de la fièvre jaune.

Une considération surtout nous fait attacher quelque importance à ce travail : c'est qu'ayant été en position d'observer la fièvre jaune d'abord sur les navires de guerre en 1833, et plus tard à l'hôpital de Fort-Royal (Martinique), pendant l'épidémie qui a duré de 1839 à 1844, nous avons été frappé des différences qui existent entre cette maladie observée à bord, ou bien à terre dans les villes qui sont le théâtre habituel de ses épidémies, non pas pour la symptomatologie, mais pour le mode de développement et de propagation. Ce qui ne peut être bien apprécié sur une grande scène où la distribution des lieux sains ou malsains, où les influences générales des différentes saisons qui se succèdent, restent toujours semblables à elles-mêmes d'une année à l'autre, quelquefois même d'une épidémie à l'autre, on peut bien mieux le voir à bord d'un navire, localité restreinte, mobile, pouvant se transporter d'un lieu dans un autre, emportant avec elle son atmosphère propre et ses habitants entassés. La connaissance de ces faits divers a modifié nos idées sur le mode de transmission de la fièvre jaune; et ce que nous n'avons pu voir pendant l'épidémie que nous avons traversée à la Martinique, quoique cherchant alors comme aujourd'hui la vérité sans prévention, nous croyons que les rapports sur les campagnes de mer en fournissent des exemples nombreux. Quand nous aurons cité les faits, nous ne doutons pas que, par leur seule autorité, beaucoup d'esprits entraînés par le plus ou moins de talent ou de logique, el quelquefois de passion, de ceux qui ont écrit sur la fièvre jaune, ne modifient comme nous leurs idées. Nous ne sommes plus au temps où il y avait pusillanimité à arborer certaine bannière médicale.

Ainsi, examiner les rapports des chirurgiens-majors de la marine pendant les douze années environ qui viennent de s'écouler; exposer les faits principaux qu'ils renferment et les conséquences qui en découlent, en n'acceptant que leur seule autorité, sans avoir égard à ce qui a été dit ou écrit avant cette période, et uniquement au point de vue de l'apparition et de la transmission de la fièvre jaune à bord : tracer, s'il y a lieu, d'après ces faits, la conduite que devront tenir les médecins placés au milieu des épidémies de cette maladie; tel est le but que nous nous proposons ici.

Comme il faut bien reconnaître, malgré l'optimisme de quelques médecins pour leur mode de traitement, que la fièvre jaune attend encore un remède d'une efficacité générale bien constatée, nous pensons qu'il est plus rationnel et plus sage de diriger toute son attention et tous ses efforts vers l'étiologie et la prophylaxie de cette maladie que de recommencer les écoles de tous les temps et de tous les pays en faveur de tel ou tel moyen thérapeutique.

La forme la plus convenable à donner à notre examen nous a paru celle d'une espèce d'enquête, à l'aide de questions dont les faits nous fourniront la solution, et voici comment nous avons procédé :

Première question. — *La cause de la fièvre jaune réside-t-elle à bord des navires?*

Trois points sont à éclaircir pour la solution de cette question : le premier, établissant que la cause qui donne naissance à la fièvre jaune est spécifique; le second, que cette cause ne naît pas spontanément à bord des navires; le troisième qu'elle est inhérente à certaines localités maritimes, et ne s'étend qu'à petite distance du littoral.

1° Quel que soit le principe, miasme ou autre, qui vient donner naissance à ces épidémies meurtrières de fièvre jaune qui se déclarent à intervalles plus ou moins longs dans certaines localités; que ce principe y naisse de toutes pièces ou qu'il y soit importé, principe qui paraît d'ailleurs inhérent à d'autres localités où la maladie est endémique, nous croyons qu'on ne peut pas se refuser à admettre qu'outre les conditions générales au milieu desquelles s'est déclarée la maladie jusqu'aujourd'hui et qui paraissent indispensables à son développement, il existe une cause spécifique tenant à la localité qui imprime à la fièvre jaune le cachet particulier qui la distingue des autres maladies. S'il en était autrement, il faudrait admettre que la fièvre jaune n'est due qu'à l'action exagérée des causes générales, et qu'alors elle n'est que le dernier terme des maladies régnant habituellement dans les pays où on l'observe. Or si on entend par dernier terme d'une maladie son plus grand degré de gravité, sa léthalité, il est évident que les fièvres pernicieuses, que les maladies cérébrales ou abdominales des pays chauds sont assez souvent mortelles par elles-mêmes pour qu'elles n'aient pas besoin de revêtir le caractère de fièvre jaune. On ne pourrait pas davantage en faire une variété de ces maladies sans admettre une variété de la cause qui les produit. D'ailleurs la physionomie toute spéciale que présente l'ensemble d'une fièvre jaune est une preuve suffisante d'une étiologie également spéciale. Les localités assez restreintes où elle paraît avoir établi son domicile viennent encore à l'appui d'une cause toute particulière inhérente à ces localités. Pour toutes ces raisons, la spécificité nous paraît bien établie en ce qui concerne la cause de la fièvre jaune; et ce n'est pas là une opinion, c'est le résultat de l'observation de presque tous les médecins de la marine et de ceux qui exercent dans les pays à fièvre jaune (1).

Cette cause admise, voyons si elle naît spontanément à bord, ou si elle est inhérente au sol.

2° Nous n'infirmerons pas, comme nous l'avons déjà dit, ce qui a été

(1) Le Mémoire sur la maladie paludéenne qu'a publié M. Duchassaing dans les nos 38 et 41 de la Gazette Médicale, ne fait que confirmer ce que nous avons dit sur l'utilité de ne pas confondre la fièvre jaune avec la fièvre paludéenne. Il n'est pas douteux pour nous que c'est cette dernière maladie que M. Duchassaing a décrite sous le nom de *fièvre jaune*. C'est par trop abuser des analogies que d'assimiler au frisson de la fièvre paludéenne le frisson qui précède la fièvre jaune. Pourquoi pas de suite celui des fièvres éruptives, des phlegmasies parenchymateuses, etc.? Aussi voyez à quelles conséquences mène cette théorie erronée, à nier l'immunité dont jouissent les nègres et les créoles, l'acclimatement des Européens, la non-récidive, c'est-à-dire les faits les mieux établis par l'observation en matière de fièvre jaune.

Dans l'intervalle des épidémies, nous observons dans nos hôpitaux des Antilles des cas très-rares de cette maladie sur les Européens, et ils sont toujours très-distincts et très-faciles à différencier des nombreux cas de fièvre paludéenne qui remplissent les salles. L'endémicité de la fièvre jaune n'existe pas plus à la Guadeloupe qu'à la Martinique. Nous pensions d'ailleurs que le rapport si consciencieux et si concluant de la Société médicale de la Nouvelle-Orléans sur le traitement de la fièvre jaune par le sulfate de quinine à hautes doses, dès le début, et comme base de la médication, devait préserver à l'avenir de toute école de cette nature.

points, Legallois n'est pas arrivé aux mêmes résultats que M. Brodie. En ce qui concerne particulièrement la chaleur animale, il a bien trouvé un abaissement sensible après la destruction des centres nerveux; mais il a constaté en même temps une diminution dans la quantité d'oxygène employée à l'hématose, et il en a inféré que ç'avait été, dans les expériences du chirurgien anglais comme dans les siennes propres, la cause unique de l'abaissement de température. Il faut dire que les deux expérimentateurs n'opéraient pas de même; que M. Brodie stupéfiait les centres nerveux par l'action du poison Woorara, tandis que Legallois détruisait physiquement la moelle épinière en donnant lieu nécessairement à une perte plus ou moins grande de sang.

De 1812 à 1823, M. Brodie publia divers travaux remarquables : par exemple, ses Recherches sur l'influence du nerf vague sur les sécrétions gastriques, et celle de la ligature du canal cholédoque sur la digestion; il poursuivit en outre une foule d'expériences, encore inédites, dont les éléments, confiés depuis peu à MM. Todd et Bowmann, ne seront sans doute pas perdus.

Mais ce qui mit le comble à la réputation de M. Brodie, ce fut son ouvrage sur *certaines affections nerveuses locales*, et surtout son Traité, devenu classique, des maladies des articulations. Il apprit à mieux distinguer la nature variable des douleurs articulaires et à mieux préciser le siége, également variable, des altérations matérielles qui peuvent envahir les divers tissus des articulations. Pour bien juger aujourd'hui le mérite de pareils travaux, il faut se rappeler qu'à cette époque, en Angleterre, on sacrifiait des membres non-seulement pour cause de lésion organique plus ou moins légère, mais encore pour cause de *douleur*. Une anecdote assez curieuse peut donner une idée de la légèreté qu'y apportaient les chirurgiens anglais. Une jeune femme avait à se venger de son mari, qui l'avait querellée. Comme elle avait une jambe et un pied d'Atalante, dont son mari s'était toujours montré fort épris, elle n'imagina rien de mieux, pour faire pièce au pauvre homme, que de se les faire couper. Elle s'achemina donc vers un hôpital, déclara qu'elle éprouvait au genou une douleur insupportable, et trouva un chirurgien pour lui pratiquer l'amputation. La jambe fut apportée par le mari lui-même au bureau de The Lancet. L'auteur de la présente biographie se porte garant de l'authenticité du fait.

M. Brodie porte, sans conteste, depuis la mort d'Astley Cooper, le sceptre de la chirurgie anglaise. Bien qu'il vise plus à conserver le corps qu'à le mutiler, il n'en est pas moins un très-habile opérateur, léger de main, fécond en ressources, prudent sans timidité, d'un sang froid imperturbable. Néanmoins il ne pratique pas maintenant un très-grand nombre d'opérations, et il se récuse de temps à autre quand il est demandé pour cet office. L'âge lui a rendu difficiles à supporter les fatigues physiques et morales de la chirurgie agissante. Mais sa *consultation* va plutôt en augmentant qu'en diminuant. Son avis est demandé dans un nombre infini de cas envoyés de toutes les parties de l'Angleterre par les chirurgiens des comtés. La source de sa clientèle est donc plus populaire encore qu'aristocratique. Aussi sa fortune professionnelle s'est-elle édifiée, non avec de gros honoraires, comme celle d'Astley Cooper qui se fit payer une fois 1,000 liv. (25,000 fr.) une seule opération, mais avec une masse de guinées qui vont s'empilant une à une dans son cabinet, jusqu'à produire, bon an mal an, une somme d'environ 10,000 liv. (250,000 fr.). Il est constaté qu'Astley Cooper gagna en une seule année 23,000 liv. (575,000 fr.).

écrit avant l'époque dont nous nous occupons; nous n'examinerons pas la valeur de certains faits mis en avant par des esprits plutôt ergoteurs qu'observateurs. Il nous suffit que pendant tout le temps qu'embrassent nos rapports on n'ait pas fait mention une seule fois du développement spontané de la fièvre jaune à bord, pour que nous soyons autorisé à avancer que le navire lui-même ne contient pas de toutes pièces la cause qui produit la fièvre jaune. Les faits surabondent pour prouver cette proposition; et nous voyons des navires sillonner dans tous les sens les mers qui baignent les pays où règnent des épidémies de fièvre jaune, pourvu qu'ils en passent à une certaine distance, sans qu'ils en éprouvent la moindre influence. Que ces navires, au contraire, viennent à aborder les pays infectés, quelle que soit leur provenance, qu'ils viennent du nord ou qu'ils viennent du sud, qu'ils aient un mois on plusieurs années de mer, alors ils sont exposés à contracter le mal, et la plupart en sont atteints. Qu'ils s'éloignent du foyer de l'épidémie, et la maladie qu'ils avaient contractée se calme et disparaît. C'est là le fait brut, la manière dont se passent habituellement les choses. Un navire arrive des points les plus éloignés, il n'a pas de fièvre jaune tant qu'il n'a pas lonché aux rivages infectés. Il y séjourne quelque temps, il est presque sûrement atteint du mal. Il s'en éloigne sans retour, la fièvre jaune le quitte pour toujours. Où est la cause de la maladie? Est-ce dans le navire dont le matériel et le personnel n'ont subi aucun changement? Evidemment non; c'est dans le lieu dont l'influence ne s'est fait sentir au navire que pendant le temps qu'il y a séjourné, ou peu de temps après qu'il l'a quitté.

Voilà le fait principal que rien ne saurait infirmer, et si des causes secondaires viennent quelquefois à être constatées, elles ne peuvent le détruire entièrement et se substituer à lui. Ainsi nous voyons mentionnée dans quelques rapports l'influence que semblent avoir exercée sur la marche de l'épidémie ou sur l'intensité de la maladie tantôt l'altération de l'eau de mer qui séjourne depuis longtemps au fond de la cale, et qui tient en suspension des matières végéto-animales putréfiées, tantôt les émanations infectes fournies par les soutes qui renferment des vivres altérés, tantôt l'encombrement et le défaut d'aération du bord, etc., et alors il y est dit que la cause de l'épidémie régnait au dehors et au dedans du navire; mais dans aucun cas il n'est venu à l'idée du médecin de faire naître la maladie uniquement à bord et sans influence des causes extérieures. Sans doute ces conditions hygiéniques fâcheuses, dans lesquelles se trouve placé le navire, ne sont pas sans inconvénients et doivent aggraver la maladie épidémique, quelle qu'elle soit, qui vient à frapper l'équipage, mais pas plus la fièvre jaune que toute autre. C'est une cause aggravante; ce peut être une cause occasionnelle, mais ce n'est point la cause spécifique. Que le médecin en tienne compte et qu'il cherche à la détruire, c'est son devoir; mais qu'il n'en fasse pas dépendre uniquement la maladie, il se tromperait. Quelques chirurgiens-majors ont peut-être fait une part trop grande à ces causes hygiéniques; mais en définitive aucun d'eux n'a exclu entièrement l'influence locale. Quelque défavorable que soit donc l'état hygiénique à l'intérieur du navire, il ne deviendra jamais l'origine d'une épidémie de fièvre jaune, si le bâtiment ne se trouve placé sous l'influence d'une localité où règne cette maladie. Les faits particuliers que nous citerons plus tard rendront cette proposition encore plus évidente.

3° Enfin le foyer originaire de la fièvre jaune n'existant point en pleine mer ni dans l'intérieur du bâtiment qui navigue loin des rivages infectés, il faut bien que ce soit à terre qu'il ait son siége, et il ne nous reste plus qu'à rechercher quelle peut être son étendue. Il est presque inutile de dire que c'est sur le littoral des pays infectés que les navires contractent la fièvre jaune; mais il est bon pourtant de répéter que c'est sur ce littoral seulement ou à petite distance que la cause de la maladie paraît concentrée. Du côté de la mer, nous avons déjà dit que nous ne connaissions pas d'exemples de son apparition à bord d'un navire avant qu'il eût touché la terre; et comme nous trouvons dans plusieurs relations qu'il a suffi à un assez grand nombre de navires de gagner la pleine mer ou de se tenir longtemps hors de vue de terre, pour éviter l'épidémie ou pour arrêter une épidémie commençante, on peut, sans se tromper, fixer l'influence de la cause à la limite où le navire paraît ne plus être sous l'influence de la terre, pour la brise, pour les émanations ou pour d'autres causes que nous ne saurions déterminer. En général, on sait à bord d'un navire quand on est encore sous l'influence de la terre ou quand on y est tout à fait soustrait; mais, dans tous les cas, il vaut mieux allonger la distance que la restreindre.

Du côté de la terre, la délimitation est encore mieux établie, bien qu'il soit impossible aussi de la fixer au juste. Sur les continents dont le littoral est habité par la fièvre jaune, il est bien reconnu que les habitants de l'intérieur vivent en dehors du foyer de la maladie, et que ce n'est pas impunément qu'ils viennent s'y exposer. Dans les îles, surtout celles qui ont peu d'étendue, comme nos Antilles, l'immunité des habitants de l'intérieur est, au contraire, bien établie, précisément à cause de l'impossibilité où ils sont, par le peu de distance, de se soustraire entièrement à l'influence du littoral. Quoi qu'il en soit, et en prenant cependant toute réserve pour l'avenir, on peut dire que jusqu'aujourd'hui ce n'est que sur le bord de la mer, et à petite distance d'un côté ou de l'autre, que la fièvre jaune a établi son domicile.

Nous pouvons donc, à présent que nous avons reconnu une cause spéciale à la fièvre jaune et que nous avons indiqué le foyer originaire de cette cause, répondre à cette première question :

Non, la cause de la fièvre jaune ne réside pas à bord des navires.

(La suite au numéro prochain.)

MATIÈRE MÉDICALE.

CONSIDÉRATIONS CHIMIQUES, PHYSIOLOGIQUES ET THÉRAPEUTIQUES SUR LES SELS D'ARGENT; mémoire présenté à l'Académie des sciences, les 18 novembre et 2 décembre 1850, par le docteur J^r Delioux, médecin en chef de la marine, professeur aux écoles de médecine navales.

Faciliter l'absorption des médicaments, en annihilant ou en atténuant les effets irritatifs de leur action topique pour mettre seulement en œuvre leur action dynamique virtuelle, tel est le but que, dans un grand nombre de circonstances, se propose le thérapeutiste. Pour l'atteindre, la connaissance des lois physiques et chimiques lui vient si souvent en aide qu'il

---

On voit dans Kensal Green un monument colossal, de style égyptien, le plus massif du cimetière après celui qui est élevé à Morison, l'inventeur des célèbres pilules, c'est la tombe de John Long, ancien peintre en bâtiment, charlatan ignorant et grossier qui traitait à l'aide de certains procédés de friction avec une pommade de son invention, et qui eut l'art d'attirer chez lui à Harley Street et de faire attendre dans ses antichambres la plus fière aristocratie britannique. Sir Benjamin, étant allé un jour visiter un ami dans une villa de Hampstead, fut appelé chez une dame qui avait subi la friction; il lui trouva une énorme escarre sur le dos, et ne put s'empêcher de s'écrier, malgré sa réserve et sa prudence bien connues : « Mais c'est un véritable meurtre! » La malade étant morte, ces paroles furent recueillies par quelques personnes; une instruction s'ensuivit, et le charlatan fut condamné. Cette affaire en réveilla une seconde du même genre et qui eut le même résultat. Dans toutes deux, sir Benjamin rendit un intrépide témoignage contre les méfaits du charlatanisme, et l'on peut dire que c'est lui qui a coupé court à la vogue pernicieuse de John Long. Les murs de Londres furent couverts de caricatures qui représentaient de pauvres diables hurlant et expirant sous la friction. L'épitaphe du monument de Kensal-Green implore du passant, dans un style lamentable, le pardon des fautes que le charlatan a pu commettre dans de bonnes intentions.

Ce n'est pas le seul service que M. Brodie ait rendu à la profession. On sait que c'est à son crédit auprès de sir James Graham qu'on doit la charte du Collége des chirurgiens. Cette charte est loin d'être parfaite et de pourvoir à tous les vrais besoins du corps médical; elle se préoccupe de la dignité de ses membres assez peu pour permettre à celui-ci d'arracher les dents pour un shilling (24 sous), à celui-là de tenir une boutique de fruitier, etc.; mais elle contient le grand principe de la représentation; elle offre dans son conseil élu une garantie permanente aux intérêts de la profession. Le temps d'ailleurs y apportera des modifications salutaires; sir Benjamin s'y emploie tout le premier, et la plupart des *résolutions* qu'imprime si souvent THE LANCET ont reçu son approbation dans le collége. Il faut ajouter, du reste, qu'il n'a jamais voulu admettre la nécessité de dispositions législatives spéciales contre le charlatanisme, la loi lui paraissant suffire à la répression de tout ce qui excède réellement les droits du diplôme et de la liberté individuelle.

Comme professeur, sir Benjamin s'est toujours distingué par le fond substantiel de son enseignement. Ceux qui l'ont entendu au début de sa carrière affirment qu'il avait alors dans sa diction plus de vigueur que d'élégance, et qu'il paraissait comme entravé par la masse de faits entassés dans sa mémoire. Il s'est bien corrigé de ce défaut. Sa parole est aujourd'hui abondante, facile et pleine de lucidité

M. Brodie est le type de cette activité réglée qui suffit à tout et dont les produits, considérés en masse, frappent d'étonnement. Au milieu des soins d'une immense clientèle et chargé d'un lourd service d'hôpital, il a pu : professer à Saint-Georges, comme nous avons dit plus haut; faire un cours de clinique non interrompu depuis 1813 jusqu'en 1848, et un cours d'anatomie et de chirurgie au Collége royal des chirurgiens depuis 1819; présider le même collége et y remplir les fonctions d'examinateur et de membre du conseil; travailler activement au *comité physiologique*; présider la Société royale de médecine et de chirurgie, en 1839 et 1840, et celle de Western (de l'Ouest) en 1849; publier

n'est plus permis aujourd'hui de contester l'utilité de leur application à l'interprétation des faits pharmacologiques. Mais dans cette voie nouvelle, que la médecine organique indiquait d'avance à la matière médicale, il ne faut entrer qu'avec des expériences positives, ou au moins avec des inductions rationnelles.

Puissent les considérations qui vont suivre offrir ce double caractère !

Parmi les éléments nombreux qui constituent la crase des humeurs organiques, tant des humeurs versées à la surface tégumentaire interne et externe que de celles qui circulent dans les vaisseaux ou imprègnent les parenchymes, les sels alcalins et les matières albuminoïdes ou protéiques se présentent comme les plus éminemment susceptibles de réactionner les substances médicamenteuses et d'assurer leur absorption. Toute théorie qui attribuerait à l'un seulement de ces deux groupes d'éléments des humeurs vivantes une prépondérance exclusive dans les modifications chimiques des médicaments appliqués à l'organisme et dans leur absorption, serait, à mon avis, trop absolue; et il est plus conforme à l'induction rationnelle d'admettre que ces deux ordres de réactifs les influencent, soit séparément et chacun pour son compte, soit simultanément.

Il y a plus : dans la digestion du médicament, pourquoi le rôle prépondérant n'appartiendrait-il pas aux matières albuminoïdes comme il leur appartient dans la digestion de l'aliment? Et l'élément protéique n'a-t-il pas été déposé providentiellement dans les liqueurs vitales pour modifier tout ce qui doit pénétrer dans leur sein, de manière à satisfaire à l'assimilation organique dans un cas, et dans l'autre, à adapter aux conditions de la chimie vivante les molécules médicamenteuses ?

Il est donc permis de penser qu'une importance exagérée et trop exclusive a été accordée aux chlorures alcalins dans quelques théories modernes sur l'action chimique de plusieurs médicaments, particulièrement de ceux du règne minéral.

Ce n'est que pour les composés mercuriels que l'on a fait intervenir la réaction de l'albumine, et il est étrange qu'après les travaux de M. Lassaigne (1), corroborés par les observations de M. Mialhe, sur la combinaison du sublimé corrosif avec l'albumine, on n'ait pas songé qu'une réaction analogue pouvait et devait s'établir entre les éléments albuminoïdes de nos humeurs et beaucoup d'autres sels métalliques, et que l'on n'ait pas recherché si effectivement l'absorption de ces sels ne s'opérait pas aussi à la faveur d'une combinaison triple des éléments du sel avec l'albumine.

On a d'autant plus le droit de s'en étonner que M. Lassaigne ne s'était pas borné à étudier l'action de l'albumine d'abord, puis des alcalis et des sels alcalins sur le sublimé : il avait ultérieurement observé et signalé l'influence de ces mêmes agents sur plusieurs autres sels métalliques (2); il avait vu que l'albumine s'unit avec ces derniers, comme avec le bichlorure de mercure, sans les décomposer; que ces *albuminates* se dissolvent à la faveur d'un excès d'albumine ou de solution du sel métallique qui lui est déjà combiné, et dans les dissolutions de plusieurs sels alcalins. Enfin il avait pensé, avec une haute raison, à mon avis, que ces faits devaient jeter une vive lumière sur le mécanisme de l'action des sels métalliques sur nos organes, sur leur absorption et leur effet médicamenteux, et il avait invité les thérapeutistes à examiner les effets de ces albuminates sur l'économie animale.

Cet appel ne fut point entendu, et je ne connaissais moi-même que le travail de M. Lassaigne relatif au sublimé, lorsque j'entrepris, vers l'année 1848 (1), de généraliser les faits spéciaux qu'il contient en étudiant l'action de l'albumine sur d'autres sels métalliques employés en médecine. Ainsi, plagiaire à mon insu, j'aurais cru émettre des idées nouvelles sur l'albuminate d'argent, si les recherches bibliographiques provoquées par mes études habituelles ne m'avaient démontré bientôt qu'il ne restait presque plus rien à découvrir, au point de vue chimique, sur ces albuminates si intéressants et si singuliers.

On avait remarqué d'ailleurs depuis longtemps combien la présence des matières organiques modifie les réactions ordinaires des sels à base d'oxydes métalliques, et M. H. Rose, insistant particulièrement sur ce sujet, avait indiqué un grand nombre de ces modifications.

Ce n'est donc qu'en seconde ligne, à titre de modeste essai dans un ordre de recherches basées sur les faits et les principes précédemment posés, et pour servir à leur confirmation, que je viens examiner l'influence que peuvent exercer les sels alcalins, et principalement les chlorures, d'une part, et les matières albuminoïdes, de l'autre, sur les sels d'argent, et je crois en conséquence être arrivé, en répétant et en étendant parfois les expériences de M. Lassaigne, à établir une théorie nouvelle sur le mode d'administration et d'absorption de ces composés.

Peut-être du moins aurai-je été le premier à introduire dans la thérapeutique les albuminates métalliques.

Peut-être encore me sera-t-il permis plus tard de présenter des considérations analogues sur d'autres médicaments minéraux; mais plus préoccupé des véritables intérêts scientifiques et du perfectionnement de la pratique médicale que de toutes questions de priorité, je me verrais avec plaisir suivi et devancé même dans cette voie d'investigation par des observateurs plus habiles, car je suis persuadé que l'on rendrait un pressant et éminent service à la pharmacologie en déterminant le rôle précis que jouent les matières albuminoïdes dans l'absorption, l'assimilation, et le mode intime d'action des composés métalliques.

Ce mémoire sera divisé en deux parties.

Dans la première, j'examinerai seulement l'azotate d'argent, l'agent le plus important de la médicamentation argentique.

Dans la seconde, je passerai en revue les autres préparations de ce métal employées en thérapeutique ou susceptibles de l'être.

(1) Recherches sur la nature et les propriétés du composé que forme l'albumine avec le bichlorure de mercure; par M. Lassaigne. (Comptes rendus de l'Académie des sciences et Journal de chimie médicale, année 1836.)

(2) Lassaigne, Comptes rendus de l'Académie des sciences, 1840.
Journal de chimie médicale, 1840;
Ibid. . . . . 1842.

(1) La plupart des faits et des opinions qui font l'objet de ce mémoire ont été exposés dans mon cours de matière médicale à l'École de médecine navale de Rochefort, pendant le semestre d'hiver 1848-1849.

---

enfin, dans les Transactions de la Société royale, une foule d'articles de forme soignée et de fond solide, dont les plus anciens ne paraissent pas avoir vieilli. Il a été chirurgien de trois souverains, depuis Georges IV jusqu'à Victoria, sans que jamais l'attrait de ces hautes fonctions l'ait détourné un instant de ses devoirs. Il faut dire toutefois que, par une sage entente de la vie, dont on ne voit pas beaucoup d'exemples en d'autres pays, notamment en France, M. Brodie a des époques fixées de repos qu'il respecte avec le même scrupule qu'il met à bien remplir le temps consacré au travail. Il part toutes les samedis, dans l'après-midi, pour sa terre de Broome-Park (près de Dorking) et ne revient à Londres que le lundi matin. Il y passe, en outre, presque toujours les vacances d'automne, ainsi éloigné de toute affaire sérieuse pendant deux ou trois mois.

M. Brodie a été créé baronnet par Guillaume IV, à l'époque de sa promotion à la place de chirurgien en chef de l'hôpital Saint-Georges, après la mort de sir Everard Home. C'était en 1832; mais le diplôme du titre est daté du 21 août 1834. Ce titre passera à l'aîné de ses deux fils, M. Benjamin Collins Brodie, qui s'occupe avec beaucoup de succès de chimie expérimentale. La même société qui, il y a quarante ans, avait décerné la médaille Copley à sir Benjamin pour son Traité des poisons (la Société royale des sciences et des arts), a accordé, dans sa dernière réunion annuelle, une même médaille à son fils aîné pour son travail sur la nature chimique de la cire. Il n'y a pas d'autre exemple d'une distinction semblable accordée au père et au fils.

Sir Benjamin a aujourd'hui 66 ans. Malgré l'apparence frêle de sa constitution, il jouit d'une santé assez vigoureuse. Sa tête, un peu grisonnante et bien garnie de cheveux, est celle d'un homme de 35 ans. Son œil est vif et perçant; sa taille est un peu courbée, mais par l'habitude du travail et non par le poids des années. Sa figure porte l'empreinte de la méditation, et il est difficile, quand on le voit pour la première fois, de décider s'il a passé sa vie dans la pratique active ou dans une retraite studieuse. Rien de plus simple que ses mœurs domestiques. Chrétien de conviction, il l'est aussi de fait et ne néglige pas les pratiques religieuses. Quand il est à la ville, on peut le voir le dimanche, dans l'après-midi, assister au service de l'église Saint-James, et c'est là encore un des témoignages de cet amour du devoir et de la discipline qui sont un des traits les plus accentués de son caractère.

— Sur la présentation de l'administration des hospices de Bourges, M. le docteur Guerin vient d'être nommé, par M. le préfet, chirurgien en chef desdits hospices, en remplacement de M. le docteur Lebas, démissionnaire, qui emporte en se retirant le titre de chirurgien en chef honoraire. Cette distinction est la juste récompense de bons et loyaux services, d'un mérite éminent et d'un dévouement sans bornes longtemps consacrés au soulagement de l'humanité souffrante. Dans la retraite qu'il s'est choisie, M. Lebas apprendra avec bonheur le témoignage de reconnaissance et de sympathie qui lui est décerné au nom de tous ceux auxquels il a prodigué ses soins et qui lui sera auprès de ses nouveaux concitoyens un titre puissant à l'estime et à la confiance.

PREMIÈRE PARTIE.

DE L'AZOTATE D'ARGENT.

1° EXPÉRIENCES CHIMIQUES.

M. Mialhe admet que l'azotate d'argent et les sels de ce métal sont transformés dans l'estomac, par les chlorures alcalins, en chloro-argentate alcalin soluble et immédiatement absorbable.

Mais les chlorures alcalins ne forment avec le chlorure d'argent des chlorures doubles solubles qu'en faisant réagir à la température de l'ébullition des dissolutions concentrées de chlorures alcalins sur le chlorure d'argent. Alors il se dépose par le refroidissement un double chlorure argentique et alcalin cristallisé ; mais ce nouveau sel est décomposé par l'eau, qui dissout le chlorure alcalin et très-peu de chlorure d'argent (1). Ainsi, en admettant que l'azotate d'argent dans l'estomac soit transformé en chlorure d'argent, que ce dernier, sous l'influence des chlorures alcalins, soit ultérieurement transformé en chloro-argentate alcalin, ce nouveau chlorure double ne serait pas une substance immédiatement ni même facilement absorbable, puisque, décomposé par l'eau, il donnerait lieu à la recomposition d'un composé insoluble, ce même chlorure d'argent dont il est impossible d'expliquer la dissolution, du moins complète, et l'absorption, en ne spéculant que sur l'action des chlorures alcalins : cercle vicieux d'où l'on ne peut en définitive faire sortir une explication plausible de l'action chimico-thérapeutique des sels d'argent.

On peut aller plus loin, et assurer qu'à la température du corps humain et dans l'état de dilution où les chlorures se trouvent dans les liqueurs organiques, si l'on ne fait valoir que la réaction des chlorures sur l'argent, il est impossible d'admettre la formation d'un chloro-argentate alcalin.

En effet :

PREMIÈRE EXPÉRIENCE.

Une dissolution de :

Chlorure de sodium.	} āā	0,60
Chlorhydrate d'ammoniaque	}	
Eau distillée.		100

a été jetée sur du chlorure d'argent, récemment précipité, dans un tube de verre. Le tube a été plongé dans de l'eau dont la température, au commencement de l'expérience, était de + 55° et à la fin de + 20°. Au bout d'une heure, la dissolution surnageant le précipité a été essayée par les réactifs de l'argent, qui n'ont décelé aucune trace de ce métal.

Donc, à la température du corps humain, les chlorures alcalins ne peuvent dissoudre le chlorure d'argent.

Mais si, au lieu de chercher à conclure sur des essais faits avec des liqueurs purement minérales, on fait intervenir dans la réaction des éléments organiques, on arrive à des résultats différents.

DEUXIÈME EXPÉRIENCE.

Si, dans une solution filtrée d'albumine, on verse quelques gouttes d'une solution d'azotate d'argent, il se forme un coagulum lié et tenace, analogue à celui que produisent la plupart des acides et des sels métalliques ; mais ce coagulum se dissout sensiblement dans un excès de la solution albumineuse, et la liqueur conserve seulement une teinte opaline.

TROISIÈME EXPÉRIENCE.

Si après avoir produit un coagulum par l'azotate d'argent dans une dissolution albumineuse, on ajoute quelques gouttes d'une dissolution de chlorure de sodium et que l'on agite la liqueur, le précipité se dissout immédiatement et ne se reforme plus, même au bout de plusieurs heures ; la liqueur prend seulement une teinte légèrement opaline, comme dans la deuxième expérience, surtout si l'on a employé plus d'azotate que de chlorure, ce qui prouve bien, à la rigueur, que l'albumine a éprouvé un certain degré de coercion ; mais il n'y a pas là un véritable précipité, partant de composé insoluble produit.

Était-il permis d'inférer de la deuxième et de la troisième expérience que l'azotate d'argent reste soluble dans les liqueurs chlorurées en présence et sous l'influence des matières albuminoïdes ?

Cette question paraît devoir être résolue affirmativement par l'expérience suivante sur le sérum du sang.

QUATRIÈME EXPÉRIENCE.

Lorsque, dans le sérum du sang, on verse quelques gouttes d'une dissolution d'azotate d'argent, il se fait à la surface un léger précipité qui se dissout immédiatement et complétement en agitant le sérum ; celui-ci ne perd sensiblement de sa transparence que lorsqu'on y a versé un certain excès de la dissolution argentique.

Au bout de plusieurs heures, le précipité ne se reforme pas.

Dans cette expérience comme dans la précédente, la liqueur, laissée à l'air et à la lumière, brunit de plus en plus et abandonne souvent une très-petite quantité d'un dépôt noir résultat de la réduction de l'argent par la matière organique.

L'azotate d'argent peut donc rester à l'état soluble dans les liqueurs où se trouvent simultanément de l'albumine et du chlorure de sodium ; et par conséquent sa solubilité est assurée dans les humeurs organiques qui offrent abondamment des matières albuminoïdes et des chlorures alcalins, et il ne peut pas s'y transformer en chlorure d'argent.

Bien plus, si cette dernière transformation avait lieu, l'absorption du composé argentique ne paraîtrait plus possible (1) ; en effet, non-seulement à la température du corps humain le chlorure d'argent n'est pas soluble dans les dissolutions chlorurées pures, mais il ne l'est pas non plus dans les dissolutions albumineuses chlorurées et dans le sérum, comme le prouve l'expérience suivante, contre-épreuve des exp. 3 et 4.

CINQUIÈME EXPÉRIENCE.

Du chlorure d'argent, récemment précipité, a été laissé en contact pendant vingt-quatre heures avec une solution albumineuse chlorurée, avec du sérum du sang, et jamais il n'a été possible de redissoudre aucune parcelle de ce précipité.

Pour chercher la preuve que les matières albuminoïdes sont la cause de la solubilité de l'azotate d'argent dans les liqueur chlorurées ou salino-alcalines, j'ai fait une expérience qui me semble concluante, et que voici :

SIXIÈME EXPÉRIENCE.

Du sérum ayant été privé d'albumine par la coagulation à l'aide de l'acide azotique, la liqueur décantée a été traitée par l'azotate d'argent qui l'a précipitée aussitôt. Un excès du sérum privé d'albumine ne redissout pas le précipité.

Si au sérum privé d'albumine, on ajoute du sérum ordinaire, en versant dans le mélange quelques gouttes d'une solution d'azotate d'argent, on voit se produire les mêmes phénomènes que dans la quatrième expérience.

Enfin, si, dans une solution d'albumine de blanc d'œuf, on détermine un précipité par l'azotate d'argent, et si l'on ajoute du sérum privé d'albumine, on reproduit les phénomènes notés dans la troisième expérience.

J'ai recherché ensuite si le précipité formé par l'azotate d'argent dans les solutions albumineuses ne se dissout que sous l'influence des chlorures alcalins, si d'autres sels à base alcaline ou les alcalis puissants seuls ne jouiraient pas des mêmes propriétés, et je suis arrivé aux résultats suivants :

J'ai expérimenté d'abord sur les sels qui existent abondamment dans les humeurs organiques à côté des matières albuminoïdes.

Le phosphate de soude dissout le précipité albumino-argentique un peu moins que les chlorures alcalins.

Le sulfate de soude le dissout un peu moins encore.

Les carbonates de soude et de potasse le dissolvent presque autant que les chlorures alcalins.

Enfin, la potasse, la soude et l'ammoniaque dissolvent entièrement le précipité, et la liqueur devient incolore et transparente.

Ainsi les humeurs organiques possèdent, non pas exclusivement dans les chlorures, mais simultanément dans leurs éléments salins et albuminoïdes des réactifs susceptibles de transformer l'azotate d'argent, et probablement tous les autres composés de ce métal, en une combinaison soluble et absorbable, autre que le chlorure d'argent ou un chloro-argentate alcalin.

En outre, les matières albuminoïdes impriment aux dissolutions argentiques des caractères spéciaux et dénaturent leurs réactions ordinaires ; de telle sorte que tous les réactifs de l'argent, hors l'acide sulfhydrique qui acquiert par cela même, dans l'espèce, une grande valeur, au lieu de fournir les précipités colorés si caractéristiques, éclaircissent généralement la dissolution et semblent augmenter la solubilité du composé argento-protéique.

(1) Thénard, Traité de chimie, t. III, p. 169, et tous les traités de chimie.

(1) En admettant toutefois l'hypothèse que les substances insolubles ne sont pas absorbables, chose en question et sur laquelle je dirai ultérieurement mon opinion.

En effet, des dissolutions d'azotate d'argent,

Dans le sérum du sang,

Dans l'eau albumineuse additionnée de chlorures sodique et ammonique,

Dans l'eau albumineuse seule employée en grand excès,

ont présenté, dans l'essai des réactifs de l'argent, les caractères suivants :

Acide chlorhydrique (1)	Pas de précipité, les liqueurs s'éclaircissent.
Chlorures alcalins	id. id.
Phosphate de soude.	id. id.
Arséniate de potasse	id. id.
Acide arsénieux.	id. id.
Ferro-cyanure de potassium . . .	id. id.
Ferri-cyanure de potassium . . .	id. id.
Potasse, soude, ammoniaque (2).	id., les liqueurs s'éclaircissent beaucoup.
Carbonates alcalins	id. id.
Cyanure de potassium	id. id.
Chromate de potasse	id., les liqueurs jaunissent.
Iodure de potassium	Léger trouble peu durable, qui disparait par un excès de précipitant.
Lames métalliques, zinc, fer, étain, cuivre	Pas de réduction de l'argent ; seulement au bout de plusieurs heures, il se dépose sur les lames métalliques des flocons albumineux brunâtres, qui sont peut-être un albuminate d'oxyde d'argent?
Acide sulfhydrique, sulfhydrate d'ammoniaque	Coloration brun noirâtre instantanée. Ce réactif est d'une grande sensibilité.

En résumé, que se forme-t-il dans les circonstances précitées?

Puisque nous voyons l'azotate d'argent rester soluble dans un grand excès d'eau albumineuse, et cette solution offrir tous les caractères réactionnels de celles qui sont additionnées de chlorures ou d'autres sels alcalins, rien n'autorise à admettre que les chlorures entrent comme éléments dans la combinaison qui a pris naissance; on peut établir seulement qu'ils en favorisent la solubilité.

Restent deux hypothèses :

Il s'est formé un composé binaire d'albumine et d'oxyde d'argent;

Ou bien, une combinaison triple des deux éléments du sel et de l'élément protéique, un azoto-albuminate ou un azotate double d'albumine et d'argent.

Cette dernière manière de voir est probablement la plus logique (3); elle est susceptible d'être généralisée pour l'interprétation des réactions qui s'établissent entre la plupart des sels métalliques et les matières albuminoïdes, et applicable enfin à l'explication du mode d'absorption et d'action physiologique de ces mêmes sels, ainsi que je l'ai fait pressentir au commencement de ce mémoire.

Donc, au contact des matières albuminoïdes et de l'azotate d'argent, il se forme un composé soluble dans une grande quantité d'eau, dont les sels alcalins et particulièrement les chlorures favorisent la solubilité, qui se comportent autrement que les sels d'argent ordinaires avec les réactifs, même avec l'acide chlorhydrique et les chlorures, composé qui joue un rôle essentiel et capital dans l'action chimico-physiologique des préparations d'argent.

(1) C'est ainsi du moins que les choses se sont passées dans la majorité des expériences; dans quelques-unes cependant il s'est formé un précipité ressemblant plutôt à la coagulation de l'albumine par l'acide chlorhydrique qu'à la formation d'un chlorure d'argent. Cette réaction négative serait contradictoire du fait avancé par M. H. Rose, savoir, que la présence des substances organiques non volatiles n'empêche pas l'acide chlorhydrique de précipiter les dissolutions argentiques.

(2) M. H. Rose a déjà appelé l'attention sur ce point : que la présence de matières organiques empêche beaucoup d'oxydes d'être précipités par les alcalis de leurs dissolutions qui, sans cette circonstance, les précipiteraient complétement.

(3) C'est aussi l'opinion de M. Lassaigne qui, ayant analysé ce composé, l'a trouvé formé de :

Albumine	84, 5
Azotate d'argent. . . .	15, 5
	100,00

(JOURNAL DE CHIMIE MÉDICALE, 1840.)

(*La suite au prochain numéro.*)

CORRESPONDANCE MÉDICALE.

CAS DE GANGRÈNE ET SÉPARATION COMPLÈTE DU PIED DANS LE COURS D'UNE FIÈVRE TYPHOÏDE ; RÉFLEXIONS SUR LA NATURE DE CETTE FIÈVRE ; par M. ADRIEN FABRE.

Lorsqu'il se produit dans le cours d'une fièvre typhoïde des accidents tels que celui qui fait l'objet de cette observation, ils peuvent servir à jeter quelque jour sur la nature de cette maladie, à laquelle on a donné plusieurs noms différents, sans qu'on soit encore parvenu à la bien connaître, à la bien définir.

OBS. — Un métayer de la commune des Thuiles avait eu, dans le courant de l'année 1845, deux de ses enfants atteints de fièvre typhoïde. Le premier était entré en convalescence quand le second tomba malade, et celui-ci commençait déjà à se rétablir, lorsque leur autre frère, âgé de 17 ans, fut pris à son tour de la même maladie. Ses parents, qui m'avaient appelé pour soigner ses frères, pensèrent qu'en le traitant eux-mêmes et lui faisant prendre quelques tisanes gommées ou mucilagineuses, ils pourraient se passer de médecin ; mais ayant remarqué que le pied gauche du malade présentait une couleur livide contrastant avec celle du pied droit, on réclama ma visite.

Des renseignements que je recueillis sur l'état antérieur et des symptômes encore existants, il résulta que son affection était identique à celle de ses frères ; comme eux, il s'était plaint d'abord de défaut d'appétit, de pesanteur de tête, de lassitude générale, ce qui l'avait forcé d'interrompre son travail et de rester à la maison où il n'avait pas tardé de s'aliter et de tomber dans un état fébrile avec stupeur et rêvasserie ; on s'était borné à administrer intérieurement de l'eau de gomme acidulée avec du jus de citron et de la tisane de guimauve. Comme la stupeur avait diminué sous l'influence de la glace dans une vessie appliquée sur la tête, on n'avait eu recours ni aux sinapismes ni aux vésicatoires.

Je trouvai le malade dont la santé, antérieurement à l'invasion de cette fièvre, avait été fort bonne, la constitution excellente, et dont le tempérament tenait, autant que je pus en juger, du bilieux et du sanguin, dans l'état suivant :

Le pouls, de 85 à 90 pulsations par minute, n'était pas très-déprimé ; facies caractéristique propre à la fièvre typhoïde ; plus de rêvasserie ; mal de tête à la région occipitale, mais très-supportable ; langue couverte d'un enduit fuligineux au milieu et un peu rouge sur les bords qui commençaient à s'humecter ; ventre souple, peu douloureux à la pression ; légère diarrhée (deux selles toutes les vingt-quatre heures) ; respiration facile ; chaleur générale du corps plus élevée qu'à l'ordinaire, sèche et mordicante, mais coloration violacée du pied gauche, accusant la cessation de la vitalité.

Pour m'en assurer, j'enfonçai, dans le pied à diverses reprises et profondément, une épingle, sans éveiller la moindre douleur. J'annonçai aux parents la mortification complète du pied. On me répondit que cependant la chaleur s'y conservait encore. Je fis observer que cette chaleur venait du dehors, qu'elle était communiquée par une ardoise qu'on avait fait chauffer et d'autres linges chauds dont on l'entourait.

J'avais remarqué que la coloration et la chaleur normales commençaient à l'articulation du pied avec la jambe, et j'en inférai que la nature ne tarderait pas d'établir la ligne de démarcation du vif et du mort, et travaillerait à effectuer cette séparation ultérieure. Le pied avait conservé d'ailleurs son volume et sa forme ordinaires, sans phlyctènes et sans ulcération à la peau. (Eau de gomme édulcorée avec du sirop de coings ; demi-lavements avec décoction de têtes de pavots amidonnés ; potion avec décoction de feuilles d'oranger, extrait de kina et élixir vitriolique de Mynsecht ; sachets de sable chaud autour de la jambe et du pied, fréquemment renouvelés, puis fomentations de vin chaud aromatique sur les mêmes parties.)

Quelques jours après, cercle rouge bien dessiné entre les parties mortifiées et les parties vivantes, sans que la gangrène eût fait de nouveaux progrès. (Continuation des mêmes prescriptions.)

L'état général du malade s'améliore, mais on perd l'espoir de conserver le pied. Le malade déclare qu'il veut se confier aux forces de la nature pour en être débarrassé, et qu'on ne lui parle pas d'amputation ni maintenant ni plus tard.

Il ne s'agissait plus que de chercher à neutraliser l'odeur infecte résultant de la putréfaction des chairs, ce que nous obtînmes des chlorures de soude en lotions et de chaux en application. Le travail d'élimination dura sept mois. Le calcanéum et l'astragale se détachèrent avec les autres os du pied. Mais bien que les cartilages du péroné et du tibia n'eussent point été détruits, le travail de cicatrisation fut beaucoup plus lent; il n'est pas encore complétement achevé aujourd'hui, car un bourrelet assez épais formé par un tissu inodulaire et pourvu d'un épiderme, ayant recouvert la presque-totalité de ces cartilages, laisse encore à nu, dans une circonférence de 2 centimètres, le centre du cartilage du tibia, présentant d'ailleurs une couleur rosée et fournissant peu de suppuration. Ce jeune homme a acquis des forces et de l'embonpoint; il est robuste et vaque aux travaux des champs.

J'arrive maintenant aux déductions qu'on peut tirer de cette observation.

Si les atroces douleurs qui précèdent l'apparition de la gangrène du pied par l'usage du seigle ergoté autorisent à penser, avec Broussais,

qu'elle a pour cause l'irritation ; l'absence de la douleur, l'abaissement de la température, le ralentissement de la circulation capillaire, la couleur violacée des téguments, dans le cas qui nous occupe, ne permettent pas de la rapporter à la même cause.

Dans un mémoire adressé par le docteur Verbeock à la Société médicale d'émulation de la Flandre occidentale, cet excellent observateur, s'appuyant sur les travaux de Mudler, de Franz, de Simon, de Lecanu, de Denis a fixé son attention sur l'état du sang dans la fièvre typhoïde.

« Nous savons, dit-il, qu'un des principes essentiels du sang, espèce de matière première sans laquelle toute formation organique normale ou pathologique est impossible; que la protéine, enfin (albumine et fibrine), diminue en quantité dans les fièvres typhoïdes, et que les globules et les alcalis augmentent à mesure que la fibrine diminue ; c'est la diminution de ces deux principes constituants du sang qui constitue le caractère capital de cette maladie. — La conséquence qui découle de cette donnée c'est que là où existe l'élément typhoïde, tout travail plastique de nouvelle formation devient impossible, parce que la protéine, dont la présence est nécessaire au travail de la nutrition, manque en grande partie, et que la quantité de sang est telle que les organes et les tissus malades subissent passivement la stase sanguine.

De cette stase sanguine, de la diminution de la vitalité dans les solides et dans l'agrégation des parties constituantes des humeurs résultent probablement des cas de gangrène tels que celui décrit ci-dessus, lorsque la réaction ne peut s'établir ; et quand elle a lieu, la distension des vaisseaux par la stagnation et la coagulation des fluides, comme dans la phlébite adhésive ou l'oblitération des vaisseaux, accidents qui signalent souvent la dernière période des fièvres typhoïdes, des maladies chroniques, et sur lesquels M. Bouchut a appelé l'attention des pathologistes dans un travail important publié dans la GAZETTE MÉDICALE, où se trouvent exposés les symptômes qui annoncent la coagulation du sang veineux, la marche et les terminaisons de la maladie, son diagnostic, son pronostic et sa valeur en séméiologie, son étiologie, son traitement et les rapports frappants qui existent entre cet état de l'organisme et l'oblitération plus ou moins étendue des veines profondes qui forme le caractère essentiel de la *phlegmasia alba dolens* survenant dans le cours de l'état puerpéral.

Pour moi, le cas de gangrène qui fait le sujet de cette observation et deux cas de *phlegmasia alba dolens non puerpérale* que j'ai eu occasion d'observer, le premier sur un homme de 64 ans, le second sur une fille de 24 ans, vers la fin d'une fièvre typhoïde tous deux, j'incline fortement à croire :

1° Qu'ils sont tous trois les effets d'une même cause, différant seulement d'intensité, de même qu'un froid modéré produit la réaction vitale, et s'il est plus intense, la congélation des membres ;

2° Que la localisation du typhus ne paraît pas avoir la signification qu'on lui attribue, puisque cette affection fébrile altère si profondément l'action vitale qu'elle se formule quelquefois par la perte d'un membre, ainsi qu'il arriva dans la peste qui, sous Marc-Aurèle, dévasta l'Europe et l'Asie ; il ne parut pas d'anthrax ni de bubons : ils étaient remplacés par la gangrène des extrémités.

Il est par conséquent plus probable que la source première essentielle du typhus réside plutôt dans une infection du sang ou dans une altération profonde de l'innervation que dans une affection des intestins ; car il existe un rapprochement remarquable entre les phénomènes de l'asphyxie produite par un délétère, comme, par exemple, celles occasionnées par les vapeurs du plomb, d'hydrosulfate d'ammoniaque, l'azote carboné, gaz hydrogène, phosphoré, sulfuré, gaz acide sulfureux et les principaux phénomènes de fièvres typhoïdes.

Ces phénomènes doivent être étudiés au point de vue de l'étiologie de la symptomatologie et du traitement sur chacun d'eux ; je ne puis présenter ici qu'un rapide aperçu.

Des agents qui produisent l'asphyxie ont la plus grande analogie avec ceux que tous les auteurs ont mentionnés comme causes occasionnelles de la fièvre typhoïde. — Parmi celles-ci, les exhalaisons putrides tiennent le premier rang et forment le lien d'union. « En 1714, lors de la dernière éruption volcanique du lac de Taal, aux îles Philippines, l'eau de ce lac bouillonnait, se soulevait, se répandait sur les terres. Des poissons tels que le caïman, le tiboron et les thons que le flot apportait sur la plage étaient totalement cuits. L'air fut bientôt corrompu par ces émanations pestilentielles qui se dégageaient de cette masse en putréfaction. — On eut à déplorer la perte de plusieurs habitants qui furent asphyxiés ; l'on souffrit pendant plus de six mois des exhalaisons fétides, des gaz nitro-sulfureux dont l'air était imprégné. Ce qui ajouta à ces malheurs, c'est qu'après ce terrible événement la peste et des fièvres putrides malignes sévirent avec tant de force, que la population qui était de dix-huit mille familles fut réduite à neuf mille. » (1).

Lorsque l'asphyxie n'est pas suivie d'une mort prompte, il se produit, comme dans les fièvres typhoïdes, *des symptômes* qui se rapportent au *spasme*, à celui surtout des mouvements volontaires, tels que mouvements convulsifs et soubresauts dans les tendons, ou à *une torpeur* analogue aux affections soporeuses.

La contractilité des organes musculaires de l'appareil digestif et de l'appareil locomoteur est considérablement affaiblie ; il y a stupeur et suspension plus ou moins complète des fonctions cérébrales, et lorsque le malade revient à la santé, souvent ses forces ne se recouvrent qu'avec peine ; et s'il succombe, c'est comme au déclin des fièvres typhoïdes.

Desbois (de Rochefort) cite deux observations à l'appui. Il s'agit d'abord d'un homme qui était employé à déblayer des neiges près d'un égout. Cette neige, méphitique vers le centre, fit tomber cet homme en asphyxie. Il fut rappelé à la vie, mais au bout d'un mois une maladie putride se manifesta qui produisit la gangrène des viscères du bas-ventre, avec un pouls misérable, froid, hoquet, et qui se termina par la mort.

Un vidangeur tombé en asphyxie avait été rappelé à la vie, mais, au bout d'un temps assez rapproché, il fut pris de vomissements, de hoquet, d'anxiété précordiale et d'un dévoiement dyssentérique très-putride auquel il succomba. — Bichat, Nysten et Hallé citent des faits analogues.

Dans l'asphyxie produite par les gaz délétères, l'aspect du sang se rapproche de la couleur foncée qu'il présente dans les fièvres typhoïdes, et si c'est sur le cerveau, sur le système nerveux cérébral, et par conséquent sur tous les organes de la vie animale qui en sont dépendants que les principes délétères introduits dans la grande circulation portent leur principale influence, nous ne devons jamais oublier d'associer dans la cause de ces sortes de mort, l'influence du sang noir à celle des délétères.

Quant au *traitement*, il a été reconnu qu'un des meilleurs moyens de remédier aux phénomènes consécutifs de l'asphyxie, quand le sujet peut avaler et respirer, c'est de lui faire boire une eau légèrement vinaigrée, de lui donner des lavements de vinaigre, substance qui corrige le mieux les effets du gaz délétère.

On a préconisé, dès longtemps, l'utilité des acides dans le traitement du typhus ; mais nul praticien n'en a mieux fait ressentir l'importance que le docteur Verbeeck, en établissant que le point essentiel de la pathologie du typhus était de maintenir la crase du sang à l'état normal ;

Que le moyen qui lui avait le mieux réussi était le vinaigre de vin, les lotions ou aspersions d'eau vinaigrée, ou l'eau chlorée dans une décoction d'orge édulcorée avec le sirop de groseilles ;

Qu'enfin les bons effets des acides s'expliquent par l'action neutralisante dont jouit cette classe de médicaments : action que la chirurgie nous démontre tous les jours.

REVUE DES JOURNAUX DE MÉDECINE.

JOURNAUX BELGES.

(Suite et fin.)

VIII. LA PRESSE MÉDICALE.

Les numéros de juillet à décembre 1850 contiennent : 1° *Lettre sur l'opération césarienne*; par M. Hoebeke. 2° *Note sur la séparation des doigts palmés et sur un nouveau procédé anaplastique destiné à prévenir la reproduction de la difformité*; par M. A. Didot. 3° *Leçons cliniques sur le diagnostic et la thérapeutique des affections du col utérin*; par M. Thiry, recueillies par M. Casier. 4° *Compte rendu de la clinique chirurgicale de M. Seutin*; par M. Hannoteau. 5° *Procédé plus prompt qu'aucun autre pour préparer l'onguent mercuriel double*; par M. Roupelle. 6° *Observations d'hygroma des deux genoux et de fracture de la première phalange du petit orteil*; par M. Delvaux. 7° *Observations de spina-bifida et d'hydrocéphalie*; par M. Hoebeke. (Ponctions de la tumeur dans le premier cas ; ligature dans le second. Insucces dans tous les deux.) 8° *Observation de prurit de la vulve chez les enfants*; par M. Vallez. 9° *Guérison du pied-bot congénital par l'emploi de la méthode amovo-inamovible*; par M. Hannon. 10° *Considérations sur l'embryotomie et l'opération césarienne, suivies d'observations nouvelles d'application du forceps-scie*; par M. Van Huevel, M. Hoebeke, M. Guillery et M. Didot. 11° *Note sur l'amaurose comme*

(1) JOURNAL D'UN VOYAGE EN CHINE, par M. Jules Itier, t. XI, p. 147-148.

symptôme de l'albuminurie; par M. Crocq. 12° *De l'action des métaux dans le traitement de la chlorose*; par M. Hannon.

OBSERVATIONS DE PRURIT DE LA VULVE CHEZ LES ENFANTS; par le docteur VALLEZ.

Nous publions brièvement les deux observations de l'auteur; nous dirons ensuite en quoi réside leur intérêt spécial.

OBS. I. — M. B. vint consulter, en 1849, M. Vallez sur l'état des yeux de sa fille, âgée de 12 ans, douée d'une bonne constitution. Pendant que durait l'examen, l'enfant était d'une indocilité peu ordinaire. Le père l'ayant réprimandée, elle fondit en larmes en portant la main vers la région vulvaire, où elle accusa de vives démangeaisons. Ces plaintes rappelèrent les souvenirs du père, qui déclara qu'en effet sa fille accusait cette sorte de sensibilité depuis cinq mois. M. Vallez conseilla de laver la vulve avec une solution de sublimé.

Au bout de plusieurs jours, pas d'amélioration. On procède à un examen plus minutieux, et cette fois on découvre dans la fosse naviculaire et à la fourchette une quantité de petits vers. M. Vallez conseilla des bains de siége à l'eau tiède contenant un quart de livre de salpêtre brut par bain, en recommandant de tenir les lèvres vulvaires écartées. Au troisième bain, la guérison était complète.

OBS. II. — La jeune D., âgée de 3 ans, d'une constitution chétive, atteinte de blépharite ciliaire chronique, succombait véritablement à un mal inconnu qui se traduisait par de constantes démangeaisons à la région vulvaire. Toutes les ressources de l'art avaient été épuisées. On avait employé la camisole de force, le maillot, des bandages spéciaux. Appelé près de l'enfant en 1850, M. Vallez examina avec soin la vulve et y découvrit encore des animalcules, qui n'étaient visibles qu'à la loupe.

Le traitement déjà employé dans le cas précédent amena la guérison au bout de deux bains.

M. Vallez croit que le prurit de la vulve chez les enfants *a été traité jusqu'ici d'une manière peu rationnelle*; qu'on a *toujours* prescrit une médication sans assigner au prurit *une cause déterminante spécifiée*, et ses deux observations lui paraissent introduire un nouvel élément dans l'étiologie. Il y a longtemps que le prurit vermineux de la vulve est connu. On a même discuté et l'on discute encore sur le point de savoir si les vers qu'on rencontre entre les lèvres vulvaires ont été engendrés sur place ou sont venus de l'anus. C'est une question que nous avons touchée, il y a deux ou trois ans, dans la GAZETTE MÉDICALE. Or les deux observations de M. Vallez sont intéressantes surtout en ceci, qu'il n'y est pas question de prurit de l'*anus*. Or il est presque impossible que, si ce prurit eût existé, les enfants ne l'eussent pas accusé; aussi impossible que l'auteur eût oublié d'en faire mention. Néanmoins il est à regretter qu'il n'ait pas porté une attention spéciale sur ce point.

Nous ne sachons pas qu'on ait encore employé le salpêtre contre le prurit des parties génitales. Un moyen qui nous paraît au moins aussi sûr est une légère friction d'onguent gris sur le lieu même où la loupe fait découvrir les animalcules. Une seule friction suffit souvent, et il n'y a guère à craindre alors les accidents mercuriels.

CONSIDÉRATIONS SUR L'EMBRYOTOMIE ET L'OPÉRATION CÉSARIENNE; par MM. VAN-HUEVEL, HOEBEKE, GUILLERY et DIDOT.

L'honorable M. Van-Huevel est, comme on le sait, inventeur d'un ingénieux instrument d'embryotomie, le forceps-scie, dont l'emploi, soit par lui-même, soit en d'autres mains, a très-souvent déjà été couronné de succès. Emporté, sans doute à son insu, par le secret désir d'étendre la sphère d'application de son procédé, il aborde aujourd'hui la question si délicate de la préférence à accorder entre la céphalotomie et l'hystérotomie; et ainsi qu'on devait s'y attendre, il la résout dans un sens exclusivement, du moins très-fortement favorable à la première. Ses arguments méritent d'autant plus d'être exposés que, outre leur valeur intrinsèque, ils eu empruntent une nouvelle du ton irréprochablement digne, sérieux, scientifique, de celui qui les a mis en avant; de sorte que la parfaite convenance de la forme risquerait de faire accepter au lecteur des conclusions que nous sommes obligés de qualifier d'un peu exagérées dans le fond, si nous le mettions à même de juger par ses propres yeux.

L'embryotomie doit être préférée à l'opération césarienne, dit M. Van-Huevel, l'enfant fût-il vivant, si la femme ne veut pas se soumettre à l'éventration. Le consentement de la mère est sans doute indispensable. Mais qui donc ignore que, dans les neuf dixièmes des cas, ce consentement est entièrement subordonné à la volonté de l'accoucheur? Libre de la conseiller pendant toute la durée de la grossesse, de lui réitérer son opinion au moment du danger, de l'entourer de consultants qu'elle devra croire, de faire peser sur son libre arbitre les sollicitations d'un mari, d'une mère, de ses amies, le médecin n'a vraiment que le choix parmi les moyens, tous honorables, de décider sa malade à adopter le parti qu'il croit lui, être le plus sûr. Aussi refuse-t-elle bien rarement de s'en rapporter à lui. Toutefois nous reconnaissons avec M. Van-Huevel que, devant un refus formellement exprimé le médecin devra ou changer de manière d'agir ou se retirer. Nous croyons surtout qu'il lui est interdit, malgré toute la sincérité de sa conviction, de chercher à ébranler la volonté de sa malade, en lui montrant dans telle ou telle ressource opératoire des avantages imaginaires.

Les changements, dit M. Van-Huevel, qui s'opèrent dans la matrice et ses annexes durant la gestation y augmentent l'afflux sanguin, la prédisposent aux accidents inflammatoires. Les femmes sont, en même temps, devenues plus irritables, plus sujettes aux convulsions, aux désordres du système nerveux. De là les dangers particuliers d'une opération pratiquée sur des organes aussi mal préparés et en milieu de telles circonstances. A ce tableau, vrai en lui-même, mais dont on semble avoir à dessein assombri les couleurs, M. Didot objecte que les modifications observées pendant la grossesse font partie d'un acte normal, et ne doivent par conséquent pas tendre à la maladie; que l'utérus s'hypertrophie et devient le siége d'une circulation supplémentaire, mais qu'il y a loin de là à une congestion ou hypérémie; enfin que l'état chlorotique du système sanguin, récemment signalé dans cette période de la vie de la femme, contribue à mettre celle-ci à l'abri des troubles phlegmasiques que M. Van-Huevel redoute tant *à priori*.

Dans les traités les plus modernes sur l'art des accouchements, continue M. Van-Huevel, on trouve, selon les uns, que les trois quarts des opérés, d'après les autres, que les quatre cinquièmes et même les cinq sixièmes des femmes succombent. Avec les plus rassurants, admettons qu'il n'en meure que la moitié; mais 50 p. 100 de perte est encore un chiffre énorme pour les malheureuses qui doivent courir les chances de cette cruelle opération! et cela pour ne donner peut-être que les quatre cinquièmes des enfants, dont la moitié n'atteindra pas l'âge où l'on a sacrifié les mères. — A côté des statistiques lugubres qu'invoque M. Van-Huevel, il en est d'autres, celles de Michaelis, par exemple, qui promettent sur 7 opérations 3 femmes sauvées et près de 4 enfants vivants. Et ne peut-on pas d'ailleurs rappeler sans cesse contre l'embryotomie ce cruel et trop sensible argument qu'elle a pour but de tuer un être que sa rivale a pour but de protéger? Nous ne concluons pas pour cela contre l'une pour l'autre; nous voulons seulement faire voir que la question est loin d'être résolue; que tant qu'on pourra espérer un progrès dans les moyens de rendre l'hystérotomie moins grave, il serait imprudent de vouloir obtenir contre elle un jugement définitif.

Il est certain, comme le fait encore observer M. Van-Huevel, que l'hystérotomie dans les hôpitaux est le plus souvent suivie de mort, malgré toute l'habileté de ceux qui la pratiquent. Nous ne chercherons pas à le dissimuler, bien que, au moment où nous écrivons ces lignes, un remarquable succès, obtenu par M. Bouchacourt dans l'un des établissements obstétricaux les plus populeux de France, nous pût fournir l'occasion de protester contre le sens trop absolu de cette remarque. Mais les guérisons, réalisées hors des hôpitaux forment, Dieu merci, un heureux et suffisant contraste avec les nécrologes des cliniques spéciales; et il est permis d'espérer qu'on arrivera un jour à pouvoir modifier les conditions hygiéniques bien connues qui ont maintenu jusqu'ici une telle différence entre ces deux ordres de résultats.

Nous ne pousserons pas plus loin ce parallèle auquel il serait dangereux de vouloir donner aujourd'hui des conclusions tranchées. Nous finirons seulement en transcrivant quelques règles générales sur la pratique de l'embryotomie que M. Van-Huevel énonce en terminant son mémoire:

1° Bien s'assurer du degré d'étroitesse pelvienne et du développement du fœtus, afin de pouvoir juger de la nécessité de faire cette opération.

2° Du moment que la nécessité en est reconnue, ne tenter au préalable aucune autre manœuvre de délivrance.

3° Se convaincre que toutes les violences exercées avant ou pendant l'opération sont autant de chances d'insuccès.

4° Ne point chercher à faire l'extraction du fœtus, à moins d'urgence, avant la dilatation du col et l'assouplissement complet du segment inférieur de la matrice.

5° Si cet organe est dans un état d'éréthisme inflammatoire, tâcher d'en calmer l'irritation par la saignée, les bains, les injections, calmants, anesthésiques.

6° Choisir le procédé opératoire le plus doux, le plus prompt et le plus sûr pour mieux éviter tout accident consécutif.

7° Après l'embryotomie, traiter les femmes, comme après les grandes opérations, afin de prévenir ou de combattre les suites possibles de la dystocie.

M. Van-Huevel rapporte enfin cinq observations détaillées d'embryotomie opérée heureusement à l'aide de son forceps-scie.

SUR L'ACTION DES MÉTAUX DANS LE TRAITEMENT DE LA CHLOROSE; par le docteur HANNON.

Les lecteurs de la GAZETTE MÉDICALE connaissent les travaux de M. Hannon sur l'emploi du manganèse en médecine. Ces travaux ont été pour lui le point de départ de recherches plus étendues touchant l'action des métaux sur la chlorose. Bien qu'il promette d'en faire le sujet d'une publication spéciale, nous croyons devoir relever dès aujourd'hui les remarques qu'il adresse à M. le professeur Martens, et qui nous paraissent contenir des vues judicieuses autant qu'élevées.

On croit généralement, et M. Hannon a cru longtemps, que le fer et le manganèse prescrits dans la chlorose étaient assimilés, et l'on préfère dans la pratique les sels de fer solubles comme étant susceptibles de s'absorber tels quels, et d'aller former directement une combinaison organique en s'unissant aux éléments de l'hématosine. Or M. Hannon oppose à cette manière de voir sur l'action des métaux des faits et des raisonnements également dignes de considération.

En fait, il affirme que le plomb, le cuivre, le bismuth, guérissent aussi bien la chlorose que le fer ou le manganèse. Dans certains cas même, ces métaux ont guéri là où le fer avait échoué. Comme il n'y a ni plomb ni bismuth dans l'hématosine, il faut bien que celle-ci ait été réparée par un autre moyen que par une combinaison avec le médicament. Ainsi le sang a récupéré du fer sans que le fer ait été administré, et sous la seule influence du plomb, ou du cuivre, ou du bismuth introduit dans les voies digestives.

En théorie, la combinaison du fer avec les éléments de l'hématosine est difficile à concevoir. Si, dans la chlorose, le nombre des globules est diminué, ceux qui restent renferment toute la quantité de fer nécessaire à la constitution de l'hématosine. Cette quantité ne pourrait diminuer, si peu que ce fût, sans que l'hématosine cessât d'exister. Pour que le fer pût reformer le principe colorant du sang, il faudrait donc qu'il créât de toutes pièces de l'hématosine.

Or un pareil acte est considéré par M. Hannon comme contraire aux lois de la vie. Les végétaux seuls peuvent former leurs éléments organiques de substances inorganiques; ils puisent dans le sol et dans l'air des métaux, des gaz, avec lesquels ils forment les tissus de leur organisation. Les animaux, eux, ne peuvent se nourrir que d'aliments d'origine organique; c'est un caractère spécial de leur nature. « Sans le règne végétal, l'existence du règne animal est impossible, et réciproquement. « En ce qui concerne la formation naturelle de l'hématosine, voici comment les choses se passent, suivant l'auteur : « Les végétaux puisent dans le sol du fer et du manganèse, et assimilent ces deux métaux à leur propre organisation..... Les herbivores à leur tour, en ingérant les substances végétales, introduisent dans leur organisme cette combinaison ferro-manganèse organique, que l'on pourrait appeler hématosine végétale, et se l'assimilent. L'homme et les carnivores s'assimilent à leur tour l'hématosine des herbivores. »

Mais si les métaux ingérés ne concourent pas directement à la formation du principe colorant du sang, comment deviennent-ils l'occasion d'une réparation de ce principe; et comment le plomb, le bismuth, le cuivre, d'autres métaux sans doute, sont-ils aussi bons que le fer pour cet office? Le voici, toujours d'après M. Hannon, appuyé en cela sur des expériences encore inédites.

Pendant l'acte de la digestion, il se forme du sulfide hydrique qui, en réagissant sur les composés ferreux et manganeux contenus dans les intestins, les transforme en sulfure, et décompose ainsi l'hématosine de nos aliments de manière à lui enlever son fer et son manganèse. C'est ce qui arrive dans la chlorose, qui prédispose singulièrement à la formation du sulfide hydrique dans l'intestin. Le moyen de prévenir cet effet est d'administrer un métal non toxique susceptible de former avec le soufre du sulfide hydrique un sulfure insoluble. Or cette propriété appartient au bismuth, au plomb, au cuivre, aussi bien qu'au fer et au manganèse.

Ces vues, nous le répétons, méritent d'être déposées dans l'esprit des médecins. Elles peuvent devenir le sujet de travaux d'une grande valeur.

IX. JOURNAL DE MÉDECINE, DE CHIRURGIE ET DE PHARMACOLOGIE, PUBLIÉ PAR LA SOCIÉTÉ DES SCIENCES MÉDICALES ET NATURELLES DE BRUXELLES.

Les numéros de juillet à décembre 1850 contiennent : 1° *De l'inflammation*; par M. Scheuermans. 2° *Quelques mots sur les effets thérapeutiques des eaux de Friedrichsall*; par M. Schœnfeld. 3° *Recherches historiques sur la médecine, et en particulier sur les fièvres*; par M. Douvillé. 4° *Observations de médecine pratique, relatives à l'emploi des préparations arsenicales*; par M. Putaert. 5° *Un mot sur le diagnostic de la paralysie cérébrale et de la paralysie dépendante de la moelle épinière*; par M. Donders. 6° *Considérations médicales sur la présence de l'ammoniaque dans l'air atmosphérique et sur la formation de l'acide nitrique par les éclairs pendant les orages, comme neutralisant cet alcali*; par M. Hélin. 7° *De la complication des maladies gastriques*; par M. Scheuermans. 8° *Observation de polypes du rectum chez l'enfant*; par MM. Vallez et Guillery.

NÉVROSE DE L'ESTOMAC ET HYPOCONDRIE GUÉRIES PAR L'ARSENIC; par le docteur PUTTAERT.

Il faudra certainement rabattre un jour des succès attribués à l'arsenic. Nous n'en voulons pour preuve que le nombre toujours croissant et la diversité des affections contre lesquelles on l'a préconisé. Néanmoins, il y a deux ordres de maladies sur lesquelles son efficacité, quel qu'en soit le degré, paraît bien établie. Ce sont certaines affections chroniques de la peau, et certaines affections nerveuses (en y comprenant les fièvres intermittentes). Les deux observations que rapporte aujourd'hui M. Puttaert rentrent dans ce dernier ordre. Il s'agit d'une gastralgie et d'une hypocoodrie.

Dans le premier cas, on avait affaire à un sujet de 44 ans qui éprouvait à l'estomac des douleurs que calmait la pression de la main, des besoins insolites de manger, des éructations, de la constipation, etc. La maigreur était extrême, le teint plombé, le facies livide. Quelques amers et un peu de rhubarbe, plus tard les martiaux, rétablirent les fonctions. Deux ans plus tard, les accidents se renouvelèrent avec intensité : mêmes douleurs, hoquet, vomissements, spasmes, anxiétés, palpitations, convulsions. Ces accidents revenaient par accès tous les deux ou trois jours. Les antispasmodiques amenèrent quelque soulagement. Le sel ammoniac, l'extrait de pissenlit, d'autres médicaments, n'eurent aucun succès. On commençait à désespérer quand l'idée vint d'employer l'arsenic. Le malade prit chaque jour une pilule contenant *un cinquantième* de grain d'oxyde blanc. La digestion s'améliora rapidement; les divers accidents signalés diminuèrent et ne reparurent qu'à des intervalles de plus en plus longs. A la fin du deuxième septénaire, on donna une pilule matin et soir. L'amélioration continua, et au bout de quatre septénaires, la guérison était complète.

Le second cas est relatif à un homme de 26 ans, d'un tempérament très-nerveux, qui fut vivement affecté de la perte de sa femme et de graves revers de fortune. Il était triste, chagrin, irascible; éprouvait des spasmes, des contrictions à l'œsophage, des palpitations, et une foule d'autres symptômes propres à l'hypocoodrie. Un traitement *moral et hygiénique*, sur lequel l'auteur ne s'explique pas, fut institué; quelques médicaments administrés; le tout sans succès. On en vint alors à l'arsenic à la dose de *un cinquantième* de grain d'abord, puis de *un vingt-cinquième*, et successivement jusqu'à *deux grains*. Depuis cette époque, qui remonte à plus de six mois, l'état moral et sanitaire du sujet est excellent.

Ce qui manque surtout à l'une et à l'autre de ces observations, c'est l'indication exacte de la date de la maladie et de la durée de chaque médication. Dans le second cas, par exemple, combien y avait-il de temps que le malade avait éprouvé de vifs chagrins quand le premier traitement a été institué? Combien ce traitement a-t-il duré? Il est bien clair qu'une tristesse et des troubles moraux amenés par des malheurs de famille ou de fortune doivent diminuer par le seul effet du temps; et comme l'arsenic n'a été employé qu'en dernier lieu, rien ne prouve qu'on doive lui faire les honneurs de la cure.

UN MOT SUR LE DIAGNOSTIC DE LA PARALYSIE GÉNÉRALE ET DE LA PARALYSIE PRODUITE PAR LES LÉSIONS DE LA MOELLE; par M. DONDERS.

Voici ce que nous trouvons de plus important à signaler dans les remarques de M. Donders.

On sait que, suivant Marshall-Hall, l'irritabilité musculaire, celle qu'on met en jeu, à l'aide de *l'action réflexe*, par une excitation portée sur la fibre, augmente dans les paralysies qui dépendent d'une lésion du cerveau, tandis qu'elle diminue dans les paralysies liées à une altération de la moelle. Cette observation a été contredite par M. Duchenne qui a vu, en appliquant la galvanisation localisée, l'irritabilité augmentée dans des muscles frappés de paralysie, bien que la cause de celle-ci eût son siége dans la moelle épinière. M. Donders fait remarquer que l'irritabilité pouvait n'être abolie que dans les muscles tirant leur influence nerveuse de la partie de la moelle altérée, et rester entière ou même être augmentée dans les muscles animés par une portion plus inférieure de la moelle. Cela est possible; mais sans avoir eu ce moment sous les yeux les détails de l'expérience de M. Duchenne, nous serions étonnés qu'il n'eût pas fait cette distinction. Quoi qu'il en soit, l'auteur n'hésite pas à reconnaître que les expériences relatives à l'irritabilité musculaire ne sont pas très-concordants. Or, et c'est là surtout ce que nous voulions relever dans ce mémoire, il

est un fait d'anatomie pathologique qui peut rendre compte, au moins pour une part, de ce désaccord. En 1850, M. Turck a constaté dans trois cas d'apoplexie cérébrale ancienne, à partir du siége de l'épanchement jusqu'à une portion très-avancée de la moelle et même jusqu'an bas, du côté opposé au foyer, une quantité plus ou moins grande de cellules granuleuses, bien que la moelle considérée à l'œil nu parût entièrement saine (1). Le même auteur a vu de ces cellules dans la moelle d'une femme paralytique dont le cerveau n'était pas malade, et dont la paralysie devait conséquemment dépendre de cette altération du tissu médullaire. Des observations analogues ont été faites par M. Wedl. Enfin M. Donders lui-même a rencontré plusieurs fois des cellules granuleuses à des distances plus ou moins grandes du foyer apoplectique.

X. ANNALES DE LA SOCIÉTÉ DE MÉDECINE D'ANVERS.

Les livraisons de juillet à décembre 1850 contiennent : 1° *Un mot sur les vomi-purgatifs*; par M. Van Hoof. 2° *Quelques mots sur l'étiologie et le traitement du choléra asiatique*; par M. Berchem. 3° *Notice sur la benoite*; par M. Sommé. 4° *Café non torréfié succédané du quinquina*; par M. Van Merbeeck. 5° *Quelques données statistiques sur l'épidémie du choléra qui a régné à Anvers pendant les années 1848 et 1849*; par M. Bessems. 6° *De la présentation du placenta*; par M. Van Haesendonck.

TRAVAUX ACADÉMIQUES.

ACADÉMIE DES SCIENCES.

SÉANCE DU 18 AOUT. — PRÉSIDENCE DE M. RAYER.

SUR QUELQUES EFFETS PHYSIOLOGIQUES DU DATURA STRAMONIUM.

M. José Luis Casaseca (de la Havane), dans une lettre adressée à M. Dumas sur divers points de chimie, rapporte le fait suivant, qui a été de sa part l'objet d'un rapport à l'administration.

Par erreur d'un pharmacien, on donna à une dame une décoction d'une plante que l'on a lieu de croire être du *datura stramonium*, au lieu de chicorée (*chicorea intibus*). Je fus consulté sur la décoction, et sachant que le stramonium n'a pas de réactif spécial, je fis avaler à un petit chien 43 grammes de décoction, et il eut tous les symptômes de l'empoisonnement par le datura stramonium; mais il n'en mourut pas pourtant, et au bout de quatorze heures, il était tout à fait remis. Je voulus vérifier alors sur un chat l'effet annoncé par le docteur Runge (de Berlin), et il se reproduisit d'une manière admirable. J'avais évaporé la décoction au bain de vapeurs en consistance d'extrait, et c'est un peu de cet extrait, délayé dans un peu d'eau, que je mis sur la paupière inférieure de l'œil droit d'un jeune chat. D'abord je ne m'aperçus d'aucun changement; mais après trois heures écoulées, quand j'examinai de nouveau le jeune chat, c'était réellement merveilleux : la pupille droite était fortement dilatée et la gauche contractée. Le rapport des axes de ces pupilles, dans le sens horizontal, était de 6 : 1; celui de l'œil droit avait en effet 3 lignes de longueur et celui de l'œil gauche une demi-ligne. L'observation du docteur Runge est donc très-importante; il faut faire attention qu'il n'y a pas seulement dilatation de la pupille de l'œil sur la paupière duquel on applique l'extrait, mais bien aussi contraction très-marquée de l'autre. Toutefois, avant de conclure sur une épreuve de ce genre, il faudra laisser écouler deux ou trois heures, si le phénomène ne se produisait pas de suite, et s'il finit par avoir lieu, on sera assuré que la substance est de l'ellébore noir, de la belladone ou du datura stramonium.

CAUSE DE L'ANHÉLATION DANS LES ASCENSIONS.

M. Payerne (de Cherbourg) adresse des observations tendant à démontrer que, dans les ascensions sur les hautes montagnes, la lassitude et l'anhélation éprouvées par la plupart des explorateurs n'ont pas pour cause une insuffisance d'oxygène dans l'air respiré, comme l'ont pensé quelques physiologistes. M. Payerne a observé des effets semblables produits par des causes diamétralement opposées, qui lui semblent propres à faire envisager la question sous un autre point de vue. C'est en descendant sous l'eau à des profondeurs qui ont quelquefois atteint 41 mètres qu'il a pu observer les faits dont il rend compte.

M. Payerne a opéré des descentes à l'aide de trois appareils différents : la cloche ordinaire du plongeur, la cloche qu'il a perfectionnée et son bateau sous-marin. Ces trois appareils affectent le conduit auditif d'une manière différente. Le premier occasionne une sensation désagréable, presque douloureuse, pendant toute la durée de l'immersion ; le deuxième y donne lieu uniquement pendant qu'on descend ou qu'on remonte, et le troisième pendant le temps nécessaire à l'établissement de l'équilibre avec le milieu dans lequel on se trouve. Sous tous les autres points de vue, les effets physiologiques sont identiques. Cette identité d'effets, dit M. Payerne, rend la description des appareils inutile à la mise en lumière du sujet que je traite, lequel a pour but de démontrer que les explications trouvées si naturelles devront perdre ce cachet dès qu'on connaîtra les effets que certaines pressions produisent sur nos organes.

A 30 mètres de profondeur d'eau, pourvu que la température de l'air qu'on y respire ne dépasse pas 10° centigr., et à moins de 30 mètres, lorsque la température dépasse cette limite, les hommes livrés au travail sont obligés de se reposer plus souvent que lorsqu'ils travaillent à l'air libre. Les pulsations artérielles sont notablement accélérées.

La descente et le séjour sous l'eau ne donnent lieu à aucun saignement ; mais le trajet pour revenir à la surface avec les cloches, et l'épanchement de l'air comprimé du bateau sous marin au moment d'en ouvrir la porte pour rentrer dans l'atmosphère terrestre, font éprouver à quelques personnes un saignement de nez particulier. Ce ne sont pas des gouttes de sang d'un rouge plus ou moins vif, qui tombent successivement comme dans les hémorrhagies ordinaires : c'est un suintement non interrompu, de couleur safranée et d'une consistance moindre que celle du sang. M. Payerne considère ce suintement comme une simple exsudation, sans rupture aucune des vaisseaux capillaires, dont la dilatation s'opère moins vite que celle des fluides qu'ils renferment.

On ne saurait supposer que ces effets résultent d'une insuffisance d'oxygène, puisqu'un volume d'air en possède un poids proportionnel au degré de pression à laquelle il est soumis, qu'à 41 mètres d'eau, par exemple, un mètre cube d'air contient 1,480 grammes d'oxygène, au lieu de 296 grammes que le même volume possède à la pression ordinaire.

Sur les cimes les plus élevées auxquelles on soit parvenu, la pression égale au moins 0m,32 de mercure. L'air y renferme encore 125 grammes d'oxygène par mètre cube, soit 100 grammes pour 800 litres, qu'un homme respire par heure. Or des expériences dont on ne saurait suspecter l'exactitude ont recemment démontré qu'un homme en repos convertit seulement 50 grammes d'oxygène en acide carbonique. En supposant qu'un travail il en convertisse 5 et même 10 grammes de plus, il sera loin d'en manquer dans un lieu où le baromètre accuse 0m,32.

M. Payerne ajoute qu'il a observé, tant avec les cloches qu'avec le bateau sous-marin, qu'à de faibles profondeurs, entre autres à celle d'un mètre seulement, quand on élimine avec soin l'acide carbonique expiré et que la température ne dépasse pas 10° centigr., qu'un mètre cube d'air suffit facilement pendant une heure à la respiration de quatre hommes, et qu'il a parfois suffi à la respiration de cinq hommes. Or, si l'on retranche la moyenne de 210 grammes d'oxygène converti en une heure par quatre hommes seulement en acide carbonique, de la quantité contenue dans un mètre cube d'air à la pression d'un mètre d'eau en sus de la pression atmosphérique, il ne reste que 116 grammes d'oxygène dans le volume énoncé, et cependant l'anhélation ne se fait point encore sentir.

La lassitude et l'anhélation dans les lieux élevés ne paraissent donc pas à M. Payerne provenir d'une insuffisance d'oxygène, mais bien de la rupture de l'équilibre entre la tension des fluides contenus dans nos organes et celle de l'air ambiant, n'importe dans quel sens la rupture s'effectue.

En joignant ses observations aux observations des savants qui ont interrogé la nature dans les lieux élevés, il croit pouvoir poser comme règle à suivre que les limites barométriques que l'homme ne doit pas chercher à franchir sans s'être entouré de certaines précautions sont entre 8m,30 et 4m,56, c'est-à-dire, pour cette dernière limite, 3m,80 en sus de la pression atmosphérique.

Voici en quels termes M. Payerne décrit ces précautions :

Les explorateurs qui voudront essayer de dépasser ces limites ne devront le faire que renfermés dans une chambre résistante, hermétiquement close, de l'intérieur de laquelle se pourront voir au dehors, et même expérimenter aussi au dehors, dans certaines mesures, à l'aide d'instruments dont les pièces motrices, s'il y a lieu, passeront par des boîtes à étoupes. Il est superflu d'ajouter que, dans les hautes régions atmosphériques, la chambre close devra résister à la force d'écartement, tandis que, dans les profondeurs de la mer, elle devra résister à une force inverse.

MÉCANISME DES CONTRACTIONS DE LA MATRICE.

M. le docteur Pirtz (de Marseille) rappelle qu'il a adressé à l'Académie un mémoire sur le seigle ergoté, dans lequel il énonçait les deux propositions suivantes, savoir :

1° Que l'effet du seigle ergoté consiste dans son action décongestionnante, puisque son emploi topique se montre très-efficace dans toutes les maladies qui ont pour cause une turgescence morbide, et que cet agent ne peut provoquer les contractions dans la matrice que par son action décongestionnante et la retraite de la turgescence qu'elle détermine dans cet organe ;

2° Que par conséquent le mécanisme des contractions spontanées de la matrice à la fin de la grossesse, dans l'accouchement naturel, consiste dans la retraite de la matrice à l'époque où la grossesse est terminée par la maturité du fœtus ; que ces contractions ne sont pas dues à une force active musculaire, comme on l'a cru jusqu'aujourd'hui.

M. Pirtz annonce aujourd'hui à l'Académie qu'il a soumis le tissu utérin en état de gestation de la femme, aussitôt après sa mort, à un courant galvanique qui n'y a point provoqué de contraction, bien que le même appareil ait provoqué des contractions dans le cœur et le grand pectoral, après être resté sans effet sur la matrice des mêmes cadavres.

M. Pirtz a expérimenté ensuite sur des chats et des lapins avec le même résultat, ce qui prouve à l'évidence, suivant lui, que les prétendus muscles qu'on s'est efforcé de trouver par le microscope dans la matrice en état de gestation pour comprendre le mécanisme des contractions utérines, dont la force est d'ailleurs trop considérable pour être expliquée par des muscles microscopiques, que ces muscles sont de pure invention.

(1) Zeitschrift der K. K. Gesellschaft der Aerzte zu Wien, janv. 1850.

MODIFICATION APPORTÉE AU BRISE-PIERRE POUR PULVÉRISER LES CALCULS VÉSICAUX.

M. Vinci (de Catane) communique à l'Académie une modification qu'il a apportée au brise-pierre pour pulvériser les calculs vésicaux.

Ayant souvent pratiqué l'opération de la lithotritie à Naples, dit M. Vinci, j'ai été à même de juger combien il était utile de trouver un moyen de réduire les fragments de pierre en poudre. On a fait à ce sujet de nombreux essais, souvent très-compliqués. L'instrument que j'ai fait fabriquer a l'avantage de saisir les fragments de pierre comme tous les brise-pierres à mors plats connus jusqu'à ce jour.

Jusque-là l'action de pression d'avant en arrière m'a paru insuffisante pour dégager les mors du détritus qui s'engage et empêche souvent l'instrument de se fermer facilement. Les languettes que l'on a ajoutées compliquent l'instrument sans obtenir le résultat voulu. La percussion ou la pression m'ayant paru insuffisantes, j'ai fait fabriquer un instrument dont le mors, après avoir fait l'écrasement par pression ou percussion, fait encore les mouvements de va-et-vient de droite à gauche. De cette manière, on pulvérise d'une part et dégage sûrement tout détritus qui pourrait engorger les mors de l'instrument.

FIGURES, DESCRIPTION ET MANOEUVRE DE L'INSTRUMENT.

Fig. 1re. Brise-pierre monté, prêt à saisir les fragments de pierre.

Fig. 2e. Déviation à droite du mors A oscillant, qui indique le va-et-vient qui s'opère également à gauche pour pulvériser et dégager l'instrument.

Fig. 3e. Clef à pignon, du modèle de M. Charrière, destinée à écraser d'avant en arrière, par son système ordinaire.

B. Rondelle munie de petites boules par lesquelles on fait osciller de droite à gauche le mors du simple pour pulvériser, ainsi qu'on le voit fig. 2e.

C. Deuxième rondelle, qui, en la vissant, rend au simple et à son mors l'action non oscillante; en la dévissant, au contraire, elle redevient oscillante. Cette pièce seule modifie ces deux actions inverses.

Cela n'empêche en rien la manœuvre des brise-pierres ordinaires, soit par percussion ou par pression à la main et avec le pignon.

ADDITION A L'UNE DES SÉANCES PRÉCÉDENTES.

RÔLE DE L'OXYGÈNE DANS LA VIE DES VÉGÉTAUX.

M. Édouard Robin communique un mémoire intitulé : Rôle de l'oxygène dans la vie des végétaux; leur respiration, comme celle des animaux, est en toute circonstance une combustion lente exercée par l'oxygène humide.

Dans l'état actuel, et malgré les excellents travaux des Ingenhousz, Théod. de Saussure, Dutrochet, la respiration des végétaux ne me paraît pas considérée, dit l'auteur, sous son véritable point de vue. La décomposition d'acide carbonique opérée par les parties vertes, sous l'influence de la lumière directe, est présentée comme le fait essentiel de cette respiration : c'est, suivant moi, le fait exceptionnel et secondaire. La respiration d'oxygène humide est regardée comme un fait secondaire : c'est le fait général et essentiel.

Une seule couche du végétal est capable d'opérer la décomposition d'acide carbonique, la matière verte. Cette matière n'existe pas dans tous les végétaux ni dans toutes les parties de ceux qui la présentent; elle ne forme, dans ces derniers, qu'une mince enveloppe entourant celles des parties aériennes qui n'ont pas plus de 2 à 3 ans, ne s'étendant point aux parties souterraines, et manquant dans les fleurs ainsi que dans les fruits mûrs. Telle est la répartition de la matière verte dans les végétaux; voyons son activité.

Loin d'opérer d'une manière continue la décomposition d'acide carbonique, la matière verte ne la produit jamais dans l'obscurité, conséquemment pendant la nuit (Priestley, Senebier, Théod. de Saussure); elle peut l'opérer pendant le jour, mais la décomposition, dont l'activité décroît rapidement avec l'intensité de la lumière, n'est que très-faible à l'ombre, surtout pendant les jours sombres. On le voit déjà, la décomposition d'acide carbonique n'est point, comme agent de respiration, immédiatement essentielle à la vie..... Il y a plus : cette décomposition exige, comme les autres fonctions de la vie, l'intervention de l'oxygène humide. On le sait par les expériences de Théod. de Saussure, quelle que soit l'influence directe de la lumière solaire, l'acide carbonique reste inerte sur la matière verte s'il n'est pas accompagné d'oxygène, et alors les végétaux ne tardent pas à mourir. (Recherches sur la végétation, ch. 3, p. 502.)

Ainsi donc, des organes essentiels du végétal, des groupes importants de végétaux, parcourent toute leur vie sans décomposer l'acide carbonique. Dans aucun végétal, ce gaz n'est, comme stimulant, immédiatement nécessaire à l'existence; jamais d'ailleurs, sans l'intervention de l'oxygène, il ne peut concourir à l'entretien de la vie.

Combien est différent le rôle de l'oxygène humide! Toute la matière végétale est plus ou moins soumise à son action; tous les organes extérieurs d'une consistance convenable, racines, fleurs, fruits, feuilles et jeunes pousses, vertes ou non, l'absorbent et subissent la combustion lente, non pas seulement dans l'obscurité, ainsi qu'on l'admet généralement, mais aussi et mieux encore pendant le jour, *surtout au soleil.*

Quand on opère à l'abri de la lumière, et particulièrement de la lumière directe, l'absorption d'oxygène par les végétaux vivants se constate sans difficulté. La diminution de ce gaz dans leur atmosphère, la production d'acide carbonique, rendent le phénomène manifeste; il est aussi généralement reconnu que parfaitement constaté.

Lors même qu'on opère à la lumière, l'absorption d'oxygène ne présente encore aucune cause sérieuse d'erreur quand on agit sur les parties qui ne sont pas vertes; là encore elle est un fait notoire.

Il n'en est plus ainsi de l'absorption d'oxygène par les parties vertes sous l'influence de la lumière, et surtout de la lumière directe : le résultat apparent est alors fort différent du résultat vrai; il séduit par l'extraordinaire, il a fait céder à l'apparence.

Sous l'influence de la lumière et par une température suffisante, la matière verte, exerçant une action que seule entre les substances organisées elle est en état de produire, décompose l'acide carbonique contenu dans le végétal et celui qu'elle prend directement à l'atmosphère; elle retient le carbone et rend en partie l'oxygène. Le végétal à parties vertes devient ainsi producteur de ce gaz. La quantité qu'il en cède à l'atmosphère est-elle égale ou supérieure à celle qu'il lui enlève, l'absorption ne se manifeste plus, du moins de la manière dont elle s'était manifestée; alors ou elle n'est pas reconnue, ou elle est considérée comme un fait sans importance en présence du phénomène remarquable de la production.

ACADÉMIE DE MÉDECINE.

SÉANCE DU 19 AOUT. — PRÉSIDENCE DE M. ORFILA.

Le procès-verbal de la dernière séance est lu et adopté.

La correspondance officielle comprend 21 lettres du ministre du commerce, dont l'une est relative à une demande d'avis sur un remède secret et 20 à des rapports et demandes d'avis pour des eaux minérales; plus un grand nombre d'états de vaccinations.

— M. Bertherand, chirurgien-major, ex-professeur à l'hôpital militaire de Strasbourg, adresse la relation d'un cas de resection du maxillaire supérieur des os palatins, unguis et malaire droits et de l'apophyse ptérygoïde du même côté; du vomer, de la face inférieure de l'ethmoïde, de la portion palatine du maxillaire gauche, etc. (Comm. nommée pour une communication semblable de M. Baudens, — M. Gimelle, rapporteur.)

— M. Delasiauve communique, à l'occasion de la discussion sur le mémoire de M. Malgaigne, l'observation d'un cas de dégénérescence tuberculeuse du testicule, pour lequel il a pratiqué, il y a quinze ou seize ans, une opération analogue à celle qui a fait l'objet de ce mémoire. (Comm. : MM. Jobert et Larrey.)

NOUVEAU PORTE-AIGUILLE.

M. Leroy-d'Étiolles soumet à l'examen de l'Académie un nouveau porte-aiguille destiné à faciliter l'opération de la suture dans les cavités, telles que l'arrière-bouche, le vagin, le rectum. C'est principalement dans les opérations si délicates nécessitées par les fistules vésico-vaginales que cet instrument rendra des services. L'un des temps les plus laborieux est le placement des fils sur la lèvre postérieure de la division presque toujours transversale. Cette difficulté disparaît avec le nouveau porte-aiguille de M. Leroy-d'Étiolles, grâce à un mouvement de cercle qu'exécute l'aiguille en pivotant sur elle-même, d'arrière en avant, obéissant à l'impulsion d'une tige dentée en crémaillère qui engrène un pignon; une petite fourchette saisit l'aiguille au bout de sa course et l'amène avec son fil au dehors. M. Leroy-d'Étiolles a conçu la première idée de ce porte-aiguille il y a dix ans, et il l'a mise à exécution, mais par un autre mécanisme décrit et figuré dans son mémoire sur les fistules vésico-vaginales publié en 1842. Il place sous les yeux de l'Académie le premier instrument et le mémoire imprimé. Le nouveau porte-aiguille perfectionné a été exécuté avec beaucoup d'intelligence et d'habileté par M. Mathieu, fabricant d'instruments de chirurgie.

(Commissaires : MM. Laugier et Jobert.)

ENGORGEMENTS DU TESTICULE.

M. Vidal (de Cassis) lit un mémoire ayant pour titre : Des deux espèces d'engorgements du testicule considérés comme tuberculeux.

Pour M. Vidal, les engorgements du testicule qu'on attribue à la tuberculisation constituent deux espèces qui se distinguent par un caractère bien tranché: l'une de ces deux espèces d'engorgements attaque les deux testicules; l'autre se borne à un de ces organes. Au point de vue de leurs rapports avec la tuberculisation des viscères et principalement avec celle des poumons, ces deux espèces offrent une différence importante. Ainsi la tuberculisation d'un seul côté est liée à la diathèse tuberculeuse dont elle n'est qu'une expression, et avant l'envahissement de cette glande le poumon ordinairement est pris, tandis que la tuberculisation des deux côtés est bornée aux bourses. Celle-ci est primitivement locale; elle peut exister d'abord avec l'intégrité complète de tous les viscères et avec l'état général le plus parfait. De là un pronostic inattendu, pronostic grave quand un seul testicule est malade, pronostic généralement favorable ou seulement réservé quand les deux organes sont envahis.

De ces deux variétés de tumeurs, l'une est trop grave et l'autre ne l'est pas assez pour légitimer une opération. En opérant pour la tumeur unique, on opère un phthisique, et dans l'autre cas, quand il y a double tumeur, une médication générale bien dirigée et employée à temps doit conduire à une guérison radicale. Mais dans les cas où, aucun traitement convenable n'ayant été fait, il surviendrait une suppuration de nature à compromettre la constitution, M. Vidal est d'avis qu'on peut recourir à l'extirpation partielle préconisée par M. Malgaigne.

M. Vidal, en terminant, s'attache à faire ressortir les avantages du débridement du testicule pour les cas d'orchites parenchymateuses, pour les épididymites, les engorgements du cordon avec symptômes d'étranglement, même pour des douleurs nerveuses. Jamais, dit-il, on ne voit, dans ce cas, sortir par l'incision une parcelle du parenchyme du testicule.

(Commissaires : MM. Jobert et Larrey.)

— L'ordre du jour appelle l'élection d'un membre pour la section d'accouchements.

La section a présenté la liste de candidature suivante:

1° M. Lenoir,
2° M. Depaul,
3° M. Jacquemier,
4° M. Devilliers fils,
5° M. Chailly (Honoré).

Au premier tour, sur 79 votants,

M. Chailly (Honoré) a obtenu	33 suffrages.
M. Depaul	18
M. Lenoir	17
M. Devilliers	7
M. Jacquemier	4

Aucun des candidats n'ayant réuni la majorité, on procède à un second tour de scrutin, qui répartit les voix comme il suit:

M. Chailly	40
M. Depaul	27
M. Lenoir	10
MM. Devilliers et Jacquemier chacun	1

M. Chailly (Honoré) ayant réuni la majorité des voix est proclamé membre de l'Académie.

— M. Bouchardat lit, au nom de la commission des remèdes, une série de rapports sur des demandes d'application du décret du 10 mars 1850 pour remèdes secrets. Les conclusions toutes négatives de la commission sont adoptées.

SUBSTITUTION D'UNE HUILE IODÉE ARTIFICIELLE A L'HUILE DE FOIE DE MORUE.

M. Guibourt lit en son nom et au nom de MM. Gibert, Ricord et Soubeiran, un rapport sur les communications de MM. Personne, Deschamps (d'Avallon) et Marchal (de Calvi), relatives à la substitution d'une huile artificielle à l'huile de foie de morue. La commission exprime l'opinion : 1° que la quantité d'iode contenu dans l'huile de foie de morue paraît être beaucoup plus faible que les premières analyses avaient pu le faire supposer; cette quantité est même tellement faible qu'il est difficile de lui attribuer une part considérable dans l'action du médicament; 2° que l'huile de foie de morue pure et filtrée ne paraît pas contenir de phosphore; ce corps peut donc être regardé comme étranger à l'action médicatrice de l'huile.

M. le rapporteur termine son rapport par les deux conclusions suivantes:

L'Académie reconnaît que M. Marchal (de Calvi) a le premier eu l'idée de l'emploi médical d'une huile iodée artificielle. Elle pense que la formule et le mode de préparation proposés par M. Personne sont préférables aux autres et qu'ils doivent être adoptés quant à présent.

L'Académie remercie MM. Personne, Deschamps et Marchal d'avoir par leurs utiles communications appelé son attention sur des médicaments qu'elle reconnaît être d'une grande importance pour l'art de guérir.

M. Bouchardat prend la parole, non pour combattre les conclusions du rapport auxquelles il s'associe, mais pour faire remarquer qu'il serait important de ne pas laisser considérer comme indifférent de remplacer un médicament connu, expérimentalement éprouvé, par un médicament nouveau, quelque semblable qu'il puisse être d'ailleurs avec le premier. On sait que des corps chimiquement semblables n'ont pas toujours les mêmes effets physiologiques. Tous les corps gras ne sont pas également assimilables; les diverses espèces de sucre, bien que chimiquement identiques, et différant à peine par quelques-unes de leurs propriétés physiques, sont loin de se comporter de la même manière dans l'économie : ainsi, tandis que le sucre de canne introduit directement dans le sang, et par conséquent soustrait à l'action du suc gastrique, parcourt tout le torrent circulatoire sans être altéré, et est éliminé en nature par les urines, le glucose, au contraire, est décomposé dans le sein de l'économie. Toutes les matières albumineuses, qu'elles proviennent du sang, de l'œuf ou même de certaines substances végétales, sont chimiquement identiques et ont la même puissance de polarisation; cependant les physiologistes leur reconnaissent des propriétés très-différentes. Il est donc peu probable que l'huile iodée, quelque analogue qu'elle soit par sa composition avec l'huile de foie de morue, ait la même action sur l'organisme.

M. Orfila appuie l'opinion exprimée par M. Bouchardat, et cite comme un exemple remarquable de la différence d'action de corps chimiquement semblables, les eaux minérales naturelles et les eaux artificielles, qu'on ne saurait indifféremment substituer les unes aux autres. Vouloir remplacer l'huile de foie de morue par l'huile iodée serait également une faute.

M. Guibourt se défend d'avoir voulu assimiler l'action thérapeutique de ces deux corps; il cite quelques passages de son rapport qui constatent la différence qu'il a établie entre eux.

Les conclusions sont mises aux voix et adoptées.

La séance est levée à cinq heures.

BIBLIOGRAPHIE.

TRAITÉ PRATIQUE DES MALADIES CANCÉREUSES ET DES AFFECTIONS CURABLES CONFONDUES AVEC LE CANCER; par H. Lebert.

On a dit que les progrès des sciences et surtout ceux des sciences d'observation devaient être marqués à certaines époques, de temps d'arrêt pendant lesquels on ferait l'inventaire des connaissances acquises et le recensement des découvertes importantes. Ce serait une chose désirable, mais malheureusement cette synthèse rétrospective est impossible; on ne la fait point à des époques régulièrement déterminées, et tous les siècles ne produisent point des esprits capables d'embrasser, de résumer et de systématiser les recherches de leurs devanciers. Il nous paraît même démontré par l'histoire de la médecine contemporaine que toutes les époques scientifiques ne se prêtent point également à ces travaux de classification. Supposez un mouvement scientifique très-rapide, une grande variété d'investigation, un grand nombre de faits nouveaux, qui enrichissent la science sans l'éclairer complétement, qui y ajoutent des détails infiniment curieux sans trancher les difficultés : observations partielles qui résolvent bien quelques problèmes, mais qui en soulèvent mille autres. Pour y ranger ces faits, pour discuter ces opinions, pour distinguer le bon du mauvais, il faut avoir soi-même l'expérience de toutes les méthodes d'observation, il faut être descendu soi-même dans cette analyse, et il faut être initié à la véritable littérature scientifique de notre époque, la littérature périodique, si féconde, si multiple et si éparpillée. En dehors de ces conditions, il n'y a pas de bons livres, il n'y a pas de bonnes monographies possibles.

Disons le tout d'abord, le nouveau livre de M. Lebert réunit toutes ces conditions premières de succès. Le talent d'observation de l'auteur, son érudition et surtout les recherches originales qu'il a déjà fait paraître, promettaient ce que l'ouvrage montre surabondamment, une connaissance parfaite du sujet et une analyse complète des maladies cancéreuses et des affections pendant longtemps confondues avec elles.

Les progrès que les recherches microscopiques ont fait faire à l'anatomie de texture et à l'anatomie morbide depuis une dizaine d'années ne pouvaient rester stériles en applications pratiques. La classification des lésions morbides, celle des tumeurs en particulier, en attendait depuis longtemps une solution que toutes les autres méthodes lui refusaient. On sait que les efforts multiplies qui avaient été faits dans ce sens depuis vingt à trente ans n'avaient amené à aucun résultat, parce que les observateurs n'avaient point en leur pouvoir des moyens d'analyse suffisants. Fondée d'abord sur des caractères purement extérieurs, la classification des tumeurs ne tarda pas à s'appuyer sur les détails de leur texture anatomique. On vit alors surgir des divisions et des subdivisions nombreuses, fondées sur toutes les variations d'aspect et de consistance de ces productions.

Y avait-il là les éléments d'une classification naturelle? Toutes ces variétés d'aspect, de forme et de consistance ne révélaient au fond que des différences tout à fait extérieures, et non-seulement des affections dont la marche et le pronostic étaient très-variables pouvaient revêtir les mêmes caractères, mais dans la même tumeur on trouvait quelquefois toutes ces variétés de mailles, de réseaux, de fibres différemment disposées suivant qu'on en examinait le centre et la périphérie. En un mot, toutes les notions que nos sens aidés même des services de la chimie pouvaient nous donner étaient travail et observation inutiles. Les anciens auraient dit que la nature organisée s'est plu quelquefois à montrer sous des aspects différents des corps identiques et à différencier d'aspect des productions entièrement semblables. Je pourrais citer à ce sujet des faits tirés de l'anatomie

normale; mais c'est surtout dans l'histoire du développement des tissus que ces observations deviennent palpables. On sait qu'à des époques différentes de son évolution embryogénique la matière organisée revêt les aspects les plus divers; à tel point que personne ne serait tenté à première vue de rapprocher d'un os d'un adulte le cartilage qui le précède chez le fœtus, et de rapporter les premiers rudiments de telle ou telle glande à la glande elle-même parfaitement développée.

Ce problème, qui paraît si ardu puisqu'il touche aux propriétés intimes de la matière, le microscope l'a résolu à peu près complétement pour l'anatomie normale. Pourquoi n'en serait-il pas de même pour l'anatomie pathologique? Une production morbide nouvelle, qu'est-ce autre chose que la matière organisée suivant une évolution exceptionnelle et vivant d'une vie particulière au milieu de l'organisme? Pourquoi ne retrouverait-on pas, dans la série de ses transformations, les caractères que l'on retrouve dans la série des transformations des tissus normaux? Cette question que l'on aurait pu donner à résoudre *à priori* a été posé en suivant une autre route, et ce n'a pas été sans difficulté qu'on est arrivé à sa solution par cette voie. Aujourd'hui même que cette loi pathologique est parfaitement démontrée, bien des esprits voudraient la détruire à cause de quelques exceptions.

Il revient à M. Lebert une grande part dans l'honneur d'avoir résolu le problème dont nous parlons. Je dirai plus: s'il n'a point l'initiative dans ces recherches, il est du moins le principal promoteur de cette idée et celui qui entre tous a le plus fait pour l'établir sur des bases scientifiques. « Il est une loi fondamentale dans la composition moléculaire des pro- » ductions morbides, d'après laquelle tout ce qui est réellement et maté- » riellement différent en pathologie montre ces différences dans ses der- » niers éléments appréciables à la vue dans sa structure microscopique. » Cette proposition capitale, solution *à priori* qui est une des plus belles vues d'un de nos éminents pathologistes, M. Lebert l'a appliquée avec une ferme conviction à l'étude des produits pathologiques. C'est surtout dans l'étude des diverses variétés des tumeurs cancéreuses que cette loi était importante à établir et à confirmer. Le TRAITÉ DES MALADIES CANCÉREUSES fait voir combien, sans sortir du domaine de l'observation positive, le développement d'un principe amène quelquefois à la découverte de faits nouveaux qui permettent d'expliquer d'apparentes anomalies. L'histoire des affections cancroïdes de la peau, du pénis, de l'utérus, celle de l'hypertrophie partielle de la mamelle, altérations dont M. Lebert a le premier signalé l'existence ou du moins l'ensemble des caractères diagnostiques, montrera peut-être un jour à d'autres observateurs la route à suivre pour éliminer de la classe des maladies cancéreuses les espèces particulières encore incomplétement reconnues.

Après cette première esquisse du but et de la portée du livre que nous analysons, il nous resterait à rendre compte des nombreux détails qu'il contient. Pour en donner une idée, nous allons en résumer rapidement les principaux chapitres.

L'histoire générale du cancer comprend:

La description de ses caractères physiques, microscopiques et chimiques, des développements sur la spécificité de la cellule cancéreuse, sur l'unité du cancer et sur la marche et l'évolution de ses produits. La véritable origine et la cause du cancer nous sont aussi inconnues que celles du choléra et de la syphilis. Ce que nous savons de plus positif, c'est que les matériaux morbides, ainsi que les matières nutritives, sortent du torrent circulatoire. Toutes les exsudations pathologiques ont ce même point de départ. La première gouttelette d'un blastème cancéreux étant ainsi déposée dans l'interstice des éléments d'un tissu, cette gouttelette, d'abord amorphe, prend d'emblée tous les caractères du cancer, sans que rien d'appréciable à nos instruments ne s'y manifeste préalablement. A cette époque déjà, la petite tumeur cancéreuse est formée, avec les cellules pathognomoniques du cancer. Plus tard des vaisseaux se ramifient autour de cette masse et pénètrent, quoi qu'on en ait dit, dans son intérieur, vaisseaux veineux, vaisseaux artériels et capillaires avec leurs parois propres.

On trouve dans cette première partie du livre la description de la cellule cancéreuse et des différentes altérations auxquelles elle est sujette; des considérations élevées sur le rôle pathogénique de ces cellules, et ici l'auteur fait table rase des hypothèses auxquelles avaient été conduits les meilleurs esprits pour expliquer la propagation de la cellule par elle-même soit par endogénèse, soit par exogénèse. « Le cancer naît évidemment par l'augmentation quantitative de ses cellules, » et les jeunes cellules se forment, non point aux dépens des premières, mais dans le nouveau blastème que les vaisseaux amènent d'une manière incessante dans la partie altérée.

Un chapitre entièrement neuf est celui de la *propagation locale et de la généralisation du cancer*. La tendance de ces tumeurs à s'accroître, par la substitution continuelle de leur propre substance à celle des organes dans lesquels elles sont déposées, est un fait reconnu depuis longtemps. « Le tissu cellulaire et le système lymphatique, et après eux les petites veines, sont le plus facilement atteints par cette substitution. » Il n'est pas très-rare de rencontrer à la surface du foie, du poumon ou du mésentère, des traînées de lymphatiques remplies de suc cancéreux, partant d'une tumeur cancéreuse et aboutissant à des glandes lymphatiques dégénérées. Le même phénomène a lieu quelquefois dans la tuberculisation: c'est là une des formes de propagation par *irradiation*. L'autre consisterait dans l'absorption du blastème cancéreux par endosmose, sans érosion de la paroi cellulaire et dans son transport jusqu'aux grandes lymphatiques voisines, où les cellules cancéreuses se forment sur place.

Enfin arrive l'infection de l'économie tout entière, qui se démontre par les caractères propres de la cachexie qu'elle produit, et par le développement des tumeurs secondaires qui arrive dans les trois cinquièmes des cas.

Tel est le plan général de la première partie du TRAITÉ DES MALADIES CANCÉREUSES. L'auteur traite ensuite de l'histoire du cancer dans les différents organes.

THOLOZAN.

VARIÉTÉS.

— On lit dans le JOURNAL DE L'ARRONDISSEMENT DE VALOGNES:

« Nous apprenons à l'instant que la terrible maladie dont les communes de Briquebosq, Grosville, Sauxemesnil, Brix et autres ont été si cruellement atteintes, vient d'apparaître à Carentan.

» Mais, dans cette ville, s'il fallait en croire ce que l'on en raconte et ce que faire la part à cette exagération, qui, fille de la peur, circule de bouche en bouche, la *suette* se serait déclarée avec les caractères d'un véritable fléau, frappant à coups redoublés et tuant la plupart des malheureux qu'il touche.

» Dans la journée de dimanche il n'y aurait pas eu moins de 7 ou 8 décès, et lundi matin, 70 nouveaux cas auraient été constatés.

» La population est consternée. Quelques familles ont fait éloigner leurs femmes et leurs enfants.

» Espérons que le fléau va s'arrêter; Carentan possède de nombreux et habiles médecins.

» Les communes voisines n'ont pas encore été envahies, ou du moins nous n'en avons rien entendu.

» A Sainte-Marie-du-Mont il s'est rencontré quelques cas de scarlatine et de miliaire seulement.

» Une honorable maison, la maison de M. Gilles Le Chanoine, a été épouvantablement frappée.

» Il y a huit jours à peine que la tombe recevait sa fille aînée, charmante enfant de dix ans, et d'une rare beauté.

» Quelques vingt-quatre heures après, un cercueil tout petit, couvert de fleurs blanches et roses, entouré pieusement de jeunes filles en pleurs, entrait à l'église. — C'était la sœur cadette qui allait rejoindre sa sœur aînée.

» A l'heure où nous écrivons ces lignes, madame Le Chanoine voit peut-être, horrible et profonde douleur, se tordre sous le râle de l'agonie ses deux petits garçons, atteints comme leurs sœurs.

» Un seul de cette famille, un garçon, restera à la malheureuse mère, grâce au hasard qui a voulu qu'il fût éloigné pour quelque temps de cette demeure, où la mort plane si impitoyable et si épouvantable. »

— Le choléra vient de se déclarer dans le Nord de l'Angleterre. Il a fait de grands ravages, particulièrement à Kingston, à Savana Lamar, dans le comté de Westmoreland et dans l'île Verte. L'effroi règne parmi toute la population.

Dans la seule petite ville de Savana-Lamar, où ce fléau a sévi avec le plus d'intensité, plus de deux cents personnes sont mortes dans l'espace d'environ quinze jours. L'empressement des médecins à secourir les malades a rendu plusieurs de ceux-ci victimes de leur généreux dévouement.

Un certain nombre de soldats, campés à Up-Park, ont été atteints de ce terrible fléau et sont morts dans l'espace de quelques jours. Les plus grandes précautions sont prises pour arrêter les progrès de cette épidémie.

— Le MONITEUR ALGÉRIEN contient des renseignements rassurants au sujet du choléra.

« Les nouvelles de l'ouest, dit ce journal, sont assez bonnes; le choléra est tout à fait à sa fin à Tlemcen. Depuis plusieurs jours il n'y a eu aucun cas parmi la population européenne, et la dernière dépêche télégraphique reçue constate qu'aucune entrée n'avait eu lieu la veille à l'hôpital militaire.

» A Oran, le nombre des cas paraît diminuer; celui des décès n'a pas augmenté. »

— Le choléra s'est de nouveau déclaré dans les tribus marocaines de la frontière et y fait en ce moment de grands ravages.

— M. Ed. Robin a ouvert, le 18 août, par la physique expérimentale, la chimie raisonné, théorique et pratique, l'histoire naturelle médicale et les mathématiques, une nouvelle série de Cours préparatoires au baccalauréat ès sciences, au premier examen de fin d'année et au troisième examen définitif. Ils ont lieu tous les jours, le dimanche excepté. Le cours de chimie sera commencé à deux heures et demie, et celui de mathématiques à huit heures.

Lorsque le cours de chimie générale sera terminé, M. Ed. Robin exposera les nouvelles applications de cette science à la toxicologie et à la thérapeutique.

Le rédacteur en chef, JULES GUÉRIN.

REVUE GÉNÉRALE.

ACADÉMIE DE MÉDECINE DE BELGIQUE. — MALADIE DES PRISONS ET DE L'HÔPITAL MILITAIRE DE BRUXELLES. — ÉPIDÉMIE DES FLANDRES.

(Voir les nos 31 et 34.)

La seconde question qu'il s'agit d'éclaircir est celle de savoir si la maladie épidémique qui a ravagé les Flandres à la fin de 1846 et au commencement de 1847 ressemble à celle qui a régné en août, septembre et octobre 1847 dans les prisons et l'hôpital militaire de Bruxelles. Nous ne parlons toujours que de ressemblances phénoménales, la question si grave, si difficile, de l'identité de nature étant réservée pour un prochain et dernier article.

Écartons d'abord de la discussion cette fièvre de famine dont MM. de Mersseman et Mareska ont tracé des tableaux saisissants, et qui, dans l'une et l'autre Flandre, à Bruges comme à Gand, a précédé l'invasion de la véritable fièvre épidémique. Il y aura à examiner jusqu'à quel point celle-ci peut être considérée comme la conséquence et le dernier terme des souffrances, physiques et morales, qui ont été le cortége de la misère, on tout au moins si l'épidémie, en s'attaquant à des organisations déjà ravagées, n'a pas pu y revêtir une forme et des traits spéciaux, ainsi que l'ont pensé quelques orateurs. Pour le moment, nous nous bornons à constater que l'ensemble des phénomènes morbides, assez variés, qui ont été le premier effet de l'insuffisance et de la mauvaise qualité des aliments, se différencie très-nettement de la fièvre continue répandue plus tard sur une partie de la Belgique, et qu'elle ne représente même pas, dans sa diversité, une individualité pathologique bien définie. La GAZETTE MÉDICALE a reproduit *in extenso* l'une des peintures mentionnées tout à l'heure; le lecteur qui voudra bien y recourir sera certainement de notre avis.

Ainsi renfermé dans le cercle réel de l'épidémie, nous voyons encore trois formes à distinguer dans les nombreuses descriptions qui se sont succédé et croisées à l'Académie. La première, qui a fourni principalement le texte de la discussion, est la forme dominante, celle qui mérite surtout le nom de maladie des Flandres. La seconde a été décrite par M. Mareska, qui l'a observée en 1848, dans la Flandre orientale, quand cette contrée commençait à se remettre des désastres d'une première invasion de l'épidémie. La troisième enfin, qui a sévi dans la Flandre occidentale, appartient à la description de M. de Mersseman.

Examinons rapidement chacune de ces formes, en prenant pour guides les mêmes éléments morbides qui nous ont servi à fixer les caractères de la fièvre éruptive de M. Warlomont. Nous ne parlons pas, quant à présent, des taches cutanées qui existaient dans la fièvre de Bruxelles et dans celle des Flandres, et dont la présence a été le principal motif du parallélisme établi entre les deux affections dans la discussion.

PREMIÈRE FORME. — 1° Les *phénomènes prodromiques* annonçaient surtout un trouble profond du côté des centres nerveux : insomnie, céphalalgie, vertiges, prostration des forces, douleurs dans les membres, épistaxis. Nous devons pourtant ajouter que la diarrhée était presque constante. Ce résumé est emprunté à M. Mareska, qui a seul décrit avec soin la période d'invasion.

2° La maladie constituée offrait encore, comme symptômes prédominants, de graves désordres des fonctions nerveuses : délire aigu au commencement de l'épidémie; plus tard, délire tranquille. Dans les cas ordinaires, stupeur, coma vigil; dans les cas graves, *coma somnolentum*, très-difficile à secouer; surdité, soubresauts des tendons, parfois carphologie. Les orateurs ont particulièrement insisté sur la fréquence du délire et sur la constance de la prostration, qui allait quelquefois jusqu'à une sorte de résolution générale du système musculaire. Sur tous ces points, il y a concordance entre les descriptions. Ajoutons que les escarres de la région sacrée n'étaient pas rares, et qu'on a même observé le sphacèle des membres.

3° Il n'y a pas autant d'accord pour ce qui concerne les viscères abdominaux. Suivant M. Mareska, la diarrhée continuait; il survenait du météorisme, des gargouillements, auxquels il n'assigne pas un siége de prédilection; jamais d'hémorrhagies intestinales. A l'autopsie, il a constaté des injections, des imbibitions sanguines de la muqueuse de l'iléon et des gros intestins. « En râclant l'intestin avec le dos d'un scalpel, on en détachait une matière brune ou noire, gélatiniforme, produite probablement par l'exsudation du sang. *Pas une seule fois* on n'a rencontré la moindre altération des follicules isolés ou agminés; ni tuméfaction ni ulcération. Une fois les ganglions mésentériques ont été trouvés hypertrophiés et indurés; mais, dans ce cas, les poumons étaient tuberculeux. M. Guislain, qui observait aussi à Gand, paraît n'avoir noté que des symptômes peu importants du côté des voies digestives; car, dit-il un peu trop laconiquement, nous n'avons pas rencontré les *symptômes d'une gastrite ni d'une entérite.* » Néanmoins il a constaté, *comme un fait exceptionnel*, indépendamment d'infiltrations sanguines du gros intestin, « la rougeur et l'*ulcération* glandulaire de l'intestin grêle. » Du reste, ni M. Mareska ni M. Guislain n'ont noté, dans cette forme, la tuméfaction et le ramollissement de la rate.

4° Les fonctions respiratoires étaient assez souvent troublées; mais la dyspnée était parfois le résultat de l'atonie musculaire, qui atteignait jusqu'aux muscles de la poitrine, jusqu'au diaphragme. Dans un bon nombre de nécropsies, les poumons ont été trouvés entièrement exempts d'altérations; dans d'autres, ils étaient congestionnés à la partie déclive.

5° Le pouls était remarquablement petit et fréquent. MM. Guislain et Mareska insistent également sur ces deux caractères. Tous deux s'accordent aussi pour signaler l'altération du sang. « Le sang tiré de la veine, dit le premier, a été trouvé invariablement d'un couleur livide; il ne se coagulait pas et ne se recouvrait pas de couenne. » M. Mareska a trouvé, mais seulement chez les sujets antérieurement débilités par la misère, les globules sanguins déformés et diminués de quantité. Chez tous les sujets parvenus à la seconde période de la maladie, le chiffre de la fibrine était abaissé. Le sang était d'ailleurs diffluent, difficilement coagulable et non couenneux. « Il nous est arrivé une fois, ajoute l'orateur, que soixante-deux heures après l'extraction de la veine, le sang n'était pas coagulé, que pas une goutte de sérum n'était séparée. »

Dans cette forme, la période prodromique était de six à huit jours. La durée totale de la maladie était fort variable, mais toujours assez longue. Quant à sa gravité, elle s'exprime par la proportion considérable des décès, qui a été d'*un cinquième* dans la Flandre orientale. Suivant M. de Mersseman, elle aurait été sensiblement moindre dans la Flandre occidentale, où la mortalité devrait être attribuée pour moitié à d'autres affections engendrées ou aggravées par la misère.

Feuilleton.

CHRONIQUE MÉDICALE.

Académie de médecine. — Péchés véniels de la section d'accouchement. — Inventions diaboliques. Moutarde après dîner. — Projet d'assemblées médicales. — L'éclipse au point de vue médical.

L'usage des Académies, quand un siége devient vacant, est de charger la section où la vacance est ouverte de faire un rapport sur les titres des candidats et de dresser une liste de présentation. Cet usage, étant antique, aurait incontestablement le droit d'être solennel. Il n'a pourtant pas toujours ce dernier caractère, du moins dans la pratique; et les bruits que le vent des couloirs a portés à nos oreilles, pendant la discussion du dernier rapport de ce genre, nous font craindre que la solennité n'ait pas encore été cette fois de la partie. Mais ce qu'on ne peut nier, c'est que l'usage ne soit très-commode. De cette façon, l'Académie peut faire un voyage agréable et instructif dans un fauteuil. On lui amène les produits exotiques envoyés au concours; on lui en explique l'origine, l'utilité, la valeur. On lui présente les étrangers de distinction qui briguent l'honneur de lui appartenir; on lui dit de chacun d'eux les gestes notables, la portée intellectuelle, les mœurs scientifiques et même un peu les mœurs privées. En une demi-heure, voilà une division de la médecine, hommes et choses, apprise par cœur.

Un Anglais désirait connaître le mont Blanc; il fait le voyage tout exprès. Arrivé au pied de la masse gigantesque, il la toise du regard; puis, appelant son domestique : « John, lui dit-il, écoute bien. Tu vas monter là-haut; le long de la route et sur la cime, tu feras tes observations, et tu me raconteras au retour tout ce que tu auras vu. » Chose dite, chose faite. Le jour même, l'insulaire reprenait tranquillement le chemin du détroit, bien convaincu qu'il connaissait le mont Blanc comme sa main.

Qu'on n'aille pas nous supposer, grand Dieu! la pensée que l'Académie ne s'édifie jamais sur les candidats que par le procédé de notre Anglais. L'anecdote n'est ici que pour l'agrément du sujet et la propre satisfaction de la CHRONIQUE : ce que nous voulons dire seulement, et dire sérieusement, c'est que l'usage des rapports sur les candidatures et des listes de présentation est d'une utilité réelle et peut avantageusement, chez beaucoup de membres, combler les lacunes ou redresser les erreurs qui peuvent résulter et de l'infidélité de la mémoire, et de l'embarras de nombreuses occupations, et de la spécialité des études, etc. Mais c'est une raison pour que le but et l'esprit de cet acte, prescrit d'ailleurs par un article du règlement, ne soient pas détournés ou altérés par la section. Or nous ne pouvons dissimuler que la section d'accouchement, à la dernière vacance, a montré une velléité de cette nature et préméditée un véritable abus.

Il est bien entendu que, dans ce qui va suivre, les personnes ne sont nullement en cause, mais seulement les principes. On s'apercevra facilement d'al-

DEUXIÈME FORME. — Observée, comme nous avons dit, par M. Mareska, en janvier 1848, elle se distinguait de la première forme par les caractères suivants : épistaxis moins fréquents et survenant plus tard ; délire se montrant fréquemment dès le début, aussi bien que la surdité ; affaiblissement beaucoup moins grand de l'action musculaire ; somnolence habituelle, ne se transformant que dans les cas graves en coma profond ; langue tantôt rouge, tantôt fuligineuse ; diarrhée habituelle, entraînant presque toujours l'expulsion d'ascarides ; injections de la muqueuse intestinale, sans la moindre altération des follicules de Peyer et de Brunner ; dyspnée chez presque tous les malades, sans aucun signe plessimétrique ou stéthoscopique ; pouls encore plus petit et plus fréquent que dans la première forme ; sang facilement coagulable, mais sans couenne inflammatoire ni pellicule irisée.

La période prodromique de cette seconde forme n'était que de trois ou quatre jours ; les autres périodes étaient également courtes. La terminaison a été rarement fatale.

TROISIÈME FORME. — La description de cette troisième et dernière forme, par M. de Mersseman, n'est pas malheureusement très-circonstanciée. Il rapporte bien en détail quelques observations ; mais sa description générale manque de développements. Toutefois, en réunissant toutes les données contenues dans sa communication, on ne peut s'empêcher de remarquer surtout deux symptômes : d'une part la localisation d'accidents intestinaux vers la région iliaque, de l'autre la fréquence des engorgements spléniques. Mais l'absence de tout renseignement nécroscopique et quelques autres circonstances, par exemple la rapidité de la guérison dans les deux cas cités, obscurcissent la signification de ces deux symptômes. Du reste, pas de taches lenticulaires sur l'abdomen. Cette affection était en général peu grave, bien qu'elle se prolongeât au delà de trois ou quatre semaines. Elle cédait d'ordinaire au quinquina, et M. de Mersseman fait de cette particularité un caractère propre de la maladie.

Nous n'avons fait jusqu'ici que mentionner l'exanthème cutané. Ainsi que nous l'avons dit, la question de l'identité de la fièvre éruptive et de la maladie des Flandres ayant été naturellement soulevée par l'existence de taches à la peau dans l'une et l'autre affection, elle ne pouvait être résolue que par le rapprochement des éléments pathologiques d'un autre ordre. Mais ce rapprochement opéré, il n'en est pas moins utile d'insister en quelques mots sur le caractère de l'éruption et d'examiner si elle ne diffère en rien de celle qui accompagnait la maladie décrite par M. Warlomont. Or M. Guislain, M. Lombard et d'autres ont assimilé les deux éruptions. « Les taches, dit M. Lombard, étaient confluentes ; elles ne s'effaçaient que très-peu ou point du tout sous la pression du doigt ; les unes ressemblaient à un simple pointillé ; d'autres étaient un peu plus prononcées ; d'autres enfin étaient doubles en largeur des taches rosacées (de la fièvre typhoïde). On en observait beaucoup sur les membres inférieurs. » M. Mareska se borne à les nommer dans l'histoire de sa première épidémie ; on apprend dans la suite de son discours qu'elles étaient à fleur de peau ; mais en décrivant la seconde épidémie il dit positivement qu'elles étaient légèrement élevées, disparaissant incomplètement sous la pression du doigt, discrètes ou confluentes, ressemblant, dans quelques cas, à une éruption scarlatineuse, et qu'elles se montraient à la fois sur le tronc, les bras et les jambes, ou se bornaient à la poitrine. Ajoutons, pour compléter cette partie de notre résumé, que l'éruption peu fréquente dans la première forme et, autant que nous avons pu en juger, dans la seconde, était presque constante dans la dernière.

En pesant toutes ces données et examinant tour à tour, sans idée préconçue, tous les termes de la comparaison, voici, ce nous semble, à quoi on arrive invinciblement. La maladie observée par M. de Mersseman dans la Flandre occidentale, telle que l'orateur l'a présentée, et en l'absence de renseignements plus détaillés, diffère sensiblement par les caractères apparents de celle qui a été décrite par MM. Mareska, Lombard, Guislain, Delahaye, etc. ; mais en réunissant aux deux formes sous lesquelles cette dernière s'est successivement présentée la fièvre éruptive de M. Warlomont, on a réellement trois termes d'une série continue, ou, pour parler plus nettement, trois degrés d'une même maladie. La fièvre éruptive constitue le premier degré : prédominance de symptômes cérébraux dans la période prodromique et dans le cours de la maladie. Quelques épistaxis. Prostration musculaire. Symptômes intestinaux presque nuls. Absence de lésions des follicules, de splénotrophie et des vraies taches lenticulaires de la fièvre typhoïde. Taches cutanées rougeâtres, confluentes, de forme et de grandeur variées, quelques-unes un peu saillantes et occupant la poitrine et les membres. Pouls petit et fréquent. Bénignité extrême de l'affection, malgré quelques démonstrations symptomatologiques assez effrayantes du côté de l'encéphale. — Imaginez un tableau pathologique à couleurs un peu plus tranchées et vous aurez la forme observée par M. Mareska dans la seconde épidémie de la Flandre orientale. Le délire et la surdité sont plus précoces et plus prononcés ; la prostration plus grande ; les épistaxis un peu plus fréquents. La stupeur arrive quelquefois au coma. En même temps les désordres intestinaux se prononcent davantage. La diarrhée est presque constante, mais modérée, et M. Mareska a soin d'ajouter que le ventre, peu douloureux à la pression, n'offrait d'ailleurs aucun signe particulier. Du reste, pas davantage de lésion des follicules agminés ou solitaires, de gonflement splénique ou de taches rosées lenticulaires sur l'abdomen. Petitesse et rapidité extrêmes du pouls. Terminaison ordinairement heureuse, fatale pourtant dans quelques cas. — Enfin, pour avoir la forme commune, celle qui a été décrite par MM. Mareska, Delahaye et quelques autres, il faut exagérer pour ainsi dire la précédente : il faut supposer le délire plus aigu, le coma plus fréquent et plus profond, les épistaxis plus nombreux, une adynamie qui va jusqu'aux escarres, la diarrhée plus constante et plus intense, du météorisme, des gargouillements. L'appareil intestinal, qui déjà s'était montré plus ébranlé dans la précédente forme que dans la fièvre dite éruptive, prend cette fois une part plus importante encore à la manifestation morbide. La muqueuse est fortement injectée, infiltrée même d'un sang noirâtre ; et si, comme dans les deux formes précédentes, la rate n'est pas gonflée et l'abdomen ne se couvre pas de taches rosées lenticulaires, on constate pourtant exceptionnellement, au dire de M. Guislain, la tuméfaction et même l'*ulcération glandulaire de l'intestin grêle* (1). En même temps on voit l'exanthème cutané diminuer de fréquence et le sang devenir diffluent et incoagulable.

En dernière analyse, fièvre de M. Warlomont, seconde forme de M. Mareska et forme commune de MM. Mareska, Delahaye, etc., ne sont à nos yeux que

(1) Cette expression peut paraître un peu ambiguë. Néanmoins, comme une partie de la discussion portait alors sur la valeur de l'ulcération des *glandes de Peyer*, on doit penser que c'est de ces glandes qu'il s'agit ici.

---

leurs que nos remarques ne touchent pas même au mérite individuel considéré absolument. L'abus que la section a tenté de faire ressortir eût consisté à faire admettre parmi les sieurs un nouveau membre plus étranger qu'aucun des autres candidats à la spécialité qu'elle représente et dont elle porte l'étiquette. Et pour ce, elle l'a inscrit le premier sur la liste. Elle a jugé sans doute que ce chirurgien, athlé e distingué des concours, auteur de travaux recommandables, avait donné plus de preuves de savoir, rendu plus de se vices à la science, que ses compétiteurs. Nous n'avons pas à apprécier ce jugement. Mais la vraie question est loin de là. La science qu'il faut avoir servie avec bonheur, c'est l'obstétrique, le savoir dont il faut avoir témoigné, c'est celui qui embrasse toutes les questions du domaine obstétrical. M. Jacquemier, M. Depaul, M. Chailly, sont-ils en ce genre des apprentis ? Croit on que le candidat favorisé de la liste serait en état de leur en remontrer beaucoup ? Mais voyez où conduirait le système de la section ! Après ce chirurgien un autre ; M. Nélaton, par exemple, dont les titres viennent de recevoir une consécration qui les rendrait plus redoutables encore ; puis un troisième, puis un quatrième ; et ainsi la section finirait par être étouffée sous l'invasion d'éléments hétérogènes. Si les choses pouvaient ainsi se passer dans une section, il n'y aurait pas de raison pour qu'il n'en fût pas de même dans les autres, et alors la constitution organique de l'Académie serait bientôt bouleversée. Ce n'est pas tout : à côté de ce mal intérieur, serait le mal extérieur, très-regrettable aussi à un autre point de vue. Des déceptions perpétuelles atteindraient les hommes de travail qui, sur la foi du programme officiel, tendraient toutes leurs facultés vers un but montré de loin à leur ambition, et verraient ce but déplacé au moment de l'atteindre. Il y a dans la section d'accouchement des membres très-hostiles au principe de la permutation des chaires. Qu'est-ce pourtant que la promiscuité des spécialités académiques, sinon une permutation mal déguisée ? C'est cent fois pis ; car les partisans de la permutation n'ont jamais songé à l'appliquer qu'à des enseignements du même ordre. Ils ont pu transporter un professeur d'une chaire de pathologie interne à une chaire de clinique interne ; mais ils ne songeraient jamais à confier l'enseignement de l'obstétrique à un professeur de chirurgie, pas même à M. Velpeau, qui a vise autrefois à cet enseignement. Nous n'ignorons pas à quel point pèche déjà depuis longtemps la composition des sections académiques : nous savons que M. Castel appartient à la section d'anatomie, M. Lagneau à la médecine opératoire, M. Paul Dubois à la pathologie chirurgicale ; mais ce n'est pas une raison pour augmenter une disparate qui a eu en grande partie son excuse dans les origines de l'Académie, et ne peut plus constituer aujourd'hui qu'un contre-sens.

Nous reprochons à la section le premier nom de la liste ; on s'accorde assez généralement à lui reprocher aussi le dernier, qui méritait mieux : de sorte qu'on peut dire, sans forcer la plaisanterie, qu'elle a péché par les deux bouts. On croit qu'il y a eu, dans le résultat définitif du scrutin, une intention d'admonition de la part de l'Académie. On sait, en effet, que le candidat placé en tête de la liste n'est venu dans le scrutin qu'en troisième ligne, et que c'est le candidat placé à la queue qui a été nommé. Quoi qu'il en soit, la compagnie compte maintenant parmi ses membres un praticien émérite, un prêtre de Lucine authentique et élevé pour le culte. M. Chailly est l'expérience vivante en matière d'obstétrique ; il peut rendre à ce titre des services réels à l'Académie.

trois produits, différemment accentués, d'un même processus morbide. Et la loi de développement, si l'on nous passe une expression aussi ambitieuse, de ce processus morbide, pourrait s'exprimer en disant que, limité d'abord presque exclusivement à des manifestations nerveuses et ataxiques, il tend de plus en plus à des manifestations abdominales et, parallèlement, à cet état qu'on désigne, faute de mieux, sous le nom d'*état typhique* et dont la diffluence du sang est un des principaux caractères.

Il s'agit maintenant d'examiner la valeur nosologique de ce tout morbide et de ses diverses formes. Ce sera le sujet du procbain article.

A. Dechambre.

ANATOMIE PHYSIOLOGIQUE.

Considérations sur les appareils électriques de la torpille, de la gymnote, etc. (lues à l'Académie des sciences dans la séance du 14 juillet 1851); par M. le docteur Jobert (de Lamballe), chirurgien de l'Hôtel-Dieu, etc.

Il y a déjà longtemps que j'ai lu un mémoire à l'Académie des sciences sur le mode de distribution des nerfs dans l'appareil électrique de la torpille. Depuis ce moment, j'ai continué mes recherches sur le même sujet, et je viens aujourd'hui en rendre compte à la savante compagnie.

Dans mon premier travail, après avoir rapidement passé en revue les hommes qui, aux diverses époques, ont fait des investigations plus ou moins importantes sur ce sujet, j'étais arrivé à énumérer ce que la science doit sur cette matière à nos contemporains.

Je disais, dans ce premier travail, que les anciens s'étaient plutôt livrés à la contemplation du phénomène qu'à l'étude de l'appareil lui-même.

L'anatomie de structure était si peu avancée que l'on a dû confondre les divers éléments qui le composent, avec des tissus qui ne lui ressemblent en rien par leur composition anatomique. C'est ainsi qu'on avait regardé les prismes comme formés par des muscles.

J'ajoutais dans mon historique qu'il fallait arriver jusqu'au grand Hunter pour trouver ce positivisme si nécessaire dans l'étude des sciences.

Enfin, je terminais en disant que MM. Isid.-Geoffroy Saint-Hilaire, de Blainville, Valenciennes, Breschet, Becquerel, Matteucci, Savi et Flourens avaient éclairé plusieurs points de la structure de cet appareil.

Enfin, après avoir avec soin exposé les théories qui découlaient plus ou moins directement des travaux des auteurs précités, j'en étais venu à raconter le résultat des recherches qui me sont propres. Successivement j'ai décrit, dans mon premier travail, les membranes, les prismes, les nerfs, les glandes et les conduits excréteurs, et même certains points accessoires qui manquaient d'exactitude sous le rapport anatomique.

Je disais que la membrane d'enveloppe ou de recouvrement est transparente et formée de fibres entre-croisées. Elle est lisse en dehors et onctueuse en dedans; elle tient à l'appareil par ses dispositions anatomiques naturelles, par une saillie admise dans une cavité. A cette face, on voit un grand nombre de cellules polygonales. Cette espèce d'imbrication sert à fixer l'un à l'autre l'organe et la membrane de recouvrement.

Si l'on examine avec soin le fond de chaque loge polygonale, on voit qu'il est villeux et chargé d'une substance albumineuse et visqueuse. Cette face a de l'analogie pour ses fonctions avec la matrice de l'ongle. Voilà pourquoi les loges sont toutes formées à la face interne de cette membrane. C'est, en un mot, un organe de sécrétion.

D'après cela on peut comprendre pourquoi j'ai désigné cette membrane sous le nom de *séro-albuginée* et de *prismagénique*. Ces deux dénominations supposent, en effet, la structure et les fonctions de cette membrane.

Mes nouvelles études ne m'ont rien appris de nouveau quant à la structure, si ce n'est toutefois un certain nombre de vaisseaux qui m'ont paru en parcourir l'épaisseur, et, dans mon premier travail, je les regardais comme ne dépassant pas la surface de cette membrane.

Dans ce travail, je disais que le tissu propre de l'appareil est mou, blanchâtre, presque pulpeux, et que son aspect reproduit cette série d'aréoles polygonales dont l'empreinte ou mieux l'image est fixée à la face inférieure de la membrane de recouvrement. Cet appareil me sembla formé par des colonnes prismatiques en communication par des nerfs. J'ajoutais que ces colonnes étaient formées par des granulations mucoso gélatineuses, ayant une face convexe et une face concave, de manière à être emboîtées les unes dans les autres.

Passant à l'étude des nerfs, je démontrais que, dès leur origine, ils sont entourés d'un névrilème; qu'ils sortent d'un sillon placé sous le quatrième lobe, et non de ce renflement si ingénieusement désigné par M. Flourens sous le nom de *lobe respiratoire*, et par M. Matteucci sous celui de *lobe électrique*. Je terminais donc ce travail en disant qu'à proprement parler il n'y avait pas d'extrémités terminales, et j'ajoutais que les filets forment un cercle dont les anses périphériques extrêmes se chargent de ramener au tronc primitif le courant qui les a parcourus et qui retourne à son origine. De nouvelles recherches anatomiques m'ont prouvé que les choses se passaient tout autrement, et que je m'en étais laissé imposer par les préparations auxquelles j'avais soumis l'appareil avant de terminer ma description. Je reviens donc sur ma première opinion, et en quelques mots je vais dire ce que des dissections nombreuses m'ont appris.

Origine des nerfs. — Le cerveau étant mis à nu par sa face supérieure, on aperçoit quatre lobes ainsi disposés : les deux antérieurs d'un volume à peu près égal, le premier cependant plus volumineux que le second; le troisième beaucoup plus petit dans les deux diamètres et comme surajouté à la surface, de manière à s'étendre à la fois sur la partie postérieure du deuxième et la partie antérieure du quatrième. Enfin un quatrième, le plus développé de tous et formé extérieurement de substance grise : ce qui contraste manifestement avec la couleur blanche des nerfs qui sortent de la masse nerveuse encéphalique.

Ce quatrième lobe est-il un lobe cérébral distinct, une dépendance du cervelet, comme le veut M. de Blainville, un lobe à part et qu'on devrait appeler lobe respiratoire selon M. Flourens, un simple renflement de la moelle allongée, ainsi que le professent Carus, MM. Matteucci et Savi?

Si l'on se borne à observer superficiellement, et si l'on ne dérange rien à la disposition extérieure que présentent les objets après l'enlèvement des enveloppes solides du cerveau, *il semble évident* que la plupart des brau-

---

— On s'ingénie avec une férocité sans égale, depuis quelques années, à multiplier les moyens de faire couler le sang humain. En France, en Angleterre, en Allemagne, nous voyons des gens qui n'ont pas d'autre pensée, qui vont combinant et perfectionnant des machines *ad hoc*, pour lesquelles ils ont l'audace de prendre des brevets d'invention. Il fut un temps où il était de bon goût d'avoir une petite guillotine dans sa poche. Les enfants s'amusaient à *raccourcir* les mouches avec ce joujou. Aujourd'hui c'est bien plus affreux : les nouvelles machines sont essayées sur l'espèce humaine!... N'ayez pourtant pas trop peur : il s'agit des sangsues mécaniques.

L'Académie a discuté assez longuement, dans la dernière séance, le degré d'utilité de ces agréables instruments. Les chirurgiens militaires, qui ont des habitudes particulières d'arme blanche, sont descendus dans l'arène. A toutes les bonnes raisons qu'ils ont données contre un emploi trop général de la sangsue mécanique, on pourrait, ce nous semble, ajouter celle-ci : qu'elle choisit mal son moment pour prétendre à l'usurpation. *Il est trop tard*, comme on dit dans les révolutions. Il fallait venir au commencement de ce siècle, quand la sangsue officinale était sur les dents, repue, ventrue, tendue, gavée comme une goule! Aujourd'hui la pauvre bête est beaucoup moins bien nourrie, on paraît assez disposé à lui rogner la portion de plus en plus, et elle finira par devenir tout à fait étique si l'on se met à abreuver à la même source une espèce d'animal en cuivre, insatiable de sa nature, et organisé pour sucer au besoin indéfiniment.

Par charité pure, nous votons contre la sangsue mécanique.

— Le journal le Pays annonçait, il y a peu de jours, que des assemblées médicales annuelles allaient être instituées dans chaque département, dans le but de concentrer toutes les observations susceptibles d'intéresser la santé publique. Tous les documents seraient ensuite envoyés aux *Facultés*, qui seraient chargées de les contrôler et d'en extraire la substance. Les Facultés sont peut-être ici pour les *Académies;* car le contrôle en commun de documents nombreux suppose des réunions, des discussions, toutes choses qui sont le propre des sociétés savantes et non des corps enseignants. De plus, l'œuvre par sa nature échappe aux attributions des Facultés. Dans tous les cas, nous souhaitons bonne chance à cette nouvelle invention. Pour notre compte, nous le disons en toute humilité, nous n'imaginions pas que, avec une Académie de médecine et une Académie des sciences, à la fois centres d'activité scientifique et aboutissants d'une masse énorme de travaux; avec une légion d'associés et de correspondants qu'on peut utiliser et qu'on utilise parfois pour des travaux d'ensemble; avec une quantité innombrable de sociétés savantes, de départements, de cantons, de communes même; avec des congrès à tout bout de champ; avec des journaux qui, cousus ensemble, feraient une pancarte à couvrir la France; nous n'imaginions pas qu'on eût encore besoin d'assemblées départementales. Si l'on suppose que les instruments actuels du progrès sont mal organisés ou fonctionnent mal; si l'on croit qu'il faille et qu'on puisse imprimer plus d'unité au mouvement scientifique, eh bien! qu'on répare, qu'on améliore, qu'on fortifie et qu'on harmonise les rouages existants. Mais de nouveaux rouages, y pense-t-on? Et a-t-on résolu d'embrouiller encore davantage la machine?

— Il n'y aurait rien d'étonnant à ce que la Chronique eût particulièrement une clientèle de badauds. C'est ce qu'admettront aisément ceux qui lui font

ches nerveuses qui se rendent à l'appareil électrique *sortent de cette quatrième masse cérébrale* que nous venons d'indiquer.

Tous les observateurs modernes ont borné là leurs recherches; cependant déjà Hunter avait été plus loin que l'apparence extérieure. Si l'on détache le cerveau et la moelle allongée, et que l'on examine les parties de dessous en dessus et de dehors en dedans, en écartant et soulevant le quatrième lobe, on s'aperçoit qu'il existe sur la partie inférieure et latérale du cerveau un sillon oblique formé de substance blanche. Ce sillon va rejoindre la moelle allongée et se confond, en avançant vers le centre, avec la partie moyenne et profonde de la moelle située au-dessous du quatrième lobe. Toute cette partie est en substance blanche; le quatrième lobe, au contraire, est formé de substance grise.

Quoi qu'il en soit de la pénétration des racines de cette substance blanche et de la composition elle-même du lobe, il est facile, après avoir signalé la bande blanche inférieure et latérale et adjacente à la moelle, de décrire l'origine et le mode d'arrangement des nerfs à l'instant où ils s'isolent du sillon dont nous avons parlé.

C'est sur la ligne courbe qui borde le côté externe et inférieur au quatrième lobe qu'on voit naître les troncs nerveux qui nous occupent ici. Ils ont déjà, dans l'intérieur du crâne, la direction oblique qu'ils auront plus tard dans l'appareil. Au premier coup d'œil et d'une manière générale, on peut dire qu'il existe deux troncs principaux, l'un antérieur, plus petit, l'autre postérieur, plus volumineux, dirigés en sens inverse, et qui s'échappent du sillon dont nous avons indiqué la position.

Le tronc antérieur se divise en trois branches, dont les deux supérieures sont destinées à la partie antérieure de l'appareil et montent vers lui dans le sens vertical; la troisième se dirige vers la partie moyenne, et est croisée dans sa direction par le passage des deux antérieures, qui s'avancent au-dessus d'elles. Ces deux dernières branches se croisent elles-mêmes un peu dès le début de leur marche.

Le tronc postérieur, très-volumineux, se divise en trois grosses branches, mais après un court trajet seulement, pendant lequel elles sont toutes trois réunies de manière à ne former qu'une seule branche; elles sont destinées à la partie inférieure de l'appareil. La première branche cependant, par ses rameaux supérieurs, se distribue aussi à la partie moyenne de l'appareil.

Les troncs des nerfs, à leur origine, sont revêtus d'un névrilème qu'on peut suivre jusqu'à leur entrée dans l'organe; ils sont aussi tous, depuis leur sortie du sillon blanc, divisés en filets isolés les uns des autres et très-distincts. L'enveloppe commune du névrilème les retient réunis et accolés en faisceaux. Toutes ces fibres demeurent parallèles dans un trajet assez long, et cessent de le devenir à l'instant où le nerf se divise en branches de directions différentes.

Chacune de ces branches sort du crâne par un trou isolé.

Nous avons déjà parlé du nombre de branches qui s'échappent du sillon oblique de substance blanche placé latéralement au-dessous du quatrième lobe. Nous avons indiqué leurs divisions primitives et la direction qu'elles prennent dès leur origine : il en résulte que deux troncs principaux, l'un antérieur et l'autre postérieur, sont chargés de la fonction dévolue à l'appareil électrique. Le tronc antérieur ou supérieur se divise en trois branches : la première, qui s'en détache rapidement, n'entre pas dans l'appareil; mais elle lui appartient certainement à cause des nombreuses anastomoses qu'elle a avec les nerfs propres de l'appareil. Elle s'avance directement en haut, et ne tarde pas à contourner le grand arc cartilagineux qui protége en dehors l'organe électrique. Dans la route, elle envoie plusieurs filets aux organes voisins : d'abord aux organes mucifères placés au devant du museau, puis aux glandes mucipares logées le long du canal sous-cutané, aux muscles extérieurs situés tout à fait en dehors, et destinés à mouvoir l'arc cartilagineux qu'elle accompagne. Mais les filets les plus importants qu'elle fournit sont ceux qui retournent vers l'intérieur de l'appareil, pénètrent au travers de la membrane de recouvrement, et vont s'anostomoser directement avec les filets ultimes et très-déliés venus des dernières divisions des branches propres de l'appareil lui-même. Nous avons sur nos préparations conservé plusieurs points où cette disposition peut être parfaitement aperçue. Nous reviendrons bientôt sur la forme elle-même de l'anastomose.

Les deux autres branches du tronc antérieur pénètrent ensuite, après un court trajet oblique de haut en bas, dans l'organe, presque perpendiculairement à son axe transversal. La premiere se divise en deux faisceaux destinés à la partie supérieure, et la deuxieme va directement à la partie moyenne de l'appareil.

Le tronc postérieur ou inférieur se sépare en trois branches volumineuses, dont la supérieure envoie des rameaux à la partie moyenne, et concourt en partie, ainsi que les deux dernières branches, à animer la portion inférieure de l'organe.

Tous ces troncs, dont les fibres sont parfaitement isolées et accolées, pénètrent entre les colonnes prismatiques, de manière à former relativement à elles des lobes ou des lobules qu'elles comprennent entre leurs divisions. Généralement, les faisceaux principaux, avant d'avoir fourni la division principale, parcourent entre les prismes un trajet assez étendu. Les filets qui se répandent entre les colonnes placées vers leur entrée dans l'appareil sont des filets de divisions plus avancées, ou quelquefois de filets directs détachés à droite et à gauche, et qui, retournant contre leur direction primitive, vont s'anastomoser avec les filets voisins.

Quoi qu'il en soit, il est facile de suivre ces branches nerveuses dans l'intérieur de l'appareil. Quelques rameaux volumineux arrivent parfois soit à l'extrémité périphérique des colonnes prismatiques, soit à l'une des deux surfaces et dans des points différents de leur étendue. La simple pression du doigt suffit pour écarter les prismes et suivre leur trajet dans leurs divisions les plus délicates. C'est alors qu'on peut apercevoir une disposition déjà grossièrement, mais exactement entrevue par Hunter, c'est-à-dire la distribution des filets autour des colonnes et de chacun des éléments qui la composent. Ce que Hunter a décrit sous le nom de fibres tendineuses qui contournent les colonnes n'est évidemment que la série des divisions extrêmes du système nerveux.

Les faisceaux ne tardent pas à se subdiviser, d'abord dans un ordre dichotomique, puis en filets dont les rapports successifs et immédiats ne permettent plus que de comparer leur trame ultime aux mailles d'un réseau immense qui forme le squelette profond et intime de tout l'appareil. Voici ce que l'on observe en suivant la marche d'un filet nerveux. Arrivé près d'une des granulations d'une petite colonne, il se divise, et les deux petites divisions nerveuses la contournent; mais il n'est pas exact de dire, comme je le notais dans mon premier travail, qu'elles forment une anse; il se divise encore, se subdivise et se termine en pinceau : si bien que l'on pourrait comparer l'extrémité terminale des nerfs de l'appareil électrique à la partie chevelue des racines d'un arbre quand elles ont subi les subdivisions les plus déliées et les plus infimes.

---

l'honneur de la lire. Il n'en est pas moins vrai que des clients à elle lui ont révélé tout récemment une nouvelle cause de maladies à laquelle personne encore n'avait songé; et nous sommes bien convaincu que beaucoup de matamores de la pratique n'y ont vu goutte, et ont conséquemment traité leurs patients en dépit de toutes les règles. Cette cause, c'est l'éclipse. On n'imagine pas le nombre de personnes que l'éclipse a rendues malades. Dans les premiers temps, nous faisions l'incrédule, l'esprit fort; mais à force d'entendre les gens accuser l'éclipse de leurs maux, nous y avons réfléchi, et la chose a fini par nous sembler assez naturelle.

D'abord il est connu de toute antiquité que le soleil se mêle beaucoup des événements humains en général. Quand il se couche à des heures indues, ou quand il brille d'une façon insolite, c'est qu'il a ses raisons, et le général athénien qui enferma sa flotte à Syracuse le jour de l'éclipse, au risque de perdre son pays, était évidemment un homme fort instruit. Le soleil mit un crêpe le jour de la mort de César; ce jour remarquable où l'on entendit un bruit de ferraille dans le ciel de la Germanie. Au contraire, il a maintes fois revêtu ses plus éclatants rayons aux entrées triomphales de Napoléon; ce genre de politesse lui est même si familier qu'il en a usé peu de temps après en faveur des Bourbons. Pour ce qui concerne l'action des éclipses sur l'organisme des animaux, si elle n'a pas été démontrée d'une manière très-directe, elle est conforme à ce qu'on sait de plus clair sur les affinités des espèces animales avec les astres, plus spécialement avec le soleil et la lune. Qui peut ignorer que le passage du soleil par certains signes du Zodiaque est marqué par des maladies particulières? Nous renvoyons sur ce point à Pline qui en savait plus long que nous. Il vous apprendra aussi que le nombre des lobes du foie de la souris répond à l'âge de la lune; que les affections des yeux croissent et décroissent avec elle, etc. Aristote vous dira que, dans la pleine lune, les animaux ne meurent jamais qu'au reflux de la mer. Vous saurez encore avec l'antique médecine que tout homme né aux heures critiques des jours lunaires ne peut guère aller au delà de la cinquantaine, etc... Or, de bonne foi, si chacun des astres isolément exerce sur notre pauvre espece une action aussi puissante, qu'est-ce donc quand ils viennent à se rapprocher? Qui sait ce que peut enfanter ce mystérieux accouplement? Cette légion de monstres qui naissaient sous les caresses d'une impudique dans nous ne savons quelle légende ne sont peut-être rien à côté des maladies que peuvent nous envoyer les approches du soleil et de la lune.

Quoi qu'il en soit, l'idée de nos clients nous a été extrêmement agréable. On connaît notre goût en étiologie; ajouter une cause à notre collection était un vrai plaisir d'amateur. Nous en avons d'ailleurs tiré bon parti dans la pratique. Quand nous étions à bout d'explications sur l'origine et la nature d'une maladie, il était rare que l'éclipse ne nous tirât pas d'affaire, à la satisfaction du client; mais le moyen commence à s'user, et nous ne conseillons pas trop à nos confrères d'y recourir. Qu'ils nous pardonnent de ne l'avoir pas divulgué plus tôt!

A. DECHAMBRE.

Il résulte donc cependant de cette disposition que les granulations qui composent les colonnes sont comme suspendues au milieu de ce *rete admirabile nervorum*.

Les recherches que je viens d'exposer sur l'appareil électrique de la torpille m'ont conduit à étudier minutieusement le même organe dans la gymnote; elles m'ont paru assez intéressantes pour que je dusse les soumettre au jugement de la savante compagnie. Les travaux du grand Hunter sur ce sujet ont dû nécessairement me guider dans l'étude anatomique que j'ai faite sur la distribution des nerfs et des membranes, et l'arrangement général.

L'appareil électrique de la gymnote est double et occupe les parties latérales et le dos de l'animal, en commençant à la tête, et se termine en diminuant graduellement de dimension jusqu'à l'extrémité de la queue.

Hunter admet dans la gymnote un appareil électrique double : c'est assez dire qu'il reconnaît deux organes de même nature, placés à droite et à gauche de l'animal.

Nous ne pouvons admettre, comme Hunter, la division établie par lui en grands et petits organes; car ce sont des portions dn même appareil et qui ne constituent pas deux organes distincts. S'il fallait regarder comme autant d'organes séparés les divisions arbitraires que l'on peut établir sans difficulté, on arriverait à décomposer l'appareil en un très-grand nombre d'organes, puisqu'il est composé d'une série de lames faciles à isoler, semblables à de longues fenilles dentelées, placées les nnes auprès des autres, et qui entre elles contiendraient une substance particnlière homogène. On verra sur nos préparations ces lames aponévrotiques adossées l'nne à l'autre, renfermant entre elles le tissu propre de l'organe. Sur une de mes préparations, il est facile aussi de reconnaître le grand et le petit organe de Hunter. Ce dernier semble jusqu'à un certain point une série de lames courtes, rapprochées les unes des autres et peu en harmonie, par leur hauteor et leur longueur, avec les autres lames qui les debordent et qui constituent le grand appareil, et cependant c'est une partie du même appareil, parfaitement liée an reste de l'organe électrique.

Il est donc vrai qu'il n'y a pas de petit et de grand appareil, et que cette division est purement arbitraire. Cette disposition particulière, notée par Hunter, est due à la manière dont la partie terminale de l'organe s'adapte à la nageoire ventrale et à l'aponévrose qui l'entoure.

Ces denx appareils sont séparés l'un de l'autre par deux faisceaux musculaires qui occupent toute la longueur du dos de l'animal.

Ces appareils sont prismatiques, et ont la base dirigée vers le dos et l'arête vers le ventre.

L'appareil électrique droit offre des dimensions plus considérables que le gauche.

Il est enveloppé par nne aponévrose absolnment comme celui de la torpille. Voici d'ailleurs comment se comporte cette enveloppe : elle est mince, transparente et située sous les téguments auxquels elle tient d'une manière assez intime par des filaments celluleux. C'est d'ailleurs une enveloppe générale.

Cette membrane envoie des prolongements par sa face profonde ou interne; l'un de ces prolongements forme une cloison complète placée entre les muscles du dos de l'animal et l'appareil électrique; cette cloison est excessivement mince, d'un blanc grisâtre, et semble destinée à le soutenir. On peut facilement isoler la saillie musculaire de l'appareil à la faveur de cette cloison. En disséquant avec soin cette membrane, on voit que l'appareil électrique est divisé au moyen de cloisons semblables, plus minces encore, en une série de lames au milieu desquelles on trouve les colonnes prismatiques formées par une série de granulations placées les unes audessus des autres, lesquelles prennent par endosmose et abandonnent par exosmose les liquides au milieu desquels on place l'animal.

Toutes ces lames se dirigent vers la queue sans parvenir dans toute la longueur du corps de la gymnote.

Enfin la portion ventrale de l'appareil électrique est enveloppée par une dernière lame aponévrotique qui ressemble à la première et paraît venir rejoindre celle-ci. Il résulte de cette disposition que l'appareil est contenu dans une sorte de gaine aponévrotique cloisonnée à l'intérieur, de manière à recevoir le tissu propre de l'appareil électrique.

Chaque appareil s'avance un peu sur les colonnes musculaires dorsales et se rapproche l'un de l'autre au centre de la nageoire ventrale, de manière que, dans ce point, ils ne sont séparés l'un de l'autre que par une cloison aponévrotique fournie par la membrane d'enveloppe dont j'ai parlé plus haut. Ce cloisonnement ne permettrait pas seulement de trouver trois divisions dans l'appareil, ainsi que Hunter l'avait établi, mais un beaucoup plus grand nombre, ainsi que je m'en suis assuré.

Les éléments qui forment le tissu propre de l'appareil électrique de la gymnote sont bien de la même nature que ceux de la torpille, à quelques différences près; et ces différences portent précisément sur les cloisonnements membraneux qui aplatissent les granulations et leur donnent une forme allongée qui fait que toutes ces lames sont comme couchées les unes sur les autres, de telle sorte que l'appareil déborde nn peu les muscles du dos par un rebord comme tranchant.

L'appareil électrique est animé par des nerfs non spéciaux comme pour l'appareil électrique de la torpille, mais qui sont entourés par le névrilème et offrent des dimensions considérables immédiatement en sortant de la moelle d'où ils naissent.

Pour bien apercevoir les nerfs de l'appareil électrique de la gymnote, il faut écarter les colonnes musculaires dorsales de l'appareil électrique, et alors on les voit sortir profondément du canal vertébral recouverts par les puissants muscles dont je viens de parler, et bientôt on les voit tous placés parallèlement les uns auprès des autres pour traverser la cloison de séparation, afin de gagner l'appareil électrique. Voici comment ils m'ont paru se comporter. Tous ces nerfs, dont le volume est en rapport avec les dimensions de l'animal, fournissent des filets aux muscles du dos de l'animal, et servent à animer ces muscles. Le tronc principal, arrivé au côté interne de l'appareil électrique et tout à fait vers sa partie profonde, se divise en plusieurs branches dont les unes parcourent la partie profonde de l'appareil, de manière à le contourner et à l'entourer jnsqu'à la nageoire ventrale, endroit où il se subdivise à l'infini, et dont les autres gagnent l'intervalle qui existe entre chacune des lames de l'appareil pour se diviser et se subdiviser et se terminer en réseau très-fin. Il est curieux de suivre avec attention la distribution nerveuse de l'appareil électrique et leur mode de division. Les nerfs sortis de la moelle ne se divisent qu'après avoir traversé la première cloison aponévrotique qui sépare les muscles du dos de l'appareil. C'est alors que l'on peut reconnaître pour chaque nerf trois divisions principales : 1° l'une qui contourne profondément le grand et le petit appareil pour se rendre jusqu'à la nageoire ventrale; 2° la seconde qui traverse l'épaisseur de l'appareil, et que l'on peut voir au fond dans l'intervalle de chaque lame; 3° la troisième enfin qui remonte entre les muscles du dos et l'appareil vers la surface dorsale de l'organe. C'est alors que les nerfs se divisent et se subdivisent à l'infini pour se terminer en pinceau.

Tous ces filets nerveux se ramifient donc dans l'appareil sur les cloisons, et se terminent sur les branchies, sur les muscles de celles-ci, sur la cloison de séparation des appareils, dans le tissu cellulaire, etc.

On verra, dans une planche que j'ai fait représenter, la forme de peigne qu'affectent les nerfs en sortant de la moelle épinière, qui sont tous placés parallèlement comme les rayons d'un râtelier, avant de subir leurs divisions et leurs subdivisions, moment où ils divergent. J'ai aussi indiqué une partie terminale de ces nerfs, qui a été admirablement figurée par M. Jacquart.

La moelle épinière offre un volume considérable relativement au corps de la gymnote.

Je terminerai ce que j'avais à dire sur l'appareil électrique de la gymnote par quelques réflexions sur la raie qui a été le sujet de recherches très-intéressantes de la part de MM. Et. Geoffroy-Saint-Hilaire, Monro, Jacobson, Cuvier, Duvernoy, de Blainville, Aetzius, Magendie et Robin.

Ce prétendu appareil a été décrit pour la première fois par Monro, et plus tard par M. Et. Geoffroy-Saint-Hilaire, qui le regarde comme l'analogue de l'appareil électrique de la torpille.

Cet appareil se compose d'une capsule fibreuse qui laisse voir des orifices d'où naissent des petits tubes transparents qui vont s'ouvrir sur la peau et qui versent une humeur gélatineuse transparente sur les téguments, et d'une branche de nerfs qui affecte des rapports plus ou moins directs avec lui.

Voici comment M. Et. Geoffroy-Saint-Hilaire s'exprime à l'égard de ces singuliers appareils, qui ressemblent plutôt à des organes sécréteurs qu'à un appareil électrique : « Dans les raies, comme dans les torpilles, il sort du crâne un peu en avant de l'oreille un nerf si gros qu'il surpasse le volume de celui qui se rend à l'œil. Ce nerf se dirige latéralement, rampe sur la face supérieure du masséter, et va s'épanouir au-dessous, entre ce muscle et la première branchie, dans une masse que l'on prendrait au premier coup d'œil pour une glande, mais qui est réellement le foyer d'où sortent en plusieurs paquets un grand nombre de tubes analogues à ceux de la torpille. Un paquet se dirige vers le nez, un autre se répand sur le ventre, un troisième remonte le masséter et va se terminer derrière l'occiput; un quatrième s'étend sur les muscles de la nageoire pectorale. Il y a, à cet égard, quelques différences selon les espèces; mais toujours ces tubes, aussi bien que dans la torpille, adhèrent tant à la peau de dessous qu'à celle de dessus; seulement au lieu d'être verticaux, ce qui est impossible, faute d'espace, ils suivent les contours de la tête, s'étendent sur les muscles les plus extérieurs, et sont d'autant plus allongés qu'ils ont un plus grand circuit à faire pour venir s'insérer dans la peau.

» Ces longs tubes paraissent d'ailleurs de la même nature que ceux de la torpille, et ils renferment à leur intérieur une substance gélatineuse et albumineuse toute semblable. Jusqu'ici nous n'apercevons à cet égard

guère d'autre différence entre les raies ordinaires et la raie torpille, si ce n'est que dans celle-ci, les tubes sont très-courts, verticaux, parallèles, rapprochés, tandis que dans les autres raies ils sont beaucoup plus longs, se courbent autour des principaux muscles des mâchoires et se séparent en plusieurs paquets formés de rayons divergents. »

J'avoue que, malgré l'autorité et la renommée du savant auquel j'ai emprunté la citation précédente, je ne puis reconnaître aucune analogie ni aucune ressemblance fondamentale entre cet organe et l'appareil électrique des torpilles.

Dans les torpilles, on rencontre, en effet, des membranes d'enveloppe complexes, et qui pour moi sont des organes de sécrétion comme la pie-mère. Toujours est-il que, sans avoir pu étudier l'état embryonnaire de ce poisson électrique, il est difficile de ne pas voir dans cette membrane qui se moule exactement sur tous les prismes, un organe de sécrétion et non une enveloppe purement et simplement. Dans les raies, il est impossible de retrouver rien de pareil.

Dans la torpille, on ne trouve aucun conduit excréteur et aucune poche qui leur donne naissance au milieu de l'appareil électrique; car tous les organes de sécrétion sont placés à l'extérieur de cet appareil, et cependant on sait qu'il en est tout autrement dans l'organe précité, puisqu'il est formé en grande partie par des conduits qui traversent la membrane d'enveloppe, et par un organe de sécrétion qui fournit le liquide albuminoïde.

Dans la torpille, on rencontre des prismes formés eux-mêmes par une série de petites granulations convexes et concaves alternativement, et emboîtées les unes dans les autres, et rien de pareil ne se retrouve dans la raie.

La raie offre un organe très-simple, et, au contraire, l'appareil électrique est complexe. Tout, dans cet appareil, dénote une fonction compliquée, et rien de pareil ne peut être recherché et soutenu pour l'organe des raies.

Dans l'appareil électrique, on trouve une disposition nerveuse dichotomique d'abord, et une terminaison que l'on peut comparer à un réseau qui offrirait des mailles variables dans leur diamètre. Tous les nerfs de l'appareil électrique se divisent et se subdivisent dans la profondeur de cet organe, en se distribuant autour des colonnes, puis des granulations. Rien de semblable n'a lieu dans l'organe de la raie; car le nerf qui s'y rend, et qui n'est qu'une expansion de la cinquième paire, se répand à sa surface, et non dans son intérieur. Pour moi, c'est une terminaison nerveuse, et qui ne présente aucun caractère de plus. Dans la raie, c'est un liquide de sécrétion qui se trouve au milieu de l'organe, et dans l'appareil électrique, c'est un liquide très-ténu, en faible quantité, qui semble s'y trouver par endosmose et qui paraît en sortir par exosmose.

Il n'y a donc pas, dans l'organe de la raie, les éléments nécessaires pour constituer un appareil électrique; car, suivant moi, ce ne sont pas les nerfs, puisqu'ils ne sont pas spéciaux, qui fabriquent le fluide électrique, mais bien l'arrangement particulier de l'appareil lui-même.

Cet organe de la raie, étudié avec soin, m'a donc paru, non un appareil électrique, mais bien un organe de sécrétion sur lequel viennent se répandre des branches de la cinquième paire.

Situé entre la partie antérieure et inférieure des branches, en bas et derrière le muscle temporal, cet organe est dur, renflé vers le milieu, élastique, non fluctuant, et laisse sortir par la pression un liquide albuminoïde, et si l'on pratique une piqûre à sa surface, il en sort une humeur semblable à l'humeur vitrée. Après l'expulsion de ce liquide, l'organe n'est plus qu'un composé de nerfs et de membranes: c'est un noyau résistant.

Cet organe est uni à la peau par un tissu cellulaire fin; puis il est recouvert en dessus et en dessous par une membrane d'enveloppe excessivement mince, et sa minceur est telle qu'elle laisse apercevoir sous elle les parties qui s'y trouvent. Nous devons dire pourtant qu'à la face inférieure ou ventrale, elle représente une véritable aponévrose, de nature plus fibreuse que celle qui se trouve au dos de l'animal. Cette membrane n'a rien de comparable, comme je viens de le dire, à celle de la torpille.

Au milieu de cette enceinte aponévrotique, se trouve un tissu cellulaire filamenteux, très-hygrométrique, et qui prend les apparences d'une gelée tremblotante lorsqu'il est infiltré d'eau. C'est dans ce milieu que se trouvent les nerfs, les muscles et l'organe dont je viens de parler.

Les nerfs qui viennent des renflements nerveux flottent au milieu d'un liquide, et sortent obliquement par des conduits pour se répandre dans l'animal. Une branche fournie par la cinquième paire envoie des rameaux aux ganglions, aux muscles, au tissu cellulaire, à la peau, aux organes excréteurs et à l'organe que l'on a regardé à tort comme représentant l'appareil électrique. Toujours est-il qu'une grosse branche se répand à l'extérieur de cet organe, et l'enveloppe de manière à lui donner l'apparence d'un ganglion. Un examen attentif et une étude approfondie des filets nerveux, à l'égard de cet organe, ne m'ont permis d'y reconnaître qu'un véritable plexus nerveux, et non un ganglion. Tous les filets, en effet, sont appliqués les uns auprès des autres ou se croisent en différents sens, si bien qu'ils forment là une véritable enveloppe d'où partent des filaments nerveux qui vont se rendre dans les membranes d'enveloppe.

Mon but étant de m'occuper principalement de l'appareil électrique, je ne veux en aucune manière parler ici de la différence qui existe entre l'épaisseur des membranes d'enveloppe, suivant les individus, ni des muscles temporaux très-puissants, ni de ceux des branchies, et je terminerai en disant quelques mots sur ces appareils.

Ainsi, comme conclusions, je dirai que, dans la gymnote et la torpille, il existe des membranes d'enveloppe, un tissu propre qui se présente sous forme de granulations, de prismes et de colonnes, des nerfs nombreux, non spéciaux, qui se distribuent dans l'appareil en affectant une forme dichotomique et en se terminant ensuite en réseau. J'ajouterai que ces nerfs ne sont pas spéciaux, puisqu'ils ne se distribuent pas seulement à l'appareil, mais bien aux enveloppes, aux muscles, etc. Pour toutes ces raisons, il nous est impossible de comparer l'organe de la raie à l'appareil électrique.

En définitive, il est impossible d'admettre que les nerfs fabriquent le fluide électrique; il est évident qu'ils sont seulement conducteurs, et que, sous ce rapport, ils servent à alimenter l'appareil et les muscles, et à produire tous concurremment ce grand phénomène connu sous le nom de commotion.

Je conclus de tout ce qui précède que l'appareil électrique est seul l'agent fabricateur du fluide électrique. Il est impossible, en effet, d'admettre que des nerfs qui ne sont pas spéciaux puissent produire seuls le fluide électrique, qui ne peut être qu'un produit complexe.

CONCLUSIONS.

1° Tous les appareils électriques se ressemblent par leur structure, ce qui suppose une analogie complète de fonctions.

2° Tous les appareils réellement électriques ont un tissu propre, qui ne diffère dans chaque animal que par des nuances qui ont trait à la forme des granulations, au volume de l'appareil électrique, au volume des nerfs et à la disposition des membranes d'enveloppe.

3° Le tissu propre de la gymnote diffère de celui de la torpille, non par la nature, mais par la forme de la granulation, qui est ronde dans la seconde et aplatie dans la première.

4° Les nerfs qui se rendent aux appareils électriques ne leur sont pas exclusivement destinés, puisqu'ils envoient des rameaux à toutes les parties environnantes. Les nerfs de la torpille viennent de la cinquième paire, et ceux de l'organe électrique de la gymnote viennent des nerfs spéciaux.

5° Il n'y a donc pas de nerfs spéciaux pour l'appareil électrique.

6° Tous les nerfs sont gros à leur première division, et se terminent en pinceau, après avoir été disposés d'abord dichotomiquement.

7° Les nerfs de la gymnote sont indivis jusqu'à la première cloison de séparation.

8° Le fluide électrique n'est donc pas fourni par les nerfs seuls qui se distribuent dans d'autres organes que l'appareil électrique, et il paraît évidemment être le résultat de l'action complexe de l'appareil lui-même.

MATIÈRE MÉDICALE.

CONSIDÉRATIONS CHIMIQUES, PHYSIOLOGIQUES ET THÉRAPEUTIQUES SUR LES SELS D'ARGENT; mémoire présenté à l'Académie des sciences, les 18 novembre et 2 décembre 1850, par le docteur J^r DELIOUX, médecin en chef de la marine, professeur aux écoles de médecine navales.

(Suite. — Voir le numéro précédent.)

2° APPLICATIONS THÉRAPEUTIQUES.

Des faits chimiques qui viennent d'être exposés découlent des conséquences importantes au point de vue de la pharmacologie et de la thérapeutique.

Lorsque, sur la peau dénudée, sur une membrane pyogénique, sur une membrane muqueuse, on applique un crayon ou une solution concentrée d'azotate d'argent, on voit se former presque instantanément une escarre blanche due à la coagulation de l'albumine. Si cette escarre est très-mince, pelliculaire, elle peut être résorbée au moins partiellement; mais pour peu

qu'elle ait une certaine épaisseur, il est incontestable qu'insoluble dans les humeurs qui la baignent, elle ne tend qu'à l'élimination.

On pourrait croire, au premier abord, que la production de cette escarre est en désaccord avec mes expériences chimiques; mais elle les corrobore au contraire. En effet, dans cette circonstance, on fait réagir sur les tissus et au sein des humeurs organiques une proportion d'azotate d'argent excédant, et de beaucoup, celles des chlorures alcalins qui entrent dans leur composition. Or j'ai expérimenté que, pour dissoudre le précipité produit dans une solution albumineuse par l'azotate d'argent, il faut employer une quantité de chlorure de sodium au moins égale à celle de l'azotate d'argent; corrélativement, nous voyons les dissolutions étendues où ce dernier sel n'existe que dans des proportions inférieures à celle des chlorures et autres sels qui alcalinisent les humeurs vitales, ne déterminer dans ces humeurs aucun précipité sensible, et occasionner seulement à la surface des tissus un certain degré d'astriction insuffisant pour s'opposer à l'absorption d'une partie de l'azotate d'argent, soit en nature, soit à l'état d'albuminate. Aussi nul doute, à mon avis, que ces dissolutions étendues n'ont pas seulement dans beaucoup de cas, et notamment lorsqu'elles sont portées dans les voies digestives, un effet local, comme le pensent tant de médecins trop préoccupés encore de l'action topique des médicaments; elles ont en même temps, sinon davantage, une action dynamique, résultat de leur facile absorption.

Au surplus, cette escarre est la négation la plus complète de toute théorie qui présuppose la transformation de l'azotate d'argent en chlorure au contact des tissus et des liquides organiques. Coagulum protéique, lié, tenace, élastique, identique à celui qui se produit dans une solution albumineuse pure, cette escarre traduit de la manière la plus évidente l'action élective du sel argentique sur les éléments albuminoïdes, et rien ne ressemble moins qu'elle au précipité grumeleux, caillebotté, dur, constitué par le chlorure d'argent.

Ce n'est là, il est vrai, qu'une induction plus ou moins rationnelle, mais l'expérience la confirme péremptoirement; car si l'on traite l'escarre, ce produit de l'action topique des sels d'argent solubles, par une solution de potasse, on la dissout entièrement, ce qui n'aurait lieu qu'incomplétement si elle contenait du chlorure d'argent insoluble dans la potasse.

Il résulte de ces considérations que des changements importants doivent être introduits dans la rédaction des formules ayant pour objet l'administration interne de l'azotate d'argent.

Je regrette d'être obligé de taxer d'irrationnelles celles qui ont pour but, en réunissant dans un excipient commun l'azotate d'argent et le chlorure de sodium, de préparer d'avance le chlorure d'argent; loin de faciliter l'absorption du médicament, elles ne peuvent que le retarder; car si le chlorure d'argent est, dans nos verres, l'un des plus insolubles précipités, je crois qu'il en est à peu près de même au milieu des humeurs organiques, puisque je ne suis jamais parvenu à le dissoudre en reproduisant approximativement les conditions physiques et chimiques de l'économie vivante.

Les formules rationnelles seront celles qui prescriront de porter immédiatement et sans aucune décomposition préalable l'azotate d'argent au sein des liqueurs organiques, qui, le recevant sans le précipiter, permettront son absorption dans les secondes voies. Pour la forme pilulaire, une substance inerte sera le meilleur excipient possible; pour la forme liquide, l'eau distillée comme dissolvant sera préférable à tout autre véhicule. Toutefois, l'action topique de l'azotate d'argent est trop irritante pour que je conseille la forme pilulaire, et la solution aqueuse elle-même peut exercer sur la membrane gastrique une agression douloureuse. Je crois en conséquence que la solution albumineuse chlorurée offrirait pour ce sel le meilleur véhicule, parce qu'elle le transforme en un composé immédiatement absorbable, et dont l'action topique est infiniment plus douce que celle de l'azotate d'argent pur, même en dissolution étendue, ainsi que j'en ai acquis la preuve dans plusieurs expériences cliniques comparatives.

FORMULE-MODÈLE POUR UNE POTION.

Blanc d'œuf . . . . 1 hecto.

Dissolvez dans :

Eau distillée. . . . . 120 grammes.

Filtrez à travers un linge fin.

Ajoutez ensemble, après avoir dissous séparément les deux sels dans s. q. d'eau distillée :

Azotate d'argent. . . . . } āā 0,05
Chlorure de sodium. . . . . }
Sirop de sucre. 30

Il est bien entendu que la dose du sel argentique n'a rien d'absolu, et qu'elle sera augmentée selon l'indication. Ce qu'il importe de signaler dans ce type de formule, c'est qu'une même dose des deux sels doit être employée.

Dans le petit nombre d'essais qu'il m'a été donné de faire jusqu'ici, cette potion n'a déterminé aucune douleur, aucun trouble dans les organes digestifs, et je crois qu'elle mérite d'être essayée dans les formes si variables de la gastralgie, contre laquelle d'ailleurs les préparations d'argent ont été préconisées, notamment dans les dernières années, par plusieurs médecins anglais et allemands.

Je crois enfin que s'il fallait administrer ce médicament pendant longtemps et le pousser à des doses élevées, comme on l'a fait dans l'épilepsie (où il a été donné jusqu'à 1 gramme par jour), cette formule, mieux que toute autre, en dissimulant les propriétés irritatives de l'azotate d'argent, en assurerait la tolérance et permettrait de soutenir la médication.

Mais il faut se hâter de dire aussi qu'en contact avec des matières organiques, ce sel se réduit plus promptement encore que dans l'eau distillée, et que cette potion, sous peine de voir s'amoindrir de plus en plus son énergie thérapeutique, doit être consommée très-peu de temps après sa préparation.

C'est principalement en lavement, contre divers flux intestinaux, que j'ai eu l'occasion de juger les avantages de l'administration de l'azotate d'argent en dissolution dans l'eau albumineuse chlorurée.

D'abord on réunit de cette manière deux substances dont l'efficacité a été mise souvent à l'épreuve contre diverses formes de diarrhées et de dysenteries. Enveloppé par l'albumine, le sel argentique n'exerce plus sur la surface intestinale cette impression vive qui se traduit en coliques douloureuses. Son action locale est diminuée sans doute; mais est-il bien prouvé que ce soit cette action physico-chimique toute de contact qui modifie les flux intestinaux? N'est-il pas un grand nombre de ces flux qui ne s'accompagnent d'aucune lésion de la muqueuse intestinale; d'autres qui s'établissent sans que cette lésion, assez variable d'ailleurs, les explique d'une manière rationnelle? Est-ce que la dysenterie, par exemple, la dysenterie épidémique et celle des pays chauds sortout, n'a d'autre support organique que la phlogose et les ulcères de la membrane cœco-colique, et l'étude raisonnée de ses symptômes, l'examen des déjections spécifiques qui la caractérisent ne conduisent-ils pas à admettre qu'il y a au fond de cet état morbide des altérations humorales et des lésions nerveuses? Or on ne guérit pas ces perturbations profondes en limitant l'action des agents pharmacologiques aux surfaces tégumentaires; en tant que modificateurs topiques, ils ne sont que des adjuvants parfois utiles, mais leur action dynamique générale n'est consécutive qu'à leur absorption. On ne saurait trop répéter, pour combattre sans relâche les tenaces préjugés qui règnent encore dans les écoles, que l'art de faire pénétrer les médicaments dans les voies de l'absorption est l'un des moyens de progrès les plus féconds de la thérapeutique moderne.

Je crois donc que si, en administrant les injections intestinales dont l'azotate d'argent est l'élément actif, on a parfois intérêt à produire un effet local, dans beaucoup d'autres cas, dans les plus nombreux peut-être, l'efficacité du remède dépend de l'endosmose vasculaire, et l'intermède de l'albumine et des chlorures alcalins assure ce résultat. En formulant les lavements argentiques d'après ces principes, on les verra réprimer les flux de ventre au moins avec autant de garanties de cure définitive qu'en préférant l'eau pure pour véhicule, et ils auront sur ceux préparés par la méthode ordinaire l'avantage de causer peu ou point de douleurs, et d'être plus facilement retenus, comme j'en ai acquis l'expérience, en administrant, suivant mon procédé, l'azotate d'argent par le rectum depuis 10 jusqu'à 60 centigrammes.

Il me reste à signaler un dernier avantage qui n'est pas sans importance, et qui ressort de l'un des caractères chimiques les plus curieux de l'albuminate d'argent.

Quand on destine une injection à agir ailleurs que dans l'intestin, la petite seringue en verre employée pour les injections urétrales sert sans aucun inconvénient et sans exposer à la décomposition du sel argentique; mais pour les lavements, on ne peut se servir, particulièrement dans les hôpitaux, que des seringues d'étain dont le métal réduit l'argent; par conséquent, quelque promptitude que l'on mette à pousser la solution dans l'intestin aussitôt qu'elle a été versée dans l'instrument, la décomposition s'est opérée en partie, et à part le désagrément de couvrir les parois de la seringue d'une couche noire qu'il n'est pas toujours très-facile d'enlever, on a administré tout autant un sel d'étain qu'un sel d'argent; si bien qu'en définitive le malade reçoit un médicament défectueux et différent, quant à la nature et quant à la dose, de celui que le médecin a prescrit.

En prescrivant, au contraire, la solution albumineuse chlorurée d'azotate d'argent, comme l'étain ne peut opérer aucune réduction (sinon au bout d'un temps assez long, et encore fort incomplétement), tous les inconvénients signalés plus haut disparaissent. J'ai adopté dans mon service à l'hôpital maritime de Rochefort ce mode d'administration, et je n'ai eu, sous tous les rapports, qu'à m'en applaudir.

J'ai cru aussi devoir tenter quelques essais sur l'emploi de cette solution

dans le traitement de la blennorrhagie; j'ai reconnu que sur la muqueuse de l'urètre comme ailleurs, son action est plus douce, à dose égale de sel d'argent, que celle de la solution dans l'eau distillée; j'ai obtenu quelques résultats favorables dans les écoulements chroniques et vers la fin des écoulements aigus qui menacent de passer à la chronicité; mais je ne lui ai pas attribué de supériorité sur d'autres injections plus usitées et d'une conservation plus facile; et comme moyen abortif il est impossible de compter autant sur elle que sur la solution aqueuse où l'azotate d'argent conserve toute sa causticité.

Au nombre des agents thérapeutiques essayés contre le choléra, l'azotate d'argent paraît avoir eu entre les mains de quelques praticiens de notables avantages; ainsi il a été recommandé par M. Barth (1), par MM. Girouard et Greslon, de Chartres (2), par M. Garlick (3), médecin anglais, par M. Immanuel Lévy, médecin allemand (4); d'un autre côté, le chlorure de sodium est l'un des éléments les plus importants du traitement salin opposé à la même maladie. Enfin les déjections cholériques entraînent des déperditions considérables de matières albuminoïdes, soit altérées sous forme d'albuminose, soit à l'état d'albumine pure. Or donc ne peut-on se demander si, en administrant à la fois l'azotate d'argent, le chlorure de sodium et l'albumine, on ne modifierait pas favorablement les symptômes du choléra?

Je me borne à poser la question, prévention purement théorique, car des essais peu nombreux ne me permettent pas de la résoudre.

J'aborde en finissant un point de toxicologie fort délicat, car mes expériences ne tendraient à rien moins qu'à détruire des opinions généralement reçues, et à me mettre en dissidence avec l'un des plus habiles et des plus savants toxicologistes, M. Orfila, dont je respecte autant que personne l'autorité.

Si l'azotate d'argent, en présence de matières albuminoïdes, n'est pas précipité par le chlorure de sodium, et je crois l'avoir surabondamment démontré, ce dernier sel n'est pas le contre-poison du premier, puisqu'ils ne peuvent réagir l'un sur l'autre dans l'estomac qu'en présence des éléments albumineux des liquides sécrétés par ce viscère, et partant le résultat de cette réaction ne doit pas être la précipitation du chlorure d'argent: la conséquence est forcée.

Si, par impossible, il n'existait actuellement dans l'estomac qu'une petite quantité de liquides organiques, en même temps que de fortes proportions d'azotate d'argent et de chlorure de sodium y seraient introduites, et si alors il se produisait une certaine quantité de chlorure d'argent, il se formerait toujours aussi un composé albumino-argentique soluble et absorbable, et par conséquent là encore le sel marin n'aurait pas eu tout l'effet qu'on en attendait.

Le chlorure de sodium ne peut donc pas être le véritable contre-poison de l'azotate d'argent.

Tout au plus pourra-t-on admettre que l'eau salée sera utile en transformant le sel d'argent en un composé qui n'exercera plus d'action caustique sur la muqueuse gastrique, ce qui sera, dans la majorité des circonstances, un immense bienfait; car cette action caustique constitue en très-grande partie, dans l'espèce, la gravité de l'empoisonnement, et il me paraît bien probable que lorsqu'un composé d'argent ne possède pas de propriétés topiques irritantes, ou du moment qu'il les a perdues, il peut être, sans danger d'intoxication, absorbé à des doses bien plus élevées qu'on ne le suppose communément.

Pour décomposer dans l'estomac l'azotate comme tout sel d'argent soluble et déterminer la formation d'un précipité insoluble, il ne faut compter que sur le proto-sulfure de fer hydraté, ce précieux contre-poison signalé avec tant de bonheur par M. Mialhe, et qui doit dominer le traitement chimique de la plupart des empoisonnements métalliques.

Je crois cependant devoir appeler l'attention sur une substance qui, ne fût-ce qu'à défaut du proto-sulfure de fer et vu la facilité avec laquelle on peut se la procurer dans un cas où il est urgent d'agir, me paraît susceptible d'être employée avec avantage dans l'empoisonnement par l'azotate d'argent.

Si l'on verse une dissolution de ce dernier sel dans du lait, il se forme instantanément un précipité blanc, caillebotté, soluble dans l'ammoniaque, devenant violet à la lumière.

Cette expérience démontre que la caséine ne jouit pas comme l'albumine de la propriété de maintenir la solubilité de l'azotate d'argent en présence des chlorures alcalins qui existent dans le lait. Il en résulte aussi qu'il ne faut pas accorder cette propriété aux matières albuminoïdes en général, mais qu'il faut l'attribuer plus spécialement à l'albumine.

Si l'on ajoute au lait de l'albumine, on n'empêche pas le précipité de se produire.

Ainsi l'albumine des humeurs gastriques, en se mêlant avec le lait, n'arrêterait pas la décomposition du sel d'argent.

Conséquemment n'est-il pas permis d'espérer que le lait serait un contre-poison efficace de l'azotate d'argent?

C'est à l'expérience de prononcer. Je me propose d'essayer le lait à cette fin sur les animaux.

(La suite au numéro prochain.)

(1) BULLETIN DE THÉRAPEUTIQUE, 30 sept. 1849.
(2) UNION MÉDICALE, 7 et 14 avril 1849.
(3) GAZETTE MÉDICALE, 1849, p. 665.
(4) UNION MÉDICALE, 11 déc. 1849.

REVUE DES JOURNAUX DE MÉDECINE.

JOURNAUX ITALIENS.

I. ANNALI UNIVERSALI DI MEDICINA.

Les numéros de mai, juin, juillet, août et septembre 1850 contiennent les articles suivants: 1° *De la constitution morbide de l'année 1849-50*; par M. Delchiappa. 2° *La rougeole dans une famille de Padoue*; par M. Argenti. 3° *Du virus variolique comme remplaçant le vaccin*; par M. Frua. 4° *Faut-il pour éviter les opérations obstétricales graves provoquer l'expulsion du fœtus à toutes les époques de la grossesse?* par M. Cazzani. 5° *Histoire de plaie du cerveau produite par arme à feu*; par M. Cortese. 6° *Observation de double strabisme, avec blépharoptose et demi-imbécillité, guérie par l'application réitérée du collodion cantharidal sur les régions périorbitaires*; par M. Borelli. 7° *Cas d'infection purulente du sang*; par M. Baruffi. 8° *Coup d'œil sur l'étude et l'enseignement de la médecine*; par M. Gianelle. 9° *Du traitement de la gangrène nosocomiale*; par M. Porta.

LE PUS VARIOLIQUE HUMAIN SPONTANÉ, INOCULÉ SUCCESSIVEMENT A PLUSIEURS HOMMES, ET AINSI MODIFIÉ, EST LA MEILLEURE GARANTIE CONTRE LA VARIOLE; par M. FRUA.

Cette importante question, l'auteur n'hésite pas à la résoudre par l'affirmative. Mais ses preuves, il faut le dire, ne répondent guère au ton absolu de ses conclusions. Nous avions cru d'abord que, reprenant les expériences de Sunderland et de Neuman, M. Frua avait procédé en inoculant successivement le même pus variolique à plusieurs individus. Il n'en est rien; ses arguments n'ont d'autre base que le raisonnement et l'analogie, à part un petit nombre de faits accidentels isolés, et qu'il trouve moyen de rattacher à sa thèse.

On sait, dit-il, que lorsque, après avoir inoculé du pus variolique sur un mouton, il en est résulté chez lui la clavelée, du pus de ces pustules de clavelée inoculé à un enfant ne lui donnera qu'une pustule variolique locale. Donc, par suite d'absence d'opportunité ou de disposition, tous les principes contagieux, fébrigènes, produisent chez l'animal d'où ils proviennent naturellement des désordres morbides plus grands que dans l'espèce animale à qui on les inocule artificiellement.

Poursuivons l'expérience précédente: si on prend du pus produit sur le dernier enfant dont nous venons de parler et qu'on l'inocule à un autre mouton, celui-ci ne contractera pas la clavelée générale comme lors de la première transmission; il n'aura qu'une pustule locale.

L'auteur fait ensuite l'apologie de l'inoculation variolique, méthode que la vaccine a remplacée, mais dont M. Frua avait effectivement besoin de prouver l'efficacité, et surtout l'innocuité, afin d'encourager les médecins à instituer les expériences nécessaires à la démonstration du principe qu'il veut établir. Il rappelle, à ce sujet, un fait curieux, relaté par les docteurs Pisani et Libbold. Au milieu d'une épidémie de clavelée, ils s'avisèrent d'inoculer du pus claveleux à quinze moutons, et ils reconnurent que chez le plus grand nombre des animaux inoculés, la maladie avait perdu beaucoup de sa violence. Ils répétèrent jusqu'à six fois la même expérience, choisissant toujours les animaux les moins malades pour fournir la matière à inoculer. L'éruption générale et la fièvre devinrent toujours plus bénignes à chaque nouvelle transmission, jusqu'au point de ne plus paraître à la fin; seulement il continua à se manifester aux points piqués des pustules sans gravité et qui suivirent un cours régulier. Ayant ainsi obtenu un virus modifié et comparable à la vaccine pour ses effets, les expérimentateurs s'en servirent pour inoculer avec le plus grand succès plus de cent mille têtes de bétail. La maladie ainsi communiquée parcourait toujours ses périodes beaucoup plus lentement que la maladie naturelle (1).

(1) Ces mots *avec le plus grand succès* signifient sans doute que ces animaux inoculés échappèrent à la clavelée. Mais d'autres causes ne peuvent-elles pas expliquer cette immunité? L'épidémie, durant cette série d'expériences,

L'auteur, en compulsant les actes de l'Académie de Sienne, a encore trouvé un fait consonnant à ses idées. Malheureusement il est raconté par un villageois qui écrit à son maître pour lui annoncer le résultat des inoculations de variole pratiquées à son enfant. « Deux autres paysans, dit-il, étant venus voir mon fils, prirent du pus de ses pustules et en inoculèrent à leurs deux enfants. Chez ces derniers les fièvres ordinaires vinrent au bout de quatre jours; il sortit beaucoup moins de boutons que chez le mien, et ils furent guéris avant lui. » Le fait date de 1768.

— A la lecture de ces essais, on ne peut se défendre d'une préoccupation embarrassante. Si de telles idées doivent un jour avoir ou chercher leur réalisation, comment pourront-elles la trouver impunément? Puisqu'il faut, selon l'auteur, que le pus variolique traverse l'un après l'autre plusieurs organismes avant de devenir suffisamment atténué, quels individus choisira-t-on et de quel droit les choisira-t-on pour servir ainsi de modificateur à la maladie? — L'inoculation de la variole n'est pas dangereuse, répond M. Frua. — A la bonne heure! Mais si elle est innocente, pourquoi donc travaillez-vous dans le but de l'adoucir? Et si elle doit effectivement devenir, à force de propagations, maladie locale, sans perdre sa vertu préservatrice, ne voyez-vous pas qu'il y aura beaucoup plus d'empressement chez les pères de famille à faire profiter leurs enfants de cette heureuse propriété qu'à les sacrifier pour en faire profiter les autres?

DU TRAITEMENT DE LA GANGRÈNE NOSOCOMIALE; par M. PORTA.

Le savant chirurgien de Pavie part de cette idée que, sans s'en tenir exclusivement à un traitement général ou à un traitement local, il faut surtout, dans les cas de pourriture d'hôpital, s'attacher à remplir complétement les indications qui ressortent de ce dernier. Provoquer la destruction totale de la partie gangrenée est le point capital. Or la cautérisation au fer rouge, tant célébrée, manque quelquefois son but, et laisse l'opéré exposé aux chances de la continuation du mal.

Ayant observé fréquemment de pareils résultats, M. Porta en est aujourd'hui arrivé, sinon à substituer, du moins à associer l'emploi de l'instrument tranchant à celui du cautère actuel. Avec le bistouri, il cerne par une incision profonde toute la partie que la pourriture d'hôpital occupe. Il a même, dans quelques occasions, fait suivre cette première incision d'une véritable extirpation de la partie compromise.

Lorsqu'il n'a pratiqué qu'une incision, il cautérise ensuite profondément les tissus qu'elle a mis à découvert. Si, au contraire, il a enlevé, à l'aide de l'instrument tranchant, le siége entier du mal, le but de la médication étant extemporanément réalisé, il n'y a pas à insister sur l'emploi d'autres moyens.

Quoiqu'il ait particulièrement en vue, dans ce travail, le perfectionnement du traitement local, M. Porta ne cesse d'insister sur l'utilité qu'il y a de combattre par les moyens thérapeutiques et hygiéniques appropriés l'ensemble des causes morales, miasmatiques et locales qui favorisent le développement et entretiennent les progrès de la pourriture d'hôpital.

II. IL FILIATRE SEBEZIO.

Les numéros d'août à décembre 1850 contiennent : 1° *Cas clinique décrit et annoté*; par M. Marisi. 2° *Cas intéressants observés dans la clinique*; par M. Vinella. 3° *Epingle à cheveux avalée, puis rendue par l'anus*; par M. Salvatores. 4° *Fièvre pernicieuse métrorrhagique durant l'état puerpéral*; par M. Fiorini. 5° *Histoire d'un typhus pétéchial*; par M. Piccirilli. 6° *Sur une espèce de pellagre observée et guérie*; par M. Colosimo. 7° *Quelques mots sur la conversion de quelques maladies en pernicieuses, et sur les affections pernicieuses originelles*; par M. Agostinacchio.

ÉPINGLE A CHEVEUX AVALÉE, PUIS RENDUE PAR L'ANUS; par M. SALVATORES.

OBS. — Une dame de 52 ans, en proie à une monomanie religieuse, imagina, dans un moment de dégoût de la vie, d'avaler une de ces épingles à cheveux dont les femmes se servent, et qui sont formées par un fil de fer replié en deux. Elle eut soin, pour mieux remplir son but, de l'avaler les deux pointes étant tournées en bas. Cette épingle avait près de 4 pouces de longueur.

L'accident eut lieu le 17 avril 1851; elle raconta le lendemain à sa fille ce qu'elle avait fait. M. Salvatores, appelé aussitôt, constata l'absence complète de douleur, de gonflement, de gêne dans la déglutition ou la respiration. Il ne vit rien non plus en examinant l'arrière-bouche, et pensa, vu cette absence complète de symptômes, que le récit de la malade pouvait bien être mensonger, et qu'elle ne disait avoir avalé ce corps étranger qu'afin de tenir sa famille dans l'inquiétude.

Cependant sa fille, plus confiante, ne cessa, à partir de ce moment, de chercher tous les jours dans les matières que sa mère rendait. Le 26 juillet, celle-ci l'appela en toute hâte. En allant à la selle, elle avait senti l'épingle se présenter et avait pu reconnaître avec le doigt l'une de ses pointes faisant saillie à l'extérieur. La fille reconnut en effet la présence de l'épingle; mais comme l'autre pointe n'était pas dégagée, elle craignit, en tentant de tirer sur elle, de causer trop de souffrance, et envoya prévenir M. Salvatores. Mais lorsqu'il arriva, l'épingle était remontée, et le doigt, introduit dans l'anus, ne put la sentir.

Il ne se déclara pas plus d'accident que par le passé. Enfin, dans la matinée du 31 juillet (trois mois et demi environ après le jour où l'épingle avait été avalée), on la trouva dans les excréments de la malade, noircie, oxydée, quoique intacte, et comme enveloppée dans un cylindre de matières fécales dures. Elle était sortie sans faire éprouver de vives douleurs.

— Malgré les analogues de plus d'un genre qu'il compte dans les archives de la science, ce fait est de nature à augmenter encore la confiance que le chirurgien doit toujours, en pareil cas, placer dans les efforts de la nature. Pour expliquer l'innocuité d'un tel trajet parcouru par un corps essentiellement piquant, M. Salvatores croit devoir supposer que l'épingle, avalée la pointe en bas, se retourna dans l'estomac pour cheminer le long du tube intestinal, son extrémité mousse en avant; mais cependant, comme elle parut à l'anus, les pointes tournées vers l'extérieur, il admet qu'elle avait subi dans le cœcum un nouveau mouvement qui tourna sa pointe dans ce sens. Sans nier la possibilité de cette rotation multiple, nous ne croyons pas qu'il soit absolument nécessaire de la supposer pour comprendre cette absence d'accidents, absence que l'on a eu si souvent occasion d'observer en semblable circonstance.

III. BULLETINO DELLE SCIENZE MEDICHE.

CAS DE DIABÈTE SUCRÉ; par M. CANUTI.

On a, dans ce cas, pu reconnaître au diabète une cause bien appréciable, et surtout on a pu le guérir : double raison bien suffisante pour que nous en transcrivions l'observation avec tous les détails que l'auteur a pu se procurer et avec les réflexions dont il l'accompagne.

OBS. — Un militaire se trouvant renfermé dans le château Saint-Ange fut, pour cause d'insubordination, battu de verges sur le dos et les reins. Après avoir terminé son temps de reclusion, il revint à Cotignola, son pays, où le diabète sucré se manifesta. Il raconta alors qu'il en avait déjà ressenti les premières atteintes en prison, et qu'on lui avait donné quelques soins, parmi lesquels figuraient l'usage des balsamiques et une diète exclusivement animale; mais il n'en avait retiré aucun avantage. M. Canuti lui ordonna de prendre pendant longtemps des pilules de bicarbonate de soude, de myrrhe et d'extrait aqueux d'opium, en continuant à manger de la viande, mais avec modération. Ce traitement fut suivi exactement pendant quelques mois, le malade (sans s'abstenir toujours des excès alcooliques) ayant eu l'attention d'éviter les fatigues, ainsi que les écarts de régime alimentaire. Il obtint ainsi une guérison complète; mais ce succès l'ayant porté à se relâcher un peu de la rigueur des observances prescrites, les symptômes ne tardèrent pas à paraître de nouveau, et alors il se décida à reprendre les remèdes et le régime, et à s'y soumettre jusqu'à un rétablissement total.

Pendant la durée du traitement, on ne constata jamais de fièvre. Il y avait eu dépérissement de la constitution, et la nutrition languissait; mais avec la cessation des symptômes, la coloration redevint normale et les chairs reprirent de la fermeté.

La circonstance notée de coups reçus sur le dos doit-elle être considérée comme la véritable cause de la maladie, ou seraient-ce plutôt les souffrances éprouvées durant le temps de l'incarcération? Quoique cette dernière explication soit plus vraisemblable, on pourrait aussi admettre l'autre, en considérant l'altération du chimisme, d'où dépend la présence du sucre dans les urines, comme résultat de conditions communes à la moelle épinière et aux viscères chylopoiétiques.

IV. GAZZETTA MEDICA ITALIANA (LOMBARDIA).

Les numéros de juillet à décembre 1850 contiennent les articles suivants : 1° *Essai clinique sur l'atropine*; par M. Lusanna. 2° *Histoire d'une affection gastro-hépatique*; par M. E. Fr. 3° *Ancien et vaste abcès du foie, communiquant avec l'estomac et les voies urinaires*; par M. Lussana. 4° *Compte rendu du mouvement des cholériques à Milan*; par M. Dobini. 5° *Cas de phrénopathie, insensibilité, convulsions, guéries par le magnétisme animal*; par M. Maestri. 6° *Douleur grave à la tête et à l'hypocondre droit; mort; autopsie révélant une pleurésie double*; par M. Ferrario. 7° *Resection de l'extrémité supérieure de l'humérus*; par M. Ciniselli. (Guérison; conservation d'une grande partie des mouvements du bras, à part celui d'abduction, qui demeure très-li-

n'avait-elle pas eu le temps de s'éteindre ou de perdre de sa force de transmission? Il eût donc été à désirer que le succès de ces vaccinations eût été prouvé par le résultat négatif d'inoculations faites ensuite aux mêmes animaux avec du pus de clavelée générale. (NOTE DU RÉD.)

mité. Il s'agit d'un enfant de 8 ans.) 8° *Cas singulier de reproduction osseuse*; par M. Leoni. 9° *Cancer encéphaloïde développé dans divers organes et systèmes*; par M. Saugalli. 10° *Considérations sur la dentistique*; par M. Castiglioni. 11° *Catalepsie; emploi inutile de la méthode antiphlogistique; guérison par le valérianate de zinc*; par M. Bo. 12° *Histoire d'une arthrite avantageusement traitée au moyen de l'opium à hautes doses*; par M. Adamiui. 13° *Deux histoires de diabète guéris, l'un avec l'opium*; par M. Beccaria; *l'autre avec la décoction de quinquina et le laudanum*; par M. Berretta. 14° *Deux cas de hernie diaphragmatique*; par MM. Ferrario et Custodi. 15° *Cas de gangrène sénile*; par M. Milani. 16° *Relation de treize opérations de taille, faites à l'hôpital de Brescia*; par M. Borsieri. 17° *Deux cas de maladie des vertèbres cervicales*; par M. Sangalli. 18° *Tétanos rhumatismal; antiphlogistiques énergiques; frictions avec l'éther sulfurique; guérison*; par M. Tibaldi. 19° *Autopsie d'une fille née sans yeux*; par M. Sissa. 20° *La détroncation du col du fœtus est-elle nécessaire dans quelques accouchements non naturels?* par M. Barbieri. 21° *Court essai sur l'ophthalmo-blennorrhée*; par M. Meyr. 22° *Broncho-pleuropneumonie droite; complication de gastro-entérite; convalescence; rechute, avec des symptômes de colo-péronite; ascite; gastrorrhagie abondante et disparition de l'ascite; retour de l'ascite; mort le quatre-vingtième jour*; par M. Casorati. 23° *Cas de monstruosité*; par M. Scotti. 24° *Deux mots sur la mort par commotion et par souffrance morale*; par M. Gandolfi. 25° *Deux mots sur les causes qui produisent la pellagre*; par M. Cerri. 26° *Entéro-péritonite aiguë, signe physique d'un épanchement plastique péritonéal; symptômes de pleurésie et signes physiques d'épanchement séreux dans les plèvres; mort le trente-cinquième jour*; par M. Casorati. 27° *Histoire d'une opération de demi-castration*; par M. Sequini. (Le récit détaillé de l'opération est la seule chose qu'on ne trouve pas dans cette observation.) 28° *Note sur l'opération du phymosis*; par M. Melichori. (L'auteur fait la circoncision, mais en conservant le plus qu'il peut de la peau et de la muqueuse, afin de reconstituer par leur suture un nouveau prépuce. Ce procédé a déjà été décrit dans ce journal, sous le nom de M. Pétrequin.)

CAS SINGULIER DE REPRODUCTION OSSEUSE; par M. LEONI.

Obs. — Appelé auprès d'un nouveau-né de 4 jours, qui avait été extrait par la version, M. Leoni reconnut promptement la cause des cris continuels qu'il poussait et des convulsions générales dont il était atteint. La cuisse gauche, plus grosse du double, offrait une forme comme en spirale; elle était très-raccourcie. Le genou était tourné en dedans et le talon en dehors.

Pendant qu'il essayait de tirer sur le membre, M. Leoni remarqua, vers le milieu de sa face antérieure, une plaie ronde de laquelle sortait un corps osseux, dur, pointu, que la pression exercée en arrière du membre faisait saillir davantage.

Convaincu que c'était une portion du fémur isolée, il la saisit avec des pinces et en fit l'extraction avec la plus grande facilité: c'était effectivement un morceau du fémur de plus d'un pouce de longueur.

M. Leoni en conclut qu'il avait existé une fracture double du fémur; que les manœuvres de l'accouchement avaient délogé le fragment intermédiaire et l'avaient poussé vers la peau, de manière à la déchirer.

En présence d'un semblable état, avec deux extrémités osseuses aussi éloignées l'une de l'autre, l'auteur désespéra presque d'en obtenir la consolidation; cependant il plaça un appareil à extension permanente, avec la précaution de ne pas le serrer beaucoup, afin de laisser le dépôt de matière osseuse s'effectuer librement. Il l'enleva une première fois au bout de trois semaines, et trouva déjà alors une certaine résistance entre les extrémités distantes du fémur. Il le réappliqua, le laissa encore pendant vingt jours. A ce terme, une callosité osseuse, longue de 2 pouces, prouvait la reproduction de cette partie du fémur.

Il y a aujourd'hui trois ans que ceci est arrivé. Le membre ne diffère pas de l'autre, et ses fonctions s'exécutent parfaitement.

— A son point de vue, et en considérant le fait comme un exemple de fracture double, M. Leoni est fondé à s'étonner de cette remarquable reproduction; mais on doute se présente trop naturellement à l'esprit pour qu'on puisse l'écarter. Cette pièce osseuse, si mobile, n'était-elle pas tout simplement un séquestre? et l'art a-t-il fait ici autre chose que d'assister à la régénération d'une partie du cylindre fémoral, dont la nécrose avait laissé le périoste intact? A cette question, à cette version, selon nous très-plausible, d'une nécrose ayant précédé la naissance, une seule chose pourrait répondre: l'exacte description du morceau d'os enlevé. Or ce renseignement manque totalement dans le texte de l'observation.

AUTOPSIE D'UNE FILLE NÉE SANS YEUX; par M. SISSA.

Une petite fille naquit à terme de parents bien portants, le 27 avril 1850; elle était bien conformée. On remarqua seulement que les fentes palpébrales n'étaient longues que de 2 lignes. Les cavités orbitaires étaient beaucoup moins spacieuses que de coutume, et le bout du doigt n'y rencontrait qu'un corps arrondi du volume d'un grain de maïs. Cette enfant ayant refusé de prendre le sein, mourut cinq jours après sa naissance. On fit l'autopsie au bout de vingt-cinq heures.

Au crâne, une protubérance existait sur la ligne médiane du front, semblant résulter de ce que les deux coronaux s'étaient unis en chevauchant l'un sur l'autre. La suture sagittale était ossifiée dans l'étendue du coronal et dans une bonne partie des pariétaux, lesquels, soudés entre eux, ne laissaient pas lieu à la fontanelle bregmatique. En somme, les parties postérieures du crâne étaient très développées, et les antérieures avaient moins d'ampleur que dans l'état normal.

Les hémisphères cérébraux offraient une mollesse extrême, mais plus prononcée cependant vers la voûte qu'à la base. Les deux cordons optiques naissaient comme de coutume; mais après être entrés dans l'orbite, ils se perdaient par filaments dans le tissu cellulaire, dont cette cavité était remplie. Les tubercules quadrijumeaux n'avaient qu'un très-petit volume, ainsi que les couches optiques.

Il n'y avait de globe oculaire ni dans un orbite ni dans l'autre. L'appareil lacrymal paraissait complétement développé; les paupières, quoiqu'à l'état rudimentaire, étaient munies de points lacrymaux. La conjonctive existait et tapissait le tissu cellulaire intra-orbitaire.

Cherchant la cause de cette monstruosité dans les sensations de la mère pendant sa grossesse, l'auteur apprit seulement que, au premier mois, elle avait été fortement émue de voir son mari prendre part à une rixe, qu'elle s'était *couvert les deux yeux* pour échapper à ce spectacle, et en se frappant fortement le front avec les mains.

DEUX MOTS SUR LES CAUSES QUI PRODUISENT LA PELLAGRE; par M. CERRI.

M. Cerri avait déjà signalé comme causes de la pellagre l'usage du pain acide âcre, des oignons surtout mangés crus, et l'abus des salaisons. Aujourd'hui, après une observation continuée pendant près de vingt ans, il affirme qu'on doit aussi ranger au nombre des aliments de cette classe, les huiles desséchées et celles contenant de l'ammoniaque, dont les paysans se servent journellement pour faire leur soupe et accommoder leur cuisine.

L'union de ces huiles au pain acidulé et aux autres comestibles âcres, soit solides, soit liquides dispose le canal gastro-intestinal et tous les viscères abdominaux à une irritation chronique. Et comme ils ne peuvent plus alors élaborer convenablement les substances ingérées, il arrive que les parties périphériques s'en ressentent par irradiation sympathique, notamment la peau, qui, atrophiée par défaut de nutrition et par l'inertie des vaisseaux exhalants et absorbants, s'écaille plus ou moins vite, surtout si elle a été exposée au soleil ou soumise à l'action prolongée de l'humidité des étables.

Ensuite de ces observations, M. Cerri émet l'avis que les magistrats fassent défense aux cultivateurs de se servir des huiles de noix et de lin pour l'assaisonnement, mais qu'ils emploient, au contraire, alternativement à cet usage du beurre et de l'huile d'olive.

Ce changement ne serait pas impraticable, dit-il, car si les propriétaires comprenaient bien leurs véritables intérêts, ils trouveraient qu'il vaut beaucoup mieux donner à leurs fermiers les moyens d'élever quelques porcs, dont le lard remplacerait avantageusement l'huile, afin d'avoir sur leur terre des travailleurs actifs, robustes et capables d'un long service.

— Tout cela est très-bien sans doute; mais comment faire comprendre aux propriétaires *leurs véritables intérêts?* Assurément les règlements administratifs y seraient fort insuffisants. Comptons davantage sur l'effet plus lent, il est vrai, des sages conseils, tels que la médecine les peut donner, tels que M. Cerri vient d'en fournir le louable exemple.

P. DIDAY.

(La suite au prochain numéro.)

TRAVAUX ACADÉMIQUES.

ACADÉMIE DES SCIENCES.

SÉANCE DU 25 AOUT. — PRÉSIDENCE DE M. RAYER.

EXPÉRIENCES SUR LA VALEUR DE LA RACINE DU CUCUMIS ABYSSINICA CONTRE LA RAGE.

M. RENAULT (d'Alfort) communique le résultat de quelques expériences sur la valeur de la racine du cucumis abyssinica, comme moyen curatif de la rage.

On se rappelle qu'à son retour d'une excursion en Abyssinie, M. Rochet d'Héricourt a rapporté en France une certaine quantité de racines d'une plante de la famille des cucurbitacées, cucumis abyssinica, dont les Abyssins, suivant lui, se servent avec un succès constant, comme spécifique contre la rage même déclarée. Chargé à cette époque par le ministre du commerce d'expérimenter les effets de cette racine, M. Renault a fait cinq expériences sur des chiens enragés, dont quatre présentaient les symptômes de la rage furieuse confirmée et le cinquième était affecté de la rage mue, c'est-à dire la variété de cette affection caractérisée par tous les symptômes de la rage furieuse, moins la violence et la fréquence des envies de mordre qui n'existent que faiblement au début de la maladie et cessent quand elle est à sa période d'état. La racine sèche du cucumis abyssinica, administrée à la dose et suivant la méthode prescrite par M. Rochet d'Héricourt à ces cinq animaux, n'a ni arrêté ni modifié sensiblement la marche de la maladie, et les cinq animaux sont morts.

Cependant M. Renault se propose de répéter encore ces essais lorsque les occasions s'en présenteront.

Sur aucun de ces animaux, il n'y a eu ni vomissements ni évacuations alvines.

MÉCANISME ET TRAITEMENT DE L'ASPHYXIE PAR SUBMERSION.

M. Plouviez (de Lille) communique quelques réflexions sur l'asphyxie par submersion.

Suivant l'auteur, si l'asphyxie par submersion est infiniment plus grave que toutes les autres asphyxies, s'il est plus difficile d'y remédier, cela tient, indépendamment des causes plus nombreuses de refroidissement, à l'introduction constante de l'eau dans les dernières bronches.

M. Plouviez a fait des expériences pour essayer de retirer l'eau des bronches, et il n'a pas pu y parvenir. Rien de plus simple à constater, dit-il, que l'impossibilité d'enlever l'eau des divisions bronchiques.

Après avoir baissé la tête pendant quelques secondes, je découvre le larynx et la trachée-artère; j'y introduis une canule, et avec la pompe dont se sert M. J. Guérin pour vider les abcès par congestion, ou bien celle à soupape de M. Junod, j'exerce des aspirations au moyen desquelles je ne puis guère amener que quelques gouttes de liquide. Les poumons détachés de la cavité pulmonaire, on n'en retire pas davantage, que la canule soit serrée ou libre dans la trachée: d'où M. Plouviez conclut que les tuyaux à pompes plus ou moins ingénieusement perfectionnés pour opérer l'absorption des mucosités ou liquides trachéens, sont non-seulement inutiles, mais encore très-dangereux...

Voici en peu de mots, suivant M. Plouviez, ce qu'il convient de faire en présence d'un noyé.

Toujours mettre le noyé à l'abri du froid, et après l'avoir placé dans les conditions convenables pour faire sortir l'eau contenue dans la bouche, les fosses nasales et l'arrière-gorge, recourir à l'emploi des insufflations en même temps que des pressions alternatives de la poitrine et du bas-ventre; les suspendre tous deux pendant les inspirations pour les reprendre aussitôt après. M. Plouviez proscrit pour cet usage la canule trachéale, et s'en tient à introduire le tuyau du soufflet dans une narine, laissant l'autre libre, ou entre les arcades dentaires. En second lieu, favoriser l'absorption de l'eau des vésicules bronchiques. L'auteur pense que les saignées, en désemplissant le système veineux toujours engorgé dans les asphyxies, peut remplir cette indication. Enfin recourir au calorique sous toutes ses formes.

ACADÉMIE DE MÉDECINE.

SÉANCE DU 26 AOUT. — PRÉSIDENCE DE M. ORFILA

Le procès-verbal de la dernière séance est lu et adopté.

La correspondance officielle comprend :

1° Une lettre du ministre de l'instruction publique qui demande l'avis de l'Académie sur un remède contre le choléra proposé par M. Leduc Duhamel, pharmacien à Montpellier. (Le rapport a été envoyé au ministre.)

2° Trois lettres du ministre du commerce transmettant : 1° un rapport de M. le docteur Avizard (de Coulommiers) sur une épidémie de fièvre typhoïde qui vient de régner dans plusieurs communes de cet arrondissement (commis. des épidémies); 2° une note sur le tannate de zinc, de M. Barnit, pharmacien (comm. des remèdes); 3° une note de M. le docteur Pons, médecin au Vigan (Gard), sur une eau minérale de Coularon avec une caisse d'échantillons (comm. des eaux de la France).

— M. Rayer transmet une note de M. le doct. Martin, de Sourdeval-la-Barre (Manche), relative à un nouveau moyen de venir au secours d'un enfant menacé d'asphyxie, lors de son passage à travers la filière du bassin. (Commissaires : MM. Danyau et Cazeaux.)

— M. Plouviez (de Lille) informe l'Académie que depuis environ deux mois il existe à Lille des cholérines qui sont devenues de plus en plus nombreuses depuis quinze à vingt jours; quelques cas non équivoques de choléra se sont présentés à plusieurs médecins de Lille. (Comm. du choléra.)

—M. le Président annonce à l'Académie que, par suite du décès de MM. Mérat, Capuron et Baudelocque, ces deux derniers appartenant à la section d'accouchement, il y a lieu de déclarer une vacance dans cette section.

L'ordre du jour appelle la discussion du rapport de M. Poiseuille sur les sangsues artificielles de MM. Khussman et Georgi.

SANGSUES MÉCANIQUES.

M. Poiseuille propose, au nom de la commission, de répondre au ministre :

1° Que les sangsues artificielles de MM. Khussmann et Georgi peuvent généralement remplacer les sangsues naturelles;

2° Que leur emploi réclame, dans certaines circonstances, sinon la présence, au moins le conseil d'un médecin.

La parole est à M. Bégin.

M. Bégin étant absent, M. Dubois (d'Amiens) lit en son nom une note qui se résume en ces termes :

En établissant comme principe général que les sangsues artificielles doivent être substituées aux sangsues naturelles dans la pratique ordinaire et dans le service des hôpitaux, les conclusions du rapport sont manifestement trop absolues et ne sauraient être sans dangers adoptées par l'Académie.

Les sangsues artificielles ont été présentées d'abord comme offrant de tels avantages que les hommes de l'art et les administrateurs ont dû se préoccuper de la question qu'elles soulevaient. Les principaux de ces avantages étaient la possibilité de graduer rigoureusement les évacuations sanguines, d'économiser les dépenses qu'entraînent l'achat des sangsues naturelles, leur conservation, le blanchissage de grandes quantités de linge, enfin de constituer un moyen susceptible d'être en tous lieux et dans toutes les circonstances sous la main du chirurgien. Des essais furent donc ordonnés dans les hôpitaux militaires; mais contrairement à l'opinion émise dans le rapport de M. Poiseuille, les résultats, loin d'être aussi favorables qu'il l'affirme, démontrèrent que les avantages allégués sont plus apparents que réels.

Dans l'appréciation que l'Académie est appelée à formuler trois ordres de considérations se présentent : 1° action locale, 2° action thérapeutique, 3° construction de l'instrument et condition de solidité, ainsi que de facilité d'application.

M. Bégin, après avoir énuméré les différences du mode d'action de ces deux ordres de moyens et les différences qui en résultent dans les effets thérapeutiques, passant de ces considérations à l'examen de l'instrument, s'attache à démontrer que les avantages qu'ils peuvent présenter pour le service hospitalier, en admettant qu'ils soient réels, sont compensés par des inconvénients qui les dominent de beaucoup. Pour les grandes surfaces, par exemple, les ventouses à larges ouvertures sont préférables aux tubes étroits et à capacité restreinte que présentent les sangsues artificielles. D'un autre côté, il est presque impossible, dans les hôpitaux, de faire usage de ces instruments compliqués. Les pompes ajoutées aux ventouses ont été abandonnées, malgré les avantages qu'on s'en promettait. Quant aux sangsues artificielles, s'il fallait les appliquer en nombre proportionné aux sangsues naturelles, il faudrait près de chaque malade un élève occupé incessamment aux manœuvres qu'exige cette application. Ces pompes se détériorent, etc. De là des achats primitivement coûteux, des frais d'entretien élevés et n'ayant d'autre résultat qu'un procédé difficile, compliqué, une action thérapeutique imparfaite.

Il n'en résulte pas cependant, ajoute M. Bégin, que ces appareils doivent être repoussés. Il trouveront d'utiles applications sur quelques parties dont la disposition ne se prête pas à l'emploi des ventouses ordinaires et même à celui des sangsues. Ils en trouveront encore dans la médecine des enfants, chez les sujets pusillanimes que les sangsues effrayent, et peut-être enfin aussi dans certains cas, où une déplétion sanguine immédiate, instantanée, peu abondante paraîtra devoir suffire aux indications curatives.

Dans ces limites, et comme moyen ajouté à ceux que nous posédons déjà, les sangsues artificielles peuvent être approuvées, mais les présenter comme supérieures aux sangsues naturelles et pouvant leur être généralement substituées, c'est exagérer leur valeur et s'exposer à prononcer un jugement que l'expérience ne sanctionnera pas.

M. Larrey parle à peu près dans le même sens que M. Bégin et insiste sur la nécessité de substituer aux conclusions de la commission des conclusions beaucoup plus restrictives.

M. Bouvier, en qualité de membre de la commission, croit devoir prendre la défense des conclusions du rapport contre les attaques de MM. Bégin et Larrey, qui proposent de trop grandes restrictions dans l'emploi des appareils en question. Il pense que les ventouses à pompe, auxquelles M. Larrey paraît préférer les ventouses simples, sont manifestement préférables, surtout depuis les heureuses modifications que l'on a apportées dans leur mécanisme, qui se trouve réduit à la plus simple expression.

Quant aux conclusions, M. Bouvier pense qu'on pourrait les modifier en changeant le mot « généralement, » qui dit trop, par les mots « souvent, » ou « dans un grand nombre de cas. »

M. Gibert croit utile de faire ressortir, dans le rapport, que ces appareils ne constituent qu'un perfectionnement d'un procédé déjà connu, et non pas un procédé nouveau.

M. Roux est d'avis que l'on ne saurait trop restreindre l'usage de ces appareils mécaniques, qui ont, entre autres inconvénients, celui de seconder la tendance déjà trop grande des élèves des hôpitaux à s'en remettre à des subalternes et aux infirmiers des soins à donner aux malades.

M. Robert pense qu'en raison de l'énorme dépense qu'occasionnent les sangsues à l'administration, il y a un très-grand intérêt à examiner les appareils qu'on propose de leur substituer. Ayant été chargé lui-même de faire un rapport sur ces sangsues mécaniques, il les a essayées dans son service de Beaujon, et il a reconnu qu'elles produisaient d'excellents effets. Il demande que les termes des conclusions du rapport soient maintenus.

M. Ricord voudrait qu'on se bornât à dire que ces appareils peuvent être substitués jusqu'à un certain point aux sangsues, quand celles-ci manquent, par exemple.

M. Gibert propose de dire que les sangsues mécaniques pourront être substituées aux sangsues naturelles dans certaines circonstances qui seront appréciées par les hommes de l'art.

Après une discussion assez confuse sur les amendements proposés, l'amendement de M. Gibert est mis aux voix et adopté.

L'ordre du jour appelle à la tribune M. J. Guérin pour la lecture d'un rapport sur la suette miliaire.

— M. Malgaigne demande la parole sur l'ordre du jour. Il se plaint qu'après plusieurs ajournements motivés par diverses circonstances d'urgence, on vienne encore entraver la reprise de la discussion de son mémoire par la lecture d'un nouveau rapport. Il demande instamment que cette discussion soit immédiatement reprise, ne voulant pas rester plus longtemps sous le coup des objections qui lui ont été adressées.

M. le Président : Les orateurs inscrits pour parler dans cette discussion n'ayant pas répondu à l'appel de leur nom dans la dernière séance, et d'un autre côté, une commission ayant été nommée pour faire un rapport sur le mémoire de M. Vidal et sur d'autres communications relatives au même objet, le conseil d'administration a pensé qu'il y avait lieu d'attendre le rapport dont ces communications devront être l'objet, pour reprendre cette discussion.

Sur l'insistance de M. Malgaigne, appuyé par M. Velpeau, l'Académie est consultée.

Après une épreuve douteuse, l'Académie décide que la discussion sera reprise immédiatement.

M. Roux, le premier inscrit, renonçant à la parole, M. Laugier est appelé à la tribune.

TUBERCULES DU TESTICULE.

M. Laugier : Deux points de la question ont naturellement attiré l'attention des membres qui ont pris part à la discussion.

Le premier est l'anatomie pathologique des fistules qui succèdent aux tubercules du testicule.

Le deuxième est l'opération qui peut leur être applicable.

Sur le premier point, l'anatomie pathologique, il y avait des croyances établies ; on faisait dépendre la lenteur avec laquelle ces abcès se cicatrisent, la tendance qu'ils ont à rester fistuleux, de certaines circonstances anatomiques. La principale, disait-on, est la disposition des parois des foyers tuberculeux, dont la dureté s'oppose à leur affaissement, que prévient encore l'augmentation d'épaisseur de la tunique albuginée du testicule.

Ces conditions n'empêchaient pas toujours la cicatrisation des fistules au bout d'un temps plus ou moins long. Quelques-unes restaient incurables.

Aujourd'hui M. Malgaigne fait dépendre l'incurabilité d'une autre condition anatomique : l'existence d'un fongus jusqu'ici inconnu, et qu'il appelle tuberculeux.

Ce fongus n'existe-t-il que dans les fistules tuberculeuses incurables? Le trouve-t-on, au contraire, dans toutes les fistules, dont la guérison se fait attendre quelques mois, quelques années? Sa fréquence nous est aussi inconnue jusqu'ici que sa réalité.

La lecture de son mémoire sur une maladie que chacun croyait connaître a soulevé le doute et presque l'incrédulité. Il était naturel que ceux d'entre nous qui sont familiarisés avec les affections du testicule aient cru d'abord que le fongus prétendu tuberculeux n'était autre chose que certains fongus du même organe, aujourd'hui assez bien connus.

Notre honorable collègue s'est vu, pour soutenir la nouveauté du fongus tuberculeux, dans la nécessité de déclarer à plusieurs d'entre nous qu'après une pratique de vingt, de trente, de quarante années, il n'avait pas aperçu sur un organe chaque jour exploré un état pathologique aussi facile à voir (je parle des fongus tuberculeux superficiels) que l'organe lui-même.

Dès ce moment, sa position vis-à-vis des chirurgiens, ses collègues, et de l'Académie, est restée délicate, et il n'a pu en sortir qu'en annonçant comme incontestable la découverte d'un fongus jusqu'à présent inaperçu, ce qui donnait, il est vrai, à sa parole l'éclat d'une sorte de révélation, mais en lui ôtant l'autorité plus véritable d'une démonstration.

Dès lors aussi la discussion avait perdu sa base; elle ne pouvait porter que sur un terrain vague, et aujourd'hui encore elle n'a point retrouvé son véritable terrain. La lésion anatomique n'étant point suffisamment établie, comment discuter sur l'opération qui lui convient? La discussion n'échappe-t-elle pas à une conclusion rigoureuse?

Aussi quelle diversité d'opinions! Les fongus tuberculeux de M. Malgaigne seront successivement pour M. Roux le fongus bénin de Lawrence; pour M. Robert, de simples végétations charnues, telles que celles qu'on rencontre sur les vieilles plaies, les anciens ulcères; pour d'autres enfin, au lieu de fongosités, il n'y aura que des indurations, qu'un kyste à parois indurées tendant à la cicatrisation spontanée, quoique souvent tardive.

M. Malgaigne a bien, il est vrai, admis cette forme pour les fistules curables; mais celles qui tardent à guérir ou qui sont incurables doivent, suivant lui, leur ténacité à la présence d'un fongus tuberculeux.

Forcé, par cette déclaration péremptoire, de me ranger, provisoirement du moins, parmi les chirurgiens qui n'ont pas vu le fongus tuberculeux, je n'avais pas perdu l'espoir de le trouver du moins dans les observations de ceux de nos confrères qui se sont déclarés partisans de l'amputation partielle du testicule, dans les mêmes circonstances où s'est placé M. Malgaigne.

C'est donc avec un véritable désappointement que j'ai cherché vainement le fongus tuberculeux du testicule dans leurs observations.

Pas un des chirurgiens de l'Académie qui ont jusqu'ici pris la parole dans la discussion, n'a vu le fongus tuberculeux de M. Malgaigne.

M. Malgaigne a dit et répété qu'il regardait comme impossible la méprise entre le fongus tuberculeux et les fongus bénins déjà connus.

Quels sont les caractères distinctifs qu'il établit?

Les fongus bénins de Lawrence sont, dit-il, des hernies du testicule à travers la tunique albuginée.

Cela est vrai pour les fongus dits parenchymateux ; mais on connaît deux classes de fongus bénins du testicule. Il en est de superficiels, qui ne sont pas des hernies de la pulpe de l'organe, et qui ne différeraient plus des fongus tuberculeux de M. Malgaigne que par certaines qualités du pus, fort variables du reste, à en juger par la lecture de ses observations ou par l'existence de certaines fistules, que l'on rencontre aussi bien dans les fongus bénins superficiels de Lawrence.

Je vais plus loin : quelle preuve a-t-on que jamais le fongus profond ou superficiel de M. Malgaigne n'est une hernie du testicule à travers la tunique albuginée ou même à travers le fond du kyste tuberculeux?

L'opinion déjà citée de M. Gama, l'observation de M. Gerdy, citée par M. Larrey, les remarques de M. Jobert, sont favorables à la similitude des fongus tuberculeux et des fongus bénins parenchymateux.

Voilà pour le siége. Les observations de M. Malgaigne sont-elles plus certaines pour la nature tuberculeuse du fongus?

M. Laugier cite ici quelques exemples, l'un de M. Jarjavay, l'autre de M. Malgaigne lui-même, dans lesquels le fongus du testicule était manifestement de nature syphilitique.

Du reste, ajoute M. Laugier, toutes les incertitudes sur l'existence, le siége et la nature de la maladie cesseront, le jour où M. Malgaigne trouvera l'occasion de mettre sous les yeux de l'Académie le fongus tuberculeux encore adhérent au kyste qui a renfermé le tubercule. Comme il s'agit évidemment ici d'un fait fréquent dans les fistules rebelles, et que ces fistules sont loin d'être rares, cette occasion ne peut pas se faire attendre longtemps.

J'arrive maintenant à l'opération :

Dans les cas de testicule tuberculeux assez altéré pour qu'on songe à la castration, on cherche vainement quel pourrait être l'avantage de la dissection laborieuse qu'il faudrait faire pour laisser quelques traces de tissu testiculaire. Aussi n'est-ce point la proposition primitive de M. Malgaigne, et c'est la discussion qui l'a conduit à cette application extrême de sa méthode. Sa véritable proposition a trait à l'affection tuberculeuse limitée du testicule, et consiste dans l'amputation de tous les tissus malades, et par conséquent aussi dans l'amputation partielle de l'organe.

Je lui concède bien volontiers pour ma part qu'il n'y a aucune comparaison à faire entre les dangers d'une amputation partielle et ceux de la castration.

Ce qu'on peut objecter à M. Malgaigne, ce n'est donc pas à mes yeux de préférer l'amputation partielle à l'amputation totale. Bien plus, on aurait pu reprocher à notre collègue de ne faire que renouveler une opération déjà acquise à la science. L'amputation partielle du testicule est préconisée par A. Cooper, adoptée par Lawrence, rejetée, il est vrai, mais injustement par Curling. De telle sorte que la nouveauté de la proposition de M. Malgaigne ne repose que sur une question de diagnostic; car si le fongus tuberculeux n'est qu'un cas particulier de fongus parenchymateux, il n'y a plus rien de nouveau dans l'opération de notre confrère, et si le fongus tuberculeux est distinct au contraire, l'analogie combat fortement en faveur de sa proposition, et ce n'est plus que la convenance de l'amputation partielle appliquée aux tubercules qu'il s'agit de discuter et combattre si on ne l'adopte pas.

S'il y avait à choisir entre la castration et l'amputation partielle du testicule pour des tubercules, je me rangerais sans hésiter du côté de M. Malgaigne, surtout si l'affection tuberculeuse du testicule était bien limitée et peu étendue. Mais la principale question n'est pas là.

Il s'agit de savoir s'il ne vaut pas mieux, dans l'intérêt du testicule lui-même, ne rien faire, ou du moins ne pas faire d'opération. C'est, en effet, la conduite à peu près générale des chirurgiens. On ouvre les accès tuberculeux, mais on n'excise ni les indurations, ni les fongus s'il y en a, et par cette conduite on arrive à deux résultats : ou les fistules se cicatrisent, ou au contraire elles restent ouvertes, longtemps ou toujours, et cependant beaucoup de malades agissent, vont et viennent avec leur fistules, sans trop s'en occuper. D'autres sont de temps à autre condamnés au repos quelques semaines, plusieurs mois. C'est pour ceux-là qu'il pourrait être question d'opération; mais parmi ceux de cette dernière catégorie, les uns, sans avoir le testicule assez altéré, pour qu'on songe à la castration, ont cependant plusieurs tubercules dans le testicule, l'un dans l'épididyme, c'est un siége fréquent, l'autre dans le testicule, et il faudrait alors, pour ménager même le plus possible les tissus sains, faire plusieurs opérations, et laisser un testicule sans usage et dans un grand état de délabrement; les autres n'ont qu'un tubercule accompagné de tissus indurés et même fongueux; si la maladie est bornée au corps du testicule, c'est le cas le plus favorable à l'opération de M. Malgaigne.

Supposons le plus avantageux, celui où le tubercule serait situé près de la surface de l'organe, il ne me paraît point impossible de faire alors une opération utile; c'est dans des cas analogues probablement que MM. Malgaigne, Jobert et Larrey ont opéré.

Mais si le tubercule est situé plus au centre du testicule, les conditions du manuel opératoire changent et ne s'améliorent pas. M. Roux lui-même a déclaré l'opération difficile. Il faut remarquer, en effet, que l'excision à faire alors est plus difficile que celle qui a été pratiquée dans les cas de fongus bénin parenchymateux. Dans celui-ci, la surface de la tunique albuginée est la limite de l'opération; on excise ce qui excède, ce qui déborde la surface de cette membrane. Dans le kyste tuberculeux profond, qu'il soit ou non accompagné de fongus, il faudrait, d'après M. Malgaigne du moins, aller au delà du kyste qui, lui-même, est situé plus loin que la tunique albuginée. De là une difficulté plus grande dans le manuel opératoire, de là aussi un plus grand désordre dans l'organe.

Cependant M. Malgaigne nous a dit et répété que c'était pour les cas de fongus qu'il reservait son opération. Ce n'est point, en effet, pour le kyste induré, puisqu'il ne considère pas la présence du kyste sans l'existence du fongus comme opposée à la cicatrisation. S'il en est ainsi, lors même que le fongus serait une complication constante dans les fistules rebelles, il suffirait de détruire le fongus pour remettre les choses en meilleur état et retrouver des chances de guérison spontanée. Ne peut-on pas dans l'opération ne détruire que le fongus? Son excision suivie de cautérisation des parois du kyste où, suivant M. Malgaigne, il prend naissance, ne serait-elle pas aussi sûre contre le fongus et beaucoup moins périlleuse pour le testicule?

M. Malgaigne commence par faire remarquer que la position de l'opération qu'il a proposée est notablement améliorée; qu'après n'avoir trouvé d'abord que des opposants absolus, elle a fini par trouver quelques partisans; son utilité a été reconnue. Ce point établi, M. Malgaigne examine la question de priorité et s'attache à démontrer que l'opération faite par A. Cooper, celle qui a été décrite par Curling, l'opération pratiquée par M. Gama n'ont aucune analogie avec la sienne. Quant à MM. Gerdy et Larrey, ils ont effectivement pratiqué l'excision partielle de fongosités tuberculeuses du testicule. Mais M. Malgaigne distingue deux cas d'opération: le premier, quand le fongus fait saillie à l'extérieur, c'est à des cas de ce genre que MM. Gerdy et Larrey ont eu affaire; le second, quand le fongus est caché dans la profondeur des tissus, au fond d'une fistule de plusieurs centimètres de profondeur, et exige des incisions de 5, 6, 7 centim. d'étendue, pour aller saisir, disséquer et extirper ces fongus profonds. C'est celle-là que personne n'aurait osé faire et n'a pu même songer à faire, l'indication même en étant inconnue; c'est celle dont il revendique l'honneur d'avoir le premier posé l'indication. Ce n'est pas du procédé, mais c'est de l'idée que M. Malgaigne réclame la priorité. Cette idée, voici en quels termes il la développe:

Il y a deux sortes d'excroissances qui sortent d'un testicule, précédées de suppuration: l'une est le fongus bénin, l'autre est le fongus tuberculeux. Jusqu'ici on confondait l'une avec l'autre; on les confond encore; c'est donc par hasard qu'on a enlevé des fongus tuberculeux. De ce fait, M. Malgaigne fait découler cette conclusion: qu'il y a de ces excroissances qu'il faut enlever, et qu'il y en a qu'il faut respecter.

Ce fongus mauvais qu'il faut détruire n'existe pas seulement à l'extérieur, mais il se produit à l'intérieur, sous une couche épaisse de tissus, révélé seulement par un ou plusieurs fistules; d'où cette autre conséquence qu'il faut l'aller chercher dans sa profondeur pour l'enlever comme s'il était externe. C'est cette opération ainsi conçue qu'il réclame et que personne n'a proposée et justifiée avant lui.

Après avoir cherché à combattre les objections présentées par les différents argumentateurs contre l'existence même de ces fongus et la nécessité de les extirper, et après en avoir notamment revendiqué la découverte contre M. Ricord qui la lui a déniée comme un fait connu de tout le monde, M. Malgaigne termine son argumentation en reproduisant les considérations qu'il a déjà émises dans son dernier discours sur les indications et les contre-indications de l'opération, et sur les limites dans lesquelles devra s'en étendre l'application.

La séance est levée à cinq heures et demie.

BIBLIOGRAPHIE.

TRAITÉ PRATIQUE DES MALADIES CANCÉREUSES ET DES AFFECTIONS CURABLES CONFONDUES AVEC LE CANCER; par H. Lebert.

(Suite et fin. — Voir le numéro précédent.)

L'étude générale du cancer ne peut être séparée de celle du cancer des différents organes; ces deux genres de recherches s'appuient l'un sur l'autre et se corroborent mutuellement. — Si nous avons vu combien la pathologie générale des maladies cancéreuses avait été jusqu'à ces dernières années tout à fait à l'aventure, nous devons voir dans l'étude de ces maladies dans les différents organes combien étaient incomplètes les descriptions des auteurs les plus accrédités. Cette partie de la pathologie est de création nouvelle et date à peine de quelques années. Pour un grand nombre de sujets nous en chercherions vainement des traces ailleurs que dans l'ouvrage de M. Lebert. Tout était à refaire pour certaines questions, symptomatologie, diagnostic, thérapeutique. On trouve dans le Traité des maladies cancéreuses l'histoire spéciale du cancer de l'utérus, celle du cancer des ovaires, de la glande mammaire, des testicules, de la langue, de l'estomac, des intestins, du foie, de la peau, du tissu cellulaire, du système osseux, du cerveau, des voies urinaires. Presque tous ces chapitres formeraient à eux seuls une monographie particulière.

A l'article *cancer de l'utérus*, l'auteur établit les éléments du diagnostic différentiel de cette affection et des productions cancroïdes qui ont beaucoup de ressemblance avec elle: le cancroïde se montre au col de l'utérus sous trois formes: « celle d'ulcère rongeant, à base calleuse; celle de » tumeurs épidermiques végétantes composés de feuillets épithéliaux, et » enfin celle d'ulcères épidermiques qui peuvent occuper les follicules du » col très-élargis. » — D'un autre côté, le dépôt local du cancer dans le col utérin offre tous les degrés possibles entre le squirrhe et l'encéphaloïde; il est dur ou mou, blanc grisâtre, jaune rosé ou d'un rouge plus vif; quelquefois il constitue sur le col des champignons mous et jaunâtres. — Sur dix-sept cas d'affections cancéreuses ou cancroïdes du col, on a rencontré quinze fois le cancer véritable. Dans ces cas le microscope montre les cellules caractéristiques du cancer accompagnées d'éléments fibro-plastiques, de graisse, de granules et de globules mélaniques; tandis que dans le cancroïde on retrouve les papilles et l'épithélium qui les recouvre, ou bien un détritus de ces divers éléments mêlés de globules, de sang et de pus. — Les glandes lymphatiques du bassin ou des régions inguinales dans un sixième des cas seulement, les glandes mésentériques, bronchiques et cervicales plus rarement encore, ont été trouvées infiltrées de cancer dans les affections vraiment carcinomateuses de l'utérus. Chez près des deux tiers des malades les pertes utérines caractérisaient le commencement de la maladie; venaient ensuite la pesanteur hypogastrique, les douleurs de reins et un écoulement vaginal assez abondant, souvent roussâtre et fétide. — A une époque un peu plus avancée se montrent les douleurs propres au cancer; elles ont le caractère des douleurs névralgiques vagues, et ne sont lancinantes que dans un quinzième des cas. On les observe tantôt à l'hypogastre, tantôt aux lombes ou au sacrum, aux cuisses, aux aines, dans les flancs, dans les parties profondes des organes génitaux et sur le trajet des membres inférieures.

La durée de cette affection peut varier entre deux et trois mois et plusieurs années. Il est au moins très-rare de l'observer avant l'âge de vingt-cinq ans. Les couches nombreuses et très-rapprochées n'ont pas d'influence sur son développement; il en est de même de la syphilis, des scrofules et probablement de l'état antérieur de la menstruation et de l'âge critique. Toute cette partie consacrée à l'étude du cancer des organes de la génération se fait remarquer par un esprit critique excellent; mais il est à regretter que l'auteur n'ait point eu à sa disposition un nombre d'observations assez grand pour étudier complétement certaines questions. C'est là une grande lacune à combler. La science possède un très-petit nombre d'observations complètes sur les maladies de l'utérus. Cette partie de la pathologie est restée plus que toute autre inaccessible, ou s'est trouvée uniquement entre les mains de quelques praticiens, qui malgré leurs diverses tentatives, n'ont donné qu'une connaissance incomplète de ces affections en les envisageant à un point de vue très-étroit. On trouvera à ce sujet, dans le Traité des maladies cancéreuses sinon cet ensemble de notions qui forme la science complète, du moins les renseignements les plus exacts et les règles à suivre pour étudier avec fruit ce genre maladies.

Le chapitre relatif au cancer de la glande mammaire satisfait davantage l'esprit parce qu'il donne sur toutes les questions des solutions plus précises, et que cette partie de la chirurgie a été beaucoup mieux et beaucoup plus étudiée que la précédente.

Si nous parcourons le chapitre relatif à l'hypertrophie de la glande mammaire, nous voyons que la plupart de ces tumeurs, décrites par M. Cruveilhier sous le nom de corps fibreux de la mamelle, par M. Velpeau sous le nom de tumeurs fibrineuses et adénoïdes, par Abernethy sous le nom de *mammary sarcoma*, par A. Cooper sous le nom de tumeurs mammaires chroniques, etc., ne sont au fond qu'une seule et même affection très-variable dans ses formes et dépendant de l'hypertrophie partielle de la mamelle. Or cette hypertrophie peut porter sur les lobules de la glande ou sur ses lobes; elle peut dépendre à la fois de la portion fibrineuse et de l'élément glandulaire, ou bien n'envahir qu'un seul de ces tissus. Enfin elle peut être compliquée de l'existence de kystes clos ou lacuneux. On comprend à quelles nombreuses variétés de tumeurs peuvent donner lieu toutes ces divergences dans le développement anatomique. Il est possible cependant de résumer à peu près leurs caractères généraux: tumeurs bénignes, à développement lent et indolore, mobiles, sans traînées ganglionnaires, quelquefois multiples, ne donnant lieu à des douleurs vives que dans les cas où elles sont volumineuses et anciennes. Leur marche est lente et bénigne. L'opération est plus rarement nécessaire et plus heureuse dans ses résultats que pour le cancer; car les récidives sont rares,

et lorsqu'elles existent, elles sont aussi bénignes que l'affection première. Dans ces cas, avec un grossissement de 20 à 40 diamètres, on constate la présence des éléments du tissu glandulaire, les culs-de-sac terminaux isolés ou réunis par groupes de deux ou trois. Quelquefois la membrane qui délimite extérieurement ces lobules primitifs est à peine altérée; d'autres fois elle présente un épaississement fibreux. Dans quelques cas, il est impossible même de reconnaître les lobules. Un épithélium arrondi, très-rarement conéiforme et cylindrique, se rencontre en quantité considérable à la face interne des lobules, ainsi hypertrophiés. Cet épithélium se compose ordinairement de cellules d'un centième de millimètre, munies d'un noyau rond ou ovoïde de 5 à 7 millièmes de millimètre. Ces noyaux contiennent eux-mêmes des nucléoles punctiformes de 12 à 15 millièmes de millimètre.

Dans un chapitre aussi étendu et entièrement neuf, il est question du cancer des centres nerveux et des affections confondues avec lui. Ce travail est basé sur un ensemble de 101 observations extraites des meilleurs auteurs. Voici les conclusions intéressantes auxquelles l'analyse détaillée de ces observations a conduit M. Lebert.

Dans la moitié des cas seulement les tumeurs solides crâniennes et intra-crâniennes sont véritablement cancéreuses, et presque toutes les tumeurs qui proviennent des méninges de la base sont fibro-plastiques.

Le cancer du cerveau affecte le plus souvent la forme encéphaloïde molle et vasculaire, quelquefois il présente un mélange de squirrhe et d'encéphaloïde; très-rarement on y rencontre le squirrhe, c'est-à-dire la variété dure du cancer.

Les tumeurs fibro-plastiques du cerveau ont presque toujours des connexions avec la dure-mère, l'arachnoïde ou la pie-mère; elles n'ont pas comme les productions cancéreuses les cellules à grands noyaux, les noyaux à grands nucléoles brillants; mais le microscope y fait reconnaître des éléments fibro-plastiques; de plus elles ne se généralisent jamais.

La durée des tumeurs cérébrales cancéreuses ou non cancéreuses oscille entre cinq mois et cinq ans. — Sur 35 observations de tumeurs de la base du cerveau, 21 fois on a observé des troubles, de la sensibilité, de la motilité et des sens; 14 fois seulement l'intelligence a été troublée; 10 fois il y a eu des vomissements. Ce groupe de tumeurs est le plus remarquable par la corrélation des symptômes avec les lésions.

Dans 13 cas de tumeurs siégeant à la partie convexe du cerveau, il y avait une céphalalgie plus ou moins intense, une hémiplégie croisée accompagnée de crampes et de convulsions partielles. Les troubles de l'intelligence manquaient souvent, les fonctions sensorielles étaient intactes.

Dans 10 cas où la tumeur unique siégeait dans les parties profondes de l'encéphale, la motilité était notablement altérée, les troubles de l'intelligence étaient un peu plus fréquents que pour les tumeurs de la convexité, et on y remarquait quelques troubles rares des sens et de la digestion. On se rappelle combien Abercrombie avait insisté sur ces derniers symptômes; il croyait y voir une des expressions symptomatiques les plus fréquentes des tumeurs cérébrales. Or les troubles de ce genre sont fréquents dans toutes ces affections cérébrales aiguës ou chroniques, et on sait que les nausées et les vomissements se lient presque constamment aux accès céphalalgiques. Quant à la gêne de la déglutition et au hoquet, ces symptômes sont plus rares.

Dans quelques cas seulement, il y a eu un ralentissement notable de la circulation. Cinq fois la respiration a été altérée sous l'influence de l'innervation; elle était gênée, fréquente, entrecoupée, haute et bruyante; il s'agissait dans ces cas d'une tumeur de la base, dans la protubérance ou à son voisinage.

Nous avons plutôt extrait qu'analysé dans cette dernière partie du Traité des maladies cancéreuses, parce qu'ici tout est travail de détail, et qu'il faut suivre l'auteur pas à pas pour comprendre toute l'étendue de son œuvre. C'est un de ces livres qu'il faut lire et qui ne se résument point. Il y a là une masse considérable de faits, un travail très-consciencieux, des détails innombrables et la matière condensée d'un grand nombre de volumes. C'est ce labeur tout achevé que M. Lebert offre aux lecteurs. La science elle-même en profitera, parce que les faits les mieux recueillis, les plus minutieusement analysés, si on les oublie dans les *divers recueils* où ils sont inscrits, et si on ne les rapproche point les uns des autres, sont une lettre morte. Ces grandes annales de la science sont souvent des tombeaux; il faut une rare patience, de la sagacité et un grand travail pour en extraire ces observations oubliées et les faire revivre en les rendant utiles.

THOLOZAN.

VARIÉTÉS.

— Par décret du 4 mars dernier, le président de la république a conféré le grade d'officier de la Légion d'honneur à notre célèbre confrère le docteur Bertini (de Turin), député au parlement, etc. Cette distinction est une légitime récompense accordée au zèle, à la science et au dévouement de notre éminent confrère, qui, depuis l'institution des congrès scientifiques, n'a jamais manqué d'illustrer par sa présence et ses travaux ces réunions européennes de la médecine contemporaine.

— Par décrets individuels du 15 août 1851, rendus sur la proposition du ministre de la guerre, le président de la République a fait dans la Légion d'honneur les promotions suivantes :

Chevaliers : MM. Cazalas, médecin ordinaire de 2e classe à Oran;
Goret, médecin ordinaire de 2e classe à Alger;
Audiguier, chirurgien-major de 2e classe au 44e de ligne.

— Par décret présidentiel du 8 août, M. Etienne Rodes, du Passage d'Agen, médecin adjoint à l'hôpital d'Oran (Algérie), a été promu au grade de médecin ordinaire de deuxième classe.

— Par un arrêté de M. le ministre de l'agriculture et du commerce, en date du 16 août, M. Lamezas, docteur-médecin à Jegun, inspecteur des eaux minérales du Maska, est nommé inspecteur de l'établissement thermal de Lavardens.

— La troisième division militaire est l'une de celles désignées par le ministre pour les inspections médicales de cette année. M. le docteur Bandens, chargé de l'inspection médicale du deuxième arrondissement, dont fait partie la Moselle, est parti pour remplir cette mission.

— La session du jury médical pour les départements de la Marne, de la Meuse et de la Haute-Marne, s'ouvrira à Châlons le 22 septembre prochain, sous la présidence de M. Stœber, professeur à la Faculté de Strasbourg.

La session de l'Aube aura lieu le 27 à Troyes.

— La ville de Saint-Malo vient de perdre l'un de ses plus estimables habitants, M. Jean-Laurent-Julien Egault, docteur en médecine de la Faculté de Paris, médecin en chef des hôpitaux de Saint-Malo, médecin des épidémies, décédé le 14 août, à l'âge de 75 ans.

— La fièvre typhoïde commence à reparaître dans le Nord; elle fait de nouveaux ravages à Turcoing. On annonce qu'elle vient de s'étendre dans les campagnes.

— On écrit de Vannes, 24 août :

« Les chaleurs excessives que nous subissons depuis quelque temps paraissent avoir provoqué des épidémies dans plusieurs localités du Morbihan.

» Ainsi, à La Roche-Bernard, il règne, à ce qu'on nous assure, une dyssenterie intense qui a déjà fait un assez grand nombre de victimes.

» Une maladie analogue sévit au bourg de Séné et dans les environs.

» A Vannes même, on compte beaucoup de fièvres, surtout parmi les enfants; elles n'ont du reste pris jusqu'à ce jour aucun caractère malin ou alarmant. »

— Le choléra qui règne dans le nord de l'Angleterre a surtout frappé les enfants en bas âge; dans 19 cas sur 20, la maladie a duré plus de trois jours. Dans le choléra asiatique, les cas se terminaient en vingt-quatre heures, tandis que, dans l'affection commune à cette époque de l'année, et que l'on appelle choléra anglais, la mort n'arrive, dans la moitié des cas qui se terminent fatalement, qu'après trois jours.

— Le choléra, sorti des murs de Tlemcen, a fait invasion dans les tribus, vers la fin du mois de juillet. Sa marche se manifeste clairement de l'ouest à l'est, où il est arrivé jusqu'aux environs de Mascara. Ses victimes ont été nombreuses sur son passage; mais sur tous les points, il paraît en ce moment perdre de son intensité.

— Les journaux de l'ouest des États-Unis annoncent que le choléra fait des ravages dans cette contrée. Si à Saint-Louis, à Alton et à Quincy il a presque entièrement disparu, ce n'est que pour aller faire de nouvelles victimes à Peria, Illinois, Tanniagton, Monmouth, Carthage, et dans plusieurs autres contrées limitrophes. Le terrible fléau a aussi paru dans l'Iowa. C'est West-Point et le fort Madison qui ont été les premiers atteints.

— On écrit de Ténériffe, 1er juillet :

Le terrible fléau qui a éclaté dans la Grande-Canarie sévit avec intensité. Si le nombre des décès diminue dans la capitale, c'est uniquement par suite des émigrations qui vont porter la contagion dans les villes voisines. A Galdar, par exemple, place de 2,500 âmes, la mortalité est de 40 à 50 personnes par jour. Par ce spécimen jugez du reste. Les quatre médecins de la Grande-Canarie, dont trois ont déjà succombé, n'ont pas pu définir clairement la nature du fléau. Ce n'est pas le choléra connu, car les malades que l'épidémie emporte communément en cinq heures, sont converts de taches pourprées, enflent prodigieusement (ainsi que les cadavres) et ont les yeux projetés hors de leurs orbites. La mortalité n'a cessé de suivre une période ascendante jusqu'à l'été, où les fortes chaleurs, le défaut de précautions et d'autres causes l'ont portée à son apogée.

Le rédacteur en chef, JULES GUÉRIN.

REVUE HEBDOMADAIRE.

EXCISION DU TESTICULE. — CLÔTURE DE LA DISCUSSION.

Nous assistions, il y a quelques semaines, à une séance de l'Académie de médecine de Belgique. Un membre, dont le nom se rattache d'une manière si éclatante à un procès tristement célèbre, fit une sortie des plus véhémentes contre la stérilité des discussions médicales, qu'il déclara, à la face de tous ses collègues, n'avoir jamais rien produit pour la science. Le reproche était sévère et tant soit peu exagéré; car, nous nous plaisons à le reconnaître, nulle Académie ne donne à ses discussions un caractère plus sérieux et plus élevé que l'Académie de médecine de Belgique. Mais qu'eût dit le savant M. Stas s'il avait assisté aux deux dernières séances de l'Académie de médecine de Paris? Déjà nous avions eu occasion de signaler les fâcheuses dispositions de cette compagnie, qui semble souvent préférer les discussions improvisées aux travaux véritablement scientifiques. Mais ce n'était encore là qu'une tendance à contenir plutôt qu'à réprimer; et avec nos habitudes de tolérance pour toutes les formes qu'affecte la révélation scientifique, nous étions plutôt disposé à rechercher, dans les improvisations de notre Académie, l'influence salutaire qu'elles peuvent, à certain point de vue, exercer sur la vulgarisation et l'éclaircissement des questions encore controversées, qu'à en faire ressortir les inconvénients. Que nous étions loin, à cette époque, de nous attendre à l'abus, au dévergondage scientifique qui a signalé la discussion sur l'ablation partielle du testicule! Jamais, en effet, le mépris des formes simples et graves de la science n'a été porté plus loin; jamais les subtilités de l'avocasserie, jamais les raffinements du bel esprit, les plaisanteries de mauvais goût, jamais les trivialités de l'éloge et de la critique n'ont surabondé à ce point. Il ne viendra à l'idée de personne que nous exagérions à plaisir ce qui s'est dit et fait pour nous attribuer le facile mérite de relever des travers qui n'existent pas. Il suffira aux plus incrédules de lire les énormes tirades qu'on a débitées sur l'excision du testicule. Et nous en prenons les plus intéressés à témoin. Comment se sont-ils traités? C'étaient les *spirituelles plaidoiries* de M. un tel; l'*éloquence*, la *poésie* de M. un tel. Vraiment les PRÉCIEUSES RIDICULES n'ont pas mieux parlé dans leur genre. De quoi s'agissait-il pourtant? De savoir s'il est des cas où la resection du testicule est utile, possible, et si l'expérience a justifié cette analogie erronée des resections osseuses. Au lieu d'une discussion sérieuse, régulière, méthodique, approfondie, sur les points en litige, l'Académie a donc assisté à un tournoi en règle. Oui, l'argutie et le beau parlage ont pris agréablement la place des raisonnements du praticien. Comment nos habiles collègues n'ont-ils pas senti le ridicule d'une semblable exagération? Comment M. Ricord, qui a en la palme dans cette lutte de Vadius contre Trissotin, n'a-t-il pas senti combien son bon sens connu, sa réputation de praticien consommé, se compromettaient dans ce duel avec un *spirituel* clinicien, comme il l'a appelé? Cette aberration d'un bon esprit a trouvé des approbateurs. M. Ricord a obtenu un succès de rire, de rire universel; mais qu'il ne s'y trompe pas, il l'a obtenu au détriment de sa réputation et de celle de l'Académie. Marcher dans cette voie, c'est tourner le dos à la science. Si la médecine et la chirurgie ont quelque chose à gagner, ce n'est pas en retournant aux allures des disputes scolastiques du moyen âge, mais en cherchant à se rapprocher des formes graves, des méthodes sévères des sciences constituées. Que dirait M. Ricord s'il entendait un beau jour des plaidoiries en règle et des plaisanteries d'un goût douteux sur le binôme de Newton ou le carré de l'hypoténuse? C'est cependant ce que lui et d'autres ont fait, à la lunette grossissante.

M. Velpeau, il faut le reconnaître, a cherché à ramener la question sur son véritable terrain. Dans un résumé auquel il n'a manqué qu'un peu plus de méthode et d'élévation, il a très-bien rappelé les points en litige : le point pathologique et le point thérapeutique. Nous adoptons le cadre tracé par notre collègue pour résumer à notre tour quelques remarques sur son argumentation et sur la discussion en général.

Un point qui a été diversement résolu par les différents interlocuteurs est celui-ci : le fongus du testicule peut-il être produit par des causes de nature diverse? Peut-il être produit par d'autres éléments étiologiques que le tubercule? Existe-t-il des tubercules de différente nature qui soient aptes à produire le fongus testiculaire? Ces diverses questions, dans lesquelles la discussion s'est égarée sans fruit, n'ont obtenu aucune solution explicite ni méthodique. Et cela devait être : on est parti de chaque côté d'un nonsens ou d'une méprise philosophique qu'il eût été possible de faire cesser d'abord. Il suffisait pour cela de se demander si ce qu'on est convenu d'appeler fongus du testicule constitue une lésion propre, une, toujours identique à elle-même, ou bien si ce n'est qu'une appellation vague, comprenant des lésions anatomiques de nature diverse et n'offrant que des analogies purement extérieures. Ce premier point résolu aurait rendu la solution des autres plus facile. Mais de part et d'autre on s'est plu à confondre entre elles des lésions de nature opposée; nous n'en voulons d'autre preuve que cette prétention soutenue par tous les membres qu'il existe plusieurs sortes de tubercules du testicule : des tubercules inflammatoires, des tubercules jaunes, etc. Cette distinction, admise par quelques-uns comme condition de diagnostic différentiel, n'a été envisagée par personne dans sa vraie signification étiologique. Il suffit de la remarque qui va suivre pour le faire comprendre.

M. Ricord, il faut lui rendre cette justice, au milieu de ses facéties quelquefois spirituelles, a soutenu avec une grande fermeté de raison que les tubercules de nature différente sont toujours reconnaissables à des caractères distincts. Il n'a manqué à sa thèse, pour être absolument bonne, que d'ajouter : parce qu'il n'y a à proprement parler qu'une espèce de tubercule, les autres éléments pathologiques auxquels on a empiriquement appliqué cette dénomination n'étant pas des tubercules, mais des pseudotubercules si l'on veut. Cela n'eût donné qu'une plus grande force à sa démonstration, et il se fût trouvé inexpugnable dans ce principe que nous avons cherché depuis si longtemps à faire prévaloir, à savoir : « Que les » causes pathologiques de nature diverse impliquent nécessairement des » caractères différents, et, *vice versâ*, les caractères vraiment différents » impliquent à leur tour des causes de nature diverse. » A la lumière de ce principe, M. Velpeau n'eût pas été conduit à admettre cette distinction contradictoire, qu'il existe pour le testicule des tubercules inflammatoires dont un des caractères est d'être solitaires. On ne saurait nier que M. Velpeau ait vu ce qu'il a vu; mais mieux renseigné par les lois de l'étiologie, il se serait gardé de conserver au genre de lésion qu'il a rencontrée la dénomination de tubercule testiculaire. Notre conclusion est donc sur ce premier point qu'il n'y a qu'une seule espèce de tubercule du testicule, comme

---

Feuilleton.

PHYSIOLOGIE ET HYGIÈNE DES FEMMES.

Omnia junxit amor...

L'article suivant est véritablement une dette de reconnaissance que je paye au docteur Tanchou, mort il y a plus d'une année, et qui publia un petit ouvrage plein d'intérêt sur les femmes. Ceux qui ont connu cet honorable médecin, bien plus, ceux à qui il a donné des soins, savent combien il eut de délicatesse et de désintéressement dans ses sentiments : esprit éclairé, cœur chaud et bienfaisant, Tanchou avait fondé, pour les femmes pauvres et malades, une institution importante, soutenue d'ailleurs par la charité, la libéralité d'une foule de personnes pieuses et du rang le plus distingué. C'est dans ce dispensaire, c'est dans l'exercice de sa profession, c'est dans son savoir physiologique et philosophique que ce médecin avait acquis une connaissance profonde des femmes sous le rapport de leur santé à conserver et de leurs maladies à guérir. Nul ne les a mieux jugées, appréciées que lui, et par cela même, nul ne leur a donné des soins mieux entendus. Or ce but est beaucoup plus difficile à atteindre qu'on ne le croit ordinairement; il exige, en effet, un cœur libre, beaucoup de finesse et de sagacité dans l'esprit, enfin quelque chose de réfléchi, de profond et en même temps de judicieux, qualités qui ne sont en aucune manière le partage des observateurs vulgaires.

Dans tous les temps, on le sait, l'étude des femmes a été l'objet sur lequel une foule d'écrivains se sont exercés, et toujours, chose singulière, tantôt avec une flatterie dépassant toute mesure, tantôt dans un esprit de critique amère et malveillante. On a longuement disserté sur les contradictions, sur les étonnants contrastes, les bizarreries, les caprices que présentent les femmes, et souvent on a terminé en affirmant qu'elles sont inexplicables. Certes on ferait une bibliothèque entière de ce qui a été écrit pour et contre ce sexe depuis plusieurs siècles. Pour les uns, jetant à pleines mains les fleurs odoratiques de la flatterie, la femme est une idole, une divinité qu'il faut sans cesse vénérer, adorer, encenser; ses qualités sont immenses, ses défauts imperceptibles ou bien viennent uniquement de nous (1). Le poëte Malherbe, dans son enthousiasme dithyrambique, s'écrie : *Il n'y a rien de plus beau que les femmes et les roses!* Puis dans un autre sens : *Il n'y a rien de meilleur que les femmes et les melons!* Pour d'autres, au contraire, la femme est un être dangereux, un véritable serpent qui charme et empoisonne, qui fascine et qui trompe, qui a deux sortes de pleurs, l'une pour la fourberie, l'autre pour la douleur. Presque toujours elle tient l'âme asservie et la liberté de l'homme en péril; aussi le roi sage par excellence, Salomon, qui avait sept cents femmes dans son palais, dit : *J'ai trouvé la femme plus amère que la mort.* Lope de Vega ne la ménage pas davantage,

(1) Un auteur italien, Pierre-Paul Ribera, a publié, dans le seizième siècle, un ouvrage intitulé : LES TRIOMPHES IMMORTELS ET ENTREPRISES HÉROÏQUES DE HUIT CENT QUARANTE-CINQ FEMMES. La collection ne laisse pas d'être assez belle, et cependant c'est trop ou trop peu, selon l'opinion qu'on a sur ce sexe.

il n'y a qu'une seule espèce de tubercule de la colonne vertébrale et du poumon, et que les tubercules jaunes, inflammatoires ou autres, sont nécessairement des produits d'une nature différente, des pseudo-tubercules impliquant des caractères différents, entraînant des lésions différentes et surtout réclamant des traitements différents. Et en ceci nous n'avons d'autre prétention que de ramener la question à ses véritables termes logiques. Inutile d'ajouter que s'il n'y a qu'une seule espèce de tubercule testiculaire, il n'y a qu'une seule espèce de fongus tuberculeux du testicule. Or ce fongus, c'est tout simplement l'analogue d'une caverne pulmonaire, d'une suppuration tuberculeuse des glandes du cou, c'est-à-dire la fonte d'un ou de plusieurs tubercules enchâssés dans le tissu du testicule, entretenant pour la sortie du pus une fistule testiculaire. Voilà la maladie ramenée à sa plus simple expression, dégagée de toutes les confusions au milieu desquelles on l'a perdue.

En présence d'une détermination pathologique aussi simple, rien de plus facile, rien de plus certain que la conséquence thérapeutique à en tirer.

Le fongus tuberculeux du testicule est un, et il est un avec les caractères qui n'appartiennent qu'à son essence; or l'un de ces caractères est de faire partie d'une maladie générale dont il n'est qu'un symptôme, qu'un produit, qu'une lésion. Comment dès lors avoir la prétention sérieuse de couper court à une maladie générale en rognant une partie de l'organe lésé? Cette impossibilité générale ne perd rien à être particularisée. On a dit et on a eu raison de dire que le propre du tubercule testiculaire est d'être multiple. Comment s'assurer qu'en excisant le tubercule apparent on ne laissera pas à côté ou au-dessous le tubercule caché? Ainsi qu'on l'a répété à satiété, si on a guéri par l'excision certains fongus, ce n'étaient pas des fongus tuberculeux. Pour la chirurgie comme pour la médecine, rien de plus sûr que l'axiome: *naturam morborum ostendit curatio*; et la certitude de ce principe est telle qu'il suffit à lui seul, ainsi qu'on va le voir, pour infirmer le dernier argument dans lequel la nouvelle méthode s'est réfugiée.

Mais, a-t-on dit, que peuvent les objections théoriques contre les faits pratiques? L'expérience ne prouve-t-elle pas que l'excision testiculaire peut guérir certains fongus tuberculeux? Nous dirons, nous, que cela n'est pas, parce que cela n'est pas possible. L'impossibilité rationnelle d'un fait est plus sûre que la matérialité irrationnelle du fait qu'on lui oppose. Nous maintenons donc comme positif qu'il n'a jamais existé, parce qu'il ne peut exister, de guérison d'un vrai fongus tuberculeux à l'aide d'une resection du testicule. Il ne resterait donc à cette méthode que le seul bénéfice des confusions où elle aurait été entraînée. Or la discussion a surabondamment établi que l'excision testiculaire, là où elle pourrait convenir, c'est-à-dire pour des cas autres que des fongus tuberculeux, avait été dès longtemps mise en pratique par les chirurgiens anglais, notamment par Astley Cooper et Curling.

Au surplus, et M. Velpeau l'a établi avec une grande autorité pratique, s'il était possible d'admettre que très-exceptionnellement l'excision testiculaire pût amener la guérison d'un seul fongus tuberculeux, cette méthode ne serait pas seulement anti-rationnelle, elle serait surtout inutile. De l'aveu de tous les chirurgiens, en effet, les fongus tuberculeux finissent toujours par guérir à l'aide des moyens usités, les uns en quelques mois, les autres en quelques années. Cette assertion est on ne peut plus exacte; mais elle signale, dans la discussion, une lacune importante, à laquelle nous allons consacrer la fin de cet article.

La relation qui existe entre les lésions chirurgicales chroniques et les cachexies générales qui les produisent et entretiennent a été trop souvent négligée, sinon méconnue, de nos jours. Nous l'avons montré à plusieurs reprises dans le dernier concours de chirurgie; les chirurgiens de notre temps sont bien plus des hommes de main que des hommes de tête. Ils ont exclusivement en vue le caractère matériel des lésions auxquelles ils ont affaire : la méthode, le procédé opératoire seuls les préoccupent. Ils ne considèrent pas assez que la modification du tout est presque toujours la condition de la modification de la partie. C'est ce qui s'est vu dans la discussion sur la resection testiculaire. M. Velpeau a bien fait valoir que la maladie guérissait presque toujours; mais il aurait dû dire comment et à quelles conditions : il a bien parlé des moyens que la chirurgie avait à sa disposition pour favoriser ce résultat; mais il aurait dû ajouter, et insister sur cette vérité capitale, que, dans les cas de cette sorte, c'est moins la chirurgie que la médecine qui doit intervenir; et il aurait ainsi rappelé fort à propos l'attention sur l'étude trop négligée des véritables maladies chirurgicales.

JULES GUÉRIN.

PHILOSOPHIE MÉDICALE.

DE LA LOI BIOGÉNIQUE APPLIQUÉE A LA THÉRAPEUTIQUE; par J.-B.-G. BARBIER.

(Voir les numéros des 30 mars, 30 novembre 1850, 5 et 26 avril 1851.)

DE LA THÉRAPEUTIQUE.

La thérapeutique, vue d'une manière générale, serait l'art de rétablir l'autorité de la loi biogénique sur les êtres organisés, quand elle est troublée. Cet art consiste à savoir, par l'emploi de moyens convenables, détruire dans un corps vivant la cause qui entretient la viciation de cette loi, corriger les modifications, les altérations que la perversion des fonctions conservatrices de l'organisation a fait éprouver aux diverses pièces qui la constituent.

Toutes les sciences médicales offrent de l'intérêt, même de l'attrait aux personnes qui se livrent à leur étude : il s'agit de l'homme, de son être matériel, de ses facultés morales. Pourquoi cet intérêt n'est-il plus le même, quand on arrive à la thérapeutique? Pourquoi des hommes qui se sont illustrés par leurs travaux dans les sciences naturelles et physiologiques n'ont-ils jamais voulu se livrer à la pratique de la médecine?

C'est que la thérapeutique leur a offert des bases trop mobiles; c'est que le traitement des maladies internes ne leur a pas paru reposer sur des principes assez solides; c'est que l'exercice du pouvoir que la société, que la loi met entre les mains du médecin, entraîne après lui une responsabilité qui les a effrayés.

Ce qui peut alarmer la conscience dans la pratique de la médecine, c'est

---

il soutient même qu'elle a très-souvent *cara de angel, corazon de demonio* (la figure d'un ange et le cœur d'un démon). Les andronicìens, hérétiques du second et du troisième siècle, faisant une distinction importante, soutenaient que la partie supérieure de la femme était l'œuvre de Dieu, et la partie inférieure celle du diable. Oh! c'étaient bien là de vrais hérétiques! aussi furent ils foudroyés et très-justement par de nombreux anathèmes. Mais dans ce grand, cet éternel conflit, où donc est la vérité? Comment la reconnaître? Qui a tort ou qui a raison de ces flatteurs quand même des femmes ou de leurs acerbes détracteurs? Faut-il donner la palme à Boileau le satirique ou bien à Legouvé l'adulateur? Eh bien! nous pouvons le dire en toute assurance, aucun d'eux n'est complètement ni dans le vrai ni dans le faux; et cette assertion qui semble d'abord paradoxale, n'est pourtant que l'expression même de la réalité. Comment cela? C'est qu'il ne faut pas plus juger les femmes avec le prisme d'une imagination séduite qu'avec les bilieux emportements de l'orgueil masculin et d'un cœur désenchanté. On ne les comprend qu'avec du calme, du jugement et de l'expérience.

J'en suis fâché pour les poëtes, pour les philosophes et les moralistes, mais aucun d'eux n'a pu et ne pouvait connaître les femmes comme les physiologistes et les médecins. Le docteur Roussel, en publiant à la fin du siècle dernier le SYSTÈME PHYSIQUE ET MORAL DE LA FEMME (1), a plus éclairé ce grave et grand sujet que tous les écrivains qui l'avaient précédé. Pourquoi cette énorme différence? C'est que Roussel, ainsi que ceux qui l'ont suivi dans cette direction, a étudié en lui-même l'organisme de ce sexe, les lois vitales qui le régissent, autrement dit sa manière d'être, ou si l'on veut sa spécialité physiologique. Ils ont connu la femme telle qu'elle est en effet, telle que Dieu l'a faite pour accomplir la mission à laquelle il l'a destinée, base de la famille dans tout ce que ce dernier mot renferme de grandeur, d'utilité et de bonheur. Heureuses donc celles qui, n'étant point infidèles à cette mission, en connaissent les devoirs, les plaisirs sévères, et qui peuvent finir leur vie de jolie femme dans le paradis de la maternité!

Les résultats d'une pareille étude ont été aussi justes que frappants et multipliés. On a reconnu dans la femme une constitution éminemment molle et flexible, lymphatique et sanguine; des muscles souples dont les saillies sont effacées, à contractions douces et faciles; un tissu cellulaire ample, moelleux, rempli de substance adipeuse, ce qui donne aux membres de la femme ces surfaces uniformes et polies, cette rondeur et ces contours gracieux qui la distinguent si facilement, tissu recouvert lui-même par une peau blanche, lisse ou brillant des doux reflets de la vie et du beau sang qui en est l'aliment; partout enfin une trame organique délicate, un corps parfaitement harmonique, où pendant plusieurs années la grâce, la souplesse et l'élégance rayonnent de toutes parts. Mais ce qui distingue surtout cet organisme, c'est un système nerveux singulièrement mobile et excitable dans toutes ses parties, centrales ou périphériques; c'est une impressionnabilité excessive d'où résultent des perceptions vives, pénétrantes et néanmoins passagères; enfin dans l'ensemble de cette

(1) Voyez l'excellente édition de cet ouvrage, publiée en 1845 par M. le docteur Cerise.

l'action qu'exercent sur les malades les moyens dont la thérapeutique se sert. Tant que le médecin ne s'occupe que d'étudier une maladie, d'en rechercher la cause, de constater les lésions organiques qui la produisent, il n'est qu'un observateur bienveillant. Mais dès qu'il intervient dans la marche de cette maladie; dès qu'il se rend partie active dans le trouble qui règne alors dans l'organisation; dès qu'il a recours aux armes que la thérapeutique tient à sa disposition, une grave responsabilité commence pour lui.

Souvent le médecin se borne à une thérapeutique expectante. Il a jugé la maladie; il a apprécié la nature, la marche, la vivacité des lésions qui la constituent. Leur siége, leur étendue le rassurent. Dans ces cas, il ne met en usage que des moyens doux, incapables de nuire. Il s'applique à éloigner toutes les causes qui pourraient augmenter l'intensité des lésions qu'il observe. Il se borne à aider, à seconder la force vitale qui tend à les faire cesser. Le médecin assiste, calme et heureux, au dénoûment de cette lutte. Il n'y a de responsabilité pour lui que s'il se trompe sur la gravité des lésions, ou s'il en existe qu'il ait méconnues.

Lorsque le médecin rencontre des maladies graves, que ces maladies offrent des lésions qui ont beaucoup d'activité, qui occupent des organes essentiels à la vie, l'inaction, l'hésitation même le rendrait coupable. Il y a pour lui obligation de les combattre avec vigueur, de recourir à des agents énergiques. Mais si les guides du médecin sont d'une part la nature, l'état des lésions qui constituent la maladie; d'autre part les effets, les mutations que vont susciter dans le corps malade les remèdes qu'il prescrit, sa conscience est rassurée. Il peut toujours motiver son intervention, justifier tous ses efforts, en démontrant que les produits de ses opérations thérapeutiques n'ont pu nuire, que les mouvements organiques qu'il provoquait avaient un but, devaient être favorables.

Trop souvent les lésions pathogénèses déterminent dans la forme, dans la densité, dans les qualités normales des organes, des altérations profondes qui les rendent impropres à l'exercice des fonctions qu'ils doivent remplir. Le danger devient pressant, si les fonctions dont l'exercice est entravé sont la respiration, l'innervation, la circulation. Le médecin est obligé de reconnaître son impuissance, quand les organes malades sont dénaturés. Il lui reste toutefois d'importants devoirs à remplir: il doit consoler, soulager le malade; il a des douleurs à amoindrir, à calmer; il aura des accidents qui abrégent l'existence à réprimer, à faire cesser.

Ces réflexions ne doivent-elles pas alléger les scrupules de la conscience du médecin? Sans doute la thérapeutique a bientôt atteint les limites de sa puissance: mais on ne peut exiger d'elle que ce qui est possible. Comme tous les efforts humains, la thérapeutique est soumise à l'empire absolu des lois éternelles qui gouvernent le monde; elle est dans la dépendance de la loi biogénique qui domine tous les êtres organisés. Les conditions d'existence qui ont été faites à l'homme l'exposent à de fréquentes perturbations de cette loi, d'où résultent fatalement des désordres organiques que trop souvent les secours de la médecine ne peuvent détruire.

I. — DE LA FORCE VITALE DANS SES RAPPORTS AVEC LA THÉRAPEUTIQUE.

Le thérapeutiste ne doit jamais perdre de vue la loi à laquelle sont soumis les êtres organisés; il ne doit pas oublier que leur corps est placé sous l'autorité d'une force que l'on nomme vitale et qui émane de cette loi.

Cette force qui donne la vie, est pour nous une chose mystérieuse dont nous ne pouvons pénétrer l'essence. D'abord, la force vitale a besoin, pour se manifester, de l'intermédiaire d'un corps organisé, et ce dernier la possède à l'état latent; comme l'électricité, elle ne se révèle que par ses effets. Ainsi la force vitale apparaît, elle montre sa puissance en action dans les mouvements qu'exécutent toutes les parties du corps des végétaux et des animaux, dans l'exercice des fonctions qui les forment et qui les entretiennent.

Un examen attentif des actes qui se passent dans une organisation peut même faire juger du degré d'énergie dont jouit actuellement la puissance qui la fait vivre. On peut ainsi reconnaître si cette puissance est forte ou faible, et surtout si elle est viciée dans son application.

La force vitale a évidemment un certain caractère de faiblesse dans les personnes que des petites causes rendent souffrantes, mal portantes. Elle montre, au contraire, une grande vigueur dans les individus privilégiés qui ne se plaignent jamais, qui supportent toutes les agressions, qui font impunément des imprudences.

Dans la jeunesse, la force vitale se fait remarquer pour sa capacité. A cette époque de la vie, on est rarement malade. Si la santé éprouve quelque trouble, l'ordre normal se rétablit vite et spontanément; les maladies sont, en général, plus courtes, les mouvements critiques plus prononcés. Il n'en est plus de même dans la vieillesse; la force vitale est en décroissance, les maladies sont plus fréquentes; elles durent plus longtemps. On n'observe plus les efforts critiques qui signalent les maladies des jeunes gens.

La force vitale éprouve-t-elle un décroissement de puissance dans les moments de la vie où un sentiment de malaise semble pénétrer l'économie tout entière, prend-elle subitement un plus grand développement quand, sans raison physique ou morale, on se sent plus dispos; ou éprouve comme une exubérance de santé.

Lorsque la force vitale est violentée ou troublée, le corps vivant entre dans une condition pathologique. Les actes qui s'exécutaient dans un but d'entretien de conservation, ont pris un caractère de désordre: ils ne donnent plus que des produits morbides. Ces actes déréglés changent la composition intime du sang; ils modifient la constitution des tissus organiques. On voit les organes sur lesquels l'autorité de la loi biogénique est viciée, prendre une température, une coloration, un volume, une densité, des qualités accidentelles, qui les font différents de ce qu'ils étaient, qui rendent leurs mouvements pénibles, irréguliers, douloureux, qui pervertissent l'exercice de leurs fonctions.

Quel doit être le but du thérapeutiste, lorsqu'il intervient dans ce désordre pathologique? Il s'agit de corriger les altérations que l'organisation a éprouvées, de ramener les fluides et les solides du corps malade à leur condition normale. Ces salutaires changements ne peuvent être opérés que par la force vitale. Les médicaments que le thérapeutiste ordonnera, ne rétabliront l'état naturel des organes affectés ni par des combinaisons chimiques, ni par des effets physiques. Le régime qu'il prescrit, les privations qu'il impose, l'exercice qu'il fait prendre, toutes les influences qu'il met en action, n'ont pas la faculté de défaire les modificationsmorbides que le corps recèle, ne peuvent pas redonner directement au sang et aux organes les qualités qu'ils ont perdues. Les moyens de la thérapeutique ne sont que les causes occasionnelles des changements favorables, des améliorations qui surviennent après leur emploi; c'est toujours la force vitale qui les réalise. Elle seule peut détruire les lésions pathogénèses que le trouble de la fonction nutritive, de la fonction absorbante, de la circulation capillaire avait

---

constitution, et comme l'empreinte particulière de l'organisme féminin, quelque chose de mobile et d'ondoyant, de facile et de doux, de forces nerveuses ordinairement tempérées, mais capables de s'élever à tous les diapasons possibles. Or ce type étant donné, type sur lequel s'ajoutent ensuite l'éducation, les mœurs, les habitudes, les passions, les préjugés sociaux, toutes les qualités des femmes, qualités bonnes ou mauvaises, leurs penchants, leurs inclinations, leurs défauts, leurs travaux manuels et intellectuels s'expliquent, parce qu'il y a une prédestination physique dont on ne saurait nier l'influence. Un homme d'esprit a dit: « Toutes les femmes sont la même. » Il avait raison, dans ce sens au moins, que la femme est femme dans toutes les parties de son corps. La science de cette constitution organique peut donc servir de fil conducteur dans cet inextricable labyrinthe, le cœur de la femme. La clef de l'organisation de ce sexe donne évidemment la clef de ses sentiments, de son genre d'esprit et souvent même de sa destinée.

Ainsi, dans leurs travaux intellectuels, on ne doit pas s'attendre aux profondes méditations, aux fortes contentions de l'esprit, ou du moins les exemples en sont très-rares. Les femmes ont surtout de la force dans l'esprit quand leur âme est exaltée; elles ont besoin d'être soutenues par un sentiment énergique, par une foi vive que n'ébranle pas le doute. Dès lors on conçoit que l'originalité, qu'une certaine rigueur de logique, que la véhémence et l'audace manquent en général au génie féminin; la finesse et la grâce dominent continuellement dans leurs écrits; qui donc peut ignorer que madame de Sévigné en est le modèle exquis? Rien de plus connu; et l'on peut dire qu'il n'y a rien de si vrai, de si piquant que le bon sens d'une femme d'esprit. Cette exubérance de sensibilité dont la *racine* se trouve dans des nerfs éminemment excitables, fait également que dans ce sexe le sentiment l'emporte sans cesse, même dans les choses les plus sérieuses. Aussi, comme on l'a dit, rarement les femmes font-elles comme la loi qui prononce sans aimer ni haïr. Leur justice soulève toujours un coin du bandeau, pour voir ceux qu'elles ont à condamner ou à absoudre. De là encore ce tact si fin, si juste, si pénétrant qui les caractérise; car bien souvent nous apprenons et les femmes devinent. La science de la vie est pour ainsi dire instinctive chez elles; on dirait qu'elles ont pour ainsi dire comme une seconde vue qui n'est autre chose que cette prodigieuse sagacité qui leur fait découvrir une infinité de nuances, de rapports déliés qui échappent à l'homme le plus éclairé. Mais ce sentiment venant à s'exalter dans une mauvaise direction, peut occasionner d'affreux malheurs, de dangereux entraînements, et fausser entièrement leur jugement. Le cardinal de Mazarin, ce vieux roué en galanterie comme en politique, disait malignement: « Telle qui gouvernerait très-sagement un royaume, se fera demain un maître à qui on ne donnerait pas douze poules à gouverner. » On ne saurait nier que cela ne soit vrai, mais plutôt comme exception que comme règle. Quant à moi, je suis tout à fait de l'avis de Saint-Evremond qui, voulant donner un modèle de perfection, ne l'a pas été chercher parmi les hommes. *Je crois*, dit-il, *moins impossible de trouver dans les femmes la saine raison des hommes, que dans les hommes les agréments des femmes.* Il faut avoir longtemps vécu et réfléchi pour sentir l'éminente justesse de ces paroles.

Par une conséquence toute naturelle, on conçoit que l'amour dans son essence primitive, puis dans ses dérivés, comme l'amour conjugal, l'amour filial,

formées ; elle seule peut, par un retour de ces fonctions à leur mode normal d'exercice, enlever les produits de leur perversion, et remettre l'organisation dans son état naturel.

Nous ne parlons ici que des maladies qui sont constituées par des lésions organiques. Nous exceptons évidemment les cas où les médicaments agissent sur une cause spécifique de maladie. Ainsi une substance vénéneuse est introduite dans l'estomac : par une combinaison chimique avec une autre substance, on en fait un composé inoffensif. Ou bien c'est un médicament qui a la propriété d'anéantir un virus, comme le mercure dans les maladies vénériennes, etc.

La force vitale, si admirable dans l'exercice de sa puissance, n'est plus rien pour nous, si nous la cherchons en dehors d'une organisation végétale ou animale. Nous ignorons ce que la loi biogénique place dans cette organisation pour la soumettre à son empire. Il y a là un mystère comme pour l'attraction qui pousse les molécules des corps inorganiques à se rechercher, à se combiner. Mais nous sommes contraints de reconnaître que les êtres organisés possèdent une force active qui animait déjà le germe d'où ils sont sortis, qui tient en mouvement toutes leurs parties, qui règle l'exercice de toutes leurs fonctions, qui dirige les étonnants phénomènes de leur existence, qui s'éteint au moment de la mort. Seulement l'essence de ce mobile nous est entièrement inconnue.

Ce que nous voyons bien, c'est qu'il y a une union intime entre la force vitale et la substance des organes ; c'est que la première est attachée à l'organisation et que plus la condition matérielle d'une partie est parfaite, plus la force vitale apparaît puissante en elle. Le thérapeutiste n'a pas le moyen d'agir isolément sur la force vitale, et quand il veut obtenir un accroissement de cette force, ou modérer son degré d'énergie dans un organe, il faut qu'il produise un changement dans la disposition actuelle de ce dernier. Ainsi en se servant du quinquina, du cachou, du quassia, du houblon, etc., il détermine un resserrement fibrillaire des tissus organiques, il donne à ces tissus un degré de tension qu'ils n'avaient plus, il augmente en eux l'action nutritive; aussitôt la force vitale devient plus puissante, plus capable. Au contraire, le thérapeutiste ordonne-t-il un médicament émollient qui relâche les fibres des organes, qui diminue leur tension normale, qui ralentit en eux l'exercice de la nutrition, il voit la puissance de la force vitale décroître dans ces organes. L'impression stimulante que portent sur le matériel des tissus organisés les médicaments excitants, les médicaments diffusibles, provoque la force vitale ; de là l'élévation soudaine de la température de ces tissus, leur coloration plus vive, l'accélération de leurs mouvements. Dans l'opération d'un médicament irritant, nous trouvons aussi une partie vivante attaquée, la force vitale en action, des efforts organiques excités.

Nous posons comme principe que plus l'organisation d'un être vivant est complète, parfaite, plus la force vitale qui l'anime trouve de facilité à se manifester, plus sa puissance montre d'énergie. On pourrait objecter qu'il est des personnes d'une complexion délicate qui ont une grande vigueur de résistance, qui supportent des fatigues, qui se permettent des excès ; on pourrait attribuer ces facultés à l'énergie de leur force vitale. Nous rapportons ce fait à une autre cause : nous croyons que ces personnes ont des centres nerveux très-volumineux, un appareil cérébro-spinal très-développé, et c'est d'une innervation plus active que nous faisons dépendre la vigueur dont elles jouissent. De même on rencontre des individus qui présentent une constitution robuste, athlétique, et qui sont mous, faibles, comme énervés. Chez eux l'appareil nerveux est peu développé, peu vivant ; l'innervation languissante ne seconde plus la force vitale, ce qui fait que, dans ces grosses corpulences, celle-ci montre une sorte d'inertie.

Lorsque le physiologiste veut constater l'état de la force vitale dans une organisation qui possède un appareil nerveux, il doit s'attacher à distinguer ce qui dépend de cette force, des effets qui se rapportent à l'innervation. Celle-ci n'est qu'un auxiliaire de la force vitale ; elle étend, elle accroît cette dernière, mais elle ne peut la remplacer. L'innervation seule ne pourrait rien : elle imprime aux mouvements organiques plus de vivacité, plus de vigueur ; mais ce n'est point elle qui règle ces mouvements, qui les coordonne, qui les conduit à une fin déterminée. C'est la force vitale, et non l'innervation, qui dirige l'exercice des fonctions, qui fait que chacune d'elles remplit sa destination.

Souvent le thérapeutiste se sert de l'innervation pour agir sur la force vitale ; il donne à la première un degré d'activité qui augmente l'énergie de la force vitale, lorsqu'il administre à un malade une infusion de plantes aromatiques, de l'alcoolat de cannelle, d'angélique, de mélisse, etc., de l'éther sulfurique, etc. Le thérapeutiste produit un effet contraire : il ralentit le cours de l'innervation, et par suite il amoindrit le pouvoir de la force vitale, quand il prescrit des médicaments opiacés qui affaiblissent l'action des centres nerveux.

Il est souvent question, dans les ouvrages de pathologie, de la force et de la faiblesse, de la sthénie et de l'asthénie, du dynamisme animal. Il serait nécessaire de dire si c'est l'état actuel de la force vitale que l'on signale, ou bien si c'est le mode d'exercice de l'innervation que l'on veut faire connaître. Ces deux puissances ne peuvent être confondues ; il faut distinguer ce qui vient de l'une de ce qui doit se rapporter à l'autre. Il en est de même du mot *vitalité*, qui indique à la fois la force vitale, l'innervation et l'aptitude des organes vivants à remplir leurs fonctions.

Dans les fièvres qui ont pris un caractère typhoïde, le décroissement de la force vitale peut dépendre de causes différentes : ainsi il y a faiblesse, adynamie, quand le sang et les tissus organiques ont éprouvé des modifications, des altérations matérielles qui gênent, arrêtent la force vitale dans l'exercice de sa puissance. Alors cette force paraît inerte, affaiblie, sans énergie, parce que l'organisation ne lui présente plus les conditions qui sont nécessaires à sa libre manifestation. Le pouls est mou, souvent lent ; il y a pâleur, prostration, refroidissement du corps, etc. La vie tend à s'éteindre.

L'affaiblissement de la force vitale, dans ces fièvres, peut procéder d'une autre cause, d'une congestion sanguine qui s'est portée sur l'encéphale, et qui a diminué, ralenti le cours de l'innervation. Alors la force vitale, ne recevant plus son excitant naturel, devient languissante. La contractilité des muscles soumis à la volonté est comme anéantie. Dans cette adynamie, le pouls peut être développé, fréquent, la figure colorée, la chaleur de la peau élevée.

II. — DE LA THÉRAPEUTIQUE DES CAUSES DES MALADIES.

Nous ne nous occuperons pas des causes que l'on nomme prédisposantes. Le thérapeutiste ne s'arrête à ces causes que pour éloigner celles qui continueraient d'exercer sur le malade une influence défavorable, qui se montreraient nuisibles. Souvent le thérapeutiste invoque la puissance de ces causes. Ainsi un changement de pays, l'arrivée d'une nouvelle saison, des

---

l'amour maternel, soit la vie elle-même de la femme. Sur ce point tout le monde est d'accord. Assurément il est infiniment rare de trouver dans l'autre sexe une de ces passions que les cœurs de femmes peuvent seuls connaître, parce qu'elles ont plus que les hommes la faculté de sentir et de souffrir. Le ciel, dans sa justice, leur a donné aussi la faculté d'aimer plus qu'eux. Qui oserait comparer la passion d'Héloïse à celle du froid et libertin Abeilard ? Comme leur âme semble n'avoir été faite que pour sentir, elles semblent n'avoir été formées que pour le doux emploi d'aimer. Bien souvent, en effet, dans leurs sentiments les plus exagérés et dans leurs écarts, on remarque un délicieux mélange, où l'idée austère du devoir se fond avec les divines faiblesses du cœur. Il ne faut pas chercher plus loin la tendance à la dévotion chez certaines femmes. En effet, comment ne pas s'attacher à une religion qui permet, qui ordonne d'aimer, même au delà du tombeau ? Le mysticisme n'a pas d'autre origine. Quelques âmes tendres et délicates, douées en même temps d'une certaine exaltation, ne trouvant point dans les règles ordinaires du devoir ni dans les dogmes et les pratiques communes de la religion un aliment suffisant à leur besoin d'aimer, à ce vague instinct qui les pousse vers l'inconnu, vers la source des êtres, sont portées à se retirer en elles-mêmes, à vivre dans la contemplation intérieure, et cherchent un idéal qui leur échappe sans cesse, mais qui les charme. Je suis persuadé que la célèbre madame Guyon a plus de proselytes qu'on ne croit, même de nos jours. Avouons pourtant qu'une pareille disposition nerveuse et morale est pleine de dangers ; le sentier est étroit et l'écueil constamment rapproché. Combien d'erreurs, combien de faiblesses, combien de chutes ne sont pas à craindre ! Le péché semble si doux ! Qu'on ne s'étonne plus si la duchesse de Longueville, la belle duchesse, *aux dents de perles et aux yeux de turquoise*, s'écria avec un raffinement de sensualité, après avoir bu un verre d'eau fraîche avec délices : « Quel dommage que ce ne soit pas un péché ! » Et remarquez que ce désir, que ce besoin d'aimer, se continue pendant toute l'existence. Il y a des gens assez malheureusement nés pour penser que le cœur des femmes n'a qu'une moisson à donner. Que c'est bien peu les connaître ! Ce désir, cet instinct d'aimer, de s'attacher, principe de leur vie morale, n'a jamais de fin ; il se modifie, il se transforme, il peut changer d'expression et d'objet, mais il ne s'éteint jamais. Bien plus, quand la fée maudite, la fée vieillissante, apporte ses tristes dons, le corps d'une femme changera, se courbera, se déformera ; mais le sentiment, mais la flamme intérieure sera toujours vivace, quand ce ne serait que pour ses amis, surtout pour ses enfants, les enfants de ses enfants et pour les malheureux. Non, le cœur d'une femme ne se ride jamais : c'est là une vérité connue, vulgaire même, et par cela hors de contestation.

On a dit que chez les femmes tout était porté à l'extrême, et on l'a dit avec raison : fermes et passionnées dans la vertu, hardies, intrépides dans le vice, elles dépassent souvent toutes les bornes ; mais quiconque les a étudiées *physiologiquement* comprend qu'il en doit être ainsi. Douées d'une vive sensibilité, naturellement portées à l'exaltation des sentiments, elles se lancent parfois dans le bien ou dans le mal avec une prodigieuse facilité. Ainsi, extrêmement bonnes ou mauvaises, anges ou démons, amies dévouées ou implacables ennemies, douces et humbles, fières et hautaines, capables de tous les dévouements, de tous les sacrifices, vindicatives et d'une rancune sans pitié, le désordre des

voyages, un régime alimentaire nouveau, un exercice journalier, des occupations agréables, etc., sont des moyens qui, tous les jours, rendent des services signalés dans le traitement des maladies.

Nous nous arrêterons à l'examen des causes déterminantes et des causes spécifiques. Le thérapeutiste a besoin de connaître ce que sont ces causes, comment elles agissent sur l'organisation, et ce que l'on pourrait faire contre elles.

CAUSES DÉTERMINANTES DES MALADIES.

Les causes des maladies que l'on a nommées déterminantes ont un caractère qui leur est commun ; elles font violence à la loi biogénique. Ces causes suscitent un trouble dans l'exercice actuel des fonctions ; elles impriment une secousse, un ébranlement à l'organisation. On distingue parmi elles un refroidissement subit quand le corps est échauffé, une course forcée, un exercice trop prolongé, un excès de liqueurs alcooliques, une indigestion, une peur, un saisissement, un accès de colère, etc.

Le trouble qu'une cause déterminante fait naître dans l'organisation peut se calmer. Aucune lésion ne s'est formée, et la loi biogénique a rélabli son autorité un instant compromise. Mais les choses ne se passent pas toujours aussi heureusement. La perturbation que l'économie animale a ressentie a laissé un état de malaise, d'accablement ; il y a de la tristesse, de l'inappétence, un sommeil agité, etc. L'ordre normal est interrompu, des lésions tendent à se produire.

Cet état pendant lequel la santé a perdu son intégrité dure plusieurs jours. Le médecin est rarement consulté alors. Il aurait cependant des services à rendre. Aider la force vitale à remettre l'organisation dans sa condition première, faire avorter les lésions qui commencent, conjurer une maladie qui n'est que contingente : voilà des indications d'une haute importance. Cette médecine préventive promet à l'humanité de grands avantages; la science pathologique ne lui accorde pas l'intérêt qu'elle mérite.

La saignée, la diète, le repos pendant quelques jours, la chaleur du lit, une transpiration provoquée par une boisson légèrement excitante, etc., ont fréquemment prévenu le développement d'une maladie qui était imminente.

On a vu une boisson alcoolique prise à une dose assez élevée faire cesser un trouble de la santé qui était le prélude d'une maladie. Il est incontestable qu'un émétique donné au moment de l'invasion d'une fièvre en a souvent borné le cours. Nous pourrions dire la même chose des purgatifs. Ce qui manque à l'emploi prophylactique de ces moyens, c'est d'être dirigés par des principes qui sont encore mal établis.

Rappelons ici ce que fait le quinquina dans le traitement des fièvres intermittentes. Il n'y a pas de trouble fébrile, le corps n'est pas dans une condition pathologique, quand on administre ce médicament. Ce que l'on attend de son action, c'est qu'il empêchera le mouvement initial de l'accès, c'est qu'il s'opposera à la naissance du frisson. Serait-il insensé, celui qui, prévoyant le début prochain d'une fièvre typhoïde, prescrirait pendant quelques jours 30 à 40 centigrammes de sulfate de quinine ?

La cause déterminante d'une maladie aiguë reste souvent obscure, douteuse, incertaine. La cause déterminante d'une maladie chronique est encore bien plus difficile à assigner. Les lésions dans les dernières maladies se forment lentement ; elles sont longtemps secrètes ; leur origine ne se laisse pas facilement découvrir.

CAUSES SPÉCIFIQUES DES MALADIES.

Nous citerons d'abord comme des causes spécifiques des maladies, les principes contagieux de la variole, de la rougeole, de la scarlatine, les virus de la syphilis, de l'hydrophobie, les marasmes qui donnent naissance à des fièvres.

Toutes les causes se présentent à l'esprit comme des germes qui, introduits dans l'organisation, ont la faculté de produire une maladie déterminée. Ces germes éprouvent d'abord comme une sorte d'incubation. Après un temps ordinairement fixé, ils entrent en action et suscitent une maladie spéciale qui a des signes invariables, des lésions qui la caractérisent, un temps donné pour chacune de ses périodes. Citerons-nous la rougeole, dont la durée est de huit à neuf jours, et qui présente d'abord la lésion de l'appareil de l'innervation d'où dépend le frisson, puis l'irritation de l'appareil circulatoire qui produit la fièvre ? En même temps existe une phlogose de la conjonctive, de la membrane pituitaire, de la surface des bronches. Le troisième jour, paraît un exanthème érythémoïde qui se dissipe le septième ou le huitième.

La variole, la rougeole, la scarlatine ne peuvent être assimilées aux maladies qui constituent les lésions organiques qui se forment accidentellement dans le corps. Les premières sont régies par la cause même qui les a engendrées. Elles ont une durée limitée, des phases assignées, des symptômes qui les spécifient; de plus, elles se reproduisent. Pendant qu'elles existent, de nouveaux germes contagieux se forment. Introduits dans d'autres corps, ils font renaître la même affection. Ces maladies sont soumises à une régularité telle que leur cours rappelle l'existence d'un être organisé. Naissance, durée, évolution, terminaison, reproduction, tout est constant, tout est régié par la cause même de la maladie.

Nous supposons ici que la petite vérole, la rougeole, la scarlatine suivent leur marche régulière, que ces maladies sont simples ou, comme on dit, bénignes, qu'elles ne suscitent dans l'organisation que les lésions qui leur sont propres. Si ces maladies deviennent l'occasion du développement de lésions graves ; si une phlogose s'allume sur les organes respiratoires ; si une irritation envahit la pulpe médullaire du cerveau, de la moelle épinière; si les plexus des nerfs ganglionnaires prennent une condition morbide, etc., ces maladies sont alors comme déformées. On les dit irrégulières ; elles deviennent menaçantes; elles peuvent être promptement mortelles.

Dans les fièvres éruptives qui nous occupent, le thérapeutiste n'a pas le moyen d'agir contre la cause spécifique qui les produit. Tant qu'elles suivent leur cours ordinaire, qu'elles ne se compliquent pas, il se borne à un traitement adoucissant. Il suit avec attention l'évolution de la maladie; il prédit avec assurance tout ce qui doit arriver; il s'occupe d'éloigner les influences extérieures qui pourraient déranger la marche du travail morbide. Il n'a recours à des agents énergiques que si des lésions redoutables viennent lui imposer le devoir de les combattre avec vigueur.

Nous noterons, comme une cause spécifique, les molécules saturnines, lorsqu'elles sont introduites par l'absorption dans l'organisation. La maladie à laquelle ces molécules donnent naissance a un caractère spécial. Ce sont ces molécules qui opèrent la modification morbide qu'éprouvent alors les plexus nerveux de l'abdomen et la moelle épinière, et d'où dépendent la constipation, les douleurs, les paralysies, etc. La nature des moyens aux-

---

actions ou la vertu la plus sévère, le sensualisme orgiaque ou la chasteté virginale de la jeune chrétienne, la bacchante échevelée ou la matrone la plus rigide, tout cela se voit dans les femmes, et tout s'explique en raison de leurs aptitudes organiques originelles, puis de la direction plus ou moins heureuse donnée par l'éducation, les habitudes, etc., à ces mêmes facultés. Fontenelle dit que les *grâces* et les *furies* sont du même sexe, et sa remarque est pleine de justesse. Lucrèce, Cornélie, Messaline, en sont les témoignages historiques. Dans notre révolution, mademoiselle de Sombreuil, la vertueuse Élisabeth, sœur de Louis XVI, et Théroigne de Méricourt, morte folle à la Salpêtrière, il y a peu d'années; ces douces femmes montant à l'échafaud, la vertu dans le cœur, les yeux au ciel, et ce qu'on appelait les tricoteuses de la convention, les furies de la guillotine, sont aussi des exemples des étonnants contrastes qu'ont présentés les femmes à toutes les époques.

Le caprice, la légèreté, l'inconstance, qui les caractérisent, le désir de plaire surtout, qu'on a comparé au feu sacré qui ne s'éteint jamais, cet art de plaire même avec les mœurs les plus pures, tiennent également à la loi physiologique dont j'ai parlé. La même cause qui fait qu'elles sentent vivement fait aussi qu'elles ne sentent pas longtemps, et par une évidente conséquence, on explique le chagrin qu'elles éprouvent quand les années se multiplient et qu'elles n'ont su qu'être belles, chagrin profond et trop réel. Comment en serait-il autrement? On n'est jamais détrôné impunément; toute abdication demande du courage. La vanité qui leur est tant reprochée par leurs injustes détracteurs tient à la même source de constitution organique et physiologique; il en résulte que chacune d'elles voulant attirer exclusivement les hommages, l'amitié des femmes entre elles est un phénomène qui se voit rarement. Elles manquent entièrement d'esprit de corps, et madame de Puisieux, je crois, se serait-elle trompée quand elle a dit : « *Non, pas une sainte ne trônerait au ciel, si son sexe en avait eu les clefs*? » Mais ce qu'on ne saurait nier, ce qui a été observé dans tous les temps, c'est ce penchant des femmes à soulager les pauvres, les malheureux, les infirmes; c'est cette vocation de sœur grise, comme on l'a dit, qui se remarque chez toutes, même chez les plus perverses. La charité, cette bonne et sainte fille du ciel, semble en effet inspirer les femmes ; elles ont en outre un art singulier, une délicatesse toute particulière pour soulager ceux qui souffrent de l'âme et du corps. Il y a bien longtemps qu'on dit : *Ubi non est mulier, ibi ingemiscit æger*, « là où il n'y a point de femme, là gémit le malade. » Or qui le sait mieux que les prêtres et les médecins?

La dissimulation, la fausseté, autre reproche adressé aux femmes dès l'origine des siècles de la civilisation, est une suite non moins évidente de leur faiblesse, dont le principe est dans l'organisation qu'elles ont reçue de la nature. Oui, on peut trouver un cœur d'or, simple et naïf dans une charmante enveloppe; il est possible aussi d'y rencontrer une âme sèche et cupide. Ce visage si blanc, si frais, si rose de mai, cet air ingénu, réservé, indiquent la vierge modeste et pudique ; mais c'est quelquefois aussi le masque de la ruse, de l'astuce, d'une coquetterie perfide et raffinée. Les grâces *félines* dont on a tant parlé, ces douces et fausses câlineries d'une jeune et jolie femme ayant un but secret à atteindre, tiennent aux mêmes aptitudes originelles et physiologiques. Ainsi les femmes sont dissimulées par leur faiblesse naturelle et par leur position sociale, qui en est la suite; mais c'est souvent aussi par défaut de justice

quels cèdent les accidents de ces maladies, démontre encore la spécificité de leur cause.

Quand on considère l'action et les effets des causes spécifiques de maladie sur l'économie animale, on conçoit qu'il serait possible de les détruire, de prévenir leurs agressions.

1° On peut attaquer, anuihiler les germes morbifères avant qu'ils aient pénétré dans l'organisation. C'est ainsi qu'à l'aide des fumigations, on purifie l'air atmosphérique, ou détruit les miasmes contagieux, les émanations animales qu'il recèle; c'est ainsi qu'après la morsure d'un chien enragé, d'une vipère, on pour une piqûre qui aurait laissé sous la peau une matière putride, on s'oppose à l'absorption du venin, en cautérisant, en dénaturant la partie du corps qui l'a reçue. Un écoulement de sang, favorisé par une ventouse, tend à empêcher les principes morbifères de s'introduire dans le corps.

2° Lorsque l'absorption a eu lieu, le thérapeutiste peut tenter, pendant la période d'incubation, de faire sortir de l'organisation, d'expulser par les voies sécrétoires et exhalantes, les germes, les virus, qui auraient pénétré dans le sang. On a donné avec cette intention des sudorifiques, des diurétiques, des purgatifs: mais les succès sont restés douteux.

3° Le thérapeutiste peut poursuivre les germes morbifères dans les corps qui les recèlent: il peut les attaquer pendant qu'ils agissent. Ainsi nous voyons les préparations mercurielles éteindre la cause des affections syphilitiques, faire disparaître les lésions qu'elle provoque. La découverte de médicaments, de procédés qui auraient la faculté de détruire les autres virus, pendant qu'ils sont en action sur l'économie animale, serait d'autant plus précieuse qu'il n'est pas probable que les principes miasmatiques qui donnent naissance aux fièvres contagieuses, par exemple, perdent leur puissance, cessent leurs agressions, pendant le concours de ces maladies. N'est-ce pas à la présence de ces principes dans l'organisation qu'il faut attribuer les mutations si profondes, si graves, qu'éprouvent le sang et les organes? Les germes contagieux qui se produisent alors, qui sortent par tous les pores, restent-ils inactifs sur le corps même qui les forme?

4° Serait-il impossible de donner à l'économie animale une disposition intime qui la rendrait insensible à l'action des germes morbifères? Dans la condition que nous supposons, les attaques de ces germes resteraient impuissantes; l'état de l'organisation les frapperait de stérilité? N'a-t-on pas prétendu que la belladone garantissait de la scarlatine. L'aptitude originelle que nous apportons à contracter la petite vérole, n'est-elle pas effacée quand nous avons eu cette maladie? n'est-elle pas ordinairement enlevée par la vaccine? La même immunité n'est-elle pas acquise aux personnes qui ont eu la rougeole, la scarlatine? Les germes de ces maladies n'ont plus de prise sur elles.

Que plusieurs personnes s'exposent à la contagion du même virus, des mêmes miasmes, il en est qui n'éprouveront rien, pendant que d'autres auront des maladies sérieuses. A part les circonstances qui chez l'un pourront favoriser l'absorption, qui l'entraveront chez d'autres, ne faut-il pas reconnaître qu'il y a dans l'organisation de certains individus des dispositions secrètes qui repoussent les atteintes des virus et des miasmes, tandisque chez d'autres, ces virus et ces miasmes se développent avec une activité étonnante?

Il est des maladies bien différentes de celles que nous venons de voir, et qui paraissent aussi dues à des causes spécifiques. Ces maladies ne sont pas contagieuses; les causes qui les produisent se forment et restent dans l'organisation: nous voulons parler de la goutte, de certaines douleurs névralgiques que l'on nomme des rhumatismes. Nous ajouterons: ces corps parasitiques qui naissent sur nos organes, s'y implantent, se développent en absorbant la substance organique de la partie à laquelle ils sont attachés, et se multiplient comme le cancer, les tubercules.

Le thérapeutiste trouve une cause spécifique à combattre dans les empoisonnements. Si la substance vénéneuse est dans l'estomac, c'est contre elle qu'il dirige ses moyens. Si les molécules de la matière toxique ont été absorbées, il s'occupe des lésions qu'elle fait naître.

Les entozoaires qui se développent dans le tissu des organes ou dans une cavité du corps, sont pour le thérapeutiste une cause spécifique qu'il cherche à détruire par des moyens spéciaux.

C'est une cause spécifique qu'il trouve dans les asphyxies, qui sont la suite de la respiration d'un gaz délétère, ou d'un gaz qui n'opère plus la conversion du sang veineux en sang artériel.

Enfin, nous noterons comme une cause spécifique de maladie, les concrétions, les calculs qui se sont formés dans la vessie, dans le canal cholédoque.

C'est seulement contre les maladies qui sont dues à des causes spécifiques que l'on peut espérer de découvrir des remèdes scientifiques. Il n'en existe pas pour les maladies que produisent les lésions organiques qui se forment accidentellement dans le corps.

(La suite au prochain numéro.)

THÉRAPEUTIQUE CHIRURGICALE.

MÉMOIRE SUR LE TRAITEMENT DE L'ASCITE PAR LES INJECTIONS IODÉES; par M. BOINET.

(Suite. — Voir les numéros 31 et 33.)

Obs. XIV. — En 1847, M. le docteur Leriche (de Lyon) présentait à la Société médicale d'émulation de Lyon une observation d'ascite guérie radicalement par une seule injection iodée, pratiquée le 11 mars 1847. Le sujet de cette observation est une jeune fille de 17 ans, de faible constitution, réglée assez régulièrement depuis l'âge de 14 ans, affectée, depuis quatorze mois, d'hydropisie ascite et soumise à l'injection iodée dans le péritoine. Cette jeune malade vit augmenter le volume de son ventre à la suite d'une affection légère des voies respiratoires, qui ne donna lieu à aucuns phénomènes généraux. Plusieurs médecins employèrent alors, mais sans succès, les diurétiques et les purgatifs drastiques. Le 8 mars 1847 M. Leriche entreprend le traitement; il trouve l'état général de la malade assez satisfaisant; toutefois le ventre présente au-dessous de l'ombilic un son mat et une circonférence de 1 mètre 7 centimètres, avec légère infiltration des membres inférieurs. Le 11 mars, assisté de M. Conche, il pratique la ponction et obtient onze litres d'un liquide jaunâtre, puis il injecte la solution suivante:

Teinture d'iode.	32	grammes.
Iodure de potassium.	4	—
Eau.	200	—

120 grammes seulement de cette solution peuvent s'écouler de l'abdomen après différentes pressions. La nuit suivante, quelques douleurs du côté de l'abdomen, un peu de météorisme et des borborygmes; urines abondantes, diminution du

---

qu'elles ont conquis leur pouvoir. En effet, beaucoup d'entre elles, *en puissance de mari*, se servent de leur adresse, de leur patience, de leur finesse d'observation, pour se moquer du droit et s'emparer du fait. Quel mal y a-t-il à cela? Presque toujours on pourrait dire avec le poète La Mothe:

Faiblesse et ruse est un bon lot,
Qui vaut bien puissance et sottise.

Remarquons encore, toujours sans nous écarter des lois physiologiques qui régissent leur constitution et de cette active sensibilité dont elles vivent, dont elles sont si amplement gratifiées, que les femmes poussent beaucoup plus loin que les hommes le sacrifice, le dévouement et l'abnégation, dans quelque sens qu'on l'entende. Par cela même, c'est-à-dire par cette facilité d'exaltation, elles ont pour ce qui les amuse une force, une energie qui tient de l'heroïsme. Dans ce cas, il n'y a plus pour elles ni fatigues ni dangers. Cette remarque n'est pas nouvelle; car un homme d'esprit, ministre sous la restauration, M. de Martignac, disait que les femmes coquettes et aimant le plaisir étaient de fer et n'avaient jamais froid. Il est certain que telle femme délicate et frêle supportera, dans une circonstance donnée, des fatigues que n'oserait braver l'homme le plus robuste, tant sont remarquables sur ce sexe l'amour du plaisir, la puissance de l'imagination. Du reste, il ne faut pas perdre de vue que la trame délicate de l'organisme féminin, que cette extrême impressionnabilité qui fait ses défauts et ses qualités, tiennent à des fins supérieures pour la perpétuité de la race, le soin d'élever la famille et les rapports sociaux. Roussel n'oublie pas d'en faire la remarque: « On dirait que, dans la femme, la nature a tout fait pour les grâces et pour les agréments, si on ne savait qu'elle a eu un objet plus essentiel et plus noble, qui est la santé de l'individu et la conservation de l'espèce. C'est ainsi que, dans toutes ses opérations, la beauté naît d'un ordre qui tend au bien, et qu'on ne voulant faire que ce qui est utile, elle fait nécessairement en même temps tout ce qui plaît. »

Nous ne pousserons pas davantage ces considérations; elles nous entraîneraient trop loin, car le sujet est inépuisable. Elles suffiront néanmoins pour prouver qu'il y a une concordance parfaite entre le type physiologique de la femme et ses aptitudes intellectuelles et morales; qu'il est possible par cette étude d'expliquer sa manière d'être, de penser et d'agir, enfin de comprendre jusqu'à un certain point les louanges de ses enthousiastes admirateurs et les sarcasmes de ses détracteurs infortunés. Admettons que le cœur de la femme est un pays où il y aura toujours des régions inconnues, toujours est-il néanmoins qu'en partant du principe posé, ces régions diminueront de plus en plus; peut-être même un jour la carte topographique en sera-t-elle aussi exacte que complète.

Une des conséquences les plus évidentes de ces réflexions consiste aussi dans les soins hygiéniques qu'exige un organisme aussi frêle, aussi nerveux, aussi susceptible d'impressions vives que celui de la femme. C'est un mode particulier de l'organisation humaine; ce mode exige donc aussi des soins particuliers. Toutefois ces soins doivent être éclairés, judicieux, bien loin de se résoudre en une vie molle, inactive, indolente. Malheur à celles qui, manquant de jugement ou de force morale, s'abandonnent aux amorces d'un luxe énervant et monstrueux! Outre qu'elles vieillissent rapidement, elles sont un peu plus

ventre; gaz intestinaux vers le troisième jour; enfin, les jours suivants, jusqu'au 21 mars, sont marqués par de la faiblesse, un peu d'insomnie, une évacuation d'urines plus abondantes et plus claires. A partir de ce moment jusqu'au 30, époque de la guérison complète, on voit progressivement augmenter les forces, l'appétit, et diminuer d'autant le volume du ventre. (JOURNAL DE MÉDECINE DE LYON.)

Le fait suivant appartient encore à M. Leriche; mais quoiqu'il n'ait pas été suivi de guérison, il n'en démontre pas moins l'innocuité des injections iodées dans le péritoine.

OBS. XV. — Chez une femme de 58 ans, affectée d'une ascite symptomatique d'une cirrhose du foie, M. Leriche fit successivement, à quinze jours d'intervalle, deux injections iodées, dont il ne donne pas la formule. Le liquide se reproduisit après la deuxième comme après la première injection, mais il y eut chaque fois à peine quelques coliques, et si la malade ne retira aucun bénéfice de l'opération, elle n'en éprouva non plus aucun accident.

Le docteur Rul-Ogez a communiqué à l'Académie de médecine de Belgique un cas d'ascite chronique, guérie par une injection iodée. Le petit malade, âgé de 7 ans, fut opéré le 8 septembre 1847. Un succès complet a couronné cette méthode curative.

OBS. XVI. — Joseph Moreau, aujourd'hui âgé de 7 ans, après une maladie dans le ventre accompagnée de fièvre qu'il fit il y a trois ans, et dont ses parents ne peuvent guère me donner une description satisfaisante, vit son ventre augmenter insensiblement de volume, tout en restant pâle, faible et souffrant. Les parents s'adressèrent à beaucoup de médecins qui firent subir à leur enfant divers traitements tout à fait infructueux, parmi lesquels les purgatifs et les diurétiques ne furent pas ménagés; enfin, en désespoir de cause, et après avoir épuisé par trois années de vaines tentatives leurs faibles ressources pécuniaires, l'enfant fut placé au mois de juillet dernier à l'hôpital des Enfants malades; son ventre, à cette époque, était tellement distendu, que la marche était devenue impossible et que l'état d'orthopnée croissant réclama, à la fin du mois de juillet, l'opération palliative de la paracentèse, au moyen de laquelle on évacua du ventre environ un seau ordinaire plein de sérosité; mais l'avantage qu'en recueillit le patient ne fut pas de longue durée, car à peine huit jours s'étaient-ils écoulés depuis la sortie du liquide abdominal, que déjà le ventre avait récupéré son volume primitif. L'enfant fut renvoyé chez lui comme incurable au mois d'août dernier, et peu après il me fut adressé. Son ventre, énormément distendu, couvrait en partie les cuisses et empiétait sur les cavités thoraciques; la fluctuation était des plus manifestes; l'orthopnée était excessive; il ne dormait plus qu'à de rares intervalles; bien plus, une violente inflammation de la partie inférieure du tube digestif, caractérisée par une diarrhée sanguinolente, était venue se joindre à l'affection existante et compromettait doublement la vie du malade.

Avant de rien tenter contre l'ascite, je m'efforçai de faire disparaître l'inflammation accidentelle, ce que j'obtins heureusement; mais alors l'état d'horrible dyspnée exigea impérieusement l'opération de la paracentèse, que je pratiquai le 8 septembre dernier. J'évacuai ainsi plus de 10 litres de sérosité citrine, et après un nouvel examen du ventre, qui me permit de m'assurer que tous les organes de cette cavité paraissaient être sains, et que j'avais bien réellement affaire à une ascite, j'injectai dans la cavité péritonéale, par la canule du trocart, un mélange de 3 onces d'eau tiède et de 3 gros de teinture d'iode. Par des frictions douces, je fis circuler le mélange par toute la cavité péritonéale. Lorsqu'au bout de quelques minutes je voulus faire ressortir la solution, je vis avec surprise qu'il ne s'écoulait par la canule qu'une très-petite quantité de sérosité jaunâtre. Sans m'inquiéter du séjour de la majeure partie de l'injection dans la cavité péritonéale, je retirai la canule. Le patient n'avait presque point accusé de douleur pendant l'opération.

Le jour même et le lendemain, il se déclara une légère péritonite, caractérisée par la fièvre, l'accélération, le resserrement et la petitesse du pouls, quelques vomissements bilieux, une grande sensibilité et la distension tympanique du ventre. Cette réaction inflammatoire ne dépassant pas les limites qui me parurent favorables à la guérison, je me bornai, pour toute médication, à prescrire le repos, la diète absolue et des boissons délayantes. Au bout de cinq ou six jours, toute trace inflammatoire avait disparu; mais un épanchement modéré avait reparu dans la cavité abdominale, reconnaissable par une fluctuation sourde. Cependant le ventre, devenu indolent, avait perdu les cinq sixièmes de son volume. Je recommandai alors un régime fortifiant; je favorisai les évacuations alvines et vésicales, etc. Un succès complet a couronné cette méthode curative, et aujourd'hui, près de quatre mois après l'opération, il ne reste à ce pauvre enfant que le souvenir de sa longue et cruelle maladie.

ASCITE CHRONIQUE, SUITE DE FIÈVRES INTERMITTENTES, CHEZ UN JEUNE GARÇON DE 13 ANS, TRAITÉE AVEC SUCCÈS PAR L'INJECTION IODÉE; par le docteur VOLLAND, médecin à Varennes (Maine-et-Loire). (Observation adressée à M. Boinet.)

OBS. XVII. — Depuis dix mois, je donnais des soins à un jeune garçon âgé de 13 ans, nommé Louis Busson, pour une ascite qui datait de plusieurs années, et qui s'était développée à la suite de fièvres intermittentes. Ces fièvres, qui sont endémiques dans le pays où j'exerce, avaient amené chez mon jeune malade un engorgement du foie et de la rate. Le premier de ces organes était assez volumineux pour déborder de quatre à cinq doigts les fausses côtes, ce qu'il était facile de constater toutes les fois que je faisais une ponction pour vider la cavité péritonéale. Pour combattre cette ascite et les causes qui l'avaient produite, j'avais essayé tous les moyens préconisés en pareil cas : sulfate de quinine, quinquina sous toutes les formes, toniques, ferrugineux, purgatifs, diurétiques, altérants, etc., tout avait échoué. Dix-huit fois déjà j'avais pratiqué la ponction, à laquelle j'étais obligé de revenir tous les quinze jours pour soustraire cet enfant à la gêne de la respiration, à l'asphyxie, occasionnées par la grande quantité de liquide qui s'accumulait dans la cavité péritonéale et refoulait les organes thoraciques. Chaque ponction fournissait 10 à 12 litres de liquide transparent et de couleur citrine. Malgré tous mes efforts pour soulager ou guérir cet enfant, l'affection se montrait toujours aussi rebelle; elle minait le petit malade, qui ne pouvait plus quitter la chambre. Il était voué à une mort certaine. Ne sachant plus que faire, et enhardi par vos publications sur les bienfaits des injections iodées dans plusieurs cas graves, désespérés, je fis part aux parents de la seule ressource qui pouvait nous rester, ressource que je ne regardais pas sans grande gravité et de laquelle, je dois le dire, je n'attendais pas un résultat aussi prompt et aussi complet que celui que j'ai obtenu. Les parents me donnèrent tout pouvoir d'agir pour guérir leur pauvre enfant.

Le 27 avril 1848, après avoir retiré comme à l'ordinaire dix litres de liquide de la cavité péritonéale, j'injectai dans cette même cavité, par la canule du trocart, la préparation suivante : eau distillée, 120 grammes; teinture d'iode, 30 grammes. Mon jeune malade était couché sur le dos et un peu sur le côté gauche; je le fis mettre sur le côté droit et comprimai légèrement les parois abdominales, pour mettre la vaste surface péritonéale en contact avec la liqueur injectée. Au bout de cinq minutes, il s'écoula par la canule à peu près le quart de la liqueur injectée. Le jeune Busson ne ressentit, au moment de l'injection, qu'une légère douleur, ne poussa aucun cri, et ne laissa échapper aucune plainte. Je recommandai aux parents de le tenir chaudement, de mettre sur son ventre des linges chauds, et de faire des frictions sur les cuisses et les parois abdominales avec de l'onguent napolitain. Eau de tilleul pour boisson, diète absolue.

Le lendemain 28 avril, vingt-quatre heures après l'opération, je visitai mon jeune malade : il était dans un état très-satisfaisant; il avait eu un peu de sommeil la nuit, son ventre n'était ni douloureux ni tuméfié; la chaleur de la peau était normale, et le pouls régulier sans fréquence. La soif n'était point vive; il réclamait des aliments : un léger bouillon lui fut permis. Les frictions mercu-

---

tôt, un peu plus tard, la proie d'affreuses maladies. Une de leurs moindres infirmités est la maigreur squelettique ou l'embonpoint disgracieux, ce polype qui saisit la beauté et l'étouffe lentement dans ses molles étreintes. Les femmes sont comme les fleurs, auxquelles on les a si souvent comparées : elles ont besoin d'air, de soleil, de lumière. Tels sont les éléments du véritable *élixir de beauté* qui leur convient.

Diane de Poitiers, dont la fière devise était en parlant de l'amour : *Omnium victorem vici*, « j'ai vaincu le vainqueur de tous, » Diane, qui conserva si longtemps un amant beaucoup plus jeune qu'elle; Ninon de l'Enclos, qui inspira des passions dans l'âge le plus avancé, avaient un art parfait de s'appliquer les règles d'une hygiène bien entendue. Dédaignant ces petits soins de boudoir et de toilette vulgaire, se gardant bien d'enduire une peau fine et rosée d'une couche de graisse saturée de minéral, l'exercice, le grand air, l'activité, maintinrent longtemps la pureté de leur sang et l'éclat de leur teint. Ce qu'il y a de certain, c'est que la beauté et la santé ont les plus étroits, les plus constants rapports; elles sont pour ainsi dire solidaires. Est-il possible, en effet, de regarder comme beauté cette pâleur, cet étiolement de certaines femmes qui semblent condamnées à une convalescence prolongée? La grâce plaît par-dessus tout, mais la grâce naturelle; or peut-on y prétendre quand on est toujours languissante et brisée par le mal? Oh! c'est un grand art que celui d'étayer, de conserver le plus longtemps possible des attraits que le temps commence à sillonner sans pitié.

Nous renvoyons pour les détails aux règles hygiéniques indiquées dans le petit volume dont nous avons parlé, et qui n'est nullement susceptible d'analyse. Toutes ces règles sont bien choisies; toutes méritent d'être méditées et appliquées. On sent qu'elles sont le résultat évident d'un savoir profond, d'une expérience consommée. On y trouve d'ailleurs un mérite assez rare de nos jours : c'est de convaincre avec des phrases très-simples et des raisons très-fortes.

RÉVEILLÉ-PARISE.

— On écrit de Gênes, 21 août :

« Le conseil général maritime de santé ayant appris que la fièvre jaune a éclaté à la Havane, a soumis les provenances de Cuba aux mêmes règles que celles du Brésil. Le même conseil ayant su que la maladie régnante aux États-Unis d'Amérique et sur le Mississipi était le choléra et non la fièvre jaune, a réduit à six jours la quarantaine imposée aux provenances de ces pays. »

— Il règne dans ce moment à Saint-Léonard (Haute-Vienne) une épidémie sur les enfants. La maladie commence par la rougeole et se termine par une espèce de cholérine qui les enlève en peu de jours. Il est mort près de quarante enfants dans la ville dans l'espace de quinze à vingt jours. On a constaté jusqu'à 7 décès dans la même journée.

— D'après le NEW-YORK HERALD du 19 août, le choléra fait toujours de nombreuses victimes à Louisville. Le 14 août, il s'était déclaré 20 nouveaux cas, qui pour la plupart se sont terminés malheureusement. On attribue cette recrudescence de l'épidémie aux pluies et à la forte chaleur, qui n'ont pas discontinué depuis longtemps.

rielles n'avaient pas été faites, j'ordonnai aux parents de ne pas les oublier; étant éloigné de 28 kilomètres de mon malade, je ne pouvais le visiter tous les jours.

Je le revis le 2 mai; il était toujours dans une position très-satisfaisante, réclamait avec instance de la nourriture: je lui permis des potages. Les jours suivants, il continua à bien se trouver et, le 15 mai, le jeune Bossu commença à se lever. Son ventre n'était ni douloureux ni tuméfié, il ne contenait plus de liquide, toutes les fonctions s'exécutaient bien et les forces revenaient peu à peu. A la fin de mai, il n'y avait aucune trace de liquide dans le péritoine, et le ventre n'était le siége d'aucun phénomène digne d'être noté. Plus tard, cet enfant, qui avait une mauvaise alimentation et qui, pendant l'absence de ses parents, se nourrissait de fruits verts, succomba à une diarrhée colliquative. Le péritoine ne contenait point de liquide; malheureusement l'autopsie n'a point été faite (1).

INJECTION IODÉE DANS LE PÉRITOINE (HYDROPISIE ASCITE DEPUIS HUIT MOIS); GUÉRISON (2); par le docteur LERICHE (de Lyon).

OBS. XIX. — Madame Robert, âgée de 38 ans, d'une bonne constitution, mariée depuis quinze ans, n'a jamais eu d'enfant. Vers la fin de septembre 1847, cette femme nous racontе qu'elle se sentait indisposée depuis plusieurs semaines, mais que la nécessité de travailler faisait qu'elle s'occupait peu de son état maladif, quand un jour elle fut au Rhône laver du linge, par une pluie très-froide, ayant ses règles. Le soir, en rentrant chez elle, elle se mit au lit, à cause de douleurs vives qu'elle éprouvait dans le ventre et de lassitude dans les jambes; elle s'aperçut que ses menstrues ne coulaient plus; plusieurs jours se passèrent ainsi, faisant peu de chose: quelques infusions de fleurs de mauve et des frictions avec de l'huile camphrée sur le ventre, qui était très-douloureux.

Elle attendit ainsi patiemment une nouvelle époque menstruelle, pensant qu'elle se trouverait complétement débarrassée; ce qui eut lieu en effet, mais sans que le ventre, qui avait déjà pris un certain volume, diminuât, et il y avait toujours un peu de douleur vers le bas-ventre.

Enfin, deux mois après, elle vit un médecin qui lui conseilla des purgatifs et des frictions avec la teinture de seille. Puis vint le tour des commères. Mais le ventre grossissant toujours, et les règles ne venant plus régulièrement, il y a de la gêne dans la respiration par suite du refoulement du ventre; l'abdomen, mesuré à la région ombilicale, avait 137 mètres de circonférence, la peau est tendue et luisante. La percussion sus-ombilicale fait reconnaître la présence des intestins, et une matité complète dans tout le reste de son étendue; quelle que soit la position qu'on donne au ventre, cette matité ne se déplace point. On reconnaît aussi d'une manière très-manifeste la fluctuation d'un liquide; les extrémités inférieures sont légèrement infiltrées, il y a un peu d'anorexie, du reste, absence complète de réaction fébrile; les fonctions intestinales se font comme par le passé. Il est impossible, par cette présence du liquide, de reconnaître aucune tumeur dans le ventre. Nous conseillons à la malade l'opération de la paracentèse et une injection iodée, le cas échéant.

Le 21 juin, je pratiquai une ponction du ventre, et je retirai 16 litres d'un liquide jaune verdâtre, mielleux transparent, dont le poids était de 16 k. 800 gr. L'abdomen mesuré de nouveau ne donne plus que 82 centim. J'explorai alors avec soin les parois du ventre, et ne reconnus aucune espèce de tumeur. La cavité thoracique fut aussi explorée, et je ne trouvai rien qui pût me rendre compte de cette ascite.

Après cet examen, bien que la malade se sentît un peu affaiblie à la suite de cette opération, je résolus d'injecter le mélange suivant:

Teinture d'iode.	32	grammes.
Iodure du potassium. .	4	—
Eau. . . . . ,	250	—

A la suite de cette injection qui n'occasionna *que fort peu de douleur*, je cherchai à mettre tous les points de l'abdomen en contact avec le liquide, et en retirai la plus grande quantité. Je plaçai un bandage de corps et recommandai à la malade de rester au lit. (Bouillon de bœuf.)

Le 22 juin, la malade a peu dormi, légèrement agitée, de temps en temps des coliques assez fortes. L'abdomen ne paraît pas avoir acquis de volume, légèrement douloureux au toucher. Le pouls est un peu élevé. (Eau de chiendent cataplasmes de farine de lin, un grain d'opium pour la nuit; diète absolue.)

23 juin. Nuit bonne, ventre encore douloureux; mesuré, il donne 85 centim. On reconnaît encore la présence de liquide à la partie inférieure. (Même prescription qu'hier.)

26 juin. Nuit assez bonne; la douleur de l'abdomen a cessé; les urines coulent assez abondamment; désir d'aliments.

30 juin. Le succès se continue.

6 juillet. La malade se plaint toujours d'un peu de faiblesse; elle est pâle, paraît un peu amaigrie, se lève plusieurs heures dans la journée. Le ventre examiné semble revenu à son état normal; on ne reconnaît plus de liquide; il lui semble qu'il y a une espèce de bride qui s'étend du pubis à la partie inférieure du sternum, ce qui lui fait éprouver une sensation très-pénible.

Six mois après, nous revoyons la malade; elle se trouve très-bien. Aucun des symptômes qu'elle avait éprouvés n'a reparu. La sensation pénible qu'elle ressentait dans le ventre (produite probablement par des adhérences, provoquée peut-être sous l'influence de l'injection iodée) diminue chaque jour.

(1) M. le docteur Vollant, de Varennes (Maine-et-Loire), nous écrit qu'il avait encore obtenu un nouveau succès, dans un cas d'ascite traité par l'injection iodée. Nous espérons qu'il publiera cette nouvelle observation.

(2) UNION MÉDICALE, 1850, n° 19.

(*La fin au prochain numéro.*)

REVUE DES JOURNAUX DE MÉDECINE.

JOURNAUX ITALIENS.

(Suite.)

V. IL RACCOGLITORE MEDICO.

Les numéros de juillet à décembre 1850 contiennent: 1° *Sur la transmission de la syphilis des nourrissons aux nourrices*; par M. Petrini. 2° *D'un fœtus né monstrueux*; par M. Malaguti. 3° *Sur un cas de purulence de toute la masse du sang*; par M. Camillo. 4° *D'une plaie musculaire du cou, jugée grave; consultation médico-légale*; par M. Petrini. 5° *Programme à la nouvelle doctrine des fièvres, selon les principes de la restauration hippocratique italienne*; par M. Fr. Giovanni. 6° *Cas de grossesse trigémellaire*; par M. Malagnti. 7° *Monographie de la coqueluche*; par M. Gamberini.

SUR LA TRANSMISSION DE LA SYPHILIS DES NOURRISSONS AUX NOURRICES; par M. PETRINI.

Voici encore un fait, succinct il est vrai, mais empreint d'un cachet de sincérité qui peut bien remplacer quelques détails. Nous qui tenons à instruire complétement le grand procès de la transmissibilité de la syphilis congéniale, nous attachons, nu doit le comprendre, plus d'importance aux preuves recueillies par des témoins dégagés d'intérêts de doctrine qu'aux observations, plus significatives en apparence, des chefs d'école.

OBS. — En mars 1844, M. Petrini fut appelé à voir un nouveau-né, élevé à la campagne. Fruit d'un amour illégitime, il avait été confié à sa nourrice par une personne étrangère, qui pourvoyait largement à ses besoins. On ne connaissait pas ses parents; on savait seulement que sa mère était affectée de syphilis constitutionnelle lorsqu'il vint au monde. L'enfant, faible et chétif, ne tarda pas à présenter des ulcères dans la bouche et à l'arrière-gorge et des taches cuivrées sur la peau. Il alla en s'émaciant de jour en jour, et mourut à 3 mois.

La nourrice le voyant s'affaiblir graduellement, s'en prenait à la mauvaise qualité de son propre lait, et elle priait souvent deux de ses amies, deux sœurs, également nourrices, de donner le sein à son nourrisson. Celles-ci y consentirent plus d'une fois par compassion.

Bientôt elles commencèrent toutes les deux à avoir des ulcères au mamelon. Des douleurs ostéocopes parurent, puis des ulcères aux parties génitales. Elles en communiquèrent à leurs maris. Enfin, voyant dépérir leurs enfants jusque-là bien portants, elles appelèrent M. Petrini; celui-ci, sachant qu'il n'y avait aucun doute à élever sur l'honnêteté de ces femmes, reconnut bientôt l'origine et la filiation des symptômes. Chose remarquable! au milieu de cette propagation, la nourrice demeurait saine, et elle resta telle durant deux ans, pendant lesquels M. Petrini a eu fréquemment de ses nouvelles.

Les deux enfants moururent, malgré tous les remèdes employés, par suite d'ulcères à la bouche et à l'isthme du gosier, lesquels s'opposaient à la déglution, et de tubercules profonds qui causaient de l'insomnie et une agitation continuelle.

Un traitement local simple rendit la santé aux maris; ils n'eurent plus tard aucune suite de la maladie vénérienne.

Quant aux deux mères infectées, l'une recouvra la santé, grâce au traitement de Dzondi; l'autre fut forcée d'entrer à l'hôpital Saint-Jacques, de Rome, d'où elle sortit au bout de quelques mois, guérie de la syphilis, mais privée de la vision d'un œil, par suite d'une iritis.

L'auteur se demande pourquoi la nourrice demeura seule intacte, au milieu de cette transmission si facile et si multipliée de la syphilis. On peut sans doute l'expliquer en faisant observer que rien n'est constant, obligé, en matière de contagion; que, pour qu'un virus produise ses effets, certaines conditions sont nécessaires chez la personne qui s'expose à son influence. Mais on peut aussi soupçonner que cette nourrice, connaissant parfaitement le danger qu'elle courait, prenait des précautions contre l'infection, et que peut-être c'est justement pour s'y exposer le moins possible qu'elle priait si souvent ses voisines d'allaiter en sa place son nourrisson.

VI. GAZZETTA TOSCANA DELLE SCIENZE MEDICO-FISICHE.

Les numéros de juillet à décembre 1850 contiennent les articles suivants: 1° *Sur les causes de la mort subite et sur leur manière d'agir*; par M. Freschi. 2° *Relation d'un cas d'angioïte chronique avec ascite*; par M. Cusieri. 3° *Tumeur fibro-chondroïde, située entre la paroi abdominale et le péritoine, prise pour une glande inguinale hypertrophiée; erreur de diagnostic commise et publiée* par M. Foresi. 4° *Epingle en fer extraite de la vessie d'une jeune fille*; par M. Betti. 5° *Deux excroissances en forme de chou-fleur développées à l'extrémité de la langue*; par M. Moslardini. (La guérison en fut rapidement et facilement

obtenue par l'excision.) 6° *Histoire d'une surdité survenue par suite de la rupture de la membrane du tympan, guérie par l'application du coton humide;* par M. Bargellini. (Nouveau fait en faveur de la méthode anglaise dont nous avons plusieurs fois entretenu nos lecteurs.) 7° *Histoire d'une phlébite spontanée rapidement suivie de phénomènes d'infection et de la mort;* par M. Palamidessi. 8° *Sur les moyens de porter les remèdes à l'état de gaz dans la cavité du tympan;* par M. Bargellini. 9° *Sur l'incertitude où les autopsies laissent pour juger de la nature inflammatoire des maladies;* par M. Celle. 10° *Cas de gangrène sèche;* par M. Mostardini. 11° *De la cause première d'où procède la supériorité du bras droit et de la jambe droite;* par M. F. Pacini. (La différence tient à ce que le membre supérieur droit reçoit le sang par une artère plus courte et moins flexueuse que le gauche. Quant à la jambe droite, elle devient naturellement plus forte que la gauche, parce que ayant plus souvent occasion de fournir un point d'appui pour les mouvements qui se font avec le bras droit, cet exercice la développe.)

TUMEUR FIBRO-CHONDROÏDE, SITUÉE ENTRE LA PAROI ABDOMINALE ET LE PÉRITOINE, PRISE POUR UNE GLANDE INGUINALE HYPERTROPHIÉE; ERREUR DE DIAGNOSTIC COMMISE ET PUBLIÉE par M. FORESI.

La confession que M. Foresi met un si honorable empressement à faire à ses confrères leur sera d'autant plus profitable que l'erreur de diagnostic était ici presque inévitable, qu'elle a été partagée par plusieurs autres médecins, et qu'enfin l'auteur indique la cause à laquelle elle a été due. Consulté par une femme dont la paroi abdominale était amincie par un grand nombre de grossesses, pour une tumeur siégeant dans la région inguinale, il la considéra, vu la faible épaisseur des parties qui la recouvraient, comme sous-cutanée; puis ce premier jugement sur son siége le portant presque invinciblement à se faire une idée de sa nature, il la regarda comme formée par l'hypertrophie de l'une des glandes inguinales.

La malade qui portait cette tumeur depuis huit ans, désirant en être débarrassée, M. Foresi ne vit aucun inconvénient à en pratiquer l'extirpation. Mais il reconnut, dès les premiers coups de bistouri, qu'elle était plus profonde qu'il ne le pensait. Il paraît même que, durant le cours de l'opération, il incisa involontairement le péritoine; car les anses intestinales firent plusieurs fois issue au dehors, ce qui gêna considérablement la manœuvre de l'énucléation.

La cure, quoique traversée par une hémorrhagie interne fournie par le bout supérieur de l'épigastrique, se termina par une guérison complète; mais nous n'avons pas à la suivre jusqu'à la fin; il nous suffit d'avoir, par le véridique récit de l'auteur, montré à quelle méprise l'amincissement de la paroi abdominale peut exposer le chirurgien dans l'appréciation des tumeurs situées sous elle ou dans son épaisseur.

ÉPINGLE EN FER EXTRAITE DE LA VESSIE D'UNE JEUNE FILLE; par M. BETTI.

Nous avons fait connaître tout récemment (voy. GAZ. MÉD., 1851, p. 406) un instrument avec lequel M. Courty retira de la vessie d'un soldat une épinglette en fer. Le mécanisme que M. Betti a imaginé de son côté et fait fonctionner avec un plein succès, offre avec celui de notre confrère de Montpellier tant de points de similitude, qu'il serait superflu autant que fastidieux d'en donner ici la description détaillée. Il suffit de savoir qu'il repose sur le même principe d'un crochet allant à la recherche du corps étranger, puis l'attirant dans une forte canule métallique, contre les bords de l'ouverture de laquelle il l'oblige de se plier, de se doubler jusqu'à ce qu'il soit arrivé à l'extérieur.

La seule différence importante entre les deux instruments, c'est que dans celui de M. Betti la partie qui est chargée de saisir le corps étranger fait à la fois l'office de crochet et de pince; elle peut donc le charger et le serrer. Du reste cette addition, qui réalise un précieux avantage, était permise à M. Betti, puisqu'il s'avait à agir qu'à travers le court et large urètre de la femme, tandis que M. Courty, devant traverser le canal d'un homme, n'aurait pu employer le mécanisme de la pince.

Chez la jeune malade de M. Betti, on avait déjà essayé l'extraction avec des pinces longues et minces; puis ces mêmes pinces, aidées de l'action d'une canule, afin d'engager le corps étranger entre les deux instruments. Mais ces essais ayant échoué, on ne voyait plus d'autre ressource que la taille pour délivrer la malade. L'instrument indiqué ci-dessus, et que M. Betti fit exécuter à Florence, résolut heureusement la difficulté; il saisit l'épingle par l'union de l'un de ses cinquièmes avec les quatre autres cinquièmes, et plia en ce point et l'amena sans aucune difficulté, à travers la canule, au dehors.

D'après sa destination d'extraire de la vessie les corps flexibles, M. Betti propose pour cet instrument le nom de *cysticamptulique*.

SUR LES MOYENS DE PORTER LES REMÈDES A L'ÉTAT DE GAZ DANS LA CAVITÉ TYMPANIQUE; par M. BARGELLINI.

Plusieurs inconvénients peuvent être reprochés au mode ordinaire de pousser les vapeurs médicamenteuses dans la cavité tympanique, au moyen d'une sonde passée par la trompe d'Eustache. D'abord la présence même d'une sonde et son introduction réitérée sont très-pénibles pour le malade; et souvent cette manœuvre ne l'est pas moins pour le chirurgien. En second lieu, si on laisse les vapeurs pénétrer d'elles-mêmes, sans y ajouter aucune impulsion, très-souvent l'air que contient la caisse du tympan s'opposera à leur introduction. Veut-on, au contraire, les y pousser avec une certaine force, comment la calculer de façon à ce qu'il n'y ait aucun danger de rompre la membrane tympanique, ou de déterminer quelque emphysème pharyngien, à travers une petite rupture de la muqueuse accidentellement produite par le bec de la sonde?

Ces effets se sont observés plus d'une fois; et l'appréhension de les voir survenir contribue sans doute pour beaucoup à éloigner les médecins d'une opération qui fournit cependant de grandes ressources contre les maladies de l'appareil tympanique. M. Bargellini pense les conjurer par les modifications dont nous allons donner connaissance.

Il veut d'abord qu'on ne se serve pour cette manœuvre que d'une sonde à double courant, de telle sorte que le gaz puisse circuler dans la cavité du tympan, sans jamais y acquérir une tension dangereuse. Du reste, si le médecin compte sur l'action du gaz pour désoblitérer le conduit, il lui est aisé d'y parvenir, même avec la sonde à double courant. Il n'aura pour cela qu'à en boucher momentanément, en tout ou en partie, le canal de sortie avec le bout du doigt.

M. Bargellini ne croit pas nécessaire, pour les cas où il n'y a aucune oblitération, de porter la sonde jusque dans la trompe d'Eustache. Il se contente d'en glisser une en gomme élastique — portant une seule ouverture latérale — le long du plancher de la fosse nasale, et de tâcher de mettre cette ouverture en rapport avec l'orifice pharyngien de la trompe.

Supposons maintenant qu'on veuille mettre l'appareil en action, qu'on veuille injecter, par exemple, de la vapeur d'éther acétique. On commence par remplir de cette vapeur une bouteille de gomme élastique, dans laquelle on a préalablement fait le vide par une forte aspiration. On adapte alors l'extrémité externe de la sonde mise en place au conduit muni d'un robinet qui termine la bouteille de caoutchouc. Cela fait, on ouvre le robinet, et la vapeur se précipite dans la sonde. On y aide par des mouvements de pression exercés sur la bouteille. Pendant ce temps, le malade doit exécuter alternativement des inspirations et des expirations légères, en tenant la bouche et les narines closes.

L'auteur s'est assuré de deux manières que les vapeurs ainsi conduites pénètrent bien réellement dans la cavité tympanique. Il a d'abord appliqué son oreille sur l'oreille du malade pendant cette opération, et a entendu distinctement le souffle produit par le gaz mêlé à l'air, et le craquement tout particulier produit par la membrane du tympan, portée alternativement en dedans et en dehors selon que le gaz sortait ou entrait. En second lieu, l'opéré sentait comme une constriction douloureuse et un prurit dans l'intérieur de l'oreille, toutes les fois que, par la pression, l'on y faisait pénétrer un jet de gaz plus fort que d'ordinaire.

VII. GAZETTA MEDICA ITALIANA TOSCANA.

Les numéros de juillet à décembre 1850 contiennent les travaux suivants : 1° *De la hernie cérébrale antérieure et postérieure;* par M. Vanzoni. (Étude très-complète, mais dont il n'a encore paru que la première partie, relative à l'étiologie.) 2° *De la folie dans ses rapports avec quelques-uns des éléments de la civilisation;* par M. Morelli. 3° *De la nécessité de simplifier l'enseignement des opérations de chirurgie;* par M. Burci. (Critique bien faite de la multitude de procédés que beaucoup de traités décrivent. Étudiez bien l'anatomie topographique, et devant chaque cas vous trouverez aisément de vous-même le meilleur procédé.) 4° *Histoire d'une grave maladie;* par M. Bruni. 5° *De l'état de la fibrine du sang dans les fièvres essentielles;* par M. Bellini. 6° *Piqûre de guêpe; guérison par l'ammoniaque;* par M. Occhini. 7° *Sur le diagnostic de la miliaire larvée et compliquée;* par M. Fallani. 8° *Sur l'action pustulative de l'huile de croton tiglium;* par M. Barellai. 9° *Sur un nouvel acide produit artificiellement sous l'influence des forces qui agissent dans l'organisme vivant;* par M. Bertagnini. 10° *Trépanation pour une fracture du crâne avec dépression;* par M. Consolini. (Une plaie avait permis de reconnaître l'enfoncement osseux; le blessé, un enfant, guérit parfaitement.) 11° *Ablation presque totale des deux maxillaires supérieurs;* par M. Moretti. (L'opération fut faite pour une plaie par arme à feu qui avait détruit, dénudé ou ébranlé la plus grande partie du squelette de la face.) 12° *Sur la miliaire; compte rendu;* par

M. Tempesti. 13° *De quelques nouveaux produits obtenus par l'action du sulfate d'ammoniaque sur la nitronaphtaline*; par M. Piria. 14° *Histoire d'une fracture grave de la jambe droite*; par M. Fioravanti. 15° *Ligature de la carotide primitive pour un anévrisme faux circonscrit des artères maxillaire externe, sous-linguale et sous-maxillaire*; par M. Niccoli. 16° *De l'ophthalmie catarrhale épidémique dans les troupes autrichiennes cantonnées à Florence*; par M. Landi. 17° *Production cornée sur les paupières; plaie du vagin et du rectum; observations pratiques*; par M. Bartolozzi. 18° *Mémoire sur la pellagre*; par M. Antonio Vignoli. 19° *Suintement aqueux de l'oreille gauche, suite d'une fracture du labyrinthe causée par une chute sur la tête*; par M. Fedi. 20° *Considérations sur les études relatives au développement des organes en général*; par M. Targioni-Tozetti. 21° *Résumé des recherches chimiques faites sur le diabète sucré*; par M. Capezzoli. 22° *De la syphilis primitive considérée comme une infection générale d'un faible degré et d'une nature particulière*; par M. Galligo. 23° *Histoire d'une apoplexie survenue chez un enfant âgé de moins de 3 ans, à la suite d'une chute sur les fesses, et causée par l'helminthiase*; par M. Sottani.

DE LA FOLIE DANS SES RAPPORTS AVEC QUELQUES-UNS DES ÉLÉMENTS DE LA CIVILISATION; par M. MORELLI.

D'après M. Brierre de Boismont, la proportion des aliénés se trouve, dans les pays civilisés, répartie de la manière suivante :

A New-York, il y en a	1	sur	721	habitants.
En Angleterre,	—	1 —	783	—
En Écosse,	—	1 —	563	—
En France,	—	1 —	1,000	—
En Italie,	—	1 —	4,879	—

Tout en formulant de justes réserves sur les conséquences à tirer des statistiques en général, et surtout de celles qui concernent la constatation de l'aliénation mentale, M. Morelli accepte la signification de celle-ci et cherche à expliquer l'espèce d'immunité dont jouit, sous ce rapport, la péninsule italienne.

Il n'est pas douteux, d'abord, que, relativement aux États-Unis, l'usage immodéré des liqueurs fortes rend suffisamment compte du nombre effrayant d'aliénés qui s'y trouvent. Quant aux pays où l'industrie a pris un grand développement, tels que l'Angleterre et la France, on doit y signaler comme causes incessantes et jusqu'ici irremédiables de folie l'extrême misère des ouvriers, avec tous les vices qui en découlent, les souffrances morales qu'elle engendre. En Italie, au contraire, on voit bien peu d'individus mourir par défaut absolu d'aliments. La prédominance de l'agriculture sur l'industrie manufacturière, la fertilité naturelle du sol, laissent entrevoir à chacun la possibilité de gagner au moins de quoi manger, et leur épargne ces angoisses déchirantes de l'homme condamné à prévoir le moment où il sera réduit, lui et sa famille, à mourir de faim.

Enfin, M. Morelli appelle de ses vœux, comme correctif aux influences d'un autre ordre, le perfectionnement de l'éducation intellectuelle, morale et hygiénique. Rendre l'esprit plus apte à saisir le vrai, prémunir le cœur contre l'illusion des passions, fortifier le corps par des exercices gymnastiques, c'est à ce but que devraient, selon lui, tendre les efforts des législateurs, afin de s'opposer à l'accroissement progressif du nombre des cas de perversion mentale.

SUR LE DIAGNOSTIC DE LA MILIAIRE LARVÉE ET COMPLIQUÉE; par M. FALLANI.

La miliaire peut, surtout à son début, revêtir les caractères d'une foule d'autres maladies, et en imposer aux cliniciens les plus attentifs. Il n'était donc pas inutile de passer en revue les affections dont elle simule le plus ordinairement la marche.

Pour commencer par l'une des formes fébriles les plus communes et le mieux connues, la miliaire prend souvent l'aspect de la synoque simple; et c'est seulement quand il s'y joint quelque chose d'un état gastrique, catarrhal, rhumatismal, etc., que le principe exanthématique se cache. Par conséquent, plus la fièvre se rapproche d'une véritable et franche fièvre inflammatoire, moins l'on a de raisons de soupçonner une miliaire, et réciproquement. Ne nous laissons pas tromper par cette espèce d'orgasme, de surexcitation, d'expansion prédominante du système cardiaque et vasculaire, dont cette fièvre éruptive, ainsi que les autres, s'accompagne souvent. Elle est bien différente, en effet, de cette force de contraction qui, dans la vraie synoque, rend le pouls vif, tendu, vibrant et soutenu. Ensuite il y a, dans la synoque, un cours régulier et uniforme, une augmentation graduelle, puis une diminution correspondante, et jamais une subite et violente invasion des symptômes, une marche variable et accidentée, ou bien une douceur de certains phénomènes, coïncidant avec la gravité de quelques autres, qui donne à l'ensemble du mal une apparence ataxique... tous signes appartenant en propre à la miliaire. Avec ces remarques, aidées de la considération de la constitution dominante, on a tous les moyens capables d'éclairer le diagnostic entre ces deux affections.

Ces mêmes observations peuvent s'appliquer aux autres fièvres continues, si ce n'est que lorsque la miliaire revêt l'aspect d'une fièvre gastrique, bilieuse, adynamique, etc., les signes propres à l'état gastrique, bilieux, adynamique, etc. ne s'expliquent presque jamais comme dans la marche ordinaire de ces fièvres. Parfois les plus importants d'entre eux manquent, d'autres prennent une violence inusitée. En un mot, ils montrent, par le peu d'accord qui règne entre eux, qu'ils ne sont point la conséquence de la fièvre.

C'est un fait clinique admis que la miliaire est assez souvent accompagnée d'une fièvre sujette à rémissions et à exacerbations, et parfois à une intermittence prononcée. On possède, et en certain nombre, des observations de miliaire sous le type quotidien et tierce. Pour démêler dans ce cas la véritable essence du mal, il faut tenir compte de la saison, de l'habitation, du génie des maladies dominantes. En outre, quelle que soit la ressemblance que la miliaire puisse avoir avec une fièvre périodique légitime, pourtant jamais les stades n'y sont aussi marqués, aussi distincts. L'apyrexie n'y est pas complète, et les divers phénomènes morbides ne disparaissent point complétement entre les accès.

La miliaire se déclare fréquemment sous forme d'une congestion locale, soit de l'encéphale, soit des poumons, soit des organes centraux de la circulation. Il faut ajouter que non-seulement elle simule, mais qu'elle détermine réellement ces congestions viscérales étendues, les tient sous sa dépendance immédiate comme épiphénomènes, les fixe quelquefois dans les organes, de telle sorte qu'elles y trouvent la cause d'une existence propre, et y persévèrent ensuite comme maladies secondaires. Aussi la question de diagnostic devient-elle alors parfois très-embarrassante. On peut néanmoins dire d'une manière générale que l'existence du principe éruptif de la miliaire se signale ici par l'invasion brusque des symptômes, par le peu de rapport qui se montre entre eux au point de vue de leur gravité mutuelle.

DE L'ACTION PUSTULATIVE DE L'HUILE DE CROTON TIGLIUM; par M. BARELLAI.

Les conclusions, appuyées de nombreuses expériences, auxquelles M. Barellai est arrivé, répondent à quelques appréhensions que plusieurs médecins avaient encore relativement à l'effet purgatif des frictions avec l'huile de croton. Ce travail servira donc à répandre davantage l'emploi de ce précieux moyen de révulsion, désormais reconnu sans inconvénient.

Les pustules que détermine l'huile de croton sont plus petites, et en même temps étendues sur une plus large surface que celles qui résultent du tartre stibié; mais elles se développent plus promptement et sont beaucoup moins douloureuses.

Ces pustules viennent plus rapidement, sont plus élevées, plus confluentes sur la peau garnie de poils que dans les endroits où elle est glabre.

Les pustules varient en grandeur selon les diverses parties du corps. Elles sont très-petites sur le dos, plus volumineuses au ventre, plus volumineuses encore sur poitrine, très-développées et comme pemphigodes aux cuisses et aux mollets.

Les frictions avec l'huile de croton sur le bas-ventre, bien qu'elles aient occasionné des pustules, n'ont jamais amené aucun effet purgatif. (Notre expérience, très-étendue, de l'emploi de ce moyen révulsif, confirme pleinement cette assertion de M. Barellai.)

Pour obtenir par les frictions une purgation, il est nécessaire de verser quelques gouttes d'huile de croton tiglium sur le derme, *préalablement dénudé par un vésicatoire*.

On peut, sans aucune crainte d'accidents, employer 4 grammes d'huile de croton, en frictions sur les régions indiquées plus haut, pour y exciter l'action pustulative.

LIGATURE DE LA CAROTIDE PRIMITIVE POUR UN ANÉVRISME FAUX CIRCONSCRIT DES ARTÈRES MAXILLAIRE EXTERNE, SUB-LINGUALE ET SOUS-MAXILLAIRE; par M. NICCOLI.

OBS. — Un agriculteur, âgé de 24 ans, se blessa accidentellement le 26 mai 1850 dans la région sous-maxillaire droite, près de la symphyse du menton, avec un petit couteau pointu. La plaie était oblique en haut, en arrière et en dehors. Une hémorrhagie très-abondante survint immédiatement et se termina par la syncope.

Au bout de quatre à cinq jours, sous la plaie réunie par première intention, il se manifesta une petite tumeur molle, pulsatile. Le dix-huitième jour, elle avait acquis le volume d'un œuf de poule. Le malade entra alors à l'hôpital de Livourne.

M. Niccoli, l'examinant le 18 juin, trouva, dans la région indiquée, une tumeur ovoïde, ayant son grand diamètre étendu de l'angle de la mâchoire jusque près de la symphyse du menton; son autre bord côtoyait le bord inférieur du cartilage thyroïde. Pulsations très-distinctement isochrones aux battements du cœur; peau saine. La pression faisait affaisser cette tumeur; mais à peine cessait-on de la comprimer, elle reprenait avec rapidité son premier volume. Il était aisé de reconnaître dans cette tumeur un anévrisme faux circonscrit; mais il l'était beaucoup moins de décider de quelle artère cette dilatation morbide procédait.

Dans cet état, il fut résolu en consultation d'employer l'électro-puncture. On commença le 22, en enfonçant deux aiguilles aux extrémités de la tumeur les plus distantes l'une de l'autre. Le patient éprouva de vives douleurs et des secousses quand on approchait des aiguilles les fils conducteurs. On finit par les mettre en contact, et alors les souffrances devinrent nulles. On prolongea la durée des séances de dix minutes à une demi-heure, en laissant entre elles un espace de vingt-quatre heures. Dès la quatrième séance, il ne ressentait plus de douleur. A la septième, la tumeur devint dure à la périphérie, mais un peu douloureuse et plus grosse qu'auparavant. De son centre, là où un bandage trop serré avait déterminé une excoriation, suintait un peu de sang noir; la peau était devenue en ce point œdémateuse et très-rouge. Une rupture étant imminente, on suspendit l'électro-puncture et on employa les émollients. Néanmoins le sang continua à transsuder; le 1er juillet, il se fit une déchirure, et le sang s'échappa en très-grande abondance. On l'arrêta momentanément par la compression, et par une saignée du bras de 500 grammes.

Le lendemain, le 2, on enleva la compression; un jet de sang artériel sortit immédiatement. Plusieurs des consultants voulaient qu'on mît la tumeur à découvert et qu'on allât sur le lieu même à la recherche des branches artérielles divisées pour en pratiquer la ligature. Mais M. Niccoli montra toutes les difficultés de ce plan et fit adopter la ligature de la carotide primitive. On mit donc la carotide à nu vers le milieu du cou; un fil fut passé sous elle, et l'on remarqua que la tumeur se vidait et se remplissait alternativement, selon que l'on soulevait le vaisseau sur le fil, ou qu'on le laissait retomber. La ligature fut définitivement serrée sur un petit cylindre de linge.

Vers le soir il ne restait qu'un léger suintement sanguinolent; mais il s'était manifesté dès les premières heures une certaine difficulté de déglutition, avec la sensation pour le malade d'avoir toujours quelque chose à avaler. Pouls fort et dur. (Saignée de 320 gr.)

Le 3 au matin, l'appareil s'étant taché d'un sang rouge, on appliqua quelques plumasseaux soutenus par un bandage compressif.

Le 4, à huit heures du soir, une hémorrhagie abondante se fit par la tumeur, dont toute la peau était gangrenée; mais à peine l'appareil enlevé, le sang s'arrêta. Les forces du malade commençant à l'abandonner, on se décida à agir sur la tumeur même. M. Nicolli enleva donc les caillots qui la remplissaient; à l'instant un jet de sang large et violent s'échappe. On cherche à le tarir en portant le doigt sur le vaisseau qui le fournit; mais comme il vient de plusieurs sources, on ne peut parvenir à le dominer. En ce péril, M. Niccoli ordonne aux aides de cesser leurs tentatives de compression, reconnaît que le sang sort principalement du côté de la symphyse du menton. Il cherche à saisir avec de fortes pinces les tissus où l'artère divisée est comprise; mais ne pouvant y réussir, il les tord au hasard et à plusieurs reprises jusqu'à ce que l'hémorrhagie ait ainsi été arrêtée de ce côté.

Passant alors à examiner la partie de la plaie qui avoisine l'angle de la mâchoire, il reconnut là une bouche artérielle béante, mais ne donnant pas de sang pour le moment. Ayant vainement cherché à la lier, il prit le parti d'y enfoncer un bout de bougie en corde à boyau, et de soutenir le tout par un simple pansement à plat.

La suppuration s'établit peu à peu.

Le 10, on enleva une partie de la charpie.

Le 11, le reste de la charpie et la bougie se détachèrent presque spontanément. La plaie offrait un bel aspect.

Le 18, le fil de la ligature de la carotide tomba, ainsi que le petit cylindre qu'on avait interposé entre le vaisseau et lui.

L'opéré put quitter l'hôpital le 2 août. Le 8 la plaie était complétement guérie. Le 15 octobre, il repartit pour son pays dans un état de santé parfaite.

— Cette longue relation d'une des plus laborieuses entreprises de la chirurgie nous a surtout paru propre à montrer quel secours un homme résolu et de sang-froid peut porter même dans les cas les plus désespérés en apparence. Certes personne, *à priori*, n'eût donné le conseil d'aller inciser la tumeur anévrismale pour se borner à tordre au hasard quelques artères, et pour en boucher une autre avec un morceau de bougie; et pourtant ce parti, si téméraire, si plein d'incertitude et de dangers, est celui qui a réussi, qui a fait cesser les accidents avec une rapidité pour le présent, une sûreté quant aux suites, que la ligature elle-même aurait eu peine à égaler. Nouvel et significatif enseignement pour les chirurgiens qui se trouveraient en pareille conjoncture, et dont le courage aurait besoin d'être relevé par un exemple de ce que le calme et la résolution peuvent réaliser dans des cas où aucun des moyens les plus rationnels n'a jusque-là paru suffire.

Il semblerait exister un manque de rapport entre le refus que M. Niccoli fit, lors de la première consultation, d'inciser la tumeur, et la facilité qu'il mit, en dernier lieu, à s'y décider; mais la contradiction n'existe véritablement pas. A la première époque, il était raisonnable de compter sur l'effet qu'aurait la ligature de la carotide, et de commencer par cette opération. Puis lorsque, plus tard, on vit qu'elle avait échoué, il fallut bien recourir au seul moyen possible, à la recherche sur le lieu même des vaisseaux intéressés. Et l'on y était même alors d'autant plus autorisé qu'il était permis d'espérer une moindre force dans l'hémorrhagie suscitée par cette opération, puisque le sang n'était alors amené dans la tumeur que par la voie des anastomoses, ne devait plus y être apporté en aussi grande quantité ni avec une impulsion aussi énergique.

P. Dumay.

TRAVAUX ACADÉMIQUES.

ACADÉMIE DES SCIENCES.

SÉANCE DU 1er SEPTEMBRE. — PRÉSIDENCE DE M. RAYER.

DE L'INTERVENTION DES MUSCLES DE L'ŒIL DANS L'ACTE DE LA VISION.

M. Clavel lit un mémoire intitulé : De la part que prennent les muscles de l'œil au phénomène de la vision.

Après avoir été conduit, il y a plusieurs années, par un fait imprévu, à soupçonner que les mouvements de l'iris étaient dus en partie à l'action des muscles droits de l'œil, l'auteur, en voulant vérifier ce fait, a reconnu qu'il ralliait à lui une foule de faits secondaires, et il est arrivé à penser que l'intervention des muscles droits ou obliques de l'œil se mêle à presque tous les actes de la vision.

Des considérations anatomiques et physiologiques auxquelles se livre l'auteur, il conclut que les muscles droits sont les agents principaux des modifications qui s'opèrent dans la cornée, de celles qui ont lieu dans la pupille et dans le cristallin lui-même, et enfin qu'ils prennent une part à l'appréciation des distances.

— M. Wanner lit un mémoire ayant pour titre : De l'évaporation et de la nutrition dans l'état de santé et dans l'état de maladie, et surtout comme moyen thérapeutique.

VITESSE DE PROPAGATION DU SYSTÈME NERVEUX.

M. Helmholtz envoie une note sur la vitesse de propagation du système nerveux. Dans une précédente note, l'auteur a fait connaître à l'Académie une méthode propre à mesurer le temps qui s'écoule entre l'irritation électrique d'un nerf moteur et la contraction du muscle. Il a publié depuis la description des appareils à l'aide desquels cette méthode a été mise en pratique, et des résultats auxquels elle l'a conduit. Voici quelques-uns des points les plus importants :

1° Quand une décharge électrique instantanée a traversé un muscle de la vie animale ou bien le nerf qui s'y ramifie, il se passe d'abord un temps pendant lequel aucun effet appréciable n'est produit. Ce temps écoulé, la tension du muscle s'accroît par degrés, atteint un maximum et décline enfin pour revenir à son point de départ, correspondant à l'état de repos du muscle. Dans les grenouilles, M. Helmholtz a trouvé 0,01 de seconde pour la durée du laps de temps qui subsiste entre l'irritation et la première manifestation des effets mécaniques du muscle. De là jusqu'au maximum, il y a 0,08 de seconde; enfin le déclin de la tension du muscle jusqu'à son relâchement complet dure de 0,3 de seconde à une seconde entière. On voit donc que la différence qu'on a cru jusqu'ici devoir admettre entre le mode d'action des muscles de la vie animale et de ceux de la vie organique est illusoire. Les premiers, comme les derniers, n'agissent qu'un certain temps après le commencement de l'irritation, et, dans les deux espèces de muscles, la durée des effets de l'irritation dépasse de beaucoup celle de l'irritation elle-même. Mais dans les muscles de la vie organique, les trois périodes de la contraction, celle qu'on peut appeler *du temps perdu*, celle de l'accroissement et celle du déclin de la tension, se comptent par secondes entières, si ce n'est par minutes, tandis que dans les muscles de la vie animale les mêmes périodes se comptent par centièmes de seconde.

2° En faisant agir sur différents points d'un nerf moteur un courant électrique suffisamment énergique, on parvient à produire des contractions tout à fait identiques quant à la grandeur de leur maximum, ainsi qu'à la durée de leurs deux dernières périodes. Mais, chose remarquable, la première période, celle que M. Helmholtz a appelée du temps perdu, se trouve augmentée, par rapport à ce qu'elle était lors de l'irritation du muscle lui-même, d'une fraction de temps minime à la vérité, mais pourtant bien appréciable aux appareils; et cette fraction est d'autant plus grande que le point du nerf qu'on a irrité est plus distant de l'insertion au muscle. L'auteur démontre, dans son mémoire, que cette augmentation du temps perdu entre l'irritation et l'effet mécanique produit ne peut être rapportée uniquement qu'au plus grand trajet que l'agent nerveux est censé alors parcourir dans le nerf. Cette augmentation fournit donc un moyen de mesurer la vitesse de la propagation de l'agent nerveux. Cette vitesse, en général, n'est que très-modique et certainement fort inférieure à ce que l'on avait toujours imaginé jusqu'ici. En effet, dans les grenouilles, elle ne serait, d'après les mesures de M. Helmholtz, que d'à peu près 26 mètres par seconde.

STATIQUE DE L'OXYGÈNE ATMOSPHÉRIQUE ET DE LA CHALEUR A L'ÉTAT DE LIBERTÉ.

M. Édouard Robin communique une note sur ce sujet dont voici un résumé : Dans le problème relatif à la statique de l'oxygène atmosphérique, dit l'auteur, on a négligé, ce me semble, quelques-unes des données essentielles à une com-

plète solution. Relativement à la consommation d'oxygène qui s'effectue, on n'a guère considéré que la combustion opérée *pendant la vie* dans la respiration des animaux; ce n'est là qu'une partie assez minime de l'immense combustion que l'oxygène produit dans la nature. *Dès que la température est suffisante, ce gaz étend son action comburante sur les végétaux comme sur les animaux; l'action s'exerce en toute circonstance, non-seulement pendant la vie, mais encore après la mort;* elle anime le mécanisme pendant la vie, elle en produit après la mort la transformation qu'on nomme putréfaction, et, par là, elle rend les dépouilles de la mort propres à revêtir de nouveau les formes de la vie.

Relativement au fait de l'entretien en tout climat et en chaque lieu d'une portion d'oxygène qui reste sensiblement constante malgré l'immense consommation, on a trouvé, dans la décomposition d'acide carbonique opérée au soleil par les parties vertes des végétaux, une source d'oxygène venant compenser la dépense produite. C'est là, sans doute, le point capital, mais ce n'est pas tout : la terre se partage en deux grandes parts : régions où l'hiver est suffisamment rigoureux pour que, avec les parties vertes des végétaux, disparaisse et reparaisse en énorme portion, et pendant des portions considérables de l'année, la production d'oxygène; régions où la température est toujours assez élevée pour que les parties vertes, toujours développées, toujours actives, restent toujours d'abondantes sources d'oxygène, accompagnant toujours la consommation. Comment, dans de telles conditions, obtenir en chaque climat, en chaque lieu, une proportion d'oxygène sensiblement constante? Cette question me paraît n'avoir pas été résolue. On s'est contenté d'attribuer d'une manière générale aux grands mouvements atmosphériques la répartition uniforme en chaque lieu, dans toutes les saisons et en chaque saison, de l'oxygène toujours abondamment produit dans une portion de la terre, produit, au contraire, d'une manière intermittente, produit rarement et avec une extrême parcimonie dans une autre portion.

Rien ne prouve qu'il y ait une seule contrée de la terre où le transport de l'oxygène d'une région dans une autre, par les courants atmosphériques, soit nécessaire à la statique de ce gaz. Si on leur a concédé un tel rôle, c'est parce qu'on n'a pas examiné l'influence remarquable que le degré de chaleur exerce en chaque lieu sur la consommation générale de l'oxygène atmosphérique.

En chaque climat, en chaque lieu, quand l'abaissement de température diminue ou arrête la production d'oxygène, la même cause diminue ou arrête la consommation générale que ce gaz éprouve dans les combustions naturelles; quand l'élévation de température détermine la production et la rend de plus en plus abondante, elle contraint l'oxygène à se dépenser dans les combustions naturelles, et rend de plus en plus abondante la consommation effectuée. Soumises ainsi, mais en sens inverse, à une même influence, celle de la chaleur, la production et la consommation s'opèrent, on le voit, de telle façon, *qu'en tout climat, en chaque lieu, la production augmente avec la consommation et diminue avec elle, de manière que, en tout climat, en toute saison, chaque lieu paraît toujours se suffire à lui-même.*

Quoi qu'il en soit, par ce mécanisme, les variations dans la proportion d'oxygène sont partout tellement lentes, que les mouvements atmosphériques peuvent aisément parvenir à entretenir partout, et en toute circonstance, une proportion d'oxygène sensiblement constante.

Quant à la chaleur atmosphérique, qui tient sous sa dépendance l'action de l'oxygène humide, elle trouve à son tour, dans les combustions déterminées par ce gaz, une cause de stabilité : plus est faible cette chaleur, moins aussi elle excite de combustion et moins elle se reproduit; plus est forte la chaleur, plus elle excite de combustion et plus elle se reproduit en grande quantité.

ACADÉMIE DE MÉDECINE.

SÉANCE DU 2 SEPTEMBRE. — PRÉSIDENCE DE M. ORFILA.

Le procès-verbal de la dernière séance est lu et adopté.

La correspondance officielle comprend :

Neuf lettres du ministre du commerce, dont quatre sont relatives à des envois d'échantillons d'eaux minérales et à des demandes d'avis sur des demandes en autorisation d'exploitation. (Comm. des eaux minérales).

Deux relatives à des notices et documents sur le choléra. (Comm. du choléra.)

Une avec transmission d'un rapport de M. le docteur Masson, sur une épidémie variolique qui a régné dans la commune de Fresse (Vosges). (Comm. des épid.)

Une avec transmission d'une notice de M. Liégey (de Rambervillers), concernant certaines affections des animaux, et leur analogie avec certaines maladies de l'homme. (Comm. déjà nommée.)

Et la dernière contenant une proposition relative aux formules à soumettre à l'approbation ministérielle, pour être publiées en exécution du décret du 3 mai 1850. (Comm. des remèdes secrets et nouveaux.)

— M. DEVILLIERS écrit qu'il se porte candidat à la place vacante dans la section d'accouchements.

RAPPORTS ENTRE LE RHUMATISME ET LES SCROFULES.

M. ALIBERT, médecin-inspecteur des eaux d'Ax, écrit que les eaux thermales d'Ax étant fréquentées tous les ans par un grand nombre de rhumatisants et de scrofuleux, cette circonstance lui a permis de voir en même temps le rhumatisme avec toutes ses variétés et la scrofule avec toutes ses formes.

Il résulte de ses observations :

1° Que le séjour dans un lieu humide occasionne indifféremment le rhumatisme ou la scrofule;

2° Que des parents rhumatisants donnent souvent naissance à des enfants scrofuleux, et *vice versâ;*

3° Que les premières manifestations de la scrofule sont souvent précédées d'un état rhumatismal qui frappe indifféremment les genres articulaire, musculaire et nerveux, et qui fréquemment affecte une moitié du corps seulement, la moitié droite ou la moitié gauche;

4° Que, malgré leurs relations évidentes de parenté du côté de l'origine, quand la scrofule et le rhumatisme sont une fois établis, il y a entre ces deux affections un tel antagonisme que *jamais* un scrofuleux ne se plaint de douleurs rhumatismales, et que jamais un rhumatisant ne présente aucune des manifestations de la scrofule.

— M. BOUCHER (de Nantes) adresse un paquet cacheté relatif à un nouveau fébrifuge indigène. (Le dépôt est accepté.)

— M. LE PRÉSIDENT annonce à l'Académie que M. le docteur Bettini (de Turin) est présent à la séance.

EAUX MINÉRALES.

M. O. HENRY lit, au nom de la commission des remèdes secrets, une analyse et un rapport au sujet de l'eau minérale ferrugineuse de Saint-Denis lès Blois (Saint-Denis-sur-Loire) (Loir-et-Cher). D'après l'analyse de la commission, les eaux de Saint-Denis-sur-Loire ou de la fontaine de Médicis ont beaucoup de rapports avec celles de Forges, en Normandie. En raison de cette analogie, de l'ancienneté de la réputation de ces eaux et des bons effets qu'elles ont toujours produits, M. le rapporteur pense qu'il y a lieu d'applaudir à la restauration de ces sources, et il propose d'accorder l'autorisation de les exploiter. (Adopté.)

M. HENRY lit un deuxième rapport au sujet d'une eau minérale récemment découverte à Pont-de-Barret, près Valence (Drôme). Cette eau minérale appartient à la classe des eaux acidules carbonatées calcaires. Elle se rapporte à celles de Chateldon de Saint-Galmier. Dans la pensée que l'eau de Pont-de-Barret doit partager les propriétés médicales avantageuses de ces eaux, M. le rapporteur croit devoir répondre au ministre que rien ne s'oppose à ce que l'autorisation d'exploiter cette eau soit accordée. (Adopté.)

OBTENTION DE L'OPIUM INDIGÈNE.

M. CHEVALLIER lit une note sur la récolte du lactucarium et sur celle du pavot pour l'obtention de l'opium.

Dans la séance du 22 juillet 1851, M. le docteur Aubergier, professeur à l'école secondaire de médecine de Clermont-Ferrand, demandait à l'Académie qu'un de ses membres voulût bien se transporter à Clermont pour assister à la récolte : 1° du suc de la tige de laitue, le lactucarium; 2° à celle du suc des capsules de pavots, l'opium. Chargé par la Société d'encouragement d'aller étudier les opérations exécutées par M. Aubergier, M. Chevallier fait connaître dans cette note les faits qu'il a observés.

Après avoir exposé les procédés de M. Aubergier qui devront faire l'objet d'un rapport spécial à l'Académie, M. Chevallier termine cette notice en signalant la nécessité qu'il y aurait, dans l'intérêt de la pratique médicale, de n'employer pour la préparation des médicaments opiacés que de l'opium titré, afin que le médecin pût compter sur la valeur du médicament qu'il prescrit. Il pense que des mesures d'un haut intérêt pourraient être prises dans un but d'intérêt général; elles consisteraient :

1° A établir que tous les médicaments opiacés seront préparés avec de l'opium contenant de 9 à 10 p. 100 de morphine;

2° A demander au ministre du commerce que l'opium ne puisse être livré au commerce qu'après que l'essai chimique en aura été fait, de manière à ce que la quantité de morphine qu'il contient puisse être accusée à l'acheteur.

M. BOULLAY pense qu'il serait utile, au lieu de se borner à apprécier la quantité de morphine contenue dans l'opium, de faire une analyse comparée complète de l'opium indigène et de l'opium exotique et de tous les éléments qui entrent dans leur composition; car la morphine n'est pas le seul principe actif que renferme l'opium; la preuve, c'est qu'elle n'a pas une action sur l'économie de beaucoup supérieure à l'opium lui-même.

M. CHEVALLIER croit que c'est plutôt par l'expérience clinique que par les analyses comparées qu'on pourra apprécier l'action des différents opiums.

M. CAVENTOU : Il y aura un point à éclaircir lorsque M. Aubergier aura envoyé à l'Académie ses échantillons. J'ai remarqué que dans les opiums indigènes il y a un principe qui manque généralement, c'est la narcotine. Or on sait, d'après les expériences de M. Orfila, que la narcotine a une action narcotique, stupéfiante, très-active ou nulle suivant la nature du dissolvant. Il est nécessaire de joindre les expériences cliniques aux analyses chimiques.

M. ORFILA rappelle, à l'appui de l'observation de M. Boullay, qu'il a déterminé l'action toxique des trois principes que renferme l'opium : la morphine, la narcotine et la codéine, et que chacune de ces substances lui a paru également susceptible de donner la mort.

— L'ordre du jour appelle la suite de la discussion sur le tubercule du testicule.

TRAITEMENT DES ULCÈRES TUBERCULEUX DU TESTICULE PAR UNE OPÉRATION NOUVELLE.

M. RICORD déclare, en commençant, vouloir répondre à deux reproches qui lui ont été adressés par M. Malgaigne : 1° d'avoir voulu lui ravir la découverte, la *révélation* d'une maladie nouvelle, d'un nouveau fongus qu'il a dénommé tuberculeux; 2° de lui avoir contesté l'invention et l'utilité d'une opération que nul autre n'avait pratiquée avant lui.

M. Ricord avait dit, dans sa première argumentation, que la maladie décrite par M. Malgaigne n'était pas nouvelle; que tous ceux qui ont vu suppurer des testicules et la suppuration persister, l'ont forcément constatée; que, lorsque des fongosités se montrent à l'extérieur, il n'y a pas moyen de ne pas les voir et de ne pas les appeler de leur nom; que, lorsque ce sont des fistules qui persistent et qui ne cèdent pas aux moyens ordinaires, tous les chirurgiens savent que cela tient à des altérations des tissus, à des épaississements des parois, à des indurations, à des végétations plus ou moins fongueuses, etc., altérations que l'on trouve dans différentes régions avec les mêmes caractères. Cette manière de voir, dit M. Ricord, je la soutiens aujourd'hui plus que jamais. La seule différence qu'il y ait entre M. Malgaigne et les autres chirurgiens, c'est que ceux-ci n'ont pas vu dans ces altérations de tissu le fongus spécial qu'on nous a *révélé*, mais bien des fongosités tellement ordinaires, que personne n'a cru devoir en faire une espèce à part.. Je me trompe, car les auteurs anglais que l'on a si souvent cités dans cette discussion, et Curling en particulier, en parlant des fongus bénins, indiquent la fonte, la suppuration des tubercules, comme une cause de la production du fongus granuleux, de la hernie des vaisseaux séminifères. M. Malgaigne dira-t-il qu'il s'agit là seulement de la hernie du parenchyme testiculaire et non de son fongus? Mais d'abord M. Malgaigne n'a pas prouvé, et il aurait beaucoup de peine à le faire, que des tubercules venant à suppurer dans le testicule, et à rompre la tunique albuginée, doivent régulièrement et fatalement n'agir que de deux manières : ou bien pour ne produire que la hernie testiculaire, ou bien pour ne donner lieu qu'à un fongus, quoique les digues des vaisseaux séminifères soient rompues, dans tous les cas. Si déjà, par le simple raisonnement, on peut concevoir que, dans un grand nombre de circonstances, le fongus doit être mixte, c'est-à-dire composé de fongosités ordinaires, suite de la suppuration et des altérations du foyer, et des vaisseaux séminifères englobés et compromis dans cette suppuration, l'anatomie pathologique est venue démontrer que, dans ce que les Anglais ont appelé le fongus granuleux, il y avait autre chose que des vaisseaux séminifères. Les tumeurs décrites par Curling, ainsi que celles dont M. Jarjavay a fait connaître l'histoire, ne peuvent être considérées comme de simples hernies du parenchyme séminal; ce sont des tumeurs, des fongus mixtes dans lesquels on n'a fait attention qu'à l'élément accidentellement entraîné par la maladie réelle et alors faussement dénommée; car la véritable hernie séminale ne peut exister que dans les cas où la tunique détruite, laisse échapper simplement la substance du testicule, comme cela pourra arriver après l'opération de notre collègue.

Que M. Malgaigne ne dise pas que les fongus mixtes, formés de lymphe jaune ou autre, et de vaisseaux séminaux dont il ne peut nier l'existence ni la description, ne sont pas encore ses fongus tuberculeux; il n'est plus en droit de tenir ce langage, puisqu'il a dit, dans cette enceinte, qu'il n'y avait aucun moyen de différencier les nombreuses maladies du testicule, soit par leur étiologie, soit par leur siége, soit par leur mode d'évolution, de propagation, de complications symptomatiques, de marche, de terminaison, et souvent d'influence médicamenteuse; puisque même il abandonne les deux signes auxquels il s'était arrêté (forme tuberculeuse et suppuration) et que, dans l'anatomie pathologique faite au bistouri ou au microscope, tout doit être confondu; inflammation simple de cause traumatique ou d'autres causes, épididymite blennorrhagique suppurée à l'état aigu ou chronique, affection strumeuse, tuberculeuse, affection syphilitique, tout cela est absolument la même chose et impossible à différencier au lit du malade ou sur la table de l'amphithéâtre.

Ce n'est pas là le véritable état de la science, M. Malgaigne ne pourra pas plus établir cette confusion dans les bourses qu'il ne pourrait le faire dans la poitrine, et dire qu'il est impossible d'y reconnaître la phthisie pulmonaire, que tous les tubercules du poumon peuvent être aussi produits par la syphilis ou être confondus avec toutes les autres lésions.

M. Ricord, après avoir cherché à démontrer le peu de solidité des bases étiologiques sur lesquelles M. Malgaigne établit la nature tuberculeuse de son fongus, conteste qu'il soit arrivé à l'instituer à l'aide de caractères distinctifs évidents. Puis arrivant à l'opération elle-même, il rappelle ce qu'il avait déjà dit dans sa première argumentation, que l'opération de M. Malgaigne avait déjà été faite, et qu'il n'en a par conséquent pas la priorité, ce dont il est convenu lui-même en enregistrant les cas qu'on lui a cités, comme prouvant qu'il avait en raison de la renouveler; que son procédé était vulgaire, c'est-à-dire du domaine de la chirurgie ordinaire; que cette opération était le plus souvent inutile, ce dont M. Malgaigne est convenu lui-même, les cas où l'on peut la pratiquer étant, de son propre aveu, les plus rares.

Cependant cette opération, souvent inutile, peut encore être nuisible, suivant M. Ricord, et aider à détruire ce qu'on veut conserver, en emportant des cloisons de nouvelle formation, destinées à remplacer jusqu'à un certain point, la tunique albuginée, à maintenir la substance du testicule restée saine, et empêcher la formation consécutive d'une hernie des vaisseaux séminifères.

Enfin en supposant qu'à la suite de cette amputation partielle de la maladie, il reste une portion du testicule, cette portion ne lui servira probablement pas plus qu'avant l'opération.

M. Malgaigne, dit en terminant M. Ricord, m'a accusé de faire de la physiologie d'imagination et de fantaisie, lorsque je n'ai pas voulu accepter la comparaison qu'il fait d'un homme sans canal déférent avec un homme complet qui ne vide pas ses vésicules séminales. J'ai dit que je croyais que c'était dans ces derniers organes que le sperme devait exercer sa plus grande influence, exciter les désirs vénériens et donner l'envie d'une évacuation; que ce n'étaient pas les reins qui amenaient le besoin d'uriner, mais bien l'accumulation de l'urine dans la vessie. Mais, d'après M. Malgaigne et les expériences qu'il a citées, le testicule serait d'autant plus volumineux qu'il serait privé de son canal excréteur, et M. Malgaigne croit que, dans tous les cas, c'est une preuve de bonne santé. Dans la rétention d'urine, les uretères se détendent comme peut le faire le canal déférent; les bassinets et les calices se développent, et les reins se gonflent tout en continuant à sécréter de l'urine; mais cela ne prouve pas qu'ils se portent bien. Qu'il n'y ait pas les mêmes dangers pour le testicule, c'est possible, c'est probable même; mais ce que je conteste, ce sont les conclusions opposées et exagérées qu'on a voulu tirer, et que ne justifient ni le chien d'A. Cooper ni le chat de Curling; car au chien de Cooper j'oppose mes deux castrats, et au chat de Curling mon chat qu'on avait voulu rendre sédentaire par la castration, et qui est devenu beau, gras et bien fourré comme tous les castrats de sa race. Cette mutilation ne l'a pas empêché de continuer sa vie errante et d'acquérir une très-mauvaise réputation dans la maison. Au temps des amours, c'est en effet un des plus tapageurs. Maintenant ce qu'il fait aux chattes, je ne saurais vous le dire; il se peut que ce ne soient que des compliments. (Hilarité générale et prolongée.)

M. Velpeau pense qu'il est nécessaire, avant de rien conclure de cette discussion, de la replacer sur son véritable terrain, d'où elle a été si souvent déplacée qu'on ne sait plus bien au juste aujourd'hui ce dont il s'agit. Toute la question roule sur l'utilité de l'opération proposée par M. Malgaigne pour le fongus tuberculeux du testicule. La question, renfermée dans ce cercle, lui paraît facile à résoudre. D'une part, les observations rapportées dans le mémoire de M. Malgaigne ne prouvent pas qu'il ait eu raison d'imaginer cette opération, car il n'y en a eu qu'une seule où il se soit réellement agi d'un tubercule du testicule. Or un seul cas ne suffit pas pour établir l'utilité d'une opération.

D'un autre côté, les réponses qui ont été faites à ses objections n'en ont en rien atténué la valeur.

Après avoir réfuté quelques-unes des observations de M. Malgaigne relativement à ce qu'il avait avancé sur la curabilité des tubercules du testicule, M. Velpeau résume son opinion en ces termes :

Lorsque le testicule est le siége de plusieurs tubercules agglomérés, en état de fonte suppurante, avec des fistules, des clapiers, en un mot qu'il y a désorganisation imminente ou plus ou moins avancée déjà du testicule, dans ce cas il est évident qu'il faut opérer; mais il n'y a qu'une seule opération possible alors : c'est l'amputation totale, la castration. Ce n'est pas évidemment à ces cas que M. Malgaigne prétend appliquer son opération. Mais il est d'autres cas où il n'y a qu'un seul tubercule ou un groupe de deux ou trois petits tubercules seulement, le reste du testicule étant sain d'ailleurs et l'économie exempte de toute lésion analogue. Eh bien! ces cas-là guérissent par le bénéfice du temps et à l'aide des soins ordinaires de la chirurgie. Dans ces cas-là, l'opération de M. Malgaigne est inutile.

Quant aux fongus du testicule, il y en a de plusieurs espèces : plusieurs de ces fongus ne sont point des tubercules, et il faut les élaguer comme étant hors de la question. Parmi ces diverses espèces de fongus, il en est où l'on trouve, au fond d'une fistule ou d'un clapier, une espèce de bosselure anfractueuse, d'un rouge grisâtre, d'une apparence et d'une consistance fongueuses. J'ai cru comprendre que c'était là le fongus tuberculeux de M. Malgaigne, celui auquel il propose d'appliquer plus particulièrement son opération. Eh bien! pour ces fongus-là, l'opération de M. Malgaigne serait dangereuse.

En résumé, l'opération proposée par M. Malgaigne n'est possible que dans les cas où elle n'est point nécessaire, et, dans les autres cas, elle est insuffisante ou dangereuse.

La discussion est close.

La séance est levée à cinq heures.

BIBLIOGRAPHIE.

COURS DE PETITE CHIRURGIE EN VINGT-QUATRE LEÇONS; par le docteur Scrive; avec dessins d'après nature, par A. Barre. — Un in-8° de 88 pages. — Paris, chez Victor Masson, place de l'École-de-Médecine, — 1850.

Si les éléments de notre science sont ce qu'elle offre de plus difficile, il est juste de reconnaître que les secours dont les commençants peuvent disposer sont en raison directe de leurs besoins. Pour un traité de pathologie, que de manuels de petite chirurgie! Les magasins en sont encombrés, nos colonnes en regorgent; les élèves hésitent, incertains sur le choix... Et cependant voici encore un nouveau Cours, clair, méthodique et concis comme ses aînés, qui vient à son tour tenter la fortune et aspire à l'honneur de les remplacer.

Indépendamment du mérite de sa rédaction, que nous aurons à apprécier tout à l'heure, le livre de MM. Scrive et Barre se recommande par un avantage spécial : les planches y sont multipliées, les objets figurés sous toutes leurs faces, dans tous leurs détails; les temps mêmes des petites opérations sont représentés de manière à en donner une idée nette, avec la position du malade et celle que le chirurgien doit occuper. Nous n'avons donc rien à critiquer, si ce n'est peut-être, dans quelques parties, un défaut dont l'auteur s'honorera peut-être, l'abondance et la minutie des images. S'il désigne les boulettes de charpie, il en dessine de plusieurs

grosseurs; s'il parle de l'étui qui doit contenir les instruments, il nous fait graver une trousse fermée; s'il veut apprendre à faire la charpie râpée, il montre sur la planche correspondante une masse plus comparable à un bloc de cristal qu'aux particules ténues d'un linge réduit en poussière. Ce tort est bien léger, nous dira-t-on. Sans doute; mais ne comptez-vous pour rien l'inutile travail ou le dégoût que ces complications superflues vont donner à l'étudiant? Que m'importe que le style soit laconique, si la diffusion est dans les figures? Le dessinateur est-il maître de se soustraire à la première, à la plus impérieuse loi de l'écrivain : savoir se borner?

Condensé sous la forme engageante de leçons, le traité de M. Scrive se distingue par deux qualités, conséquence l'une de l'autre : il ne sort pas un instant de son sujet, et il l'embrasse complétement dans tous ses détails. Décrit-il un bandage, il ne vous dira pas, même par une simple indication, à quels usages il peut servir; mais aussi il en peindra la coupe sans omettre un fil, en exposera le mode d'application dans ses moindres particularités. Impossible de mieux remplacer l'exemple par les paroles, impossible de mieux faire comprendre la construction du classique plumasseau, la manière de rouler et de dérouler une bande. L'œuvre de chaque doigt, la succession de chaque mouvement, tout est prévu, décrit, ordonné. Cela dispense-t-il de voir, de faire par soi-même? Non assurément, et j'ajouterai même que, s'il n'a rien vu de ce qu'on cherche ici à lui représenter, l'élève risque fort de n'en comprendre que la plus minime partie. Mais enfin, en fait d'initiation préalable à la pratique, celle-ci nous paraît une des plus heureuses qui aient été tentées.

En présence d'un enseignement aussi jaloux de tout dire, on se sent inévitablement piqué d'émulation. Aussi est-ce surtout pour montrer à M. Scrive combien nous approuvons le fini de ses leçons que nous voulons y ajouter quelque chose. Dans la pose des bandages, qu'il trace avec un soin tout particulier, il recommande d'éviter les godets par des renversés. Le renversé, on le sait, est le tour de maître du jeune chirurgien. Convenablement distribué, il donne à l'ensemble du pansement cette élégance, cette solidité dont tout artiste aime à douer son œuvre. Or M. Scrive apprend, il est vrai, à le faire; mais il n'apprend pas à le bien faire. Si vous vous bornez à renverser, comme il le dit, la bande d'une face sur l'autre, le *pli* du renversé ne sera pas rectiligne : il *fera corde*. Pour éviter cet inconvénient, vous devrez, avant de retourner la bande, l'appuyer sur le membre avec un doigt; puis alors *relâchez* la bande; formez le renversé avec la bande *relâchée*, et recommencez ensuite à tirer sur elle pour en continuer l'application. — Voilà sans doute beaucoup de mots pour remplacer ce qu'un seul geste du maître expliquerait à l'élève; mais nous tenions à prouver que nous comprenons la manière de M. Scrive, que nous l'apprécions, que nous saurions, au besoin, l'imiter.

Autre addition que l'auteur voudra bien nous permettre. Dans les bandages des parties génitales qu'il énumère très-complétement, il recommande, pour les pansements de la verge, la capeline, la gaîne ou les circulaires. Ces derniers réussissent seuls à maintenir exactement en place les pièces de pansement; mais si le mal siége un peu haut, s'il s'agit, par exemple, d'un chancre placé sur la face dorsale, près du pubis, il arrive que la bande glisse peu à peu de haut en bas, et qu'au pansement suivant on trouve toujours la moitié supérieure de l'ulcère à découvert. Cet inconvénient dépend de la configuration même des parties, de ce que la portion libre de la verge, limitée en dessous par la naissance des bourses, se termine plutôt en bas qu'en haut. Pour y remédier, il n'y a qu'à ajouter aux circulaires qui enveloppent la verge quelques tours qui passent derrière les testicules. La bande ainsi fixée est parfaitement bien supportée par le malade, et le pansement demeure solidement fixé.

Après avoir exposé les diverses espèces de bandages, M. Scrive trace les règles générales qui président à l'art des pansements. Ces préceptes sont de deux sortes : les uns trouvent partout leur application : ce sont des conseils sur les qualités qu'exige cette branche de la chirurgie, sur les temps successifs dont un pansement se compose, sur la fréquence de ses renouvellements, etc. M. Scrive, dans cette partie, fait preuve d'un sens judicieux, qui plaît par l'absence de longueurs, et instruit par l'abondance remarquable des choses utiles qu'il trouve le moyen d'exprimer en peu de mots. Quelques phrases très-simples remplacent avec avantage ici ce qu'on est accoutumé à trouver ailleurs délayé en plusieurs chapitres.

Quant à la manière de faire les pansements en particulier, nous reprocherions volontiers à l'auteur de n'avoir pas toujours assez heureusement su éviter le défaut contraire. Ainsi il envisage les pansements sous trois points de vue différents : 1° d'après la nature des objets ou substances qui entrent dans leur composition; 2° d'après la disposition anatomique de la surface lésée; 3° d'après l'indication qu'ils doivent remplir. Le premier ordre de considérations prêtait, sous le rapport pratique, à des développements extrêmement utiles; car selon qu'on applique sur une plaie de la pommade, ou un liquide, ou un onguent, ou des cataplasmes, le *modus faciendi* ne saurait être le même. Eh bien! ces différences se trouvent, il est vrai, indiquées dans le livre de M. Scrive; mais elles n'y sont qu'indiquées. Par exemple, dans le pansement *avec les liquides*, faut-il imbiber la charpie avant de la placer, ou la placer sèche et ne l'imbiber qu'ensuite? L'auteur laisse le lecteur libre, et semble regarder le choix entre l'une et l'autre manière comme indifférent. Or il est positif que la charpie mouillée ne peut pas, aussi bien que la sèche, être étalée sur une surface, être enfoncée dans une cavité un peu anfractueuse. Ces conditions exigent donc qu'on préfère l'autre procédé, celui qui consiste à placer d'abord la charpie et à ne la mouiller qu'après. Le lecteur non prévenu pourra s'y tromper; avec quelques mots de plus il était éclairé, et mis en garde contre ce désappointement, qui parfois a beaucoup de gravité.

Pour ce qui est des *petites opérations*, saignée, séton, ventouses, cautère, vésicatoire, etc., l'on ne peut donner que des éloges aux descriptions et aux figures qui en représentent les divers temps : c'est là que se trouve la transition de l'élève au médecin; c'est dès lors qu'aidé jusque-là, le commençant va agir seul et sous sa responsabilité. M. Scrive a sans doute compris que jamais plus qu'en ce moment il n'a besoin d'être soutenu, rassuré par les conseils du maître. Aussi s'est-il plu à les multiplier ici plus encore que lorsqu'il ne s'agissait que de pansement. Cette dernière partie tout entière offre une utilité réelle et un soin de rédaction auquel nous aimons à rendre justice. Les jeunes gens, à qui elle est destinée, confirmeront à coup sûr par leur suffrage empressé les conclusions très-consciencieusement favorables de notre analyse.

P. DIDAY.

VARIÉTÉS.

— Une dépêche adressée à M. le gouverneur général par M. le ministre de la guerre, et portant la date du 19 août 1851, contient les indications suivantes :

« L'apparition du choléra à Tlemcen a motivé de la part des autorités sanitaires de la Toscane, des îles Baléares et du port d'Alicante, un surcroît de rigueur envers les provenances de l'Algérie.

» La quarantaine qui leur est applicable est portée en Toscane à douze jours, et à Alicante, à quinze jours au lieu de cinq.

» Dans les îles Baléares, les navires venant des ports situés dans un rayon de trente lieues de Tlemcen devront purger leur quarantaine à Mahon. Quant aux autres provenances de notre colonie, elles devront se rendre préalablement à Palma pour y subir une quarantaine d'observation de dix jours. »

— On écrit d'Alger, 30 août :

« Le télégraphe continue à se taire sur le choléra, ce qui est bon signe, attendu que les autorités de la province d'Oran ne manqueraient pas de signaler par cette voie les cas graves qui viendraient à se présenter.

» La dernière dépêche reçue au gouvernement, le 25 du courant, par le courrier, résumait ainsi la situation : au total, stagnation à Oran et à Mascara; diminution à Tlemcen et à Sidi-bel-Abbès; début à Mostaganem : un tirailleur indigène et une femme juive avaient en effet été atteints dans cette ville, le 20. »

— Le NOTTINGHAM JOURNAL du 29 août annonce que 7 cas de choléra, différant peu de l'affection asiatique, ont été signalés la semaine dernière à l'autorité sanitaire de Nottingham. Sur ce nombre, deux personnes ont succombé.

— Nous extrayons les passages suivants d'une correspondance de Londres adressée au journal L'ORDRE :

« Parmi les industries qui ont été définitivement exclues des grandes médailles, il en est une pour laquelle cette haute récompense à donner à la France faisait trop de mal au cœur aux Anglais : je veux parler des instruments de chirurgie et de la coutellerie fine.

» Je vous avais annoncé, monsieur, qu'une grande médaille était décernée à M. Charrière (de Paris). Lorsque je vous avais fait part de cette victoire si glorieuse pour notre habile compatriote, c'est qu'elle venait d'être brillamment proclamée. Le jury spécial avait à l'unanimité voté une grande médaille pour M. Charrière, en le plaçant au-dessus de tous les fabricants anglais. Ses beaux travaux avaient été l'objet d'un examen détaillé et contradictoire entre tous les membres si compétents du jury. Un rapport détaillé de deux de nos plus célèbres praticiens, MM. Roux et Lallemand, avait expliqué, précisé les avantages notables des perfectionnements apportés par M. Charrière à plusieurs instruments, avait fait apprécier l'étonnante perfection de l'exécution, et avait ainsi justifié surabondamment la grande médaille qui n'avait été accordée qu'à lui.

» Mais la question est revenue, d'abord dans le groupe, puis dans le comité supérieur. On n'osait pas proposer un autre nom à la place de celui de M. Charrière pour la grande médaille; mais on a obtenu, en l'absence des juges compétents, sans les avoir prévenus, sans avoir voulu entendre leurs réclamations, une décision portant qu'il ne sera pas donné de grande médaille dans cette industrie. M. Charrière n'aura dès lors que la médaille de seconde classe, comme les fabricants anglais qu'il avait laissés, quelles que fussent les qualités de leurs instruments, loin derrière lui. Il n'est plus le premier entre tous ses rivaux. Sa supériorité disparaît dans la résolution de la commission, pour faire place à une égalité que repoussent à la fois la justice et la vérité. »

Le rédacteur en chef, JULES GUÉRIN.

REVUE GÉNÉRALE.

ACADÉMIE DE MÉDECINE DE BELGIQUE. — MALADIE DES PRISONS ET DE L'HÔPITAL MILITAIRE DE BRUXELLES. — ÉPIDÉMIE DES FLANDRES.

(Voir les nos 31, 34 et 35.)

La maladie observée à Bruxelles par M. Warlomont, la maladie des Flandres décrite par MM. Guislain, Mareska, Delahaye, etc., et la maladie observée en particulier par M. Mareska lors de la seconde épidémie, se ressemblent toutes par l'expression phénoménale. Nous l'avons montré dans notre précédent article. Il s'agit maintenant de savoir à quelle espèce morbide elles appartiennent, dans quelle case nosologique il convient de les faire entrer.

Ceux-là seuls qui ont creusé les fondements de la pathologie peuvent prendre une juste idée des difficultés inhérentes à la détermination des espèces. Nous ne connaissons pour cette recherche que deux guides tont à fait sûrs : la notion préalable de la cause et la transmissibilité par voie de contagion. Cinquante, cent individus s'exposent, par exemple, aux émanations de plomb; ils éprouvent des coliques, de la constipation, etc. Il n'est pas besoin de disserter longtemps pour établir le vrai caractère de la manifestation morbide. Différât-elle en certains points de celle que produit d'ordinaire l'intoxication saturnine, qu'il n'y aurait rien à en tirer contre la spécificité de la cause essentielle, sauf à chercher dans les causes secondaires la raison de la différence. La certitude serait absolue si l'éloignement ou la neutralisation directe de la cause présumée suffisait à faire cesser la maladie. De même, l'origine contagieuse d'une affection implique nécessairement identité de nature entre elle et celle dont elle procède, quelque différentes qu'elles puissent paraître extérieurement. L'épizootie récemment décrite par MM. Renault et Delafond ne se manifestait pas par des caractères identiques chez tous les individus de la même espèce, encore moins chez les individus d'espèces différentes; et pourtant la maladie était une, car elle pouvait être reproduite indéfiniment par l'inoculation ; et le virus transmis d'individu à individu, d'espèce à espèce, perpétuait toujours, au milieu de divers accidents de forme, le même fond morbide. Malheureusement, on ne peut que bien rarement isoler et saisir la cause immédiate des maladies; on ne le peut jamais, à parler franchement, dans les affections épidémiques. Et quant à la contagion, elle permet bien quelquefois d'affirmer l'identité essentielle de deux formes morbides observées dans le cours d'une même épidémie, et nous en verrons plus loin un exemple; mais nous ne sachions pas qu'elle ait encore donné le moyen de déterminer la nature de l'épidémie elle-même. Que faire alors ? s'en rapporter d'abord aux conditions extérieures au milieu desquelles est née la maladie et qui ne sont pas la même chose que la cause essentielle; puis à ses caractères symptomatologiques, anatomiques et thérapeutiques. On procède ainsi en vertu de ce principe que les caractères d'une maladie ne sont et ne peuvent être que la représentation visible de la cause. On devine celle-ci par ses effets comme on devine le soleil par ses rayons, sans le voir; et c'est par une très-légitime induction que, sans avoir pu jamais mettre le doigt sur les causes des nombreuses épidémies qui ont ravagé le globe, on affirme leur diversité de nature sur le témoignage de la diversité de leurs effets. Mais il faut bien le reconnaître, et c'est un point qui a été touché avec autorité par M. Fallot, la caractéristique d'une maladie n'exprime pas toujours son origine, sa nature, aussi fidèlement que la théorie pourrait le faire espérer. Soit que la cause principale se complique de causes accessoires, soit qu'elle offre, sans changer essentiellement de nature, des degrés variables de virulence, il est certain qu'elle ne produit pas toujours des effets semblables. Le miasme des marais engendre tantôt des fièvres bénignes, tantôt des fièvres pernicieuses, ici des quotidiennes, là des tierces ou des quartes; il peut même engendrer, il engendre souvent, dans certaines localités, des fièvres continues qui embarrasseraient bien le nosologue sans le *criterium* de la médication quinique. Ainsi la cause est susceptible de modifications, puisqu'elle produit des phénomènes différents ; mais elle reste une dans son essence, puisque le même remède la détruit partout.

Voilà donc, pour la détermination nosologique, une difficulté sérieuse; mais il ne faut pas l'exagérer. Le *discrimen* qu'on ne trouve pas sur un point, on peut le trouver sur un autre; et en interrogeant successivement tous les éléments de la maladie, en les étudiant en eux-mêmes et dans leur mode d'agencement, on arrive d'ordinaire, sans trop de difficulté, à tracer dans la pathologie des divisions tranchées et régulières. Il se peut que, dans l'imperfection de la science, quelques-unes de ces divisions ne soient pas tout à fait naturelles, ne correspondent pas à des conditions étiologiques bien définies et bien distinctes, tiennent trop de compte des différences et pas assez des analogies. Mais, jusqu'à preuve décisive et en attendant mieux, il faut bien accepter ce que la science du moment veut bien nous donner.

Cela dit, abordons le sujet spécial de cet article.

On a vu tour à tour dans la fièvre éruptive de Bruxelles et dans la maladie des Flandres, une *fièvre muqueuse*, une *synoque*, un *typhus*, une *fièvre typhoïde*, un *typhus fever*. Quelques orateurs, séparant la fièvre de Bruxelles de celle des Flandres, leur ont appliqué des dénominations différentes. Pour M. Fallot, par exemple, la première est une fièvre muqueuse *avec complication d'exanthème cutané*, et la seconde un typhus épidémique; mais nous croyons avoir montré que les deux affections, toute réserve faite sur leur nature, appartiennent au même type pathologique et ne diffèrent que par le degré. Ce sont deux variétés d'une même espèce morbide; mais quelle est cette espèce?

Il nous semble qu'on doit écarter tout d'abord la fièvre muqueuse et la synoque. Comment l'entend-on ? A l'ancien ou au moderne ? A l'ancien, rien de moins déterminé que ces deux formes morbides. Les vieux auteurs ont vu toutes les fièvres, nous l'accordons; mais ils n'ont pu arriver, faute d'éléments suffisants, qu'à une classification vague et confuse. La fièvre muqueuse de l'un n'est autre chose que la fièvre lente nerveuse de l'autre; toutes deux appartiennent d'ailleurs évidemment ou au typhus ou à la fièvre typhoïde. Par synoque, entend-on la *synocha* (fièvre inflammatoire), ou le *synochus* dont Cullen fait une fièvre putride, Giannini une fièvre nerveuse? Au moderne, on est assez embarrassé de définir la fièvre muqueuse qui ne fait qu'un avec la typhoïde, qui a par conséquent disparu du cadre nosologique. Si l'on tient à conserver le mot, on ne peut l'appliquer qu'à la *fièvre continue simple*, appelée également *synoque*, que beaucoup d'observateurs prennent pour la fièvre typhoïde, malgré les avertissements de ceux-là même qui ont le mieux étudié la fièvre typhoïde, principalement de M. Louis. Or cette synoque simple diffère complétement et de la fièvre

---

Feuilleton.

LETTRES D'ITALIE.

N° XII.

HISTOIRE MÉDICALE DE L'ANNÉE 1850, A L'ARMÉE D'OCCUPATION DE ROME, ET APERÇU DE L'HISTOIRE CHIRURGICALE.

Rome, 20 mars 1851.

A MM. de l'Académie nationale de médecine de Paris.

(Suite. — Voir les numéros 31 et 33.)

Après avoir commencé cette lettre par des considérations générales, nous avons donné les statistiques sur lesquelles s'appuie notre travail; l'étiologie nous a ensuite occupé; abordons maintenant l'histoire pathologique proprement dite de l'année 1850.

La saison intercalaire aux deux endémo-épidémies de 1849 et de 1850 s'étend du commencement de mars à juillet. Janvier et février 1850 ont encore été encombrés par les cachexies léguées par l'année précédente. En janvier, mais surtout en février, la constitution hivernale s'est mêlée à ces reliquats paludéens; il en est résulté, dans ce dernier mois, une gravité considérable dans les affections régnantes. Dans la période intercalaire, les maladies sont fugaces, peu profondes, leur marche franche, rapide, leur terminaison favorable. Cette période peut elle-même se subdiviser. Du 1er mars au 15 mai, on a observé des subinflammations, des inflammations membraneuses, bronchites, angines, flux intestinaux légers, bénins, des affections catarrhales, rhumatoïdes. Le 1er mai, on compte 297 malades en tout dans les hôpitaux militaires français de Rome; c'est le minimum de toute l'année. Vers le milieu de ce mois, aux maladies qui régnaient antérieurement ont commencé à se mêler quelques fièvres printanières franchement intermittentes, simples, ne présentant aucune espèce de complication, ni saburrale, ni bilieuse, ni gastro-intestinale, et cédant avec facilité au sulfate de quinine, sans médication adjuvante. Elles sont, d'ailleurs, peu nombreuses. L'état sanitaire est excellent. Le genre nerveux joue un certain rôle dans la scène pathologique; les congestions y prennent aussi leur part légère.

En juin, l'état sanitaire continue à laisser peu à désirer : la moyenne des hommes présents à l'hôpital, qui était de 340 en mai, monte seulement à 400. La physionomie des maladies régnantes a changé, les fièvres se mettent à envahir la pathologie ; simples au commencement du mois, elles se compliquent déjà, vers le 20, d'un peu d'embarras gastrique et s'accompagnent quelquefois de réaction assez vive. C'est une tendance à l'établissement des complications qui doivent se montrer plus tard, mais ce n'est pas encore leur règne. Une velléité de rémittence se montre aussi dans quelques cas.

de Bruxelles et de la maladie des Flandres; elle ne s'accompagne ni d'une grande prostration, ni de délire, ni de surdité, ni d'épistaxis répétées, ni de taches cutanées de la nature de celles qui ont été décrites par M. Warlomont et les membres de l'Académie. Dire qu'il s'agissait d'une synoque *compliquée* serait créer un type arbitraire pour avoir le plaisir d'y rapporter les maladies qui font l'objet du débat.

A notre sens donc, ces maladies ne peuvent être rapprochées que de la fièvre typhoïde, du typhus nosocomial et du typhus fever. Mais une question préjudicielle se présente. Sont-ce là trois affections assez distinctes pour mériter chacune une appellation spéciale et une place à part dans le cadre nosologique? Une telle question ne veut pas être traitée incidemment; mais un mot est nécessaire pour l'interprétation de ce qui va suivre. Ceux qui les premiers ont étudié avec soin les rapports de la fièvre typhoïde et du typhus, et qui comptaient sous le *typhus fever* alors inconnu en France, ont pu violenter la signification de quelques faits et rejeter sur une inexactitude d'observation l'absence de toute mention relative à des ulcérations folliculaires, alors que les intestins avaient été manifestement examinés. C'est ce qui nous paraît être arrivé à M. Gaultier de Claubry, notamment dans sa description de l'épidémie de Pusen qui, pour le dire en passant, ressemble extrêmement à celle des Flandres. Mais ceux qui, plus tard, connaissant le typhus anglais, ont cru devoir y rapporter le typhus nosocomial et séparer entièrement celui-ci de la fièvre typhoïde, sont tombés dans une méprise beaucoup plus forte. Sans nous engager, quant à présent, dans l'examen des analogies naturelles de ces trois maladies, et ne considérant les choses qu'au point de vue nosologique, nous avons la conviction d'exprimer une opinion qui sera bientôt unanime, en disant: 1° que le typhus nosocomial et la fièvre typhoïde sont une seule et même maladie, la première différant de la seconde par son caractère épidémique, par un haut degré de gravité et quelques circonstances secondaires (fréquence plus grande de pétéchies, gonflement de la rate moins constant, ainsi que la diarrhée, etc.), mais toutes deux caractérisées par le gonflement et l'ulcération des plaques de Peyer; 2° que le typhus fever diffère et de la fièvre typhoïde et du typhus nosocomial.

Or, disons-le tout de suite, la maladie des Flandres et la maladie de Bruxelles se séparent du typhus et de la fièvre typhoïde sur un point de la plus haute importance: elles ne s'accompagnent pas de gonflement et d'ulcération des glandes intestinales. Ce caractère est surtout significatif dans l'épidémie des Flandres pour deux raisons: d'abord parce que cette épidémie a mis à même de faire de nombreuses autopsies; ensuite parce que la gravité de la maladie qui se terminait fréquemment par la mort, ainsi que sa durée, ne se prêtent pas à cette hypothèse imaginée par M. Lebeau au sujet de la fièvre de Bruxelles, à savoir, qu'elle guérissait trop vite pour permettre l'ulcération des plaques agminées. Mais n'oublions pas que M. Guislain a noté exceptionnellement « *l'ulcération folliculaire* de l'intestin grêle. » Cela nous rappelle que, dans une épidémie à caractère typhique qui régna à l'hôpital de Toulon en 1845, sur 45 autopsies, on rencontra une seule fois (1) la lésion caractéristique des plaques de Peyer. De telles exceptions, ou s'expliquent par l'immixtion accidentelle de véritables fièvres typhoïdes à des affections d'une autre nature, ou témoignent d'un certain degré de parenté entre des affections séparées néanmoins par de notables différences — ce n'est pas le lieu d'examiner cette question — mais, en tout état de cause, elles ne renversent pas la signification qui s'attache à l'absence de toute lésion folliculaire dans la presque totalité des cas. Pour ce qui est spécialement de la fièvre de Bruxelles, l'absence presque complète d'autopsies protége-t-elle ou non pas sérieusement la supposition que nous rappelions tout à l'heure? Nous ne le pensons pas. On ne peut d'abord admettre que la fièvre typhoïde ait été enrayée par le traitement, et enrayée à tout coup, de manière à ce que chez aucun sujet elle n'ait pu arriver à l'ulcération des glandes intestinales. La thérapeutique ne fait pas de si belles choses, et nous partageons sur ce point les scrupules de M. de Mersseman. C'est donc que la fièvre typhoïde était bénigne? Eh bien, nous n'avons jamais vu de fièvre typhoïde obstinément bénigne chez tous les sujets, avec du délire, de la surdité, et surtout avec des pétéchies ecchymotiques à peu près constantes; car tous ces caractères sont ordinairement l'expression d'un certain degré de gravité de la maladie. Enfin il ne faut pas oublier qu'il s'agit d'une supposition et pas d'autre chose, rien dans la symptomatologie ne venant accuser une lésion même commençante des folliculaires intestinaux, pas même un développement de taches rosées lenticulaires sur l'abdomen.

Nous voici donc, par exclusion, en présence du *typhus fever*. C'est en effet à cette maladie que nous rapportons et la maladie des Flandres dans les deux formes que nous avons décrites, et la fièvre éruptive de Bruxelles, sauf certaines réserves que nous indiquerons plus loin. Combien d'analogies, en effet, et quelles analogies entre les deux ordres d'affection! Qu'on veuille bien compter:

1° L'insuffisance de nourriture, la mauvaise qualité des aliments, l'abattement moral qui en résulte, voilà, on ne le sait que trop, la condition d'origine la plus ordinaire et la plus active du *typhus fever*, quel que soit d'ailleurs le lien qui unisse l'effet à la cause. C'est également après une longue misère, amenée par la perte des récoltes des pommes de terre et par de maigres moissons, qu'éclate la maladie des Flandres. M. Mareska a même affirmé que, dans la Flandre orientale, l'intensité du fléau se proportionnait au degré de la détresse publique.

2° Le *typhus fever*, qui est contagieux, n'engendre pas la fièvre typhoïde, au dire des médecins anglais et américains. La maladie des Flandres, que plusieurs orateurs de l'Académie belge ont déclarée contagieuse, n'a jamais transmis qu'une affection semblable à elle-même de tout point, différant par conséquent, sous les rapports que nous venons de dire, de la fièvre typhoïde.

3° Les taches cutanées de la maladie des Flandres (1) et de celles de Bruxelles sont confluentes, de volume variable, plus ou moins foncées, ne s'effaçant pas sous la pression du doigt, répandues sur les membres supérieurs et même inférieurs. Ce sont là exactement les caractères des taches du *typhus fever*. Il est vrai que dans la fièvre dite éruptive quelques taches étaient légèrement saillantes, d'autres recouvertes d'une légère vésicule; mais ces particularités, observées exceptionnellement, ne sauraient avoir une grande valeur.

(1) C'est par erreur et pour s'en être rapporté à une citation inexacte que la GAZETTE MÉDICALE de 1851 (p. 326) mentionne cette épidémie comme ayant offert la lésion des follicules dans la moitié des cas (voir 1846, p. 172).

(1) Une transposition de mots nous a fait dire, dans le précédent article, que les taches cutanées avaient été *moins fréquentes* dans la seconde épidémie de la Flandre orientale que dans celle qui a été observée par M. de Mersseman dans la Flandre occidentale. C'est le contraire qu'il faut lire.

Les dix premiers jours de juillet n'apportent pas un changement bien notable à cet état de choses; on remarque une nuance de plus dans les états saburral et gastro-bilieux, et la rémittence intervient un peu moins rarement. Les entrées sont de cinquante-cinq seulement pendant ces dix jours. Nous n'avons pas encore atteint l'endémo-épidémie.

La période qui s'étend du 1er mai au 10 juillet environ, a été caractérisée par une ascension très-lentement croissante dans le nombre des malades; mais, à partir de cette époque, où l'on peut placer l'explosion de l'endémo-épidémie, le chiffre des entrées a suivi une progression très-rapidement croissante, jusqu'au 1er septembre, jour vers lequel le maximum des entrées doit être placé.

La période d'augment de l'endémo-épidémie ne comprend guère que juillet; la période d'état embrasse août et septembre; la décroissance commence avec octobre; elle est aussi lente que l'augment a été rapide, et sa lenteur est rendue plus évidente encore par les rechutes, les cachexies, etc.

C'est vers le milieu de juillet que les fièvres rémittentes paludéennes à forme gastro-bilieuse établirent bien positivement leur règne. Dans les premiers temps, la fièvre débutait après une période prodromique de quelques jours, ainsi caractérisée: malaise, faiblesse, brisement des jambes, céphalalgie obtuse et quelquefois vive, inappétence, soif, embarras gastro-intestinal, quelques nausées, bouche amère, langue chargée, quelques désordres dans la calorification, état qui s'accompagnait ordinairement d'accès quotidiens, plus ou moins francs et réguliers. Pendant ce temps, les fièvres intermittentes simples disparurent peu à peu et cédèrent la place aux rémittentes compliquées.

Ces dernières ont été appelées, par abréviation, fièvres rémittentes gastro-bilieuses. En les analysant, on dégage les éléments et les phénomènes qui suivent: nature paludéenne, type rémittent, saburres gastriques, état bilieux. Elles ont caractérisé l'endémo-épidémie de 1850 et l'ont frappée d'un cachet tout spécial.

Dans nos pays, pendant le cours d'une épidémie, il existe ordinairement encore un nombre assez notable de maladies sporadiques, modifiées, il est vrai, dans leur marche, leurs symptômes, etc., par le génie regnant; à Rome, au contraire, les affections isolées ont presque entièrement disparu. Ainsi, sur un relevé de 539 malades entrés en août et septembre (MM. Molard, Mayer, Petronelli) je ne compte que 28 affections sporadiques; en septembre, M. Molard n'en a reçu qu'une, sur 129 entrées. L'endémo-épidémie avait donc tout envahi, et parmi les maladies ressortissant du génie paludéen, les fièvres rémittentes gastro-bilieuses ont beaucoup prédominé, comme en témoignent les chiffres suivants, extraits d'un cahier de MM. Mayer et Petronelli.

Entrées en août et septembre 1850		150
dont,	1° fièvres rémittentes gastro-bilieuses	90
	2° fièvres intermittentes simples ou avec embarras gastrique	44
	3° Maladies diverses (flux intestinaux, bronchites, embarras gastrique, etc.)	21
	TOTAL	155

L'histoire des fièvres rémittentes gastro-bilieuses constitue donc presque toute la relation médicale; aussi allons-nous leur consacrer une description détaillée.

En août et septembre, époque où ces fièvres ont régné en plus grand nombre

4° Dans la maladie des Flandres, le délire survenait rapidement : le *coma vigil* s'observait assez fréquemment dans la forme grave. Même chose dans le *typhus fever*, auquel le docteur Jenner a précisément attribué, comme caractère distinctif, en opposition avec la fièvre typhoïde, l'existence du *coma vigil*.

5° Le sang est diffluent et non couenneux dans les deux affections.

6° Si la diarrhée, le météorisme, existent plus fréquemment dans la maladie des Flandres que dans le typhus, il y a, dans tous deux, comme nous avons dit plus haut, absence de symptômes spéciaux du côté de la fosse iliaque droite, absence habituelle d'hémorrhagies intestinales, absence de taches rosées lenticulaires, absence de lésion des follicules. Rien autre chose que des injections plus ou moins prononcées.

7° Dans la maladie des Flandres comme dans le typhus fever, pas de gonflement ni de ramollissement de la rate chez la plupart des sujets.

8° Dans l'un comme dans l'autre, l'engouement pulmonaire est plus rare et généralement moindre que dans la fièvre typhoïde.

9° Enfin, tous deux sont également antipathiques à la médication débilitante, notamment à la saignée.

On l'a vu, nous avons rattaché au *typhus fever* la fièvre éruptive de M. Warlomont, aussi bien que la maladie des Flandres. La principale objection qui pourrait être élevée contre cette assimilation serait tirée du peu de gravité et de la courte durée de cette fièvre. M. Fossion y a particulièrement insisté. Mais une telle différence n'engage pas, ce nous semble, la nature même de la maladie. L'identité essentielle de la fièvre dite exanthématique et de la maladie des Flandres dans sa forme la plus grave, pourrait être démontrée en quelque sorte par un procédé logique. En effet, la ressemblance de la première affection avec la forme bénigne de la maladie des Flandres (seconde épidémie de M. Mareska) est telle, qu'il est impossible de la méconnaître. M. Mareska la signale sans aucuns frais de démonstration, comme une chose qui va de soi. Or, le même orateur déclare que, au sein de cette épidémie bénigne, se rencontraient des cas de typhus grave (toujours sans lésion des glandes intestinales), lequel se transmettait quelquefois aux infirmiers. On n'ira pas sans doute, dans une même épidémie, dans une même ville, dans une même habitation (la prison de Gand), déduire une différence de nature d'une différence de degré, attribuer une nature spéciale aux cas bénins et une autre nature aux cas graves. Il s'agissait donc bien, dans tous les cas, du typhus fever. Mais cette maladie ressemblait *évidemment*, c'est le mot de M. Mareska, à la fièvre de Bruxelles. Donc, cette fièvre était un typhus, en vertu de cet axiome que deux choses qui ressemblent à une troisième se ressemblent entre elles. Il y a plus, M. Warlomont lui-même a rencontré parmi ses fièvres éruptives des cas avérés de typhus, témoignage frappant et direct de l'identité cachée des deux affections.

Tous ces faits, d'ailleurs, n'ont rien d'insolite. Les épidémies sont sujettes à varier, suivant les temps et les lieux, dans quelques accidents de leur symptomatologie, dans leur marche, dans leur gravité, sans perdre leurs caractères fondamentaux. M. Guislain en a fourni plusieurs exemples tirés des épidémies typhiques qui ont régné en Belgique depuis 1846. On en pourrait tirer un remarquable du rapport sur la suette, que nous publions aujourd'hui même. De ce qu'il y a eu des épidémies de suette meurtrières et des épidémies bénignes, en était-ce moins la suette dans tous les cas? L'histoire du typhus fever est si récente que nous ne savons encore s'il y en a de bénins; mais on peut répondre affirmativement pour la fièvre typhoïde et aussi pour le typhus épidémique. C'est même sous ce nom de *typhus bénin* qu'a été décrite par M. Marquis l'épidémie qui a ravagé l'arrondissement de Tonnerre en 1814. (Thèses de Paris). On pourrait citer également des épidémies bénignes de variole, de dyssenterie, etc., surtout parmi ces épidémies *de seconde venue* qui, comme la fièvre de Bruxelles, ne semblent être qu'un contre-coup affaibli de l'épidémie véritable.

Nous venons de dire qu'il y a des fièvres typhoïdes bénignes, bien que nous ayons refusé de voir dans la fièvre de Bruxelles une typhoïde guérie avant que les plaques gaufrées aient eu le temps de se former. On ne verra pas là sans doute une contradiction. Nous ne croyons pas à des fièvres typhoïdes *constamment* guéries en un ou deux septénaires; nous n'y croyons pas surtout quand ces fièvres s'accompagnent de pétéchies et de troubles graves du côté de l'encéphale, parce que de tels symptômes, non essentiellement inhérents à ce genre d'affection, sont ordinairement l'indice d'une profonde atteinte portée à l'économie, plus spécialement d'une altération du sang. Mais nous admettons très bien qu'une maladie qui a pour caractère dominant, presque dès son début et à tous ses degrés, une éruption exanthémateuse, du délire, de la surdité, puisse néanmoins rester sans gravité; comme on voit la fièvre rubéolique, la fièvre variolique, la fièvre scarlatineuse, se terminer vite et sans accidents, malgré la présence de papules, de boutons ou de plaques rouges à la peau.

Dans tout ce qui précède, nous avons fait abstraction de la forme morbide décrite par M. de Mersseman qui avait Bruges (Flandre occidentale) pour théâtre d'observation. C'est que, nous l'avons dit dans notre précédent article, la description de M. de Mersseman, incomplète sous plusieurs rapports, renferme néanmoins des particularités importantes dont l'habileté connue de l'observateur ne permet pas de contester l'exactitude et qui différencient notablement l'affection observée par lui de celle que nous avons appelée plus particulièrement *maladie des Flandres*. L'existence préalable de nombreuses fièvres d'accès dans certaines localités où l'épidémie a éclaté, le siége central de l'épidémie dans une ville qui avait moins souffert que d'autres de la misère, la marche rémittente des symptômes, le gonflement de la rate au début de la maladie, l'efficacité remarquable du sulfate de quinine, toutes ces circonstances témoignent à ses yeux de l'influence d'une *constitution médicale* particulière, et il regarde cette constitution comme étant de nature paludéenne. De plus, comme la maladie offrait manifestement le caractère typhoïde; que chez l'un des malades dont il raconte l'histoire, il y avait des *taches lenticulaires* sur l'abdomen et des *pétéchies* sur d'autres parties du corps; il joint cet élément au précédent pour en faire un tout morbide auquel il donne le nom de *fièvre continue paludeuse, à forme typhoïde*. Cette manière d'interpréter les faits, combattue par plusieurs orateurs, a été acceptée, au moins en partie, par M. Lombard. Nous croyons prudent, quant à nous, de ne pas nous prononcer formellement.

Pressé de terminer une appréciation déjà trop longue, nous ne dirons plus qu'un mot. Nous nous sommes tenu constamment dans les déterminations nosologiques. Il y aurait encore à voir, pour épuiser ces hautes questions, si tout en admettant des divisions nécessaires à l'intelligence de la pathologie et conformes à ce que la signification des faits a de moins obscur pour nous, il ne serait pas possible de signaler entre les maladies mêmes que nous distinguons les unes des autres, des analogies d'un ordre plus éle-

---

et avec le plus d'intensité, le poison paludéen était doué d'une telle énergie que la fièvre débutait brusquement, et que la maladie atteignait à peu près d'emblée presque toute son intensité. Les chirurgiens des corps ont observé que l'invasion avait fréquemment lieu après une garde montée la nuit, surtout aux portes de la ville, condition éminemment propre, comme on le sait, à favoriser l'imprégnation; ou bien encore après une revue, après une grande manœuvre, causes occasionnelles qui débilitent, perturbent l'économie déjà imprégnée, de sorte que le sujet ne lutte plus victorieusement contre le toxique.

Voici les symptômes qui annonçaient l'invasion : ordinairement frissons légers, quelquefois intenses et prolongés, dans certains cas, alternatives irrégulières de chaleur et de froid; tremblement des jambes, vertiges, éblouissements, quelquefois chute et syncope, surtout quand le militaire était sous les armes, par un soleil ardent. Au frisson succédait une vive chaleur, accompagnée de céphalalgie, de malaise, d'angoisse, de tension épigastrique et de vomissements bilieux. Il est bien entendu que nous décrivons les cas les plus tranchés; on n'observait pas toujours ce cortége complet, car, chez quelques hommes, ce frisson a même passé inaperçu.

La fièvre, une fois établie, présentait la physionomie suivante (ici nous décrivons encore les cas bien caractérisés) : fièvre ardente, pouls développé et fréquent, réaction générale vive, peau chaude et quelquefois sèche, facies vultueux, rouges, congestionné, yeux injectés; teinte subictérique ou ictérique prononcée; anxiété, agitation, inquiétude, quelquefois subdelirium ou même délire pendant la recrudescence fébrile; céphalalgie, brisement des forces, grande faiblesse des jambes, sentiment douloureux vague dans tout le corps, accompagné, dans un certain nombre de cas, de douleurs vives localisées dans le rachis, dans les lombes, aux jambes, à l'épigastre, aux hypocondres, dans les os, à la région du cœur; bouche pâteuse, amère, langue chargée d'un enduit saburral grisâtre, ou d'une couche épaisse de couleur bilieuse; ses bords et sa pointe peuvent être rouge, ainsi que ses papilles qui proéminent à travers l'enduit; soif et anorexie; les hypocondres et l'épigastre sont tendus; le malade y rapporte toujours un sentiment de pesanteur et de gêne; vomissements bilieux abondants et souvent selles de la même nature; cette diarrhée, dans la suite de la maladie, est quelquefois remplacée par de la constipation; la respiration est tantôt ample, suspireuse, tantôt courte, spasmodique, saccadée; on a observé quelques sudaminas dans la période de détente et de sueur; les pétéchies et les taches roses lenticulaires ne se montrent que rarement dans l'état typhoïde consécutif; l'abdomen peut être alors tendu, météorisé, et présenter du gargouillement cœcal; urines rares, épaisses, colorées, sédimenteuses.

Cet ensemble de symptômes aigus caractérisait la recrudescence, qui avait presque toujours lieu le soir, et qui était souvent précédée de quelques frissons, seuls ou alternant avec des bouffées de chaleur. Cette recrudescence se prolongeait 8, 12, 24, 36 et même 48 heures; son type était quotidien, tierce, souvent peu régulier; elle se terminait quelquefois par de la sueur, rarement abondante; elle-ci semblait d'un bon augure, amenait la détente, l'apyrexie. Dans la matinée le malade était mieux, la céphalalgie moins douloureuse, la fièvre moins vive, le pouls plus souple, mais ce n'était qu'une simple diminution dans les symptômes. Il n'y avait pas apyrexie proprement dite. Le type était donc bien rémittent; c'est par bien rares exceptions qu'on l'a vu vraiment sub-contin-

vé; si, par exemple, la fièvre typhoïde et le typhus fever, tout différents qu'ils sont, ne doivent pourtant pas être considérés, non point comme deux variétés d'une même espèce, mais comme deux espèces d'un même genre. Elles ne peuvent s'engendrer réciproquement par contagion, elles diffèrent donc essentiellement; mais s'ensuit-il qu'elles ne puissent naître l'une et l'autre de conditions identiques, comme la misère ou l'encombrement, par l'intermédiaire d'une altération du sang ou de quelque autre viciation organique; viciation qui serait variable en elle-même, suivant les lieux, les temps, les individus, et qui serait ensuite diversifiée dans ses effets par la diversité des organismes auxquels elle s'attaquerait? Ainsi les deux maladies pourraient être unies à leur point de départ, et diverger néanmoins jusqu'à perdre tout rapport important. Il faudrait bien admettre quelque chose de semblable, si, par exemple, comme l'affirme M. de Mersseman, les exhalaisons de malheureux « n'offrant aucun symptôme de typhus avaient déterminé (souvent) chez les personnes que le devoir ou la charité appelaient près d'eux, *une fièvre typhoïde* bien caractérisée. » N'est-ce pas d'ailleurs un fait du même ordre que la présence de phénomènes ordinairement liés à la vraie fièvre typhoïde (splénotrophie, taches rosées lenticulaires), notée par le même observateur à l'occident des Flandres, tandis que, à l'orient, la même épidémie n'offrait jamais que les caractères du typhus anglais?

Ces idées, qu'ont partagées plusieurs auteurs, sont dignes des plus graves méditations.

A. DECHAMBRE.

ÉPIDÉMIES.

ÉTUDES SUR LA SUETTE MILIAIRE ÉPIDÉMIQUE, ET EN PARTICULIER SUR L'ÉPIDÉMIE DE 1849; par M. J. GUÉRIN (1).

L'Académie a renvoyé à l'examen d'une commission, composée de MM. DUBOIS (d'Amiens), MÉLIER, MARTIN-SOLON, BRICHETEAU et JULES GUÉRIN, une série de communications sur la suette miliaire qui a régné épidémiquement dans plusieurs départements pendant l'année 1849. Ces communications sont loin d'avoir la même importance: rapprochées l'une de l'autre, elles peuvent néanmoins s'éclairer mutuellement, et contribuer toutes plus ou moins à la solution de quelques points encore obscurs de l'histoire de la suette miliaire. Il est même à regretter que la commission, quelque pénétrée qu'elle soit de l'importance qu'il y aurait eu à réunir dans un même cadre tous les documents recueillis sur cette épidémie, soit réduite à ne vous présenter qu'un rapport incomplet; car vous le savez, messieurs, la suette a régné dans un grand nombre de départements, et ce qui n'est pas moins intéressant à noter, presque partout elle a régné concurremment avec le choléra. Sous ces divers rapports, il eût été on ne peut plus utile d'étudier la maladie sous toutes ses formes, à tous ses degrés, et surtout sous l'influence combinée des latitudes où elle s'est montrée et des traitements qui lui ont été opposés.

Mais pour cela il eût fallu attendre que tous les documents adressés à l'administration eussent été communiqués à l'Académie. Or, sous le rapport administratif comme sous le rapport pathologique, la suette miliaire semble étroitement liée à la destinée du choléra, et pour l'une comme pour l'autre, l'Académie n'a reçu que très-incomplétement et à de longs intervalles les documents relatifs aux deux épidémies. Les seuls qui lui soient parvenus sur la suette, et dont nous avons à vous rendre compte aujourd'hui, sont les suivants:

1° Un travail très-étendu et très-étendu de M. le docteur Foucart, intitulé: « DE LA SUETTE MILIAIRE ET DE SON TRAITEMENT; relation d'une épidémie observée dans plusieurs communes des départements de la Somme, de l'Aisne et de l'Oise, en mai, juin et juillet 1849 » (421 pages);

2° Deux notices de M. le docteur Bucquoi, médecin des épidémies: la première intitulée: « QUELQUES CONSIDÉRATIONS SUR LA SUETTE MILIAIRE QUI VIENT DE RÉGNER DANS L'ARRONDISSEMENT DE PÉRONNE » (16 pages); — la deuxième intitulée: « UN MOT SUR LA COEXISTENCE DE LA SUETTE ET DU CHOLÉRA; » addition à la communication précédente;

3° Deux rapports officiels adressés à M. le ministre de l'agriculture et du commerce par M. le docteur Caillat, ancien interne des hôpitaux: le premier sur la « double épidémie de choléra et de suette qui a régné à Sézanne (Marne) en juin 1849 » (36 pages in-f°); — le deuxième sur « trois épidémies graves de suette, de choléra et de dysenterie qui ont régné dans un grand nombre de communes de l'arrondissement de Compiègne pendant l'année 1849 » (128 pages in-f°);

4° Une lettre détaillée de M. le docteur Boinet sur « la suette et le choléra qui ont régné dans l'arrondissement d'Épernay, et particulièrement sur les rapports de connexité qui existent entre les deux épidémies » (4 pages in-4°);

5° Une première notice de M. le docteur Lacbèze sur « l'épidémie de choléra-morbus et de suette qui a sévi dans la commune de Chouilly, arrondissement d'Épernay » (5 pages in-f°); — une seconde notice du même auteur sur le « choléra et la suette qui ont régné dans la commune de Chemilly-sur-Serein, arrondissement de Tonnerre (Yonne) » (2 pages in-4° et deux grands tableaux);

6° Enfin un mémoire de M. le docteur Neucourt, ancien interne des hôpitaux de Paris, sur « l'épidémie de suette miliaire qui a régné dans les villages des environs de Verdun (Meuse) » (42 pages in-f°).

Au seul énoncé de ces différents travaux, l'Académie peut comprendre qu'on a envisagé la suette sous deux points de vue principaux: en tant qu'épidémie particulière, étudiée dans ses phénomènes propres, et en tant qu'annexée au choléra, et en quelque façon comme satellite du choléra. Pour les motifs déjà indiqués, la commission de la suette n'a pas cru devoir s'occuper du second point de vue, c'est-à-dire de la suette dans ses rapports avec le choléra; elle aurait craint d'empiéter sur les attributions d'une autre commission, et de risquer de se perdre dans les ténèbres. Elle s'est donc décidée à laisser entièrement de côté la question de savoir si la suette n'est pas une forme, une métamorphose du choléra; ou bien si les deux épidémies marchent côte à côte pour leur propre compte; où bien encore si leurs essences se combinent pour donner lieu à des produits mixtes, émanant de l'une et de l'autre des maladies. Elle a supposé que ces diverses questions, quoique non dépourvues d'intérêt, seraient mieux

(1) Ce travail a été lu à l'Académie de médecine, le 9 septembre, comme rapport sur différentes communications relatives à l'épidémie de 1849.

A Civita-Vecchia, au contraire, les fièvres ont souvent revêtu ce caractère, comme nous le verrons en écrivant l'histoire de l'endémo-épidémie de cette ville.

La fièvre rémittente gastro-bilieuse, accompagnée de la vive et ardente réaction que nous avons spécifiée, cédait parfaitement et avec rapidité, sans l'emploi des antiphlogistiques, au traitement quinique et évacuant. Au huitième jour, écrit M. Molard, à en croire beaucoup de mes malades, je leur eusse déjà accordé leur sortie. Nous pouvons établir en règle que les cas réguliers se jugeaient les deuxième, troisième ou quatrième jours, et que la convalescence commençait dans le cours du second septénaire. Un évacuant et une dose de quinine à 1 gramme faisaient communément céder tous les symptômes; une seconde dose, moins élevée, achevait d'amener l'apyrexie. Cette marche a été si habituelle que, dans les cahiers de visite de M. Mayer, je trouve rarement le sulfate de quinine administré trois jours de suite.

La solution de la maladie s'accompagnait assez souvent d'une sueur abondante, critique et salutaire; M. Molard, à Rome, et nous-même, à Civita-Vecchia, nous avons observé quelquefois un urticaire général pendant cette sueur.

La convalescence, franche et nette dans beaucoup de cas, suivait une autre marche chez d'autres sujets: les forces restaient anéanties, l'état bilieux et saburral se prolongeait, un petit mouvement fébrile subsistait, la teinte jaune ne s'effaçait que lentement, l'appétit ne reparaissait point, et quelques malades avaient des rechutes à la fin du second septénaire ou dans le troisième; ces rechutes, du reste, ne présentaient rien de grave. Dès lors, la couleur paludéenne, l'engorgement des viscères abdominaux, l'œdème se prononçaient, et le malade restait indéfiniment dans les hôpitaux ou n'en sortait que pour y rentrer bientôt.

La fièvre rémittente, que la violence des symptômes ferait juger si grave, n'a donné que très peu de mortalité, grâce à l'intervention immédiate de la médication quinique et évacuante.

Le portrait que nous avons esquissé peint cette fièvre lorsqu'elle était simple et régulière. Il importe maintenant de décrire en peu de mots quelques-unes de ses variétés les plus tranchées.

Dans la forme ardente, la réaction était tellement vive, qu'une large inflammation, dans nos pays du Nord, ne susciterait pas une fièvre plus violente: pouls large, plein, fréquent; peau brûlante, face congestionnée, etc. Nous concevons qu'avant l'expérience que nous a donnée l'occupation de l'Algérie, on s'armât de la lancette, devant cette grande insurrection de toutes les forces actives de l'économie. On sait aujourd'hui qu'un vomitif ou un vomi-purgatif et une ou deux doses de sulfate de quinine amènent rapidement une pacification qu'on demanderait en vain à la lancette. Dans un seul service, dont l'existence n'embrasse pas un mois, les sangsues et les saignées furent assez largement employées, sans préjudice de doses un peu faibles de quinine. Cette médication a, outre ses inconvénients immédiats, le vice capital d'amener l'état typhoïde, de précipiter le sujet dans la cachexie paludéenne, d'accélérer le développement de l'anémie, de l'anasarque.

Les saignées, même dans cette variété ardente, sont d'une indication si restreinte que M. Mayer, sage praticien d'Afrique, n'en a pas fait une seule. Pour nous, nous pratiquons la phlébotomie dans les cas très-rares où chez un sujet jeune, très-sanguin, atteint pour la première fois, en proie à une fièvre trop ardente, un organe important, comme le poumon et le cerveau, est assez forte-

placées, abordées plus opportunément et étudiées avec plus de fruit dans le rapport général sur l'épidémie cholérique de 1849. Son travail aura donc pour but unique de vous signaler ce qui, dans les communications de MM. Foucart, Bucquoi, Caillat, Boinet, Lachèze et Neucourt, sera susceptible d'ajouter à nos connaissances sur la suette miliaire épidémique.

L'étude des épidémies, trop peu régularisée jusqu'ici et laissée en quelque façon à l'arbitraire de chacun, n'a jamais rendu les services qu'elle est susceptible de rendre à la science et à l'humanité. Considérées dans leur caractère le plus élevé, les épidémies sont de grandes manifestations d'une seule et même cause, qui imprime un caractère uniforme et profondément marqué à tous ses produits, et ne laisse aux actions étiologiques environnantes qu'une somme d'influence secondaire et limitée. Il résulte de cet antagonisme étiologique au profit de la grande cause épidémique que toutes les individualités morbides d'une même épidémie se ressemblent en général et au principal, et ne diffèrent qu'au particulier et dans les accessoires, au même titre et d'après la même loi que celle qui règle la ressemblance et la dissemblance des êtres organisés. C'est au plus haut point la loi de l'unité dans la variété.

Partant de cette donnée générale, les épidémies sont d'immenses foyers d'observations où l'étendue, le nombre, la diversité des faits, la variabilité de leurs conditions de manifestations, projettent incessamment des lumières sur les problèmes les plus obscurs de la pathogénie. Ce qui ne se voit qu'imparfaitement et par lettres détachées dans les maladies sporadiques, se lit en gros caractères et en mots tout formés dans les maladies épidémiques. En effet, la cause des unes est presque toujours faible, isolée, partageant son influence avec celle des conditions étiologiques ordinaires, de l'âge, du sexe, du tempérament, de la constitution, de la saison, de la température, etc. De là des produits mixtes, mal caractérisés, difficiles à rapprocher. En un mot, dans les maladies sporadiques, les éléments d'uniformité sont presque également balancés par les éléments de diversité, et les produits sont comme les facteurs. Dans les maladies épidémiques, au contraire, la cause essentielle est une et absolue; son énergie est telle, qu'elle nivelle tout. En présence de ces grandes manifestations étiologiques, l'esprit n'a presque aucun effort à faire pour embrasser à la fois et saisir dans son ensemble ce que l'observation des maladies ordinaires est obligée de demander aux auxiliaires si utiles d'ailleurs de l'analyse, de la comparaison et de la méthode numérique. Les épidémies sont en quelque façon des généralisations toutes faites, que, dans les maladies sporadiques, l'induction n'obtient qu'à grand'peine et à l'aide de l'observation successive de tous les temps et de tous les lieux. Mais pour tirer tout le fruit possible de ces grandes révélations morbides, pour ne pas se perdre dans les labyrinthes de cette mine d'une richesse et d'une fécondité inépuisables, il faudrait que la science eût des routes tracées; que les travailleurs eussent des mots d'ordre; qu'ils harmonisassent leurs efforts vers des buts définis, sinon vers les mêmes buts; que chaque notion acquise fût le point de départ de la notion à acquérir. Au lieu de cela, que voit-on? La plus grande divergence dans les vues, les efforts et les moyens. Chacun marche à sa guise et le plus souvent au hasard, sans lumière et sans but, et cette incertitude, cette divergence au point de départ, n'a d'autre effet que de perpétuer l'incertitude, sinon la contradiction parfaite des résultats.

Ces réflexions, applicables à la manière dont l'étude des épidémies est envisagée de nos jours, nous ont surtout été inspirées par l'examen des travaux dont nous avons à vous rendre compte. Chaque auteur a son point de vue, sa méthode, sa théorie, son traitement; ce que l'un affirme, l'autre le nie. La médication que l'un répudie est presque la panacée de l'autre. On peut dire que c'est là, sur beaucoup de points, l'histoire de la médecine en général. Mais si nos remarques sur la signification des épidémies sont fondées, la différence des observations, la diversité des opinions et l'opposition des résultats devraient moins se rencontrer dans l'étude de la suette miliaire épidémique que partout ailleurs.

La première chose à faire, suivant nous, avant d'aborder l'étude d'une épidémie, serait de s'enquérir de ce que la science connaît de la maladie. L'épidémie actuelle s'est-elle déjà montrée précédemment, et s'est-elle montrée dans les mêmes localités? Reparaît-elle avec les mêmes caractères? Se montre-t-elle sous les mêmes formes et réclame-t-elle le même traitement? L'observation et l'expérience ont-elles confirmé ou redressé les données précédemment acquises? N'ont-elles pas révélé des particularités nouvelles, soit pour mieux définir ou mieux traiter la maladie? — C'était là, suivant nous, la meilleure manière de rattacher le présent au passé et de féconder incessamment les acquisitions de l'observation antérieure, à l'aide de l'observation présente. Et, qu'on le remarque bien, il ne s'agit pas ici de la science des livres, de la bibliographie, des recherches si souvent stériles de l'érudition, mais des produits réels de l'observation et de l'expérience, rattachés les uns aux autres, à travers le temps et l'espace, comme les anneaux d'une même chaîne, constituant ce que nous appellerions volontiers la formule historique d'une épidémie.

Sans vouloir improviser ici un tel travail, en ce qui concerne la suette miliaire, essayons néanmoins de poser la série des questions à résoudre pour fonder la notion historique de la suette épidémique, et efforçons-nous, à l'aide des matériaux épars dans chacun des ouvrages renvoyés à notre examen, de jeter les premiers jalons de cette étude scientifique: ce sera le moyen de signaler et d'utiliser tout à la fois des matériaux dont la valeur ne saurait être mieux appréciée que par leur degré d'utilité pour la constitution définitive du point de science auquel ils se rapportent.

PREMIÈRE QUESTION.

La suette de 1849 ressemble-t-elle à la suette des épidémies précédentes?

Sans tenir compte de quelques indications éparses dans les auteurs anciens, tels que Gallien et Cœlius Aurelianus, on est généralement convenu de faire remonter la première manifestation non équivoque de la suette épidémique à l'épidémie de 1465. Depuis cette époque jusqu'à nos jours, la maladie a reparu à plusieurs reprises, sous diverses latitudes, avec des formes et surtout une gravité assez différentes pour qu'on en ait fait deux espèces distinctes: la *suette anglaise*, ou suette proprement dite, caractérisée surtout par son extrême gravité et l'absence de toute éruption miliaire, et la *suette des Picards*, dite suette miliaire épidémique, beaucoup moins dangereuse et caractérisée par la présence d'une éruption miliaire très-abondante. Les différents auteurs qui se sont occupés de cette maladie n'ont pas approfondi l'étude des rapports qui peuvent exister entre la suette anglaise et la suette des Picards, la plupart n'y ont même pas songé. M. Rayer, à qui l'on doit sur cette maladie un ouvrage non moins remarquable par la richesse des faits que par la science de l'érudition, n'est pas éloigné de faire deux maladies distinctes des deux sortes de suette, et de regarder certaines épidémies postérieures comme ayant un caractère mixte,

---

ment congestionné pour le compromettre d'une manière prochaine et grave. La saignée est alors une véritable médecine de symptômes qui s'attaque à un accident; les vomi-purgatifs et la quinine doivent être administrés contemporainement. Les sangsues aux jugulaires, aux tempes, à la nuque ont également été d'un emploi fort parcimonieux; la céphalalgie ne semble pas exiger ce remède auxiliaire; elles sont plus utiles contre la congestion cérébrale. Les applications d'oxycrat froid, ou encore d'eau sédative (Beylot), sont des moyens qu'on ne doit pas dédaigner, quand la céphalalgie est trop douloureuse.

Pour légitimer cette presque proscription des antiphlogistiques, nous donnerons, dans nos LEÇONS CLINIQUES DES HÔPITAUX DE ROME ET DE CIVITA-VECCHIA, quelques observations détaillées, qui feront voir clairement avec quelle rapidité ce cortége de phénomènes ardents s'évanouit après la médication quinique et évacuante.

La variété typhoïde réclame une attention spéciale. Le début de la fièvre rémittente est alors souvent accompagné de saignements de nez qui peuvent se répéter ensuite dans le cours de la maladie; malgré les réactions vives que la fièvre semble avoir allumées, les forces sont entièrement prostrées, l'adynamie est profonde; bientôt la bouche se sèche, les dents sont pulvérulentes, la langue se couvre de fuligo; la céphalalgie est obtuse; le malade est isolé de ce qui l'entoure, somnolent, sourd et en proie à un subdélire presque continu. On trouve quelquefois du gargouillement cœcal, avec ou sans diarrhée (car nous l'avons noté maintes fois sans flux intestinal); il n'est pas rare non plus de découvrir des taches rosées lenticulaires, voire même de véritables pétéchies. Enfin, à Civita, nous avons constaté que la poitrine était prise, et nous avons perçu du râle sibilant. Il va sans dire que, le plus souvent, la rate est augmentée de volume. Cet état typhoïde peut se dessiner immédiatement et donner d'emblée un caractère spécial à la fièvre rémittente; ou bien il se manifeste d'autres fois tardivement. Une telle affection, si on ne prenait en considération que les symptômes observés à un moment donné, abstraction faite des autres éléments de diagnostic, en imposerait facilement pour une véritable dothinentérie. En étudiant avec soin la maladie dans toutes ses phases, on s'aperçoit, lorsqu'elle est consécutive, qu'elle ne consiste qu'en une forme, un état putride accompagnant la fièvre paludéenne. Quand elle est primitive, elle débute avec une telle rapidité que nous avons vu le fuligo et la stupeur exister déjà les deuxième et troisième jours à partir de l'invasion elle-même subite et sans prodromes. Dans la dothinentérie, les phénomènes se développent au contraire graduellement. Cette fièvre rémittente à forme typhoïde cède quelquefois avec une rapidité égale à celle de son développement, ce qui nous fournit encore un élément précieux de diagnostic. Enfin, à l'époque dont nous parlons, les militaires arrivés en Italie depuis l'occupation, n'ont peut-être pas présenté cinq fièvres typhoïdes pour toute l'armée.

Dans beaucoup de cas la terminaison de la maladie n'est complète et nette que sous certains rapports, le fuligo disparaît, la stupeur s'efface, l'appétit se développe, mais le malade est comme anéanti et reste 8 à 10 jours sans pouvoir quitter le lit.

La médication quinique et évacuante constitue le fond du traitement de la fièvre rémittente à masque typhoïde; des purgatifs légers doivent même être continués pendant quelques jours, ou repris après une courte période de cessation; les toniques seront utilement administrés de bonne heure, et, parmi eux, le choix

qui tient à la fois de la suette anglaise et de la suette miliaire (1). A laquelle de ces formes, simple ou composée, se rapporte la suette miliaire observée en 1849? Aucun des travaux dont nous avons à vous rendre compte n'a soulevé cette question. Elle n'était pas inutile à examiner cependant; car de sa solution dépend en grande partie la solution d'une autre question non moins importante, de la valeur des méthodes de curation. S'il est vrai, en effet, que la suette anglaise, semblable au choléra, ait été d'une gravité telle qu'elle se jouât de tous les remèdes, et d'une rapidité si grande qu'elle laissât à peine au malade le temps de recourir à la médecine; si, d'un autre côté, la suette des Picards a généralement offert assez de bénignité pour guérir d'elle-même, et une marche assez lente pour donner à toutes les méthodes le temps d'intervenir avec une confiance égale, sinon avec un égal succès, on comprend l'importance, au point de départ, d'une étude historique comparative de l'épidémie de 1849, propre à assurer la base du diagnostic et du traitement de la maladie. M. Foucart est le seul qui se soit préoccupé de rattacher l'épidémie dont il avait été témoin aux épidémies de suette antérieures; mais sa comparaison n'a porté que sur les épidémies de suette miliaire dont il a affirmé plutôt que démontré l'identité, et il n'a rien dit de la suette anglaise. Or quelques mots peuvent suffire pour combler cette lacune.

L'examen comparatif des diverses épidémies de suette anglaise et de suette picarde porte à croire qu'il s'agit au fond de la même maladie, ne différant que par le degré d'intensité. L'absence et la présence de l'éruption miliaire, d'une importance abusive au point de vue nosologique, disparaît devant cette considération étiologique que, dans le premier cas, l'intoxication est telle qu'elle foudroie pour ainsi dire les malades et prévient toute réaction de l'organisme, tandis que, dans le second, elle laisse à l'action éliminatoire de la peau le temps et le moyen de se manifester, comme elle le fait dans toutes les affections fébriles éruptives.

Une étude attentive des cas de suette anglaise, dans lesquels un amoindrissement de l'action toxique a permis au cortége des symptômes de se produire, montre évidemment que la plupart d'entre eux n'étaient qu'une manifestation exagérée de ceux qu'on retrouve dans les cas les plus accentués de la suette picarde. Les taches rouges qui précèdent l'éruption miliaire, les symptômes de constriction gastrique et de strangulation, les phénomènes nerveux les plus intenses, ont été fréquemment observés dans la suette anglaise. Par contre, l'extrême rapidité de la mort, survenue en deux ou trois heures, l'absence de l'éruption miliaire et même de la sueur, ont, dans quelques cas de suette picarde ou périgourdine, nivelé toute différence; en sorte qu'avec les cas les plus bénins de la suette anglaise, on pourrait établir le type des cas les plus graves de la suette picarde, et *vice versâ*, avec les cas les plus graves de la suette picarde, on pourrait établir le type de la suette anglaise; et si l'on réunissait, dans un tableau méthodiquement dressé, toutes les épidémies de suette observées depuis la fin du quinzième siècle jusqu'à nos jours, il ne serait peut-être pas impossible de présenter la série décroissante des deux types, de manière à montrer la transition insensible de l'une à l'autre. Un tel travail ne serait pas sans intérêt ni sans fruit.

Quoi qu'il soit de cette manière de voir sur laquelle nous n'insisterons pas davantage ici, il eût été utile de rechercher en particulier, dans l'étude comparative du mode d'invasion, des symptômes, de la marche et de la terminaison de l'épidémie de 1849, les traits qui peuvent les faire ressembler, d'une part à la suette anglaise, et de l'autre à la suette picarde. C'était, comme nous l'avons déjà dit, le moyen de donner une base certaine à l'étude diagnostique et à l'appréciation des méthodes thérapeutiques. Sans cela comment prononcer entre la saignée, le quinquina ou l'émétique, qui se sont attribué et s'attribuent encore, chacun de son côté, le privilége exclusif de guérir la maladie et de la guérir toujours? — Or, de l'examen comparatif auquel nous nous sommes livrés, il nous est resté démontré que l'épidémie de 1849, sur quelque point qu'on l'ait observée, est une atténuation de la suette anglaise et la reproduction à peu près identique de toutes les épidémies de suette observées en France depuis l'épidémie de Montbéliard de 1712 jusqu'à nos jours.

En traitant des formes de l'épidémie de 1849, nous aurons occasion de signaler les différences accessoires qui ont pu être remarquées dans les manifestations successives de cette maladie.

DEUXIÈME QUESTION.

L'épidémie de 1849 a-t-elle reparu dans les localités qu'elle avait précédemment visitées? A-t-elle épargné quelques unes de ces dernières, et en a-t-elle envahi de nouvelles?

L'importance de cette question n'a pas besoin d'être démontrée. La prédilection d'une épidémie pour une localité, c'est sa raison d'être, sa cause; sa disparition d'un théâtre accoutumé, c'est le témoignage de la disparition ou de la neutralisation de sa cause, et son apparition nouvelle dans une localité nouvelle, c'est le développement à nouveau ou l'importation de cette cause. La commission a en vain cherché quelques données précises sur ces trois points dans les travaux soumis à son examen. C'est une lacune regrettable qui témoigne de peu de souci pour les questions élevées de la pathogénie épidémique. Si l'observation moderne ne mérite que des éloges pour les habitudes de précision qu'elle a introduites dans l'étude directe et immédiate de la personnalité morbide, peut-être doit-on lui signaler les inconvénients d'une préoccupation trop restreinte, qui ne serait peut-être pas étrangère à l'indifférence qu'affecte la génération actuelle pour les questions de rapports généraux, plus solubles par l'esprit d'induction que par le scalpel et le microscope. Pour ne pas nous écarter de la question qui nous occupe, de quel intérêt n'eût-il pas été de rechercher depuis combien de temps la suette occupe certains départements, certains points de ces départements; avec quels changements de saison, avec quels mouvements d'eau et de terrain, avec quelles circonstances météorologiques ou autres, a coïncidé la réapparition de l'épidémie; quelles ont été ses évolutions dans le temps et dans l'espace? Ces faits, dont la notion particulière existe à peine à l'état de programme, constitueraient cependant, s'ils étaient généralisés, une branche nouvelle et fort importante de l'épidémiologie: la géographie épidémique.

TROISIÈME QUESTION.

La suette de 1849 a-t-elle reparu sous les mêmes formes et avec les mêmes caractères que dans les épidémies précédentes?

Des six anteurs dont la commission avait à examiner les recherches, trois se sont signalés par une étude approfondie des formes et des caracteres de la maladie: ce sont M. Foucart, M. Caillat et M. Nencourt. Le premier

(1) Rayer, Histoire de l'épidémie de suette miliaire, p. 474.

---

nous semble devoir se porter sur la décoction de kina, le vin de cannelle composé et le café. L'acétate d'ammoniaque trouve aussi son indication quand la peau demeure sèche et que les fonctions circulatoires et perspiratoires ne prennent pas l'activité qui semble nécessaire pour la solution de la maladie. Quelques révulsifs et la potion avec camphre 0,5 et teinture d'opium 8 à 12 gouttes, nous ont réussi contre la persistance du subdélirium. Le flux intestinal, quand il existe, n'acquiert pas assez d'intensité pour mériter une attention particulière.

Félix Jacquot.

(*La suite prochainement.*

— On lit dans le Moniteur Algérien:

« Les nouvelles du choléra, reçues hier par le courrier d'Oran, peuvent se résumer ainsi:

» *Oran.* — Du 23 août au 1er septembre, c'est-à-dire pendant une période de 5 jours, il y a eu seulement à l'hôpital militaire 5 nouveaux cas et 3 décès. Pendant la même période, le nombre des décès dans la population a été de 6.

« M. Delaroche, sous-intendant militaire en non activité, avait succombé le 27.

» *Tlemcem.* — L'épidémie a cessé de sévir sur les Européens depuis le 23; les deux dernier cholériques sont sortis guéris de l'hôpital le 31.

» *Mascara.* — A la date du 26, le fléau avait à peu près entièrement disparu de la subdivision.

» MM. les sous-lieutenants Pettier et Lacomme, du 12e léger, avaient été enlevés le 14 et le 15 août.

» *Sidi-bel-Abdès.* — Du 25 au 30, trois nouveaux cas, un seul décès. — L'épidémie continuait à sévir en pays arabe.

» *Mostaganem.* — Du 20, jour de l'invasion, au 28, neuf cas dans la garnison et cinq en ville; en tout six décès, parmi lesquels celui de M. le lieutenant Maurissaune, du 4e chasseurs. Quelques décès dans les tribus.

» Comme on le voit, l'épidémie est partout en décroissance ou dans un état de stagnation qui n'inspire aucune inquiétude. »

— On écrit de Vannes, 7 septembre:

« Une affreuse épidémie qui s'attaque de préférence aux enfants, règne dans plusieurs communes de ce département, et notamment à Trédion. — Dans cette dernière commune, où les secours médicaux manquent presque totalement, il est mort trente enfants en moins de dix jours.

» Nous signalons cet état de choses à l'autorité, avec l'espoir fondé qu'elle enverra sur les lieux un médecin des épidémies et prendra les autres mesures que le soin de l'hygiène publique rendrait opportunes.

» Peut-être serait-il convenable aussi de surveiller les inhumations qui, s'opérant en grand nombre dans des espaces assez resserrés, pourraient devenir le germe d'autres épidémies plus dangereuses encore.

---

surtout a apporté, dans cette partie de son travail, un esprit d'ordre, une clarté, une précision dignes des plus grands éloges. Il est à regretter seulement qu'ayant négligé de faire avant toutes choses un inventaire exact et rigoureux des produits de l'observation antérieure, il n'ait pas suffisamment assuré son point de départ. Sans ce préalable, quel moyen de comparaison a-t-on pour juger de l'identité des diverses épidémies, pour corriger, confirmer ou accroître les produits de l'observation antérieure? A cet égard, M. Foucart professe très-explicitement, dans son travail, un principe que nous ne pouvons nous dispenser de relever, parce que, bien que conforme aux habitudes les plus générales de l'époque, il nous a paru contraire aux bonnes traditions de la science et de l'Académie. « Celui qui veut écrire sur un point particulier de médecine, dit M. Foucart, doit d'abord, faisant *table rase* en quelque sorte de tout ce qu'il a appris, de toute idée préconçue sur le sujet qu'il veut étudier, observer et recueillir des faits, et de leur étude, de leur rapprochement, déduire l'histoire didactique de l'affection dont il s'occupe. S'il a observé avec soin, s'il a vu un nombre de faits suffisants, son histoire, sa description seront exactes, et il aura fait une œuvre originale. » C'est là une grave erreur qui témoigne de la plus fâcheuse tendance scientifique et qui explique la stérilité des efforts des Sysiphes de notre époque. La science est fille du temps et non des individus. On est surpris d'avoir à le rappeler. L'observation d'on fait se compose de deux choses: de la constatation de ce que d'autres y ont découvert avant nous et de ce que nous y découvrons après eux. Dans la véritable acception du mot, observer, c'est découvrir. Voyons donc ce que MM. Foucart, Caillat et Neucourt ont constaté et découvert dans l'étude des formes et des caractères de la suette miliaire de 1849.

L'étude des formes d'une épidémie comprend une multitude de questions d'un haut intérêt, et dont le seul énoncé appliqué à la suette en montre immédiatement l'importance.

Quoique identique au fond à toutes celles qui l'ont précédée, la suette de 1849 a-t-elle revêtu les mêmes formes que ces dernières?

Pendant le cours de cette épidémie, a-t-on remarqué que la maladie, aux époques différentes de sa durée, ait affecté des formes différentes, en d'autres termes qu'elle ait différé d'elle-même?

S'est-elle montrée la même dans les différents départements et dans les différentes localités des mêmes départements où elle a paru?

Enfin, dans la même épidémie, dans la même période, dans les mêmes localités, la maladie s'est-elle montrée sous des formes suffisamment variées pour qu'on dût en faire des types distincts?

Aucun des ouvrages envoyés à l'examen de la commission n'a posé explicitement ces questions; on peut y trouver jusqu'à un certain point des matériaux pour les résoudre; quelques-unes même y ont été abordées, mais nous devons le dire, sans la généralité de conception, sans cette coordination de vues qui permettent de croire qu'un auteur a dominé son sujet et qu'il en a embrassé toute l'étendue avec le sentiment réel des difficultés qu'il renferme. — M. Foucart est encore le seul qui ait compris jusqu'à un certain point l'importance de ces difficultés. Son travail, remarquable tout à la fois par l'esprit d'observation et de critique, plein d'aperçus originaux, a reconnu bon nombre de points afférents à ces questions; mais soit précipitation, soit insuffisance de maturité dans la conception du sujet, il ne part jamais nettement de la difficulté à résoudre, ce qui fait qu'il n'arrive jamais explicitement à sa solution.

La question de savoir si la suette de 1849 a revêtu les mêmes formes que les épidémies antérieures a donné lieu à une confusion qu'il n'est pas inutile de faire cesser d'abord. Partant de cette idée, souvent juste, que presque toujours les différences d'observations tiennent à la différence des observateurs, M. Foucart, à l'exemple de beaucoup d'auteurs, n'a pas assez nettement séparé ce qui tient au caractère objectif des faits de ce qui tient à leur caractère subjectif. Quelques personnes, par exemple, considérant la suette comme une affection inflammatoire, avaient cru pouvoir la rapporter à une gastrite; et pour légitimer cette interprétation, elles s'étaient arrêtées avec préférence sur les phénomènes de gastricité si réels dans la suette, mais d'un caractère si opposé au caractère inflammatoire. Exagérant à son tour, dans un autre sens, cette exagération systématique, M. Foucart en conclut que toutes les épidémies de suette ont revêtu les mêmes formes, et il répète son axiome: « La différence d'observation ne tient qu'à la différence des observateurs. » Avec les seules données acquises de la science, ne serait-on pas fondé à retourner la proposition de M. Foucart, et à dire: L'uniformité des faits ne tient qu'à la manière de voir uniforme des observateurs? A l'appui de l'opinion qu'il soutient de l'identité de formes de la suette dans les différentes épidémies, M. Foucart cite l'identité de formes des différentes épidémies de choléra. Cette induction n'est pas très-sévère. On pourrait d'abord, en ce qui concerne le choléra, faire quelques réserves et se demander, suivant le conseil de Montaigne: « Le faict est-il? » et on objecterait ensuite avec raison à M. Foucart, à M. Caillat et aux autres auteurs que la suette de 1849, qui est bien au fond la suette anglaise, n'a pas revêtu certainement les formes de cette redoutable épidémie.

Mais que doit-on entendre par les formes d'une épidémie? C'est précisément ce que M. Foucart ni aucun de nos auteurs ne s'est demandé. La suette comprend un certain nombre de symptômes plus ou moins constants: les prodromes, un état gastrique, des sueurs, une éruption, un sentiment de constriction épigastrique, de suffocation, de strangulation; ces symptômes sont entremêlés de phénomènes plus ou moins importants et variés. La manière différente dont ils se produisent, se dessinent, s'espacent, se succèdent, s'enchaînent, se combinent, durent et se terminent, peut donner à leur ensemble une forme très-différente. Ce sont autant de lettres ou de chiffres qui, en restant les mêmes numériquement et isolément, affectent, par leur réunion, une forme et une signification très-différentes, suivant leur mode d'arrangement et de combinaison. Il en est de même des symptômes de la suette. Nul doute qu'on ne puisse retrouver dans toutes les épidémies de cette maladie, à peu près tous les mêmes symptômes au point de vue de leur nombre et de leur caractère particulier. Mais dans quels rapports de succession et d'intensité relative, dans quel temps et dans quel espace se sont-ils montrés? Voilà ce qu'il eût fallu préciser pour conclure à l'identité de formes de toutes les épidémies de suette. L'Académie le remarquera, sans doute, cette discussion n'est pas tellement éloignée d'appréciations pratiques, qu'il faille la regarder, dans l'espèce, comme une de ces généralités plus propres à exercer les esprits qu'à guérir les malades: c'est précisément le contraire.

La question d'identité ou de diversité des formes de la suette miliaire épidémique se résout directement dans une question de thérapeutique. Nous voyons, par exemple, que la suette anglaise ne guérissait par aucun remède; par contre, nous sommes en présence de trois ou quatre méthodes thérapeutiques qui ont toutes la prétention de guérir tous les malades à l'exclusion l'une de l'autre. Quelque part qu'on fasse à l'exagération habituelle des méthodes exclusives, ne pourrait-il pas se faire ou du moins n'est-ce pas un motif de soupçonner que là où les résultats thérapeutiques ont si fort différé, les formes de la maladie ne sont pas restées absolument les mêmes? Il est donc permis de faire des réserves à cet égard, et d'engager les observateurs à venir à se tenir sur leurs gardes. Nous y sommes d'autant plus autorisés que déjà plusieurs auteurs avaient pu remarquer des différences notables sous ce point de vue. M. Parot, dans la Dordogne, avait signalé la forme intermittente ou rémittente comme beaucoup plus fréquente que dans les autres épidémies. De là les succès du sulfate de quinine. M. Gaillard (de Poitiers) n'avait-il pas rencontré un certain nombre de cas où l'éruption se répétait plusieurs fois dans le cours de la maladie? Et, pour nous en rapporter à M. Foucard lui-même, n'a-t-il pas signalé, dans l'épidémie dont il a été témoin, une plus grande fréquence d'états gastriques? N'a-t-il pas signalé des complications nerveuses dont le caractère exceptionnel aurait pu se généraliser avec la cause qui leur a donné naissance?

La suette de 1849 est-elle restée la même dans tout son cours? A l'exemple de presque toutes les épidémies, à l'exemple du choléra, la suette aurait-elle offert une diminution d'intensité telle, que la plupart des premiers cas auraient été mortels, tandis que les derniers auraient à peine offert quelque danger? C'est ce que MM. Bucquoi, Caillat et Neucourt sont très-disposés à admettre. M. Foucart, sans nier qu'il en soit ainsi, croit bien plus à l'influence salutaire des bons traitements et à l'influence nuisible des mauvais qu'à une décroissance aussi méthodique dans l'intensité du mal. Les deux opinions sont vraies jusqu'à un certain point; mais il eût été utile de montrer quand et comment elles sont vraies, à quels caractères généraux et particuliers on reconnaît que la maladie diminue d'intensité; car M. Foucart le dit avec raison: « Les cas qui doivent devenir graves débutent à peu près comme ceux qui doivent rester les plus bénins. » Il conviendra donc de chercher à spécifier les indices de la gravité spontanée du mal. Sans cette précaution, les meilleures méthodes seraient exposées à ne pas mieux démontrer leur efficacité que les plus mauvaises, et il arriverait que l'on mettrait sur le compte de la maladie ce qui revient de droit à ces dernières.

Pour résoudre la question de savoir si la suette s'est montrée la même dans les différents départements et dans les différentes localités des mêmes départements, il eût fallu précisément ce qui nous a manqué, des documents comparatifs; et encore ces documents auraient-ils eu besoin d'être recueillis par les mêmes personnes. On a vu, en effet, des relations de la même épidémie, rédigées d'après les mêmes faits, par deux personnes différentes, conduire à des conclusions scientifiques et pratiques complétement opposées. C'est en cela que l'axiome rappelé par M. Foucart est ou ne peut plus fondé. Cependant, si les faits nous manquent pour conduire à une conclusion quelconque à l'égard du point qui nous occupe, l'induction conduit au moins à faire des réserves. Si, comme le prétendent la plupart des auteurs, la suette est surtout une maladie épidémique infectieuse, le degré, la force, la qualité d'infection, ne sauraient être absolu-

ment les mêmes dans les différentes localités où la maladie prend naissance. Il faut ajouter que jusqu'ici cette prétendue infection n'a encore que le caractère d'une hypothèse directement contredite par bien des faits. N'a-t-on pas observé indistinctement la maladie à toutes les expositions, sur des collines élevées comme dans des vallées profondes, dans des pays secs comme le long des cours d'eau? Raison de plus pour demander scrupuleusement aux faits ce que les révélations étiologiques ont refusé de donner jusqu'ici.

Enfin y a-t-il en lieu de faire, dans les mêmes localités où on l'a observée, des types distincts de la suette? On avait fait une suette bénigne, une suette maligne, une suette gastrique, une suette nerveuse, une suette hémorrhagique, une suette adynamique, une suette ataxique : toutes appellations commémoratives de certaines prédominances symptomatiques. Mais, ainsi que M. Foucart l'a très-bien établi, toutes ces distinctions, plus artificielles que naturelles, ne doivent pas être étendues au delà des cas particuliers qu'elles sont destinées à rappeler. Ce sont autant de transformations des mêmes faits dont l'existence, non contenue dans les conditions étiologiques initiales, révèle bien plus de fâcheuses interventions dans le cours naturel de la maladie que de véritables prédominances morbides. Au nombre de ces interventions, M. Foucart place en première ligne l'influence du mode de traitement. L'abus des couvertures et des saignées doit, suivant cet auteur, avoir la première part dans la production des excentricités symptomatiques de la suette. Nous reviendrons plus loin sur cette opinion, qui n'est pas sans mériter la plus sérieuse attention. Quoi qu'il en soit, M. Foucart nous paraît avoir mieux synthétisé la maladie qu'on ne l'avait fait jusqu'ici. Il a distingué et classé avec un soin extrême, dans l'appareil symptomatique, chaque groupe de phénomènes : les phénomènes gastriques ou prodromiques; la période d'incubation ou d'état; les phénomènes d'excrétion cutanée : sueurs, éruption, desquammation, la barre trachéo-bronchique, la suffocation, le hoquet, le délire; les phénomènes cadavériques : l'état du sang, la tendance putride des cadavres. Son travail, sous ce rapport, est un excellent tableau, fait, avec autant de méthode que de sagacité, de tout ce qui peut se rencontrer dans l'expression symptomatique de la suette. Il a apporté le même soin dans la recherche des variétés du type général. Il a noté et il a observé des suettes sans sueurs, des suettes sans éruption, des suettes à forme intermittente et quelques autres anomalies individuelles de moindre importance. Mais il ne lui est pas venu à l'idée de se demander si les variétés qu'il observait très-exceptionnellement ne pouvaient pas ou n'avaient pas pu déjà se produire avec le caractère d'une forme typique, ou au moins avec une plus grande fréquence, sous l'influence de conditions étiologiques plus actives et moins exceptionnelles.

Mais une lacune commise aussi bien par M. Foucart que par les autres médecins qui ont observé la suette de 1849, est relative aux maladies consécutives dans lesquelles se résout la suette mal jugée, soit à cause des dispositions idiosyncrasiques, soit à cause du mode de traitement employé, soit à cause d'influences extérieures de tous les ordres. Or on sait que les maladies épidémiques, telles que la rougeole, la scarlatine et autres fièvres éruptives avec lesquelles la suette a pu être comparée jusqu'à un certain point, laissent souvent à leur suite des maladies chroniques d'un cachet particulier au nombre desquelles nous placerons certaines hydropisies, certaines formes de l'affection tuberculeuse. En est-il de même de la suette? Des faits particuliers venus à notre connaissance nous portent à le croire. Il y aurait donc un chapitre nouveau à ajouter à l'histoire pathologique de la suette épidémique, lequel n'aurait pas seulement pour but et pour résultat d'enregistrer une nouvelle phase de la maladie, mais de rechercher à quelles influences morbides ces métamorphoses sont dues, et par conséquent, quels moyens il faut employer pour les prévenir et les combattre.

QUATRIÈME QUESTION.

Les travaux sur la suette de 1849, soumis à l'examen de la commission, ont-ils ajouté quelque chose à la caractéristique de la suette?

La détermination des formes d'une maladie n'implique pas nécessairement la spécification de ses caractères. La reproduction fidèle, complète des symptômes de la suette dans leur ensemble, peut donner sa physionomie, sa forme proprement dite; mais chacun d'eux, spécifié dans ce qu'il a de propre à cette maladie, en donne seul les caractères. L'état gastrique, la sueur, l'éruption miliaire, la suffocation, la constriction épigastrique, la constipation, composent, dans la suette, un ensemble qui n'appartient qu'à elle. Voilà sa forme. La manière d'être de chacun de ces symptômes, leur pathogénie particulière, leur essence, si l'on peut s'exprimer ainsi, voilà ses caractères. L'étude, à ce point de vue, dans la suette, de l'état gastrique, de la sueur, de l'éruption miliaire, de la suffocation, de la constriction épigastrique et même de la constipation, aurait pour résultat d'assurer à chacun de ces symptômes une valeur, une signification particulières. Des symptômes de la maladie qu'ils sont, ils deviendraient ses caractères; ce que leur ensemble bien déterminé fait pour la maladie, leurs éléments bien spécifiés le feraient pour chacun d'eux. L'Académie nous excusera d'insister sur cette distinction qui appartient autant à la pathologie générale des épidémies qu'à l'histoire particulière de la maladie qui nous occupe. Mais cette notion est si peu répandue encore que, des six auteurs dont les ouvrages ont été renvoyés à notre examen, aucun ne s'en est pour ainsi dire préoccupé pour fixer les caractères de la suette. En fait, MM. Foucart et Caillat ont décrit avec plus de soin et de précision qu'on ne l'avait fait avant eux, l'éruption miliaire; mais, loin d'avoir généralisé cette recherche pour tous les symptômes, ils ne lui ont même pas donné, dans le cas particulier, la véritable signification qui lui appartenait. En y regardant de près cependant, ils auraient vu que là réside le véritable progrès. Ce que le microscope fait aujourd'hui pour l'élément matériel des faits, l'esprit doit le faire pour leur élément rationnel : l'analyse fine et approfondie des choses, c'est le microscope de l'esprit.

Parmi les caractères de la suette qui auraient eu besoin d'être étudiés et approfondis à ce point de vue, nous signalerons exceptionnellement le caractère épidémique, infectieux ou contagieux de la maladie. Les maladies ne sont pas épidémiques, ni infectieuses, ni contagieuses de la même manière : c'est faute d'avoir fait cette distinction que les meilleurs esprits ont souvent été divisés sur les vérités les plus évidentes. En ce qui concerne la question de la contagion de la suette, par exemple, n'était-ce pas le cas de préciser les faits où on a cru les reconnaître, de les analyser, de les comparer avec ceux qu'on attribuait à une autre origine?

Aucun des ouvrages soumis à l'examen de la commission n'a fait faire un pas à cette question, laquelle n'est pas plus avancée aujourd'hui qu'au quinzième siècle. De part et d'autre, les autorités et les preuves ne manquent pas. Si M. Rayer, par exemple, dont nul ne contestera les habitudes de précision, dit en termes formels : « La suette doit être rangée au nombre des maladies réputées contagieuses, » d'autres, dont l'opinion n'est pas moins respectable, contestent à cette manière de voir toute espèce de fondement.—Dans sa notice sur la suette du Poitou, M. Gaillard (de Poitiers) n'écrit-il pas « qu'il est sans exemple que la suette se soit transmise par voie de contagion » (Gaillard, p. 47)? — Il en est qui sont d'une opinion mitigée et qui ne savent se résoudre en présence des faits. M. Parrot (de Périgueux), après s'être inoculé la maladie et l'avoir fait reconnaître par les yeux les moins exercés, préfère le doute et écrit que « les éléments capables d'éclairer la question de la contagion sont trop insuffisants ou trop contradictoires pour que l'on puisse résoudre le problème dans un sens plutôt que dans un autre » (Parrot, p. 196). Nous n'avons rien trouvé dans les travaux soumis à notre examen qui puisse aider à faire cesser cette confusion. M. Foucart nie la contagion proprement dite, pour admettre, par analogie avec les maladies éruptives, la transmission infectieuse. Il en est à peu près de même de M. Neucourt : ce médecin voudrait qu'on créât un mot pour exprimer quelque chose qui ne fût ni la contagion ni l'épidémicité absolues. M. Caillat ne plus explicitement la contagion. Les autres ne s'occupent pas de la question. Elle reste, comme on le voit, ce qu'elle était; si bien que la suette éprouve à peu près le même sort que le choléra, c'est-à-dire que les faits n'y peuvent rien; que les mêmes preuves servent aux opinions opposées, jusqu'à ce qu'on ait trouvé ailleurs que dans la logique la véritable cause de ces dissidences. C'est ce que nous aurions été tentés de rechercher par rapport à la suette si l'occasion ne devait se représenter bientôt, et d'une manière plus fructueuse, à propos du choléra. Bornons-nous donc, pour ce qui concerne la suette, à déclarer que la question est toujours pendante. M. Caillat seul a fait une remarque qui mérite d'être rappelée. Suivant ce médecin, un long séjour au milieu des pays où la suette s'est montrée serait nécessaire pour être apte à contracter cette maladie. Il a vu, dit-il, un très-grand nombre d'étrangers demeurer plusieurs semaines, plusieurs mois au milieu des populations envahies par l'épidémie, et rester tous complétement inaccessibles à ses atteintes. « J'ai donné » mes soins, dit M. Caillat, à plusieurs familles habitant la campagne dans la » belle saison et Paris l'hiver; elles avaient un personnel nombreux d'em- » ployés et de domestiques. Chacune de ces familles a eu bon nombre de » malades parmi les employés à poste fixe, dans leur maison de campagne, » tandis qu'*aucun* des autres domestiques n'a payé ce tribut à la maladie. » Sur 600 malades traités par M. Caillat, aucun n'était étranger au pays. Cette remarque très-précieuse rappelle celle qu'on avait faite autrefois à Calais où la suette anglaise avait été importée, et où elle ne régnait que parmi les Anglais : d'où le nom de maladie anglaise lui était venu. D'après ces faits, le développement de la maladie par infection ou par contagion exigerait certaines conditions d'aptitude dont l'absence constituerait une garantie d'immunité. Quelques auteurs avaient même cité comme conditions d'immunité l'enfance et la vieillesse. M. Caillat, d'accord en cela avec les observations de M. Parrot, n'a pas rencontré de malades au-dessous de 10 ans; il n'en aurait pas rencontré non plus d'exemple passé 60 ans. M. Fou-

cart n'est pas aussi positif. Il a vu, quoique rarement, la suette chez des enfants à la mamelle et chez des vieillards. Mais il est d'accord avec M. Caillat pour reconnaître un plus grand nombre d'invasions chez la femme. Tous ces faits auraient besoin d'observations plus précises et plus nombreuses; car, dans plusieurs épidémies de suette anglaise, on avait fait cette remarque que la maladie attaquait de préférence les sujets vigoureux, les hommes plutôt que les femmes. Quoi qu'il en soit de ces remarques particulières, on ne saurait s'empêcher d'y lire un avertissement général à l'usage de ceux qui abordent les questions d'épidémicité, d'infection ou de contagion, avec des idées absolues, qui ne s'adaptent uniformément, ni à toutes les maladies, ni à tous les individus.

CINQUIÈME QUESTION.

***Quid* de la nature de la suette de 1849?**

Il y a des épidémiographes qui enseignent que la nature d'une épidémie peut changer; c'est même, dans certaine école, une opinion accréditée. Cette erreur ne saurait être que le résultat d'une méprise. — La nature d'une maladie, c'est sa cause, sa vraie cause, et une maladie ne peut changer de cause sans cesser d'être elle-même. Dans le langage de certaines écoles, la nature des maladies est confondue avec leur forme ou leur siége, ce qui conduit à supposer qu'une épidémie, envisagée sous le rapport de sa forme, peut changer de nature. Pour nous, et sans doute pour tous ceux qui considèrent la suette comme le produit d'une cause déterminée, *sui generis*, il n'y a pas lieu de supposer que la nature de cette maladie puisse changer. Elle peut être modifiée quant à son degré, quant à son intensité, quant à son alliance avec d'autres influences morbides; mais en tant que suette, c'est-à-dire exprimée par le groupe de symptômes auxquels on est convenu de donner le nom de *suette*, elle est une, absolue, toujours identique à elle-même. Ce principe est indispensable à poser pour dissiper le vague dans lequel la science a été entretenue depuis plusieurs siècles par rapport à la maladie de la suette miliaire.

Les opinions qu'on a professées jusqu'ici sur la nature de la suette peuvent se rapporter à deux principales. Pour les uns, la suette est une maladie essentiellement inflammatoire; pour les autres, c'est une maladie septique. Dans ces deux genres principaux viennent se résoudre beaucoup d'opinions mixtes qu'il serait superflu de rappeler ici.

La première de ces deux opinions est antérieure à la doctrine physiologique; mais c'est surtout sous le règne de cette doctrine qu'on a professé que la suette était une gastrite, une gastro-entérite à forme spéciale, entraînant comme conséquence immédiate un traitement antiphlogistique proportionné à l'intensité de ses symptômes. Nous n'insisterons pas davantage sur cette opinion, qui ne compte plus aujourd'hui de partisans avoués. Il peut encore se rencontrer des personnes, et MM. Bucquoi et Caillat sont de ce nombre, qui admettent une forme inflammatoire ou des complications organiques inflammatoires de la suette. Mais voilà tout. L'opinion qui regarde la suette comme une maladie de nature septique, miasmatique, gastrique, maligne, pernicieuse, réunit sous diverses formes l'unanimité des suffrages. Des six communications soumises à l'examen de la commission, aucune n'est en faveur de la nature inflammatoire de la suette et toutes apportent des faits et des raisonnements en faveur de l'opinion contraire. M. Bucquoi, sans s'expliquer très-catégoriquement, regarde la suette comme un certain mode d'empoisonnement; elle consisterait dans un vice particulier de l'air qui, transmis par la respiration dans la masse du sang, l'infecte et agit à la façon des poisons miasmatiques sur le système nerveux de la vie organique. M. Neucourt trouve une très-grande analogie entre la suette et les fièvres éruptives en général, et la scarlatine en particulier. Mais ces opinions, reproduites sans faits ni développements nouveaux, laissent la question au point où elles l'ont trouvée. Il n'en est pas de même de M. Foucart. Ce médecin, par la manière dont il a réuni les faits connus, par la discussion lumineuse à laquelle il les a soumis, par l'ordre et la clarté qu'il a apportés dans le groupement des preuves, par les nouveaux aperçus qu'il a su ajouter en faveur du caractère septique de la suette, a donné à cette doctrine un très-haut degré de probabilité. Pour M. Foucart, la suette est une affection septique ou toxémique, comme les fièvres éruptives, le typhus, le choléra. Il y considère trois groupes de phénomènes distincts, se reliant les uns aux autres par les connexions de la nature même de la maladie : des phénomènes de *septicité* proprement dits, des phénomènes *gastriques* et des phénomènes *nerveux*. Parmi les preuves de la septicité de la suette, M. Foucart cite la rapidité de la putréfaction après la mort; cette rapidité serait telle, qu'au bout de sept ou huit heures, il est impossible de rester dans la chambre où gît le cadavre. Il a fallu, dans toutes les localités où a sévi la maladie, renoncer à présenter les morts à l'église, et les autorités municipales ont dû abréger de plus de moitié les délais légaux pour les inhumations. Ce fait a une grande importance. Nous devons dire cependant que M. Bucquoi, médecin des épidémies du département de la Somme, dit ne pas l'avoir remarqué; mais il n'a eu que deux fois l'occasion de constater le décès de personnes mortes de la suette. Quoi qu'il en soit, M. Foucart a étudié avec le plus grand soin la nature septique de cette maladie, et s'il a laissé à désirer plus de précision dans ses remarques sur l'altération du sang, il a posé la question avec une netteté et il l'a résolue avec une vigueur qui ne permettront plus désormais aux doctrines hybrides de prétextes à des réticences stériles pour la science ou à des compromis dangereux pour les malades. La suette est sûrement une maladie septique. C'est un pas de fait dans la connaissance et le traitement de cette épidémie.

SIXIÈME QUESTION.

Quel traitement a prévalu dans l'épidémie de 1849, et quels progrès l'étude de cette épidémie a-t-elle imprimés à la thérapeutique générale de la maladie?

Nous l'avons déjà dit, la thérapeutique de la suette était loin d'être fixée. La saignée, les antipériodiques et les évacuants se tenaient en échec. Cette dissidence, qui dure depuis trois cents ans, peut-elle s'expliquer par un changement de nature de la maladie? Comment l'admettre? Trois méthodes également exclusives se posent avec une égale prétention d'efficacité absolue, non pas dans des épidémies successives, mais dans la même épidémie. Dès lors, comment laisser aux partisans de la mutabilité des causes, de la variabilité des formes, d'une même nature épidémique, le bénéfice de leur éclectisme conciliateur? Pendant que M. Rayer vantait la saignée dans l'épidémie de 1821, à l'exclusion des évacuants, M. Duhun (de Peyrelongue) déplorait les funestes effets des pertes de sang, pour préconiser l'émétique. Dans l'épidémie où M. Parrot (de Périgueux) a cru reconnaître le génie pernicieux rémittent, et guérissait avec le sulfate de quinine, M. Gaillard (de Poitiers) ne reconnaissait pas plus de rémittence à la maladie que d'efficacité à la méthode; et dans la même épidémie de Poitiers, presque sur les mêmes malades, MM. Gaillard et Loreau obtenaient avec les émétiques des résultats complétement opposés. Entre les mains du premier, ils tuaient, et guérissaient presque à coup sûr entre les mains du second. La même divergence existe entre les médecins qui ont observé l'épidémie de 1849. Sur plus de six cents cas traités principalement par la saignée, M. Caillat affirme n'avoir perdu aucun malade. M. Neucourt (de Verdun) déclare, au contraire, qu'entre ses mains la saignée a été plus nuisible qu'utile; et M. Foucart, dont tout l'ouvrage est une éloquente manifestation contre la saignée, a guéri tous ses malades, au nombre de plus de mille, en les faisant vomir avec l'ipéca. — Serait-ce que la maladie guérissait par tous ces remèdes, ou malgré tous ces remèdes? Mais, de l'aveu de tous les auteurs, la mortalité moyenne n'est pas moins d'un vingtième, quelquefois d'un quinzième. Serait-ce enfin que chaque épidémie, meurtrière à son début, et inaccessible à cette époque à toute médication, ferait refluer sur ses périodes plus bénignes un contingent de mortalité, la même pour toutes les méthodes? Tout cela a été dit et soutenu avec plus ou moins de fondement, et tout cela prouve qu'en médecine plus que partout ailleurs, la vérité est difficile à reconnaître et plus difficile encore à faire voir. Cherchons cependant si, malgré ces incertitudes perpétuées comme à dessein depuis trois siècles, il n'est pas possible d'arracher à ces oracles à double sens qu'on appelle les faits et l'expérience, quelque réponse plus claire et surtout plus profitable à la science et à l'humanité.

Il ne faut pas s'abuser, quoique cette déclaration puisse rencontrer d'opposition vulgaire, il y a quelque chose au-dessus des faits, c'est l'esprit qui les observe et les juge. Dans l'espèce, cela n'est que trop bien établi, les faits n'ont jamais manqué en faveur de la saignée contre les émétiques, et *vice versâ* en faveur des émétiques contre les saignées, et, qui plus est, pour écarter tout prétexte de méprise, on a vu les mêmes faits, les mêmes malades et pour ainsi dire les mêmes morts et les mêmes guérisons témoigner tour à tour pour et contre les mêmes médications. Comment s'y prendre pour sortir de ce dédale dans lequel on semble creuser incessamment de nouvelles routes à la médecine, sans jamais lui ouvrir d'issue? Pour répondre convenablement à cette question particulière, il faudrait presqu'un traité général sur l'art d'interpréter les résultats thérapeutiques. Il faudrait rechercher comment les effets de telle ou telle médication, et, dans l'espèce, comment la saignée, l'émétique, les purgatifs, le sulfate de quinine, attestent leur efficacité contre la suette, et comment les adversaires de chacune de ces méthodes parviennent à en démontrer le danger ou au moins l'insuffisance. Jusqu'ici, la médecine n'a guère procédé que par deux méthodes, du moins elle ne reconnaît en principe que deux méthodes : le *post hoc, ergo propter hoc*, et la méthode numérique qui a été un premier pas dans la voie des démonstrations sérieuses. Or, que faire avec ces deux méthodes en présence de M. Caillat qui vous dit avoir guéri six cents malades principalement par la saignée, et M. Foucart qui en a guéri mille avec l'ipéca, à l'exclusion complète de la saignée, qu'il déclare dangereuse, mortelle? On n'alléguera pas que mille cas prou-

vent plus que six cents, car si M. Foucart n'avait traité et guéri que six cents malades, sa déclaration et sa négation n'en auraient pas moins d'importance à l'endroit des six cents guérisons de M. Caillat. La difficulté reste donc tout entière. Pour en sortir, nous allons, à défaut de méthode générale d'appréciation dont la science manque encore, montrer à l'Académie à l'aide de quel procédé particulier nous sommes parvenus à nous fixer sur la valeur des différents traitements employés contre la suette de 1849 et sur la méthode de traitement à opposer désormais à cette maladie.

Avec le ton d'une extrême bonne foi, l'un des auteurs dont nous avons examiné les travaux, M. Neucourt affirme qu'il s'est trouvé en présence de la suette dépourvu de toute conviction, et sans parti pris sur les médications connues. Il commence par saigner les trois premiers malades. Bientôt après des symptômes analogues à ceux de la fièvre intermittente étant survenus, il leur administre à tous trois du sulfate de quinine. Ces trois malades résistèrent; mais, ajoute M. Neucourt, leur convalescence fut *d'une longueur extrême*, et quatre mois après leur maladie, ils étaient encore languissants, ne pouvant pas travailler et ayant parfois encore des sueurs abondantes plusieurs jours de suite. Le même médecin rapporte ensuite deux observations de jeunes filles mortes, qui avaient été saignées dès le début, et celle de leur mère, qui avait succombé quarante-huit heures après une application de sangsues. — En opposition avec les premiers résultats de sa propre pratique, M. Neucourt cite ceux qu'il a obtenus de l'usage des purgatifs et du sulfate de quinine combinés. La guérison a eu lieu dans tous les cas, à l'exception de celui d'une jeune fille qui avait été saignée au début de la maladie. M. Neucourt ajoute que la convalescence, chez ceux qui avaient pris le sulfate de quinine, a été beaucoup moins longue que chez ceux qui avaient été saignés.

Passant au travail de M. Caillat, nous y avons vu les deux paragraphes qui suivent :

« Toutes les fois que les étouffements étaient rapprochés, qu'ils étaient » très-prononcés, et alors surtout qu'il y avait congestion inflammatoire » pulmonaire, je faisais une application de sangsues qui souvent était ré» pétée le jour même ou le lendemain. Dans des cas plus graves encore, » quand la congestion et l'inflammation du poumon continuaient à faire » des progrès, malgré l'emploi des évacuations sanguines locales, j'ai re» couru à la saignée générale et n'ai eu qu'à m'en féliciter. »

Au bas de la même page, M. Caillat ajoute : « Je dois faire ici une ré» flexion qui me semble de quelque importance sur l'emploi des émissions » sanguines dans le traitement de la suette. Je crois que, dans cette mala» die, on doit attaquer hardiment par ces moyens les accidents inflamma» toires formidables qui se montrent quelquefois du côté des organes im» portants de la vie. Cependant (veuillez remarquer ceci, messieurs) je n'y » ai jamais recouru qu'avec une très-grande circonspection. En effet, les » habitants des campagnes en général supportent mal, on le sait, les éva» cuations sanguines. Les populations rurales au milieu desquelles je me » trouvais m'ont paru, de plus, avoir relativement moins d'énergie, moins » de résistance vitale que beaucoup d'autres.... Une circonstance en même » temps dont il a été bon de tenir compte dans l'emploi des saignées géné» rales ou locales pendant le cours de cette épidémie, c'est le grand abat» tement, la grande faiblesse morale, compagnes ordinaires de la suette, qui » fait que *la moindre déperdition de sang jette souvent le malade dans* » *un état de collapsus rapidement mortel.* »

Le même auteur termine son chapitre par ces lignes remarquables :

« Au début de la maladie, j'ai quelquefois administré avec succès l'ipé» cacuanha à dose vomitive, et beaucoup de convalescences qui semblaient » interminables n'ont marché rapidement vers une fin heureuse qu'à la » suite de l'emploi d'un purgatif salin. »

Que l'Académie veuille bien le remarquer, c'est un partisan des évacuations sanguines qui parle, c'est le révélateur des violentes complications inflammatoires, qui appelle l'attention sur le colapsus rapidement mortel succédant parfois aux saignées et sur ces convalescences interminables guéries tout à coup par les évacuants. Que fallait-il pour mettre ces précieuses révélations à profit? Pour retirer tout ce qu'elles renferment d'utile au traitement de la suette, s'éclairer de la vraie nature de la maladie, partir de l'idée que la suette est une affection septique, altérant le sang et déprimant le système nerveux, généraliser à la lumière de ce principe la critique énoncée en fait dans les observations particulières de M. Neucourt et dans les réflexions mêmes de M. Caillat, et instituer hardiment une médication générale en rapport avec le caractère général de la maladie, demander en un mot à l'expérience généralisée la confirmation de la conception étiologique de la maladie. Voilà ce qu'a tenté et réalisé M. Foucart pour le traitement de la suette de 1849, avec un talent et un succès auxquels l'Académie, comme nous, sera sans doute heureuse d'applaudir.

Et d'abord, commençons par rendre justice à tous les médecins qui, depuis 1821, ont eu occasion d'observer la suette. Tous, sans exception, se sont élevés contre la pratique barbare qui consiste à étouffer littéralement les malades pour favoriser la sueur. Malgré l'unanimité de cette prescription, la tradition populaire n'a rien perdu de sa force, et si les paysans de la Picardie n'ont plus à leur disposition les étuves du moyen âge, ils ont les couvertures et les matelas sous lesquels ils ensevelissent les malades, et les galetas hermétiquement fermés où ils les asphyxient, sous prétexte de les affranchir du contact pernicieux de l'air. Ce préjugé est encore tellement puissant, que les praticiens de campagne n'y échappent pas plus que le peuple. M. Foucart affirme qu'à son arrivée sur ce théâtre de l'épidémie tous les médecins de l'arrondissement de Péronne, sans exception, faisaient suer leurs malades. Il cite même un confrère qu'il trouva au lit, accablé d'un nombre considérable de couvertures. Mais M. Foucart a apporté dans la suppression de cette pratique meurtrière l'énergie de résolution et l'autorité de conviction qu'il a montrées dans les autres phases de la thérapeutique de la suette. Partout il fit ventiler avec soin, il pratiqua ce qu'il appelle le *découvrement* brusque et général des malades. Le succès de cette révolution en grand frappa vivement les habitants, et bientôt il eut la satisfaction de voir une réaction presque générale en sens contraire.

En entrant dans la chambre des malades, il trouvait souvent les assistants occupés à les *démucher;* c'était leur expression, et pour ceux qui connaissent la langue du pays, ils comprennent dans quel état devaient être les pauvres épidémiques *muchés* sous les couvertures, les matelas ou les édredons, suivant leur degré de fortune.

Nous arrivons aux faits importants, capitaux, de l'intervention de M. Foucart dans le traitement de la suette de 1849.

Frappé, comme vous avez pu l'être vous-mêmes, au seul énoncé des réflexions naïves du docteur Neucourt et des confidences non moins naïves de M. Caillat sur les effets de la saignée dans la suette, M. Foucart s'est d'abord attaché à démontrer, par un grand nombre de faits, le danger des évacuations sanguines comme moyen prophylactique d'abord, puis comme agent curatif.

Partant de l'idée que les constitutions robustes étaient atteintes de préférence, quelques médecins avaient conseillé la saignée comme préservatif de la suette; mais l'expérience n'a que trop prouvé l'inanité de cette induction. Dans le pays où M. Foucart a été envoyé, il a trouvé cette croyance établie. Les jeunes gens les mieux portants venaient lui demander des saignées de précaution. Or il affirme n'avoir jamais vu un sujet prophylactiquement saigné être épargné par la maladie; et toujours, chez tous, la maladie a été plus grave, sinon mortelle. M. Foucart cite entre autres les cas de quatre jeunes gens, forts, vigoureux, qui s'étaient fait faire le matin même des saignées de précaution; ils avaient été pris de la maladie quelques heures après et avaient éprouvé des accidents beaucoup plus graves que les malades non saignés. Il cite encore le cas d'un gendarme en bonne santé, qui s'étant fait faire une saignée de précaution, succomba le lendemain, après vingt-quatre heures d'une suette des plus intenses. Des cas de ce genre avaient déjà été observés dans des épidémies antérieures. M. Foucart cite un passage de Dubun (de Peyrelongue) (épidémie de 1821), qui constate les funestes effets de la saignée comme moyen préservatif de la suette.

Mais ce que M. Foucart ne démontre pas moins victorieusement, ce sont les déplorables effets des évacuations sanguines comme moyens curatifs, et il le démontre de trois manières : 1° par la mortalité; 2° par la gravité plus grande de la maladie; 3° par la convalescence plus longue et plus pénible.

M. Foucart n'a pas dressé de tableau statistique duquel il résulte que la saignée a fait mourir plus de malades que les autres pratiques. En temps d'épidémie, le grand nombre de faits supplée aux chiffres. Or M. Foucart affirme que la plupart des malades qu'il a vus mourir de la suette avaient été saignés. Il cite, entre autres, l'exemple d'un petit village de la Somme, la commune de Cugny, où la mortalité fut très-forte. 35 morts sur 382 malades, environ le dixième, pour lesquels la commune avait dépensé la somme fabuleuse de 500 fr. de sangsues, sans compter les saignées générales.

En second lieu, les malades qui avaient perdu du sang étaient généralement pris d'accidents plus graves; quelques-uns même passaient d'un état de suette bénigne à un état déplorable, caractérisé souvent par l'étouffement, la constriction épigastrique, des accidents nerveux formidables, et même un délire effrayant. M. Foucart rapporte plusieurs cas de ce genre. Pour lui, et, nous devons le dire, pour tous ceux qui liront son travail avec impartialité, il sera impossible de méconnaître que la saignée ait presque toujours été le point de départ des accidents nerveux. Un malade qu'il interrogeait sur la durée et le point de départ de ces accidents, lui répondit : « C'est après la saignée que les nerfs ont commencé à jouer. »—D'autres, auteurs, MM. Parrot et Gaillard (de Poitiers), avaient déjà signalé les funestes effets de la saignée sur la mortalité de la suette, et l'éclatante confirmation de M. Foucart ne fait que mettre cette vérité hors de doute.

Quant à la longueur des convalescences, elle est attestée par ceux-là même qui ont employé ou préconisé la méthode antiphlogistique. M. Rayer, qui, en 1821, était partisan de cette méthode, parle à plusieurs reprises des

convalescences longues, qu'il suppose être, comme M. Caillat, nn des caractères des guérisoos de la suette. Mais les nombreuses occasions qu'a eues M. Foucart, dans l'épidémie de 1849, de renouveler ses remarques ne permettent plus de méprise à cet égard ; et ceux dans l'esprit desquels il pourrait encore rester quelque doute ne tarderont pas à le voir se dissiper.

Après s'être ainsi rendu compte du danger des émissions sanguines dans la suette, M. Foucart avait à choisir entre la méthode expectante : le sulfate de quinine préconisé par M. Parrot et les évacuants (vomitifs et purgatifs). D'après différentes considérations exposées dans son travail avec autant de science que d'impartialité, M. Foucart crut devoir donner la préférence à l'ipécacuanha déjà employé, mais très-exceptionnellement. Il aborda cette médication avec résolution et fermeté. Contrairement à ce que beaucoup de médecins avaient fait timidement dans cette épidémie et dans les épidémies antérieures, M. Foucart traita de prime abord par l'ipécacuanha un grand nombre de malades, et le succès de cette large expérimentation fut si complet, qu'il en fit la base de tous ses traitements ultérieurs. Il l'essaya au début de la maladie, il le donna à ses périodes avancées, dans les cas graves comme dans les cas bénins, et l'efficacité de cette méthode entre ses mains fut telle que, surplus de 1,000 malades où elle a été employée, *aucun n'a succombé*.

On pourrait croire au premier abord, ainsi que cela a déjà été dit, que M. Foucart a commencé ses expériences au déclin de l'épidémie. Il n'en est rien. Il est arrivé dans des localités où l'épidémie débutait, où les malades périssaient étouffés sous les couvertures et épuisés par la saignée. Dès son apparition l'épidémie changea de face, et partout où la mortalité existait dans des proportions quelconques, elle cessait complétement dès l'installation de la méthode. Parmi les faits qui établissent d'une manière irrécusable cette heureuse influence, M. Foucart cite la commune de Chignolles (arrondissement de Péronne), où on enterrait la dixième victime au moment où M. le docteur Langlet s'y présenta. Frappé des succès de M. Foucart, notre confrère, à son exemple, change les médications employées jusque-là pour recourir à l'ipéca, et la mortalité cesse.

Du reste, nous sommes heureux de le reconnaître, M. le docteur Langlet n'est pas le seul qui ait loyalement renoncé aux méthodes précédemment préconisées pour suivre les exemples de M. Foucart. M. le docteur Missa (de Nanteuil), ainsi que MM. les docteurs Mollien, Krichten, Gaujan, se sont empressés, le premier surtout, de recourir au traitement par l'ipéca, et les résultats qu'ils ont obtenus sont un précieux témoignage en faveur de la méthode.

L'Académie l'a suffisamment compris, il ne s'agit plus ici d'un point de départ statistique; ce n'est pas une mortalité moindre, une proportion de guérison plus grande, mais d'une évolution complète, radicale dans le traitement de la suette. Que faut-il pour le démontrer sans réplique? Rappeler les mille guérisons obtenues par M. Foucart, en opposition avec les six cents de M. Caillat? — Mais ce n'est pas à l'aide d'une simple opération d'arithmétique qu'on peut apprécier la valeur d'une méthode de traitement. Ainsi que l'a dès longtemps établi notre éminent collègue M. Louis, l'influence d'une médication sur la marche de la maladie, permet seule de juger de son efficacité. Or, de l'aveu de M. Caillat lui-même, par les saignées, les convalescences sont longues, pénibles et traversées d'accidents; par l'ipéca, elles sont généralement courtes, rapides, et la maladie est presque toujours enrayée du premier coup.

Cependant, M. Foucart ne s'est pas absolument interdit de recourir à des médications auxiliaires quand les indications s'en présentaient. Ainsi, lorsqu'à la suite de l'action vomitive, la maladie prenait la forme rémittente ou intermittente, il avait recours quelquefois et avec succès aux préparations de quinine. De même, lorsque l'état bilieux ou la constipation persistaient, il administrait utilement des purgatifs salins. Telle a été la conduite de M. Foucart.

Si, maintenant, nous passons du particulier au général; si, de l'épidémie de 1849, il est permis de conclure, quoique avec réserve, aux épidémies de suette à venir, n'a-t-on pas lieu d'espérer que le traitement général de cette maladie aura fait un grand pas? Ne devra-t-on pas aborder désormais avec confiance, et sans hésitation aucune, le traitement qui a si bien réussi entre les mains de notre confrère? Certes, avant de se prononcer d'une manière définitive, avant d'admettre cet aphorisme que nous avons proposé nous-mêmes, que « l'ipéca est, en quelque façon, le spécifique de la suette, » il conviendra d'en vérifier l'efficacité absolue dans une nouvelle épidémie, à son début, à sa période d'état, comme à son déclin, mais à son début surtout; car s'il pouvait rester encore quelque doute sur l'efficacité constante de la médication, ce serait à cette époque où la maladie donne à peine le temps de recourir à la médecine qu'il conviendrait surtout d'expérimenter. Mais nous ajouterons qu'au début des épidémies de suette, comme au début de toutes les autres épidémies, l'important sera de saisir la maladie dès ses premières apparences. S'il est vrai, en effet, que l'influence épidémique neutralise à son profit toutes les autres influences morbides, il ne faut pas hésiter à systématiser le remède comme elle systématise la maladie, faire vomir immédiatement tous les malades par l'ipéca. Il ne peut y avoir à cette précipitation aucun inconvénient : la maladie ne fût-elle encore qu'à l'état de menace, on l'empêche de se développer; il n'est pas moins utile de la prévenir que de la guérir.

En conséquence de ce qui précède, la commission de la suette croit devoir proposer d'adresser des remerciments à MM. Boinet, Bucquoy, Caillat, Lachèze, Neucourt, pour leurs communications, et de féliciter en particulier M. Foucart pour ses importantes recherches, et de renvoyer son mémoire au comité de publication.

MATIÈRE MÉDICALE.

CONSIDÉRATIONS CHIMIQUES, PHYSIOLOGIQUES ET THÉRAPEUTIQUES SUR LES SELS D'ARGENT; mémoire présenté à l'Académie des sciences, les 18 novembre et 2 décembre 1850, par le docteur Jr Delioux, médecin en chef de la marine, professeur aux écoles de médecine navales.

(Suite. — Voir les nos 34 et 35.)

DEUXIÈME PARTIE.

DE QUELQUES PRÉPARATIONS D'ARGENT SUSCEPTIBLES D'ÊTRE EMPLOYÉES EN THÉRAPEUTIQUE.

Comme résultat de l'administration des préparations d'argent à l'intérieur, deux accidents peuvent se produire, double éventualité qui, préoccupant sans cesse les thérapeutistes, les empêche souvent d'insister sur l'emploi interne de ces médicaments et de les porter à une dose suffisante pour développer leur action :

1° L'action irritante topique de ces préparations;

2° La coloration spéciale de la peau.

L'action irritante n'appartient en propre qu'aux préparations solubles; une seule d'entre elles est entrée dans la matière médicale, l'azotate d'argent. Or il a été démontré précédemment que l'on peut éluder, annihiler en partie l'action topique de ce sel en favorisant sa combinaison avec l'albumine, et ne déterminer ainsi que son action dynamique.

La coloration argentique de la peau a été, dans un grand nombre de circonstances, la conséquence fatale d'un long traitement par l'azotate d'argent chez les épileptiques, conséquence assez grave malgré la chance d'une guérison constatée dans un petit nombre de cas. Rien n'arrête les progrès de cette coloration que la suspension du médicament, rien ne la fait disparaître quand elle est établie. Cet accident, contre la production duquel le thérapeutiste n'est nullement armé quand il emploie l'azotate d'argent longtemps et isolément, mérite d'être pris en sérieuse considération.

Il n'est donc pas sans intérêt de rechercher si d'autres sels d'argent que l'azotate méritent d'être conservés ou introduits dans la matière médicale, sous la triple condition — qu'ils auront une action topique peu irritante ou nulle, — qu'ils seront absorbables, — qu'ils ne détermineront pas la coloration bronzée des surfaces tégumentaires, ou du moins qu'ils ne la produiront qu'à un moindre degré que l'azotate d'argent.

A ces titres, j'examinerai :

1° L'argent métallique et les composés insolubles que, dans ces derniers temps, on a tenté d'introduire dans la pratique médicale ;

2° Comme composés solubles, l'iodure double de potassium et d'argent et l'hyposulfite double de soude et d'argent.

1° DES PRÉPARATIONS ARGENTIQUES INSOLUBLES.

L'argent métallique n'a guère été de nos jours préconisé comme médicament interne; mais il est entré jadis dans la confection de plusieurs formules officinales à l'état de limaille. A quelque degré de division qu'on pût amener la limaille, si l'on voulait expérimenter à l'intérieur l'argent métallique, il vaudrait mieux, à mon avis, employer l'argent précipité par le zinc ou par l'étain, ou obtenu du protoxyde par réduction à l'aide de la chaleur; le métal se trouverait ainsi sous forme d'une poudre fine et impalpable, dont on pourrait encore augmenter la ténuité par la porphyrisation, état physique qu'il est toujours bon de rechercher dans la préparation des médicaments insolubles, afin d'assurer leur absorption et par suite leur action dynamique.

L'oxyde d'argent (protoxyde, Ag O) a été l'objet d'expérimentations

récentes. Plusieurs médecins anglais et allemands, et notamment M. Lane (des États-Unis), lui ont reconnu des propriétés sédatives et antispasmodiques assez marquées pour se croire autorisés, en invoquant de nombreux succès, à le recommander non-seulement dans plusieurs affections névralgiques pures, telles que les diverses formes de la gastralgie, mais, de plus, dans plusieurs maladies étrangères à ce type, dans certains cas spéciaux où l'élément nerveux les complique; parmi ces derniers, la ménorrhagie, surtout quand elle s'accompagne d'excitation nerveuse générale ou d'éréthisme spécial du système utérin, aurait trouvé dans l'oxyde d'argent un sorte de spécifique. Enfin, attribuant, en outre, à ce médicament, sur des motifs plus ou moins valables que je n'ai pas à apprécier ici, des propriétés toniques et astringentes, ces praticiens témoignent en faveur de l'efficacité de l'oxyde d'argent dans le traitement de différents flux, tels que la diarrhée, la dyssenterie, les sueurs nocturnes, la polyurie et toutes les formes de la ménorrhagie.

On comprend que ces assertions, qui n'ont pas été vérifiées dans les grandes cliniques françaises, soient accueillies avec une certaine réserve; mais elles sont dignes d'appeler l'attention sur l'oxyde d'argent et sollicitent à rechercher quel peut être le mode de pénétration de ce médicament dans l'organisme.

Le protoxyde d'argent est soluble dans l'eau, quoique à très-faible degré; mais cette solubilité n'est constatable qu'autant que le protoxyde est récemment préparé et n'a point été altéré dans sa composition par un commencement de réduction; or comme cette réduction s'opère très-promptement, il arrivera que, dans la majorité des circonstances, lorqu'on administrera ce médicament aux malades, on n'aura plus affaire qu'à un sous-oxyde d'argent (Ag^2O), ou à un mélange variable de sous-oxyde et d'argent métallique, c'est-à-dire en définitive à un médicament aussi insoluble que le métal divisé dont il était question tout à l'heure.

L'oxyde d'argent, au point de vue pharmacologique, n'a donc droit à être considéré que comme un médicament insoluble.

Le *chlorure d'argent*, dont l'emploi interne a été proposé par quelques médecins, entre autres par M. Trousseau dans le traitement de l'épilepsie à la place de l'azotate, pour éviter la coloration de la peau et l'irritation des voies digestives, est d'une insolubilité parfaite dans l'eau; fonçant de couleur et se réduisant sous l'influence de la lumière, il passe à l'état de sous-chlorure en restant indéfiniment insoluble, et de même que l'oxyde, à mesure que sa réduction s'opère, il sera, théoriquement du moins, d'autant moins attaquable par les humeurs dissolvantes des voies digestives.

L'iodure d'argent, proposé pour l'usage interne par M. Pattersnn, et, avec plus de raison à mon avis, de préférence à l'azotate et au chlorure, employé antérieurement dans le traitement antisyphilitique par M. Serre (de Montpellier), est également une substance insoluble; mais il a sur l'oxyde et le chlorure l'avantage très-considérable, pour l'emploi thérapeutique, d'être plus stable dans sa composition et de ne se colorer qu'avec une extrême lenteur sous l'influence de la lumière.

Quelle que soit l'appréciation que l'on porte des résultats obtenus par l'administration interne des composés argentiques qui viennent d'être cités, résultats signalés par des praticiens honorables, on ne peut les récuser comme faits; des composés argentiques insolubles ont donc produit des effets thérapeutiques avérés; or ces effets n'étant que la traduction sensible d'une action dynamique, et l'action dynamique de tout médicament ne pouvant s'exercer qu'après son absorption préalable, ces composés, que nous tenons pour insolubles dans nos verres sous l'influence des menstrues aqueuses, ont donc été absorbés.

Voyons de quelle manière ils ont pu l'être.

De deux choses l'une: ou ces composés sont absorbables en nature, ou ils ne le sont qu'après leur transformation en composés solubles.

L'ancienne chimie avait posé comme axiome: *Corpora non agunt nisi sint soluta;* et il a été accepté par la majorité des physiologistes modernes qui ont appelé la chimie et la micrographie à leur aide pour étudier les phénomènes de l'absorption dans l'organisme vivant.

Cet axiome, contestable même en chimie, l'est plus encore en physiologie; avant d'examiner les graves objections qui peuvent lui être opposées, demandons-nous si les préparations argentiques insolubles sont susceptibles d'être transformées dans les premières voies en composés solubles, en totalité, soit seulement en partie.

On a dit pour l'oxyde d'argent qu'il est attaqué par les acides de l'estomac et absorbé sous forme de sel; mais on n'a pas réfléchi qu'il ne pouvait se former dans cette réaction qu'un sel insoluble; les acides trouvés dans le suc gastrique ou les humeurs de l'estomac sont le chlorhydrique (Prout, Tiedmann et Gmelin, Bouchardat et Sandras), le lactique, le phosphorique (Cl. Bernard et Bareswill), l'acétique dans quelques cas rares; or chlorure (1), lactate, phosphate, acétate d'argent sont autant de composés insolubles ou fort peu solubles, et si l'on admet que l'on ou l'autre se forme au contact de l'oxyde et des humeurs gastriques, on se retrouve en présence d'un composé dont l'absorption n'est pas plus facile à expliquer que celle de l'oxyde lui-même, dans la théorie de la solubilité préalable, et la question n'a point avancé d'un pas.

Si l'on fait valoir les idées de M. Mialhe, d'après lesquelles les chlorures alcalins jouent un rôle exclusif, on devra supposer que, sous l'influence de ces réactifs, l'oxyde et le chlorure d'argent sont transformés en chloro-argentate alcalin, que l'iodure est changé en iodo-argentate alcalin. Mais j'ai dû faire remarquer, dans la première partie de ce mémoire, qu'il y a dans cette théorie un cercle vicieux; qu'un chloro-argentate alcalin est décomposable par l'eau, que par conséquent une fois formé, il reproduirait un chlorure d'argent insoluble; de même un iodure double de sodium, potassium ou ammonium, né sous la réaction chimique des chlorures de nos humeurs sur l'iodure d'argent, retournerait aussitôt né, par l'action de l'eau de ces humeurs ou des boissons ingérées, à l'état d'iodure d'argent, et forcément, dans cette hypothèse qui va à l'encontre de ce qu'elle veut prouver, il n'y aurait pas d'absorption possible, puisqu'en même temps on nie celle des substances insolubles.

Enfin l'albumine, qui paraît jouer un rôle si important dans l'action chimico-physiologique de l'azotate d'argent, serait-elle appelée à favoriser la dissolution des préparations insolubles de ce métal?

Pour juger cette question, j'ai fait digérer pendant plusieurs heures, à une température moyenne + 38° centig. de l'argent métallique précipité, de l'oxyde, du chlorure et de l'iodure d'argent récemment préparés, savoir:

Dans une dissolution d'albumine pure;

Dans une dissolution d'albumine chloruré;

Dans du sérum de sang;

L'argent métallique, le chlorure et l'iodure d'argent, sont toujours restés complétement insolubles; il en a été à peu près de même pour l'oxyde d'argent; toutefois, dans quelques circonstances il m'a semblé qu'une très-petite quantité de cet oxyde s'était dissoute, soit sous l'influence de l'albumine, soit simplement sous l'influence de l'eau; la liqueur filtrée se colorait alors légèrement en brun par l'acide sulfhydrique, ce qui n'a jamais eu lieu pour les trois composés précédents.

Il est permis d'inférer de ces expériences que les préparations insolubles d'argent ne rencontrent dans les humeurs qui baignent la muqueuse gastro-intestinale aucun élément susceptible de les dissoudre, et que l'oxyde d'argent lui-même dans toute sa pureté s'y dissolvant à peine, il n'en pénétrerait que des atomes dans les ramuscules veineux, siége d'élection de l'absorption des substances solubles.

Il ne reste donc, après ces exclusions, qu'à admettre l'absorption en nature des substances insolubles. Le fait est vivement contesté, l'œil des micrographes modernes n'a vu aucun pertuis appréciable sur toute l'étendue des muqueuses internes; les bouches absorbantes et exhalantes de Bichat ont été reléguées au rang des chimères, et le double tégument constitué par l'ensemble des muqueuses et l'enveloppe cutanée, a été considéré comme une vaste membrane endosmique, à travers laquelle les gaz et les liquides ont seuls la faculté de pénétrer. Cependant, des faits nombreux, soit physiologiques, soit pathologiques, s'accordaient assez mal avec ces principes d'histologie. Ainsi le sang transsude à travers les parois vasculaires; or, il n'est pas formé seulement de substances dissoutes, le plasma qui contient celles-ci, tient en suspension des corps non dissous, les globules; on a dit, il est vrai, pour faire concorder les phénomènes de transsudation hémorrhagique avec le système de l'imperforation des membranes dans l'ordre normal, qu'il y avait érosion des parois vasculaires, déformation, dissolution des globules sanguins. Il a été fort souvent impossible de constater l'érosion des vaisseaux, et en admettant un certain mode d'altération des globules qui aurait été reconnu par quelques observateurs, le fer qui enveloppe ces globules à l'état de composé insoluble (composé dont les analystes n'ont pu encore préciser la nature, mais qu'ils rapportent au type des oxydes de ce métal), le fer pénètre de dedans en dehors la trame des canaux circulatoires. Les globules du lait, ceux du pus, d'où viennent-ils? on répond qu'ils se forment à la surface extérieure des membranes sécrétantes: en a-t-on péremptoirement fourni la preuve? Et dans la résorption purulente, les globules du pus ne traversent-ils pas, en sens inverse de leur point de départ, les trames vasculaires, pour apparaître mêlés au sang des veines ou à la lymphe, et charriés jusqu'aux foyers creusés dans les parenchymes, où ils doivent se déposer ultérieurement après avoir franchi de nouvelles barrières membraneuses? A cette façon d'interpréter la résorption purulente on objecte une altération du pus qui en détruit les globules, ou l'explosion d'une phlébite qui serait l'unique cause de la présence du pus dans les veines.

(1) L'idée première que les sels d'argent et particulièrement l'azotate sont transformés dans l'estomac en chlorure d'argent, appartient à M. Cazenave. (V. Dict. de méd., 2e éd., art. *Argent*.)

Enfin les globules des graisses, corps suspendus dans des liquides plus ou moins complexes, mais jamais réellement dissous, passent de l'intestin dans l'appareil chylifère, sortent de l'économie dans la sueur, dans le lait, dans le pus, dans les urines même, parfois, auxquelles ils donnent une apparence laiteuse, comme plusieurs faits récents l'ont démontré. Si l'on attribue exclusivement cette pénétration facile à la mollesse, à la flexibilité des globules graisseux, qualités qui leur permettraient de se faufiler en s'atténuant à travers les porosités des membranes, n'est-on pas autorisé à croire qu'ils ne dépasseront pas cependant, le degré de ténuité des particules des poudres impalpables, et pourquoi alors celles-ci ne suivraient-elles pas la route que prennent ceux-là ?

Si sur ce point litigieux de l'histoire de l'absorption deux opinions contradictoires se renvoient des objections réciproques, il est juste de reconnaître que les partisans de l'absorption des substances insolubles apportent en sa faveur des considérations de l'ordre le plus sérieux, et je n'hésite point à me ranger de leur côté. En rejetant cette manière de voir, il est impossible de se rendre un compte satisfaisant du mode d'action de plusieurs médicaments insolubles, tels que les antimoniaux, les mercuriaux, les ferrugineux, car l'hypothèse de la chloruration uniforme de ces composés ne me paraît point faite pour résoudre la difficulté. L'absorption des substances insolubles est, en outre, démontrée par des expériences irrécusables dont le petit nombre est compensé par le talent et l'autorité des observateurs ; les faits cités à l'appui par MM. Sterlin, Follin, OEsterlen (1), Cl. Bernard (2), me semblent de nature à juger définitivement la question. Comme l'avait établi antérieurement M. Magendie, les veines présideraient à l'absorption des substances solubles, les vaisseaux lymphatiques et chylifères à celle des substances insolubles. Pour ce dernier appareil, il est vrai, il reste à donner une explication anatomique rigoureuse de cette spécialité d'attributions ; toutefois les travaux de MM. Gruby et Delafond, Goodsir, Cl. Bernard, tendraient à attribuer aux villosités intestinales une structure compatible avec une perforation qui coïnciderait avec l'existence d'un canalicule lymphatique central entouré d'un lacis veineux.

Quant au *cyanure d'argent*, je le considère comme devant être banni de la thérapeutique, avec tous les cyanures métalliques insolubles. Que ces cyanures soient absorbés en nature, ou qu'ils soient réactionnés par les humeurs du canal digestif, ils peuvent donner lieu à la production de quantités d'acide cyanhydrique capables de déterminer les accidents toxiques les plus graves, surtout si, par suite d'idiosyncrasies humorales qu'il n'est jamais possible de prévoir *a priori*, l'absorption ou la décomposition de ces cyanures ne s'opérait que tardivement après l'accumulation de plusieurs doses dans l'estomac.

(*La fin au prochain numéro.*)

TRAVAUX ACADÉMIQUES.

ACADÉMIE DE MÉDECINE.

SÉANCE DU 9 SEPTEMBRE. — PRÉSIDENCE DE M. ORFILA.

Le procès-verbal de la dernière séance est lu et adopté.

La correspondance officielle comprend :

1° Une lettre du ministre de l'instruction publique transmettant l'ampliation du décret de M. le président de la République qui approuve l'élection de M. Chailly pour la place vacante dans la section d'accouchement.

M. le président invite M. Chailly à prendre place parmi ses collègues.

2° Une lettre du ministre du commerce qui transmet la recette et l'échantillon d'une pommade dite de Ninon de l'Enclos, composée par madame Kémeil. (Comm. des remèdes secrets.)

3° Des états de vaccinations des départements de l'Oise, des Hautes-Alpes et de la Seine-Inférieure.

MM. FÉLIX HATIN et BAUDELOCQUE écrivent qu'ils se portent candidats pour la place vacante dans la section d'accouchements.

M. CARRON DU VILLARDS adresse un mémoire sur l'opération de la cataracte traumatique à l'état aigu et subaigu. (Comm. : MM. Larrey et Jobert.)

ABLATION DU MAXILLAIRE SUPÉRIEUR.

M. GIMELLE lit un premier rapport sur une opération d'ablation du maxillaire supérieur et d'une grande partie des os de la face, pratiquée avec succès par M. Baudens. M. le rapporteur, après avoir rappelé les principaux détails de cette opération dont il attribue en partie l'heureux résultat au procédé d'irrigation continue employée par M. Baudens, conclut en proposant d'écrire une lettre de remercîment à l'auteur et d'envoyer sa communication au comité de publication. (Adopté.)

M. Gimelle lit un second rapport sur une opération analogue pratiquée également avec succès par M. Bertherand, chirurgien-major à l'hôpital militaire de Strasbourg.

Conclusions : Remercîments à l'auteur et dépôt de son travail aux archives. (Adopté.)

ÉPIDÉMIE DE SUETTE MILIAIRE DE 1849.

M. JULES GUÉRIN lit un rapport sur la suette miliaire que nous reproduisons textuellement. (Voir ci-dessus.)

M. BALLY demande la parole. Étant à Beaumont, dit-il, à l'époque où régnait une épidémie de suette, j'ai eu l'idée de pratiquer une inoculation. L'inoculation a eu pour effet de produire une affection qui a présenté toutes les phases de la maladie qui régnait alors. Ce fait que je crois unique dans la science est consigné dans le quatorzième volume des mémoires de l'Académie de médecine.

M. J. GUÉRIN : Je ne me suis point occupé, dans le rapport, de la question de contagion que j'ai cru devoir réserver faute d'éléments suffisants pour la résoudre. Je dirai cependant que d'autres médecins ont fait des tentatives d'inoculation qui n'ont produit aucun résultat. Je n'ai point fait intervenir ces faits dans le rapport, ayant, je le répète, négligé à dessein tout ce qui a trait à la question de contagion.

M. LONDE : Je demanderai à M. Bally ce qu'il a inoculé.

M. BALLY : J'ai pris avec une lancette le liquide contenu dans une vésicule, et c'est ce liquide que j'ai inoculé à la personne qui avait bien voulu se soumettre à cette expérience.

M. HONORÉ : Je demanderai à faire une observation sur un seul point du beau rapport que nous venons d'entendre. Il m'a semblé que M. le rapporteur examinait la question de savoir si l'ipécacuanha pouvait être considéré comme un spécifique de la suette. C'est là un fait pratique qui me paraît avoir été mal interprété, non pas par M. le rapporteur, mais par l'un des auteurs des mémoires qui font l'objet du rapport. Il y a très-fréquemment des symptômes d'embarras gastrique dans la suette. Si l'ipécacuanha agit efficacement dans la suette, cela me paraît bien plutôt devoir être attribué à ce qu'il débarrasse la maladie de cette complication, qu'à une action spéciale directe qu'il exercerait sur la maladie elle-même.

M. CLOT-BEY : Quand M. Bally a fait l'expérience d'inoculation dont il vient d'entretenir l'Académie, la suette régnait-elle d'une manière épidémique ?

M. BALLY répond affirmativement.

M. CLOT-BEY : En ce cas, son expérience n'a aucune valeur.

M. DELPORTES : Si j'ai bien entendu, la suette serait considérée par M. le rapporteur comme une maladie de nature septique. Je ne comprends pas une maladie septique qui guérit par l'ipécacuanha. Comment expliquerait-on que l'ipécacuanha fait cesser la septicité ? Je n'ai pas entendu que M. le rapporteur ait parlé de complications. Cependant les complications sont fréquentes dans la suette ; j'ai vu souvent survenir dans le cours de cette maladie des engorgements considérables du poumon. Comment dès lors M. Guérin a-t-il pu proscrire du traitement de la suette la saignée qui est le seul remède à opposer à ces congestions. Il en est de même de l'oppression et de quelques symptômes qui ne cèdent d'ordinaire qu'à une application de sangsues à l'anus.

M. J. GUÉRIN : M. Clot-Bey a fait observer que la circonstance de l'épidémicité diminuait l'importance du fait rapporté par M. Bally. Je répondrai ce que M. Bally eût pu répondre lui-même, que la présence d'une épidémie n'empêche pas de constater les effets de l'inoculation lorsque celle-ci est faite au milieu de circonstances et dans des conditions propres à en rendre les résultats manifestes. Ainsi dans l'une des tentatives d'inoculation qui ont été faites, il s'est produit une éruption qui est restée circonscrite au membre inoculé. Je ne crois pas que dans ce cas on puisse contester la validité de l'expérience.

M. Honoré a cru entendre que je considérais l'ipécacuanha comme un spécifique de la suette. Ça n'a pas été là ma pensée. J'ai dit que l'ipécacuanha pouvait être considéré en quelque sorte comme un spécifique, à raison de la constance des résultats qu'il a produits. Pour dire qu'un remède est spécifique, il faudrait connaître le rapport de la cause de la maladie avec le mode d'action du remède. Or nous ignorons l'un et l'autre de ces deux termes. En l'absence de cette notion, je n'ai pas pu dire d'une manière absolue que l'ipécacuanha fût le spécifique de la suette, j'ai voulu constater ce fait seulement qu'il avait constamment produit la guérison.

M. Desportes a parlé de la fréquence des congestions inflammatoires dans la suette. En fait d'épidémies, il ne faut pas s'en tenir aux apparences symptomatiques qui ne sont le plus souvent que des produits particuliers de la cause épidémique. C'est ici le cas de rappeler cet aphorisme d'Hippocrate : *Naturam morborum ostendit curatio*. Il ne faudrait pas croire que les formes inflammatoires réclament toujours les saignées. Les partisans déclarés de la saignée eux-mêmes ont été obligés de reconnaître qu'elle avait pour effet de produire le collapsus et de donner lieu à de longues convalescences.

M. MOREAU. Je crois qu'il ne faut pas dire que dans une épidémie un médi-

---

(1) PASSAGE DES SUBSTANCES INSOLUBLES DU CANAL INTESTINAL DANS LE TORRENT CIRCULATOIRE, par le professeur OESTERLEN (JOUR. DE CHIMIE MÉD. et UNION MÉD., 1848).

Une note communiquée à l'Académie de médecine par M. Mialhe, séance du 1er août 1848, ayant pour objet de réfuter les faits avancés par M. OEsterlen, a donné lieu, dans la séance du 5 mars 1849, à un rapport de M. Soubeiran entièrement favorable à l'opinion de M. Mialhe ; mais plusieurs membres de l'Académie, MM. Orfila, Piorry, Moreau, Gaultier de Claubry, Bussy, ont trouvé les conclusions du rapport trop absolues, et l'examen de la question a été renvoyé à la commission, avec adjonction de MM. Orfila, Gaultier de Claubry et Bérard. L'Académie ne s'est pas encore prononcée sur ce point important de physiologie.

Je ne pouvais ici donner plus d'extension à la théorie de l'absorption des substances insolubles, je n'ai dû qu'en indiquer les principaux arguments s'appliquant à l'étude de l'action chimico-physiologique de certains composés d'argent.

(2) LEÇONS de M. Cl. Bernard au Collége de France, année 1849.

cament guérit toujours. Chaque épidémie a son génie particulier. De ce que l'ipécacuanha a réussi dans celle-ci, ce n'est pas une raison de croire qu'il réussira dans une autre. Ne voyons-nous pas des épidémies de fièvres puerpérales guéries à une époque par tel ou tel remède, tantôt par l'ipécacuanha, tantôt par la saignée on par les frictions mercurielles, tandis qu'à d'autres époques elles sont rebelles à l'emploi des mêmes moyens? Il faut, en pareille matière, mettre en pratique l'éclectisme ; on ne doit jamais dire *à priori* : Il faudra employer tel médicament plutôt que tel autre. Il faut se borner à dire dans telle épidémie tel moyen a réussi, sans préjuger son efficacité pour l'avenir. Agir autrement parait peu philosophique.

M. Guérin : M. Moreau ne m'a sans doute pas entendu, car il aurait vu que j'ai fait précisément toutes les réserves qu'il indique. J'ai positivement dit dans le rapport qu'il serait indispensable d'expérimenter, dans une prochaine épidémie de suette, l'usage de l'ipéca pour conclure rigoureusement du fait actuel au fait à venir. Quant à ce mélange de médications auquel M. Moreau croit pouvoir attribuer les mérites de la guérison, je crois qu'il convient de ne pas se laisser abuser par cette apparence d'éclectisme : beaucoup de remèdes guérissent seulement parce que la force de la nature guérit malgré leur emploi. Il faut savoir faire deux parts dans l'appréciation des méthodes curatives : celle de la médication, celle de la nature ; c'est souvent cette dernière qui fait tous les frais de l'efficacité présumée de la première. Du reste, les maladies épidémiques, en raison du caractère absolu de leur cause, s'accommodent mal de la variabilité des méthodes : le remède, quand il mérite ce nom, doit être un comme la maladie.

M. Delportes revient sur la nécessité de tenir compte des complications. J'ai été témoin de beaucoup d'épidémies, dit-il, et dans quelle épidémie n'avons-nous pas vu qu'il fût souvent nécessaire d'employer des traitements particuliers contre certaines complications et de mettre momentanément de côté la médication principale.

M. J. Guérin : M. Delportes confond deux choses, l'opinion du rapporteur et celle des auteurs dont il a eu à analyser les mémoires. Il s'agit d'ailleurs ici d'une question de fait; et je me suis borné au rôle d'historien lorsque j'ai dit que l'ipécacuanha a guéri toujours, tandis que les saignées ont eu des résultats désastreux.

La discussion étant épuisée, les conclusions du rapport sont mises aux voix et adoptées.

La séance est levée à cinq heures.

BIBLIOGRAPHIE.

DES BAINS DE MER. — RECHERCHES ET OBSERVATIONS SUR L'EMPLOI HYGIÉNIQUE ET MÉDICAL DE L'EAU DE MER ET SUR LES INFLUENCES DE L'ATMOSPHÈRE MARITIME; par M. le docteur Pouget, médecin inspecteur des bains de mer de Royan, etc.—Paris, 1851, chez J-B. Baillière, libraire. —Un vol. in-8° de 412 pages.

Voici, sur l'emploi de l'eau de mer, un livre pensé et écrit par un médecin, et nous en félicitons sincèrement l'auteur. Il y avait beaucoup à dire avant lui, il y a beaucoup à dire encore après lui ; mais son travail n'en est pas moins destiné à rester un de ces jalons dignes de servir de guide à la science de l'emploi des eaux minérales en hygiène et en thérapeutique.

On doit louer l'esprit médical de notre siècle des tendances balnéaires qu'il affiche enfin sans dissimulation. A y regarder de près, on trouverait peut-être bien que ces tendances sont nées moins dans le corps médical que dans le public même ; qu'elles ont été développées et entretenues dans ce public par des motifs de futilité ou de distraction autant que par de sages vues thérapeutiques ou hygiéniques. Mais que nous importe si la fin est profitable à la santé publique, et si le médecin, l'ayant bien compris, favorise de tout son savoir et de toute son influence le développement d'un goût, je dirais presque d'une passion, qu'il n'a point provoqués?

Le sol de la France est riche en sources minérales de compositions et de vertus aussi puissantes que variées. Témoin de cures nombreuses opérées par leur action, pénétré de l'importance et du genre d'efficacité toute particulière de ces agents thérapeutiques répandus par la nature autour de nous avec une véritable profusion, nous avons souvent regretté de voir tenir si peu de place dans l'éducation médicale, à l'enseignement des propriétés, de la manière d'agir et du mode d'administration de ces médicaments naturels.

L'influence des eaux minérales nous a toujours paru d'autant plus précieuse dans le traitement de toute une catégorie d'états morbides, que cette influence agit davantage à la manière de modificateurs hygiéniques. Comme dans l'usage de ces modificateurs puissants, elle se fait ressentir d'une manière lente, continue, persistante, en un mot avec tous les caractères les plus propres à changer et améliorer peu à peu la constitution, et par conséquent à combattre le plus efficacement possible et à guérir souvent les maladies chroniques, les affections diathésiques profondes, en un mot les détériorations générales de l'organisme qui sont l'écueil de tous les remèdes et le désespoir de tous les médecins.

L'eau de mer est de tous ces modificateurs le plus remarquable et le plus puissant à la fois. C'est aussi celui que la nature a mis le plus abondamment à notre disposition, en le développant sur la vaste étendue de nos côtes. Enfin la France n'est-elle pas à cet égard dans une situation toute privilégiée, pouvant disposer à la fois des eaux de la Méditerranée et de celles de l'Océan, de la combinaison de la mer avec des latitudes et des climats différents? Il y a certainement là pour le thérapeutiste et pour le médecin hygiéniste un vaste sujet d'observations et la source de nombreux et féconds préceptes.

Après plusieurs autres et mieux que la plupart de ceux qu'a tentés cet intéressant sujet, M. Pouget nous donne aujourd'hui le résultat de ses observations sur l'action de l'eau de mer et les règles suivant lesquelles il a été conduit à l'utiliser ou à varier son emploi, dans un grand nombre d'états morbides. Les études qu'il a été à même de faire sur les bords de la Méditerranée, et depuis plusieurs années, en qualité de médecin inspecteur, aux bains de mer de Royan, jointes à l'étendue et à la justesse de ses connaissances médicales, donnent à ses préceptes une autorité qui feront de son livre un guide précieux pour tous les médecins. Il suffira de signaler à leur attention quelques-uns des chapitres de cet ouvrage pour leur montrer à la fois la manière dont il est conçu et le puissant parti qu'un esprit juste et sagace peut tirer d'un moyen en apparence identique, mais réellement variable suivant son mode d'administration, dans un grand nombre d'affections de nature non-seulement différente, mais souvent opposée.

Après un exposé succinct des principales propriétés physiques et chimiques de l'eau de mer, le docteur Pouget analyse les effets physiologiques primitifs et consécutifs des bains de mer froids et des bains de mer chauffés ; il examine les influences que la température, la compression, le choc, les principes chimiques, etc., en un mot les divers éléments de l'eau de mer, exercent sur l'économie tout entière, sur ses différentes fonctions et sur leurs appareils. Le même mode d'analyse s'applique ensuite à l'eau de mer administrée à l'intérieur, à l'atmosphère maritime, aux brises de terre et de mer, à l'influence des bords de la mer sur telle ou telle côte. Cette étude est importante pour nous aider à joindre le secours du raisonnement et l'application des connaissances scientifiques aux données expérimentales, dans le mode d'administration des eaux réclamé par le malade qui se confie à nos soins. Elle est une déduction des observations coosignées dans la seconde partie et devient à la fois la base et la raison des préceptes qui forment la conclusion du livre.

Par là, en effet, l'auteur démontre la vérité des règles générales relatives à l'usage de l'eau de mer à l'extérieur. Il montre comme il convient de varier cet usage, suivant les cas, en administrant l'eau de mer sous la forme de bains froids, ou de doubles bains, de simples immersions, de bains chauds, de douches, d'affusions, de lotions, de bains partiels, d'applications locales, de bains de sable de mer, etc. Il termine en donnant le résultat de ses observations sur le choix de la localité maritime, les aliments, les vêtements, l'exercice, le repos et les influences morales.

La troisième partie, qui emprunte à sa nouveauté même un plus grand degré d'intérêt, traite de l'eau de mer à l'extérieur et à l'intérieur, et particulièrement de l'action de l'atmosphère maritime. Nous laissons au lecteur le plaisir de rechercher lui-même les vues intéressantes qu'a fait naître ce sujet sous la plume de l'auteur. Quant aux diverses maladies qui sont citées comme plus particulièrement aptes à être améliorées ou guéries par l'eau de mer, nous lui faisons grâce de l'énumération.

Enfin la quatrième partie traite des effets secondaires ou ultérieurs que produit la médication par l'eau de mer, et renferme un résumé ou sommaire des *contre-indications* dans l'emploi de l'eau de mer. Ce résumé, pour le moins aussi utile au praticien que le chapitre où se trouvent, avec l'énumération des maladies curables par le même moyen, les *indications* de l'emploi de cette eau, sert en outre à mettre en évidence la nécessité de l'intervention médicale en cette matière, intervention reconnue et admise depuis longtemps dans toutes les autres eaux minérales.

Tel est le plan du livre de M. Pouget. Ajoutons que l'auteur n'a pas craint de joindre à sa propre expérience celle des auteurs les plus estimés qui ont écrit sur les bains de mer soit à l'étranger, soit en France, et particulièrement MM. Mourgue, Gandet, Lecœur, et que nous n'avons d'autre désir à exprimer que de lui voir, dans une nouvelle édition, nous donner le fruit de nouvelles recherches et remanier, s'il se peut, son ouvrage, de manière à lui donner une forme encore plus didactique.

Le rédacteur en chef, JULES GUÉRIN.

REVUE HEBDOMADAIRE.

L'ESPRIT ET LES FAITS.

Le rapport sur la suette récemment lu à l'Académie de médecine a été, de la part de la GAZETTE DES HÔPITAUX, l'objet d'une appréciation flatteuse dont les plus difficiles se trouveraient fort honorés. La critique y est relevée d'assaisonnements si doux et si agréables qu'elle a perdu toute amertume; on peut s'arranger du poisson à cause de la sauce. Bon pour l'auteur du rapport; mais la GAZETTE MÉDICALE qui n'était pas personnellement de la fête n'est pas tenue à la même politesse: elle n'est pas obligée d'assister bouche close à l'exécution de son chef, encore qu'on ait eu l'attention de le bien régaler auparavant et de le couvrir de lauriers. La discipline d'idées qui règne parmi nous permet au premier lieutenant venu de prendre en mains la cause commune, et c'est le seul titre de celui qui se présente ici.

La critique de M. de Castelnau porte sur un principe fondamental de philosophie médicale et de toute philosophie. Elle vaut donc la peine qu'on la relève, et l'habileté spécieuse avec laquelle elle a été présentée rend encore la réplique plus indispensable. M. Guérin avait dit, à l'occasion du traitement de la suette : « Il y a quelque chose au-dessus des faits, c'est l'esprit qui les observe et les juge. » M. de Castelnau condamne cette proposition, ou comme un *non-sens* si M. Guérin a voulu soutenir la prééminence de l'esprit sur un fait réel et palpable, attendu qu'un fait réel et palpable s'impose à l'esprit et n'attend pas son bon plaisir; ou comme une *grave erreur* si M. Guérin a prétendu que « lorsqu'un fait se trouve en contradiction avec une série de raisonnements rigoureusement déduits, c'est le fait qui doit courber la tête et la logique triompher, attendu que la série de raisonnements est toujours basée elle-même sur un fait ou sur une collection de faits. »

Cette argumentation dont nous reproduisons scrupuleusement tous les termes, nous oblige d'abord à une explication dans la crainte de quelque malentendu. Si le raisonnement est toujours et partout basé sur un ou plusieurs faits, c'est ce que nous examinerons tout à l'heure; mais personne n'a jamais nié que les sciences naturelles, la médecine en particulier, ne fussent autre chose qu'une collection de faits observés et interprétés. Quand M. Guérin parle de la suprématie de l'esprit sur les faits, ou quand il demande ailleurs avec Montaigne : « le faict est-il? » c'est qu'il reconnaît la présence du fait comme condition indispensable et objet formel de l'opération de l'esprit, sauf à régler ensuite les rapports de ces deux termes et à spécifier la nature de l'opération. La nécessité du fait admis, il est moins contestable encore, s'il est possible, que contre ce fait supposé évident, palpable, la révolte de l'esprit serait aussi impuissante que déraisonnable. Les exemples cités par M. de Castelnau sont de trop. Ce qui est vrai absolument ne se discute pas, et l'esprit par conséquent n'a plus rien à y voir.

Ainsi, des faits comme base de l'opération intellectuelle, la nature de l'opération étant réservée; inviolabilité des faits évidents ou démontrés; ce sont deux points que nous accordons sans peine.

Mais la question à débattre n'est pas là. La raison éclaire souvent un fait encore obscur par un fait évident et transformé en principe. Mais, d'un côté, celui-ci, avant d'être tel, s'était trouvé aussi en présence de la raison, et il s'agit toujours de savoir dans quel rapport; d'un autre côté, le fait acquis n'est-il pas précisément un texte à l'aide duquel l'esprit examine et juge les faits à déterminer? On voit que le problème, quoique reculé, reste le même. Pour le résoudre, il faut remonter un peu plus haut que ne l'a fait M. de Castelnau, et placer l'esprit non plus en face de notions positives et reconnues, mais en face de notions à acquérir; il faut prendre l'esprit dans la position où il se trouve au moment de procéder à la recherche, avec tous les moyens dont il dispose, avec tout ce qu'il sait, de quelque manière qu'il le sache; avec toutes les facultés qui lui sont départies, de quelque manière qu'il les ait reçues ou développées. Amené ainsi sur un terrain d'observation, en présence de faits nouveaux et qu'il s'agit de reconnaître, de distinguer, d'étudier dans leur origine et dans leurs rapports réciproques, comment opérera-t-il? Quels seront la nature et le degré d'autorité de l'esprit sur les faits ou des faits sur l'esprit? C'est ce qu'il s'agit uniquement de rechercher, si l'on ne veut pas tomber dans la subtilité et la logomachie.

Une telle question a ses racines dans les profondeurs de la métaphysique; elle se rattache à ce problème de l'origine des idées qui agite le monde depuis Aristote et Platon tout au moins. On n'attend pas que nous prenions les choses de si loin; mais il faut bien montrer que l'esprit ne relève pas, autant qu'on croit ni de la manière qu'on croit, des faits proprement dits.

Nous contestons d'abord formellement que toutes les notions de l'esprit procèdent des faits. Et ce qui se dit des notions en elles-mêmes s'entend de toute nécessité des raisonnements, lesquels ne peuvent s'appuyer que sur des notions. Ce qu'on sait le plus certainement, le plus universellement, ce qui était vrai il y a mille ans comme aujourd'hui, ce qui est vrai chez les Hurons comme à l'Institut, c'est précisément ce qui ne vient pas des faits, de l'observation; c'est ce qui naît et se fortifie spontanément dans l'intelligence, ce que l'*esprit* affirme sans regarder seulement à l'expérience; ce sont les notions de nombre, de mesure, de rapports, etc. On pourrait croire que nous prenons la question encore trop haut; mais ce ne serait pas l'avis de M. de Castelnau, que nous suivons pas à pas. Pour prouver la suprématie de l'esprit sur le fait, M. de Castelnau cite en effet cet exemple : « Les trois angles d'un triangle sont égaux à deux droits, » c'est-à-dire un axiome de géométrie, c'est-à-dire la formule d'une notion abstraite qui n'a rien de commun avec un fait, avec le produit de l'observation, soit interne, soit externe. Cet exemple de triangle a toujours été fort en usage en métaphysique, et il est assez étrange que la même méprise qui tombe au milieu d'une discussion bumblement engagée entre deux honnêtes confrères, dans un coin de journal, ait troublé déjà les débats d'Arnauld et de Descartes. Nous ne sommes pas fâché de jouer, en cette circonstance, le rôle de Descartes, et d'avoir à soutenir que la propriété qu'a le triangle d'avoir ses trois angles égaux à deux droits ou le carré de sa base égal aux carrés des côtés, n'est pas une chose, un fait, mais un principe abstrait qui, loin d'être imposé à l'esprit par l'observation, autoriserait, par son évidence propre, à repousser *à priori* tous les prétendus faits qui seraient en opposition avec lui. En toute franchise, si nous avions eu à choisir un exemple favorable à l'opinion attaquée par M. de Castelnau, nous n'en aurions pas trouvé de meilleur. « L'esprit qui observe et juge les faits est au-dessus des faits eux-mêmes. » Quoi de plus démonstratif que l'exemple du triangle? Un *observateur* quelconque se présente; il mesure avec son compas, d'un côté l'ouverture de trois angles d'un triangle; de l'autre, celle de deux angles

Feuilleton.

LETTRES D'ITALIE.

N° XII.

HISTOIRE MÉDICALE DE L'ANNÉE 1850, À L'ARMÉE D'OCCUPATION DE ROME, ET APERÇU DE L'HISTOIRE CHIRURGICALE.

Rome, 20 mars 1851.

A MM. de l'Académie nationale de médecine de Paris.

(Suite. — Voir les numéros 31, 35 et 37.)

Forme scorbutique, ou, pour parler plus exactement, forme caractérisée par la dissolution des liquides et les hémorrhagies. Elle est beaucoup plus rare que la forme typhoïde, mais aussi bien plus grave. Nous ne nous souvenons pas l'avoir vue débuter d'emblée avec la fièvre, mais nous avons sous les yeux, à Rome, un sujet convalescent de fièvre, chez lequel un premier accès de rechute décomposa les liquides avec la rapidité d'une étincelle électrique. Teint cachectique, mat, jaunâtre, sale, pâle, langueur de toutes les fonctions, intelligence parfaitement nette jusqu'au bout; hémorrhagies incoercibles, buccales, nasales, cystiques, intestinales. Il est à remarquer que les muqueuses semblent seules servir de crible au sang, car nous ne nous souvenons pas avoir vu ni ecchymoses sous-cutanées, ni infiltrations internes, ni gencives scorbutiques; mais de pareils faits ont été observés à Maskara, ainsi que des gangrènes par MM. Haspel et Mayer. L'autopsie permet de constater que les viscères sont pâles, exsangues; que le sang est diffluent, sans caillots, semblable à de la sérosité teinte.

Forme céphalique et nerveuse. La céphalalgie est extrêmement vive; M. Mayer l'a vue revêtir la forme névralgique sous-orbitaire, occipitale, etc., agitation, plaintes, délire aigu, quelquefois mouvements convulsifs. Le coma peut survenir dans la dernière période de cette variété de la fièvre rémittente gastro-bilieuse; mais, en général, cependant, elle est assez fugitive et cède, comme les pyrexies rémittentes simples, au traitement quinino-évacuant. Quelques antispasmodiques ne peuvent être sans doute que d'utiles adjuvants, mais l'expérience ne nous en a pas montré la grande utilité; les compresses froides ou sédatives nous ont semblé d'un certain effet. Les révulsifs et quelques sangsues aux jugulaires, rendent des services, quand le coma paraît dû à la congestion cérébrale; mais quand ce coma dépend d'un véritable collapsus *sine materia*, ce seront au contraire les toniques et les excitants qui lutteront avantageusement contre la maladie; dans ce cas M. Molard se loue beaucoup du sulfate de quinine donné dans du café, et M. Beylot de l'adjonction de l'éther au fébrifuge. Dans la fièvre comateuse nous administrons depuis longtemps (1), comme M. Beylot, la qui-

(1) Jacquot et Sonrier. MÉMOIRE SUR LES FIÈVRES COMATEUSES QUI ONT RÉGNÉ EN 1847 DANS LA PROVINCE D'ORAN, NOTAMMENT À SEBDOU. GAZ. MÉD. 1847 et 1848.

droits, et il trouve que les deux quantités ne sont pas égales. Voilà un fait. Si l'esprit n'y peut rien changer, il faut déclarer que trois angles d'un triangle sont inférieurs ou supérieurs à deux angles droits. Si l'on se défie de l'observateur, on recommencera l'expérience, on la renouvellera un grand nombre de fois, on la confiera à des mains différentes; les résultats varieront inévitablement avec les expériences et avec les observateurs, et on en sera bientôt réduit à déclarer que les deux quantités sont tantôt égales, tantôt inégales; égales dans tant de cas, inégales dans tant d'autres. Mais voici quelqu'un qui a des notions certaines de géométrie et d'algèbre; il trouve tout de suite, sans observation, sans compas, sans règle, *par une opération de son esprit et de son esprit seul*, que les trois angles du triangle sont rigoureusement égaux à deux angles droits, et il déclare nulles, sans vérification, les observations alléguées. Inutile d'insister et de réclamer pour les notions de mathématique le titre de faits; car on répondrait que des faits que l'esprit seul conçoit, qui ne sont que dans l'esprit (car on n'a jamais vu dans la nature un triangle parfait ou un cercle parfait), dont l'esprit se sert pour contrôler, nier ou affirmer les résultats de l'observation, n'en témoignent pas moins de la suprématie de l'esprit sur les faits observés.

Pourquoi, hélas! n'en est-il pas ainsi en médecine, et pourquoi faut-il que nous soyons forcé, en arrivant aux sciences expérimentales, de quitter la position si commode qu'avait bien voulu nous offrir M. de Castelnau! Ici les droits de l'esprit sont moins étendus, moins directs; mais tels qu'ils sont, ils dépassent encore de beaucoup les limites qu'on veut leur assigner.

Les choses n'arrivent à notre connaissance que par le fait d'une perception interne; nous les connaissons donc tels que nous les apercevons, et non autrement. Voilà déjà un motif pour que, même en réduisant la question à ses termes les plus simples, les choses n'apparaissent pas à tous les esprits de la même manière; ce qui revient à dire que tous les esprits ne sont pas égaux devant le fait, que celui-ci pourra voir mieux que celui-là, plus loin, plus exactement, plus complétement, et que de dix personnes qui auront regardé, palpé, senti la même chose, une seule peut-être en aura une idée entièrement fidèle. Ce n'est là qu'un aperçu général; mais poursuivons.

Un fait n'est jamais isolé dans la nature: il vient de quelque part; il se continue d'une certaine façon; il aboutit à quelque chose; il a une extériorité propre, des modes multiples et variables qui le rapprochent ou le séparent d'autres faits. Ce n'est que lorsqu'on est parvenu à se rendre compte de toutes ces particularités, à les épeler pour ainsi dire, qu'on a une idée claire et distincte du fait, qu'on connaît véritablement sa signification. Ce qui est vrai d'un fait pris dans son ensemble, est vrai aussi des accidents d'un même fait qui n'est jamais une unité irréductible, mais un composé dont toutes les parties ont leur raison d'être el leur lien commun. Or, nous le disons hardiment et nous prions qu'on le remarque, des faits sont impuissants à révéler d'eux-mêmes les éléments d'une détermination scientifique. Ils sont muets de leur nature; ils n'apprennent rien quand l'esprit ne parle pas pour eux. L'observation pure et simple ne peut jamais donner qu'une succession de faits sans relations et sans harmonie. Dans un appareil symptomatologique, pas la moindre lumière, si l'esprit ne la donne pour éclairer la source du mal, pour montrer la liaison des désordres éparpillés dans l'économie, pour faire distinguer les vrais caractères pathologiques des phénomènes accidentels et les effets primitifs de la cause de ses effets consécutifs. Les adorateurs du fait ont coutume d'invoquer Bacon. Nous ne savons ce qu'en pense M. de Castelnau, qui ne se met ici sous la protection de personne; mais combien Bacon serait étonné de voir son nom chaque jour accolé à certains principes! Voici ce qu'a fait Bacon: il a énuméré avec complaisance tous les vices de nature, toutes les embûches, toutes les séductions, tous les *fantômes*, comme il dit, qui peuvent égarer l'entendement; il lui a tracé pour l'avenir un itinéraire; il lui a mis un fil dans la main; il l'a astreint à une marche réglée comme celle d'un corps de troupes, à des précautions délicates pour barrer le passage à l'erreur devant, derrière et sur les côtés, à une *méthode* enfin qui impose d'abord par ses airs de sévérité, mais impraticable souvent, sujette à des lenteurs inutiles, capable parfois de dérouter par ses formalités plutôt que de remettre en droit chemin, contraire enfin à la nature de l'esprit ou de certains esprits qui, ayant le don d'apercevoir de loin la vérité, y arrivent plus sûrement d'un seul bond qu'à travers une série d'intermédiaires qui peuvent la lui masquer. L'histoire des découvertes est là pour en témoigner. Mais, à part cette marotte d'un grand penseur, on ne peut nier que l'auteur du *novum organum* ne fasse encore à l'esprit scientifique une très-large part. C'est lui, c'est Bacon, qui assigne pour but à la recherche la découverte de la cause; c'est lui qui reproche aux savants de considérer dans les choses plutôt la réalité que les *forces*, plutôt ce dont elles sont formées que ce qui les engendre; c'est lui qui veut qu'après avoir remonté des faits particuliers aux principes, on redescende par la voie de l'induction, c'est-à-dire par une voie qui va non des faits à l'esprit, mais de l'esprit aux faits, on redescende, disons-nous, à d'autres faits particuliers; qui revendique les droits de l'analogie; qui fait appel à toutes les ressources de la raison là où les sens font défaut, à la comparaison des caractères, à la détermination de l'*insensible* par le sensible, à l'étude des degrés successifs, des influences principales et accessoires, etc., de manière à connaître d'un fait non pas seulement certains signes ou certains degrés, mais sa constitution intime, ses transformations, et la cause du tout. Or tout cela est de l'esprit; et non-seulement tout cela est de l'esprit, mais, dans tout cela, l'esprit provoque, dirige, gouverne la recherche. Nous qui n'exigeons pas même de l'esprit qu'il gravisse péniblement, d'échelon en échelon, les hauteurs d'un principe fixe pour savoir dans quelle direction il portera son investigation ultérieure et ses expériences; nous qui croyons qu'il peut légitimement écouter les inspirations de son instinct, sauf à les contrôler, et qu'il arrive souvent à la vérité comme l'oiseau aux climats qu'il n'a jamais vus, par une impulsion secrète de sa nature, nous accordons plus encore que Bacon à son initiative. Mais, en tout état de cause, il n'est pas douteux que les faits, matière inerte et malléable, ne peuvent passer dans les sciences que sous la forme et avec les caractères qui leur sont attribués par l'esprit; que, en dépit de toutes les méthodes, de toutes les prétentions à l'exactitude, leur signification n'a jamais que celle que lui a donnée l'esprit; qu'elle est conséquemment susceptible d'infinies variations; qu'elle vaut juste ce que vaut l'esprit; et que bien loin que les faits soient un niveau à courber toutes les têtes, ce sont eux qui reçoivent le joug.

Un exemple, pour ne pas paraître nous dérober derrière des abstractions. Nous sommes en présence de malades offrant tout à la fois un coryza intense, de la toux, une expectoration abondante, des vomissements, de la diarrhée, des sueurs, une courbature intense. Que peut dire l'observation? une seule chose, à savoir que chacun des individus a trois ma-

---

nine et l'éther; et quand, ne pouvant nous adresser à l'estomac qui ne tolère pas ces médicaments, nous avons recours à la voie intestinale, nous formulons ordinairement ainsi: Ajoutez à un demi-lavement à peine tiède, sulfate de quinine 1 gramme, éther 1 ou 2 grammes, et, pour favoriser la tolérance, 8 à 12 gouttes de teinture d'opium.

Enfin la fièvre dont nous indiquons les diverses variétés se convertit quelquefois en cholériforme ou en algide, phénoménisation qui, malgré la spécialité de sa forme, ne semble, selon l'expression de M. Molard, que le dernier degré de la violence de la fièvre rémittente gastro-bilieuse. On peut, en effet, considérer ces pyrexies algides et cholériformes comme le résultat d'une sorte de sidération de notre économie par un poison si actif que la réaction n'est pas même possible, du moins pour le moment.

Ici nous devons insister sur un point qu'il importe de bien établir. Le génie des fièvres de 1850 a consisté en une gravité générale répandue sur toutes les fièvres rémittentes gastro-bilieuses régnantes, bien que dans le grand nombre des pernicieuses proprement dites (et j'appelle de ce nom les accès présentant des symptômes assez graves pour faire craindre une issue funeste prochaine). Beaucoup ont frisé la perniciosité, mais assez peu l'ont atteinte. En second lieu, bon nombre de fièvres réellement pernicieuses ont été dues à la conversion en une autre forme de la rémittente gastro-bilieuse, arrivée déjà à un certain degré de son développement. Le règne de celle-ci a donc eu toute la généralité possible. Nous consacrerons plus tard quelques mots aux accès pernicieux; il nous reste, auparavant, à esquisser le traitement qui a été employé dans la rémittente bilieuse. Nous avons déjà parlé des indications qui découlent de la phénoménisation de chacune de ces diverses formes; il ne nous reste donc qu'à indiquer le traitement commun et principal.

Il se compose de trois éléments: dès l'origine, évacuants et sulfate de quinine et, consécutivement, toniques. Telle est la *méthode* qu'ont suivie les neuf médecins ou chirurgiens, excepté un, qui ont été chargés les uns en permanence, les autres pour un temps plus ou moins long, de services de fiévreux à Rome et à Civita-Vecchia. Ils n'ont différé que parce que nous pouvons appeler les *procédés* de la même *méthode*. Nous ferons connaître ces nuances; ce sujet nous semble avoir un intérêt tout à fait pratique.

Le vomi-purgatif commence le traitement, quand il n'y a pas péril en la demeure, et le sulfate de quinine est administré le lendemain. Dans les cas menaçants, le tour est renversé. Voilà la pratique usuelle; voici maintenant la mienne propre: au lieu de prescrire, dans les circonstances graves, la quinine le premier jour et l'évacuant le second, je fais prendre le sulfate de quinine au malade, à ma visite même, soit par la bouche, soit en lavement; puis, le même jour, après deux ou trois heures, temps suffisant pour obtenir une absorption complète, je donne une potion soit avec ipéca 1 gramme et tartre stibié 1 décigramme, soit avec ipéca et calomel, 1 gramme de chaque substance. Ces préparations sont les plus usitées dans nos hôpitaux militaires de Rome, et dans ceux de l'Algérie. Aussitôt que le vomitif a épuisé son action, je reviens au sulfate de quinine. La fièvre est alors ordinairement jugée.

Quand on n'est pas pressé par la gravité du mal, il est toujours bon de commencer par l'évacuant: il produit un flux ou des vomissements bilieux abondants qui dégagent le foie, toujours regorgeant de bile dans ces sortes de

ladies : une rhinite, puis une bronchite, puis une gastro-entérite; elle peut seulement ajouter que c'est en raison de la coexistence de ces trois maladies que les symptômes généraux sont très-intenses. Mais l'esprit s'empare des faits; il prend à part chaque phénomène et l'étudie dans ses caractères; il constate que les symptômes généraux ont précédé d'assez longtemps les lésions locales; qu'ils ont diminué depuis l'apparition de certaines lésions, telles que la diarrhée ou les vomissements; que certains sujets n'ont présenté que des symptômes généraux, sueurs, fièvre, courbature; que les troubles locaux affectent surtout la membrane muqueuse, au nez, dans les bronches, dans les intestins; que ces troubles consistent partout dans une même manifestation pathologique qui est une simple hypersécrétion muqueuse, sans coliques vives, sans tension abdominale ni aucun des signes de la vraie phlegmasie intestinale; que des désordres nerveux intenses, douleurs musculaires, crampes, se lient souvent aux formes diverses de l'appareil symptomatologique; puis sortant de l'observation actuelle, et s'armant de notions préalablement acquises, il remarque que les épidémies ont précisément pour un de leurs caractères de s'attaquer simultanément à plusieurs organes, d'imprimer à toutes les manifestations locales un cachet uniforme; et enfin de toutes les données, de tous les rapprochements, de toutes les inductions, de tous les raisonnements auxquels l'a conduit cette opération, l'esprit conclut qu'il a affaire non à trois maladies, mais à une seule, qu'il appellera *grippe* ou autrement; que cette maladie est primitivement générale; que ces expressions locales ne sont que des produits d'une seule et même cause; qu'elle a une nature spécifique qui suffit à la distinguer de toutes les autres maladies. Qu'on n'objecte pas que l'esprit se trompe dans le cas particulier; si cela était, on en pourrait conclure que l'esprit n'est pas infaillible, mais c'est tout; des milliers d'exemples viendraient bientôt remplacer celui-ci.

Voilà comment et en quel sens l'esprit, en même temps qu'il observe les faits, *les juge;* voilà comment il est *au-dessus d'eux.* Il est au-dessus d'eux comme le juge, sur son tribunal, est au-dessus des plaideurs. Mais, dit-on, il s'appuie toujours sur des faits! Il ne lui est pas donné de changer les faits! Non, certes, mais il les interprète et en tire les conclusions. Eh! encore un coup, qui a jamais songé à s'affranchir des faits? Et nier la suprématie de l'esprit parce qu'il opère sur des faits, n'est-ce pas mettre l'instrument au-dessus de l'ouvrier, le pinceau au-dessus de l'artiste? Est-ce que nous avons jamais réclamé pour l'esprit une sorte d'omnipotence brutale, sans frein comme sans contrôle? Est-ce que nous lui reconnaissons le droit d'étrangler les faits quand ils crient trop fort? Est-ce que les faits une fois acquis, avérés, hors de conteste, par quelque méthode, par quelque procédé que ce soit, nous ne les imposons pas, nous aussi, à l'esprit, comme articles de foi, comme principes du moins? Nous allons bien plus loin, nous transformons chacun d'eux en un *criterium* nouveau qui servira plus tard à l'esprit pour contrôler, pour interpréter, pour juger d'autres faits; bien plus, pour rejeter hardiment les prétendus faits qui seraient en contradiction avec lui. Oui, nous sommes du parti de l'esprit; mais quand nous allons à la découverte dans le monde matériel, nous n'avons pas la prétention de marcher en l'air.

A. DECHAMBRE.

PHILOSOPHIE MÉDICALE.

DE LA LOI BIOGÉNIQUE APPLIQUÉE A LA THÉRAPEUTIQUE;

par J.-B.-G. BARBIER.

(Voir les numéros des 30 mars, 30 novembre 1850, 5 et 26 avril, 6 septembre 1851.)

III. — DES MOYENS QUE LA THÉRAPEUTIQUE OPPOSE AUX LÉSIONS PATHOGÉNÈSES.

Lorsque la loi biogénique qui veille au maintien de l'intégrité de l'organisation est violentée, troublée; que l'exercice des fonctions conservatrices de cette organisation est vicié, il survient aussitôt des changements, des altérations dans les parties fluides et solides qui la composent.

Ce sont ces mutations anormales, accidentelles, que nous nommons des lésions pathogéneses. Nous trouvons dans ces modifications organiques, non pas des choses inostensibles, des créations imaginaires, des suppositions arbitraires, mais des modalités qui se prêtent à une étude sévère, des réalités incontestables; non pas des produits amorphes, capricieux, incertains, mais des changements dont les formes sont constantes, les caractères arrêtés, et qu'il est possible de distinguer, de séparer, de classer. On peut constater l'existence de ces changements, suivre leur marche, leur développement, leurs progrès. La pathologie trouve là les vrais éléments morbides. Quand les entités se forment, un état de maladie se déclare; quand ces entités disparaissent, la santé se rétablit.

Indiquons d'une manière générale les moyens thérapeutiques que l'observation clinique conduit à employer contre chacune de ces lésions.

LES IRRITATIONS. — L'irritation consiste dans une suractivité de la circulation capillaire dans les tissus organisés, avec une température plus élevée, une chaleur plus vive, une sensibilité plus développée. Le sang paraît avoir plus de vitalité dans un organe actuellement irrité.

On oppose à ce mode de lésions les boissons acidules, mucilagineuses, amilacées, prises froides, le repos, la respiration d'un air frais, des bains, des lavements à une température peu élevée, une nourriture douce, la privation de vin, de liqueurs alcooliques, d'aliments épicés, de tout ce qui est excitant. Si le siége de l'irritation le permet, quand elle est fixée sur l'estomac, sur les intestins par exemple, l'action directe du froid montre une grande efficacité; on se sert aussi avec avantage de moyens révulsifs pour déplacer une irritation.

Dans son début, l'irritation offre ordinairement un degré de vivacité qui n'admet que des applications adoucissantes, réfrigérantes. Si elle dure depuis quelque temps, l'impression d'un agent stimulant, qui d'abord l'aurait exaspérée souvent l'affaiblit, la fait même disparaître.

LES PHLOGOSES. — La phlogose présente à l'observateur un travail morbide qui tend à dénaturer la substance des organes. Quand cette lésion a une certaine étendue, elle provoque ordinairement une irritation de l'appareil circulatoire, un trouble fébrile. C'est alors que le sang subit une modification dans sa constitution intime. Le caillot qu'il fournit se couvre d'une couenne.

Ce mode de lésion veut être attaqué vivement et sans perdre de temps; on emploie contre la phlogose la saignée générale, les sangsues, les ventouses

---

fièvres. Les évacuations spontanées par suite desquelles le malade rejetait la quinine, cessent bientôt, ou bien chacune d'elles finit par être séparée de la suivante par un long intervalle, et la tolérance du fébrifuge devient alors bien plus facile; enfin celle-ci agit plus efficacement quand la fièvre paludéenne est en partie simplifiée par la disparition ou l'amoindrissement de l'élément gastro-bilieux.

Dans les cas légers, il n'y a le plus souvent aucun inconvénient à ne donner la quinine que douze heures après le vomi-purgatif; mais dans les cas de moyenne intensité, on sera sage en administrant le fébrifuge aussitôt que les effets de l'évacuant auront cessé de se manifester. En aucune circonstance, le médecin ne devra oublier qu'il peut être surpris inopinément par un accès pernicieux.

L'expérience acquise en Algérie et à Rome nous a prouvé que la dose de quinine qu'il convient d'administrer d'emblée est de 1 gramme dans les cas ordinaires, et de 1 gramme et demi à deux dans les cas graves. A peu près tous mes collègues de l'armée d'Italie se sont tenus à ces quantités, dans les fièvres rémittentes de 1850. Si la pyrexie a notablement cédé, on réplique le lendemain par 0,8; puis on administre encore, le surlendemain, 0,6, pour achever de faire tomber la fièvre. Si, au contraire, la maladie n'a pas été modifiée par la première dose à 1 gramme, on la réitère le lendemain ou même on l'augmente de 0,5. Le plus souvent M. Mayer n'a été obligé de donner que deux doses en tout. L'efficacité héroïque du sulfate de quinine a donc reçu une nouvelle et éclatante confirmation, dans ces fièvres graves et compliquées qui ont constitué presque tout le règne pathologique de 1850.

Quand le sulfate de quinine a abattu les symptômes aigus de la fièvre, il y a quelquefois indication de revenir au vomi-purgatif; lorsque l'état bilieux persiste, quand l'estomac reste embarrassé, la bouche amère et bilieuse, ou fade et saburrale, l'épigastre lourd et un peu douloureux, l'hypocondre droit tendu, quand l'appétit ne renaît pas, qu'il y a des nausées, des vomissements, des selles bilieuses. Selon les cas, on formulera l'évacuant aux mêmes doses, ce qui est notre habitude, ou à doses moitié moindres, comme nous le faisons quelquefois.

Il est inutile de dire que la diète, les boissons délayantes ou acidulées sont de rigueur dans la période aiguë de la maladie.

Nous nous sommes suffisamment étendu sur l'indication des évacuants; un mot maintenant sur leurs contre-indications. Quand il y a menace d'état algide ou cholériforme, un vomitif et même un purgatif accélèrent assez souvent les phénomènes que l'on redoute; il faut, dans ce cas, s'en abstenir avec soin. MM. Mayer et Beylot insistent surtout sur ce point thérapeutique. Ce dernier même, se rapprochant en cela de la méthode italienne, n'administre que des minoratifs, répétés deux, trois et quatre jours de suite. La crainte des accidents a même porté M. Beylot à ne pas user des évacuants dans tous les cas de fièvre rémittente bilieuse. Ses succès, malgré ces différences thérapeutiques assez notables, ont été pareils à ceux de ses confrères de l'armée d'Italie. Au lieu de ces légers évacuants réitérés, M. Mayer, également instruit par une longue pratique d'Afrique, s'abstient tout à fait s'il redoute quelque accident, ou bien administre d'emblée une potion qu'il formule ordinairement à 2 grammes d'ipéca et à pareille dose de calomel. Notre expérience personnelle nous porte à penser que, dans les fièvres éminemment bilieuses, un évacuant énergique est nécessaire et ne peut être remplacé par la lenteur de petites doses successives.

scarifiées, la privation de nourriture, le repos, l'usage d'une boisson mucilagineuse, l'éloignement de toutes les causes qui peuvent exercer sur le malade une influence stimulante. On tire aussi un parti utile des révulsifs, des purgatifs irritants.

Une phlogose qui dure depuis quelque temps et qui a pour siége une partie que l'on peut atteindre est souvent enlevée par l'application d'un agent irritant, même caustique. C'est ce que l'on fait tous les jours dans le traitement des ophthalmies. Appliqué sur une surface saine, le remède aurait fait naître une phlogose; porté sur l'organe où celle-ci existe, il l'éteint.

On a proposé les frictions mercurielles contre la phlogose, sans doute dans l'idée que le mercure jouissait de la propriété de détruire le principe de ce travail morbide.

Dans la pneumonite, le tartre stibié, donné à hautes doses après les saignées, paraît arrêter les progrès du travail phlegmasique; ce médicament produit souvent le même effet contre la phlogose des articulations.

La phlogose peut cesser d'être simple, franche; ce mode de lésion peut se compliquer d'autres éléments morbides. C'est ce qui arrive dans certaines affections épidémiques pour les phlogoses de la gorge, de la membrane muqueuse, des bronches, de l'estomac et des intestins. C'est ce que l'on remarque dans les phlogoses qui perdent de leur vivacité, qui durent longtemps, qui prennent une marche chronique. Alors d'autres lésions se joignent à elle sur les tissus affectés; ce sont la congestion sanguine, la malaxie, la sclériasie, l'hypertrophie, etc. Ces tissus subissent des modifications multiples. Le thérapeutiste ne suit plus le traitement ordinaire de la phlogose; il le varie selon l'état où se présente la partie malade. La thérapeutique a beaucoup de pouvoir sur une phlogose récente; elle en a souvent peu contre les altérations organiques que cette lésion cause, lorsqu'elle revêt le caractère que désigne bien imparfaitement le mot chronique.

Les congestions sanguines. — La congestion sanguine offre une accumulation de sang dans les vaisseaux capillaires d'un organe.

A ce mode de lésion, la thérapeutique oppose les émissions sanguines, les ventouses, les révulsifs, comme les purgatifs irritants, le séné, le jalap, la coloquinte, l'aloès, la scammonée, la gomme-gutte, les sinapismes, les vésicatoires, le repos, la privation d'aliments, le froid sur la partie congestionnée, etc. Les ventouses de Junod, à l'aide desquelles on oppose des congestions artificielles aux congestions pathologiques, ont une grande puissance thérapeutique.

Les malaxies. — Les organes qui ont éprouvé ce mode de lésion ont leur substance détériorée; ils sont plus mous, moins résistants à la pression; ils sont devenus inhabiles à remplir leurs fonctions.

On ne peut réparer cette altération organique qu'en rétablissant l'ordre et l'activité des fonctions nutritives, par un usage prolongé des médicaments toniques et des médicaments excitants, le quinquina, le cachou, le quassia, le houblon, la gentiane, une préparation ferrugineuse, le vin ou le sirop antiscorbutique, d'autres composés pharmaceutiques tirés des plantes aromatiques, etc. On fait prendre ces médicaments tous les jours et avant les repas. On conçoit les bons effets que doit amener l'emploi simultané d'un médicament tonique ou excitant et d'aliments riches en principes alibiles. D'abord l'action du médicament sur l'estomac et sur les intestins rend la digestion plus régulière, plus parfaite; et si, au moment où des matériaux réparateurs mieux préparés et plus abondants arrivent dans le sang et dans les tissus organiques, les molécules du médicament qui les ont suivis portent sur toutes les parties vivantes une impression qui réveille, anime leur vitalité, un travail de restauration organique s'effectuera pendant lequel la malaxie disparaîtra.

D'autres moyens viendront seconder la puissance des agents dont nous venons de parler. Le malade boira du vin à ses repas; il prendra tous les jours un exercice modéré; il habitera un endroit élevé, un appartement qui recevra les rayons solaires; il se garantira du froid, portera des vêtements de laine, prendra des bains dont l'eau contiendra du sel marin, etc.

Les sclériasies. — Des tissus organiques plus fermes, plus secs, des organes endurcis dont le volume est diminué ou augmenté, donnent le mode de lésion dont nous voulons ici parler. Sous le titre de sclériasie, nous confondons sans doute des altérations qui seront séparées quand on les aura mieux étudiées.

On conseille contre cette lésion pathologique les préparations iodurées, le calomel, les eaux minérales alcalines, le jus et l'extrait des plantes chicoracées, les bains sulfureux et alcalins, un régime végétal, des douches, etc.

Les hypertrophies. — Une nutrition exagérée a donné à un organe un volume qui met son action en désaccord avec celle des autres parties de l'organisation. L'organe hypertrophié conserve sa densité, sa texture, toutes ses qualités anatomiques.

Pour ramener un organe qui dépasse ses limites naturelles à son volume primitif, il faudrait pouvoir ralentir en lui l'exercice de la nutrition; il faudrait qu'il reçût une moindre quantité de sang; mais la thérapeutique n'a pas ce pouvoir. Quand elle veut modifier l'état actuel d'une partie du corps par la fonction nutritive, il faut qu'elle embrasse l'économie tout entière.

Pour détruire la lésion qui nous occupe, la thérapeutique a recours à la saignée, puis elle exige une diminution notable dans la quantité de nourriture que l'on prenait journellement; elle conseille les légumes mucilagineux, les aliments qui fournissent peu de matériaux nutritifs; elle défend l'usage des substances qui éveillent l'appétit, des toniques et des excitants. On a alors prescrit avec quelque avantage les médicaments qui augmentent les sécrétions et les exhalations, les purgatifs, les sudorifiques, les diurétiques.

Dans l'hypertrophie du cœur, on se sert de la digitale pourprée pour réprimer l'excès de force de cet organe, pour ralentir ses contractions, pour affaiblir l'impulsion exagérée que les artères portent sur tous les points de l'organisation et qui provoque le développement de bien des lésions.

Les oligotrophies. — Les organes ont perdu leur volume normal. Ils sont devenus plus petits, plus minces, en conservant leur constitution anatomique.

Ce mode de lésion ne peut être corrigé que par une plus grande activité des fonctions nutritives. Le thérapeutiste conseille alors l'usage journalier d'aliments succulents, la viande de bœuf, de mouton, la volaille, les œufs, un bon pain, etc.; mais avec l'attention de n'en prendre à chaque repas que la quantité dont l'estomac et les intestins pourront opérer une bonne digestion. C'est pour favoriser l'exercice de cette fonction, et pour assurer l'assimilation au sang et aux tissus organisés des principes nutritifs, que le médecin fait prendre au moment des repas deux cuillerées d'une infusion de quinquina, de quassia, de columbo, une cuillerée de sirop de cachou, une cuillerée de vin d'absinthe, une prise d'un sel ou d'un oxyde ferrugineux, une pilule d'extrait alcoolique de quinquina, ou une tasse

---

Nous avons déjà donné nos formules. Le génie épidémique fait, du reste, varier beaucoup les indications: dans telle année et dans tel pays les évacuants seront à peu près toujours salutaires, et, dans d'autres circonstances, leur utilité sera limitée. Ainsi, MM. Dutroulau et Raoul, aux Antilles et sur la côte ouest de l'Afrique, sont très-sobres d'évacuants, parce que, dit M. Dutroulau, ils déterminent quelquefois l'accès qu'on a intérêt à éviter. Nous pensons conséquemment que le médecin ne doit point avoir de formule inflexible déterminée d'avance, mais modifier sa thérapeutique selon le génie régnant (1).

Il ne nous reste plus qu'à dire un mot des principales variétés de traitement, des *procédés* de la *méthode* commune, selon notre expression. Or nous en avons déjà, chemin faisant, donné quelques notions. Appelons seulement l'attention sur la pratique de M. le chirurgien-major Mignot. Il faisait appliquer des ventouses sèches le long du rachis, et six à dix ventouses scarifiées sur l'épigastre, aux hypocondres, le long des attaches du diaphragme. Un purgatif et le sulfate de quinine à la dose moyenne d'un gramme complètent ce traitement, qui a donné de bons résultats. Nous avons aussi, à Civita-Vecchia, fait un usage assez large des ventouses, sèches et scarifiées, mais seulement dans certaines formes de fièvre. Nous ne nous en louons pas moins que M. Mignot. Nous discuterons ailleurs ces indications thérapeutiques.

Dans quelques fièvres rémittentes à symptômes hépatiques prononcés, les évacuations sanguines locales ont aussi paru fort utiles à MM. Lasserre et Molard, qui prescrivaient de 15 à 25 sangsues à l'hypochondre droit.

Quand la maladie est jugée et que la convalescence se dessine, le régime doit être fortifiant. C'est là le troisième élément de la médication qui convient à ces fièvres. Mais malheureusement les entraves si étroites que le règlement jette autour de nos mains, et qu'il resserre tous les jours, nous empêchent de remplir cette indication d'une manière complète, quant aux préparations alimentaires. La pharmacie militaire nous offre plus de ressources.

Pour achever l'esquisse des fièvres rémittentes gastro-bilieuses, il faudrait consigner ici le résultat des investigations nécroscopiques; mais nous les décrirons en parlant de l'anatomie pathologique des fièvres pernicieuses, dont voici l'histoire en deux mots.

Sur un groupe de 44 fièvres pernicieuses dont nous trouvons les formes indiquées (services de MM. Molard, Beylot, Lasserre, Jacquot, Petronelli), nous comptons:

(1) A propos du rôle des vomitifs, non plus dans les fièvres rémittentes bilieuses, mais intermittentes simples ou compliquées d'état bilieux et saburral de médiocre intensité, citons le résultat de l'étude de 282 fièvres de cette nature, traitées par nous à Rome en octobre, novembre, décembre 1849 et janvier 1850. La quinine, sans vomitif, a coupé net la fièvre 49,52 fois p. 100, et la quinine avec vomitif 50,47. D'après ces chiffres, l'adjonction des évacuants augmenterait peu l'efficacité du sulfate de quinine dans ces fièvres. L'arsenic sans vomitif a coupé net la fièvre 8,33 fois p. 100; avec vomitifs, 16,66 p. 100, c'est-à-dire que l'efficacité de l'arsenic, si peu marquée dans les fièvres endémo-épidémiques de Rome, est doublée par l'adjonction des vomitifs.

d'infusion de fleurs de camomille romaine, etc., qu'il fait boire du vin en mangeant.

C'est encore pour rendre la nutrition plus active que le thérapeutiste conseille en même temps l'exercice à cheval ou en voiture, les frictions sèches, les vêtements de laine, qu'il fait cesser des travaux qui exigent une grande dépense de forces musculaires, qui provoquent la transpiration, etc.

Nous ne pouvons assimiler aux modes de lésions dont nous venons de parler les hémathroses, les hydrathroses, les pneumathroses. Lorsqu'une irritation, une phlogose ou une congestion sanguine ont occasionné un épanchement de sang, de sérosité ou de gaz dans une cavité du corps, et que ces lésions se sont dissipées, ces produits deviennent indépendants du travail morbide qui les a fournis. Le thérapeutiste doit les considérer comme des causes spécifiques de maladies, contre lesquelles il emploie des procédés particuliers. D'abord il cherche à rendre l'absorption plus active sur les surfaces avec lesquelles ces fluides sont en contact. Il donne dans cette intention des médicaments excitants à l'intérieur; il fait faire des frictions irritantes, il applique des vésicatoires sur la région de la peau qui correspond à la cavité où sont contenus ces fluides. C'est encore pour rendre l'absorption plus active dans cette cavité qu'il provoque des évacuations par l'administration de purgatifs irritants, de sudorifiques, de diurétiques; enfin, il est souvent forcé d'avoir recours à la ponction.

Les lésions, les altérations que le sang et les tissus organiques éprouvent sont les causes génératrices des phénomènes morbides. Cependant leur étude n'obtient pas dans la science pathologique l'intérêt qu'elle mérite. Combien de changements d'état dont nous méconnaissons l'existence, dont nous ignorons la nature, s'opèrent dans les centres et dans les plexus nerveux, et produisent des douleurs, des tensions, des mouvements anormaux, etc.! On se plaint que les médicaments antispasmodiques ne remplissent pas toujours les vues du praticien, que souvent ils augmentent les accidents qu'ils devaient calmer; mais pour choisir parmi ces médicaments si variés celui qui devait être salutaire, il faudrait connaître le caractère et le siége de la lésion de l'appareil de l'innervation qui cause ces accidents.

IV. — DES DIATHÈSES DANS LEURS RAPPORTS AVEC LA THÉRAPEUTIQUE.

Le corps de l'homme n'est pas assujetti à un type tellement fixe pour la constitution de ses fluides et de ses solides, pour le volume relatif de ses organes, pour leur aptitude à remplir leurs fonctions, que l'on ne puisse distinguer des variations notables quand on compare un certain nombre de personnes. Souvent ces différences sont grandes. Elles prennent le nom de diathèses quand elles sont poussées loin, fortement exprimées, quand elles touchent à un état morbide.

On ne s'est pas assez occupé de l'étude des diathèses, des signes qui les font reconnaître, des conditions organiques qui les constituent. On connaît bien une diathèse que l'on désigne sous le nom de pléthore, dans laquelle le sang est abondant et d'une riche complexion, dans laquelle les tissus organiques sont bien nourris, bien développés. Cette diathèse se fait reconnaître par un pouls fort et plein, par une coloration animée de la peau, par des mouvements organiques d'une grande énergie.

Une autre diathèse ne peut être méconnue : c'est celle dans laquelle le sang a perdu sa composition normale, il paraît plus fluide; dans laquelle les tissus organiques sont mous, moins résistants à la pression, comme relâchés. Les personnes qui offrent cette diathèse sont faibles, d'une pâleur profonde; leur corps est maigre ou il a une tendance à l'œdème du tissu cellulaire. On observe une certaine langueur dans l'exercice des fonctions de la vie.

Nous citerons une autre diathèse que l'on pourrait nommer nerveuse, dans laquelle les centres médullaires et les plexus nerveux se montrent trop vivants, et qui a pour caractère une sensibilité constamment exaltée.

Il existe d'autres états constitutionnels, d'autres dispositions générales du corps, qui doivent être rangés parmi les diathèses. Mais nous ne pouvons donner ici que des aperçus.

Toujours faut-il reconnaître que le thérapeutiste qui dispose le traitement d'une cause morbifique ou de lésions pathogénésées, a besoin d'examiner d'abord l'état général du corps, de constater s'il existe une diathèse et quel est son caractère. Les diathèses peuvent se présenter à des degrés très-inégaux d'expression. Toutefois le succès du traitement d'une affection locale dépend ordinairement de l'attention que l'on aura accordée à la situation actuelle de l'organisation dans laquelle elle s'est développée. Ce traitement ne peut être le même si la cause morbifique ou la lésion pathologique que l'on veut combattre sont associées à une condition diathésique différente, surtout oppo-ée.

Vous rencontrez une bronchite sur deux individus. L'un est jeune, fort, a le teint coloré; l'autre est âgé, affaibli, d'une grande pâleur; ses fonctions nutritives sont languissantes. Adopterez-vous le même traitement pour détruire la phlogose qui s'est fixée sur la membrane bronchique de ces deux malades? Non sans doute. Vous prescrirez au premier des boissons mucilagineuses, amylacées, des aliments doux, un peu de repos, un léger calmant le soir, et la lésion pulmonaire se dissipera. Mais votre traitement sera différent pour le second. Il prendra une boisson légèrement tonique, celle de lichen d'Islande, par exemple, ou une boisson excitante, comme l'infusion de lierre terrestre, d'hysope, etc. Vous y ajouterez souvent des substances résineuses, balsamiques; vous ordonnerez au malade une bonne nourriture, des promenades en plein air. Il habitera un appartement sec, il portera de la flanelle sur la peau, etc. Cet ensemble de moyens corrigera la diathèse du corps, en même temps qu'il fera cesser le travail phlegmasique qui occupe les voies respiratoires.

Une maladie syphilitique ou une affection de la peau existe sur un individu qui est pâle, débile, amaigri, dont la constitution est détériorée. Pendant que ce malade est dans cet état diathésique, il prend sans succès les remèdes les mieux indiqués; il les continue longtemps sans en obtenir de bien; la maladie résiste, elle se prolonge. Vous vous occupez de la diathèse. Il cesse l'usage des remèdes qu'il employait, et pendant plusieurs semaines vous tenez le malade à un régime nourrissant, fortifiant; il prend avant chaque repas un médicament tonique ou excitant; il fait tous les jours des promenades en plein air, etc. Peu à peu son corps éprouve une restauration; le malade devient plus fort, son teint se colore, ses tissus ont plus de fermeté; l'état diathésique dans lequel il était a disparu. Alors vous recommencez le traitement que vous aviez abandonné. Les remèdes qui restaient inefficaces montrent leurs vertus accoutumées; ils guérissent la maladie.

C'est ordinairement une diathèse que détruit le thérapeutiste, quand il fait un traitement préparatoire. Une maladie exige l'emploi de médicaments qui ont une propriété excitante. Mais le malade a le pouls fort et

---

Algides.	14
Comateuses.	11
Cholériformes	7
Gastro céphaliques.	6
Typhoïdes	2
Épileptiforme.	1
Délirante	1
Dyspnéique et cardialgique . . .	1
Hématurique et scorbutique. . .	1
Total.	44 (1)

Quoique le groupe sur lequel nous avons opéré soit assez restreint et ne représente qu'une partie des fièvres pernicieuses de la saison, il suffit cependant pour mettre en relief la prédominance très-marquée de certaines formes. La forme algide a été la plus fréquente, et si on lui joint la forme cholérique, qui offre beaucoup d'analogies avec elle, on arrive au chiffre 25 sur un total de 44 fièvres pernicieuses.

Nous pensons nous éloigner fort peu de la vérité en portant à 80 le nombre total des fièvres pernicieuses qui se sont présentées dans l'endémo-épidémie de 1850. 20 sujets ont succombé, c'est-à-dire 25 décès sur 100 fièvres pernicieuses.

Nous ne reviendrons pas ici sur le traitement de ces pyrexies, nous rappellerons seulement qu'il doit être double, pour ainsi dire, dans les formes dont on peut rapporter la physionomie spéciale à certaines localisations soit organiques, soit purement fonctionnelles qui alarment par leur intensité et par leur persistance. Il est bien entendu que le sulfate de quinine constitue toujours la base de la médication, puisqu'il s'attaque au fond même de la maladie et non à ses phénomènes.

M. Beylot et moi nous nous louons beaucoup de l'éther, soit administré par la bouche, soit injecté dans l'intestin. Il nous semble agir en réveillant la vitalité prête à s'éteindre dans le coma ou dans l'algidité. En novembre, on nous ap-

(1) On a observé quelques cas de fièvre pernicieuse à forme hépatique, avec ictère et accompagnée de divers phénomènes graves, forme que nous ferons connaître dans notre clinique. Cet article était terminé, quand la GAZETTE MÉDICALE nous a appris que notre collègue M. Garnier-Léteurrié avait lu à l'Académie un mémoire (PARALLÈLE ENTRE LA FIÈVRE JAUNE SPORADIQUE ET LES ICTÈRES GRAVES OBSERVÉS PARMI LES SOLDATS DE L'ARMÉE D'ITALIE EN 1849, DESTINÉ A DÉMONTRER LA PARFAITE IDENTITÉ DE CES MALADIES) dans lequel il arrive à reconnaître l'existence à Rome d'une *fièvre jaune spontanée et sporadique*. Pour nous tous, il s'agit tout simplement de fièvres pernicieuses empruntant une physionomie particulière à une localisation morbide dans l'appareil hépatique, avec ictère et décomposition du sang; cette affection n'a rien de plus spécial que ses formes scorbutique, cholérique, etc., qui certes ne sont ni des scorbuts ni des choléra vrais.

dur; il est coloré, dans un état de pléthore. C'est la complexion du corps que le médecin veut modifier. Quand, avant d'administrer les remèdes que réclame la lésion qu'il veut enlever, il prescrit la saignée, une diminution de nourriture, une boisson délayante, adoucissante, des bains, etc.

Les diathèses exercent sur la marche des lésions pathogénèses un empire que nous devons signaler. Suivez le développement d'une phlogose sur un individu fort et robuste et sur un corps dont la constitution est molle, dont le sang est appauvri. Vous verrez sur ce dernier le travail phlegmasique lent, modifié; il prendra bientôt le caractère chronique; il conduira à des dégénérescences.

(La fin au numéro prochain)

THÉRAPEUTIQUE.

DU TRAITEMENT RAPIDE DE LA GALE (GUÉRISON EN DEUX HEURES); par le docteur GIBERT, médecin de l'hôpital Saint-Louis.

Avertie par l'un de nos collègues de l'Académie, M. Michel Lévy, membre du Conseil supérieur de santé, l'autorité militaire s'occupe en ce moment de l'application à l'hôpital du Gros-Caillou du traitement de la gale d'après l'ancien procédé d'Helmerich communiqué en France, dès 1812, par notre collègue M. Burdin, et renouvelé et perfectionné tout nouvellement dans les salles des galeux de l'hôpital Saint-Louis par nos savants et excellents confrères, MM. Bazin et Hardi.

Bien que quelques journeaux de médecine aient déjà indiqué ce perfectionnement, les praticiens nous sauront gré d'entrer dans quelques développements à cet égard. Il s'agit d'une maladie populaire qui tendait sans cesse à se propager et à s'étendre et qui serait restreinte bientôt dans de très-étroites limites, si les espérances qu'ont fait naître les expériences de notre collègue M. Hardi venaient à se réaliser.

Les médecins du siècle dernier (et ce préjugé résiste encore aujourd'hui aux lumières de la science) croyaient assez généralement que la gale reconnaissait une cause humorale qui pouvait donner lieu à l'évolution spontanée de la maladie, l'entretenir, la reproduire, amener des accidents de rétrocession ou de répercussion, laisser des traces plus ou moins profondes dans l'économie après la disparition de l'éruption, etc.

Lorry lui-même, auteur si savant et praticien si expérimenté, hésitait encore à adopter complétement les idées de *R. Mead* qui, se fondant sur la présence incontestable de l'*acarus* mise hors de doute dans la lettre de *Cosimo Bonomo* à *F. Redi*, affirmait que la gale était une éruption locale de cause externe et devait être seulement combattue par des topiques.

En vain les expériences de Gales à l'hôpital Saint-Louis (1812) avaient de nouveau confirmé l'existence de l'*acarus* de la gale, en vain *Biett* et *Alibert* (bien qu'ils n'eussent point su rechercher eux-mêmes l'*acarus*) avaient adopté l'opinion que la gale était une maladie locale et qui ne nécessitait point d'autres remèdes que les topiques, le préjugé persistait dans l'opinion populaire et même dans celle de beaucoup de médecins...; bien plus, on contestait l'existence de l'*acarus*, et un médecin de l'hôpital Saint-Louis n'avait pas craint de porter une sorte de défi à celui qui serait assez habile pour le rencontrer.

Les choses étaient en cet état, lorsqu'en 1834, sous les yeux de mon prédécesseur *Alibert*, un étudiant corse, M. *Renucci*, retira l'*acarus* des sillons qui le contiennent sur plusieurs galeux réunis à la consultation publique de l'hôpital Saint-Louis. Depuis lors, beaucoup d'expériences directes ont prouvé que l'*acarus* était la véritable cause de l'éruption.

Cependant, comme je l'ai démontré dans mon TRAITÉ PRATIQUE DES MALADIES DE LA PEAU, cette découverte n'apporta pas grande modification au traitement de la gale, puisque déjà on la combattait avec succès par des topiques propres à détruire l'*acarus*.

Voici d'ailleurs les conclusions dans lesquelles je résumais dix ans plus tard un article sur la *gale*, inséré dans le numéro de juillet 1845 du JOURNAL DES CONNAISSANCES MÉDICO-CHIRURGICALES :

1° La gale est une maladie accidentelle et de cause externe, qui ne saurait se développer ni se reproduire *spontanément*, mais qui est toujours communiquée par contagion. Elle ne peut laisser après elle aucune altération dans les humeurs, ne réclame aucun remède interne et guérit radicalement par le seul emploi de quelques topiques. Les dangers attribués à la gale dite *rentrée* ou *répercutée* n'existent que dans l'imagination des malades trompés par des théories fausses et ridicules.

2° La forme, le mode de développement, le siége d'élection, la propagation successive à certaines régions du corps bien déterminées de l'éruption de la gale, sont la base la plus sûre du diagnostic (il convient d'y ajouter la recherche de l'*acarus* dans les sillons de l'intervalle des doigts et de la face palmaire du poignet); ce diagnostic peut devenir difficile dans le cas de complications (papuleuse, eczémateuse, ecthymateuse, impétigineuse).

3° Les topiques les plus sûrs, les plus innocents et les moins coûteux pour guérir la gale sont aujourd'hui, comme au temps de *Celse*, les sulfureux.

Le JOURNAL DE MÉDECINE, CHIRURGIE ET PHARMACIE (numéro de février 1813) contient le mémoire de M. Burdin sur le traitement rapide de la gale communiqué par Percy.

M. Burdin, médecin de l'hôpital militaire de Groningue, en 1812, rapportait qu'un Hollandais, *Helmerich*, chirurgien au 125[e] régiment de ligne, était possesseur d'une pommade (qu'il tenait secrète) avec laquelle on pouvait guérir la gale en moins de quarante-huit heures. Voici comment ce traitement fut exécuté à l'hôpital sous les yeux de M. Burdin :

1° Bain de propreté dans lequel, au moyen d'un morceau de savon vert, une friction générale destinée à nettoyer tout le corps et à déchirer les sillons et vésicules était faite sur toute la peau, les galeux s'entr'aidant mutuellement à cet effet. Cette friction devait durer demi-heure.

2° Le lendemain matin, friction générale avec la pommade (dont la composition sulfuro-alcaline fut ultérieurement révélée par les soins de M. Burdin) répétée trois fois dans le cours de la journée, à quelques heures de distance.

3° Le jour suivant le malade prenait un second bain de propreté avec friction savonneuse et était renvoyé guéri. MM. Burdin, Percy, Biett et généralement tous les médecins français qui essayèrent de ce traitement méconnurent, à ce qu'il paraît, la véritable indication du procédé qui devait être la destruction subite de l'*acarus* dans tous les points où on pouvait le supposer, et attachèrent surtout de l'importance à la multiplication des frictions dans un court espace de temps : d'où les inconvénients signalés

---

porta un militaire qui, atteint d'un accès pernicieux algide, était depuis plusieurs heures sans pouls, sans chaleur et sans connaissance; nous lui fîmes administrer immédiatement un lavement avec sulfate de quinine 2 grammes et pareille quantité d'éther; huit ou dix minutes après l'injection, il manifesta le retour à la vie par des mouvements spasmodiques; un quart d'heure plus tard il commença à prononcer quelques mots.

Dans certains cas fort graves, nous avons appliqué sur l'épigastre une compresse pliée en quatre doubles et trempée dans l'eau bouillante. Ce moyen est peut-être un peu cruel et produit quelquefois une brûlure longue à guérir, mais nous l'avons vu provoquer une réaction si vive et si prompte, que nous le conseillons lorsqu'il y a péril en la demeure. La vie est menacée si prochainement dans certains accès pernicieux, qu'il est d'un intérêt majeur de la ranimer d'abord par tous les moyens possibles, sauf à remplir ensuite l'indication non moins importante, mais postérieure en date, de prévenir l'accès suivant.

Dans plusieurs circonstances, l'accès pernicieux a fait subitement irruption, après quelques jours de prodromes peu significatifs, ou dans le cours d'une fièvre intermittente des plus simples; le médecin a été positivement surpris. Dans deux cas, dont nous parlerons dans notre *clinique*, cet accès imprévu a été mortel. Ces enseignements graves, mais inévitables par le plus habile, recommandent une grande promptitude d'action, à l'époque de l'endémo-épidémie; ils disent aussi et hautement que, dans de pareilles circonstances, sous la menace incessante d'accès pernicieux imprévus, la prudence ne permet qu'un fébrifuge, celui dont une vieille expérience a démontré la vertu dans le traitement des fièvres pernicieuses.

Enfin, à propos de ces affections, nous ne pouvons passer sous silence un fait des plus dignes de fixer l'attention du médecin. Les fièvres pernicieuses se groupent surtout en grand nombre à l'époque de l'apogée de l'endémo-épidémie, mais on en observe encore quelques cas isolés en novembre, décembre et même en janvier. Il est d'observation que ces cas tardifs revêtent alors la plus haute gravité. Ainsi, à Rome, j'ai eu dans mon service, en novembre et décembre, 3 fièvres pernicieuses seulement, mais toutes trois ont été mortelles. Chez l'un de ces sujets, 4 grammes de sulfate de quinine administrés dans un premier accès algide et pendant l'apyrexie qui a séparé celui-ci du suivant, n'ont pas empêché ce dernier, qui a emporté le malade le troisième jour de son entrée à l'hôpital. Le pilote du vapeur *le Tibre* a été également tué en trois jours par la fièvre pernicieuse algide, à peu près dans les mêmes temps.

L'autopsie des sujets qui ont succombé à la fièvre rémittente gastro-bilieuse, soit qu'elle ait conservé cette forme jusqu'au bout, soit qu'elle ait revêtu consécutivement une autre phénoménisation, n'a dévoilé qu'une particularité constante, c'est la pléthore bilieuse du foie, qui se trahissait bien moins par l'abondance de cette sécrétion dans le parenchyme même que dans la vésicule biliaire, énormément distendue, très-volumineuse, laissant transsuder une bile foncée qui teignait tous les organes en contact avec elle. La face inférieure du foie, dans un espace plus ou moins étendu, quelquefois sur toute sa superficie, était également teinte en vert très-foncé. En incisant l'organe, on découvrait que cette teinte pénétrait de quelques millimètres à 1 centim. ou 1 centim. 1/2, puis cessait brusquement, à peu près sans dégradation de teinte. Quant au parenchyme, examiné dans la profondeur de l'organe, il a présenté des variations

par *Biett* et le prompt abandon du procédé expérimenté une première fois dans les hôpitaux militaires, à cette époque, sur les indications de Percy (1812 et 13).

On conçoit en effet que des frictions irritantes, rudes, générales et répétées, devaient facilement provoquer des éruptions inflammatoires secondaires qui retardaient beaucoup la guérison du malade.

De plus, même chez ceux qui n'éprouvaient point ce genre d'accidents, on ne croyait point à la guérison entière tant qu'il restait des vésicules aux divers points d'élection, tandis qu'aujourd'hui ces vésicules ne sont considérées que comme des traces de la maladie destinées à s'effacer d'elles-mêmes, sans aucun traitement, et dépourvues de tout caractère contagieux.

C'est là surtout ce qui caractérise le progrès réel que notre collègue M. Hardi a fait subir au procédé d'Helmerich et de M. Burdin, renouvelé avec succès dans les salles de l'hôpital Saint-Louis par son prédécesseur M. Bazin, aujourd'hui chargé d'une autre division du même hôpital.

M. Hardi croit qu'il suffit d'un traitement *de deux heures* pour affranchir la gale de toute propriété contagieuse, et pour permettre ensuite, l'*acarus* étant détruit dans les sillons qui le recèlent, la disparition spontanée des petits boutons vésiculeux, qui ne sont qu'un effet destiné à céder après la destruction de la cause.

Si les idées de MM. Bazin et Hardi se confirment (et jusqu'ici les résultats d'une expérience déjà assez étendue semblent tout en leur faveur), je je crois que l'on pourra simplifier encore le procédé, et que, surtout chez les femmes, chez les individus de la classe aisée, on pourra, au lieu de frictions étendues à toute la surface du corps, se borner à attaquer dans les points d'élection (l'intervalle des doigts, la face palmaire des poignets, le pli du bras, les aisselles, le devant du tronc, les jarrets) les boutons et surtout les *sillons* (toujours très-visibles à l'œil nu), tant avec la friction savonneuse qu'avec la friction sulfureuse, évitant ainsi plus sûrement encore et les désagréments et les inconvénients des frictions générales.

Voici d'ailleurs comment on procède aujourd'hui dans la salle des galeux de l'hôpital Saint-Louis, et très-incessamment, sur la demande de M. Hardi, les malades ne seront plus admis à l'hôpital, mais seulement reçus au traitement externe, où on les renverra après les *deux heures* consacrées à l'application de la méthode.

Le malade est conduit au bain; il se déshabille et subit une friction générale de demi-heure de durée avec le savon noir; il se plonge ensuite dans un bain simple, où il continue de se nettoyer la peau durant une heure. A sa sortie du bain, on le ramène dans la salle, et là, dans un cabinet disposé à cet effet, aidé d'un de ses camarades, il subit une nouvelle friction générale de demi-heure, mais cette fois avec la pommade sulfuro-alcaline.

Cette pommade, employée depuis plus de trente ans à l'hôpital Saint-Louis pour le traitement de la gale, se compose de huit parties d'axonge, deux parties de fleur de soufre et une partie de sous-carbonate de potasse.

Après cette friction, le malade examiné est renvoyé guéri, bien qu'il reste parfois des vésicules intactes assez nombreuses aux mains et ailleurs.

Mais M. Hardi affirme que sur plusieurs centaines de sujets, c'est à peine s'il a eu à constater deux ou trois récidives, tandis qu'elles étaient assez communes quand on se bornait aux frictions partielles des mains. Il croit encore (et je partage cette opinion) que le nombre des galeux a diminué considérablement depuis que la rapidité de la guérison a permis d'admettre au traitement tous les galeux qui se présentent, et empêché par conséquent la propagation du mal qu'entretenaient nécessairement au dehors les sujets dont on était obligé, par défaut de place, de différer l'admission.

Pour ma part, je déclare, qu'ayant assez souvent admis dans mes salles des femmes et des hommes qui s'étaient vus ainsi refusés dans la division de la gale, je n'ai jamais non plus observé de récidive, bien que je n'eusse employé (concurremment avec les bains sulfureux et les fumigations sulfureuses), que les frictions partielles des mains et des poignets; mais le traitement durait toujours au moins huit jours dans la gale simple. Dans la gale compliquée d'éruptions inflammatoires, je n'employais pas la pommade, je me bornais aux bains de mains et aux lotions de tous les points d'élection avec l'alcoolé de staphysaigre ou l'alcoolé de nicotiane (mêlé de moitié eau), et alors le traitement durait au moins deux semaines. D'ailleurs, M. Hardi n'applique point non plus son procédé aux galeux chez lesquels existent des complications inflammatoires. Mais, s'il est bien démontré qu'après la destruction des sillons (et il y aurait encore la question de savoir, si en l'absence de ces sillons qui ne se rencontrent point chez tous les galeux, il n'y a plus de contagion à craindre), le malade, peut être déclaré guéri sans qu'on ait à se préoccuper des boutons vésiculeux (ordinairement flétris et rompus à la vérité) qui subsistent encore..., le traitement, même par les frictions partielles, pourrait être beaucoup abrégé, et presque réduit à la courte durée de celui de MM. Hardi et Bazin.

Je ne parle point de la recherche et de la constatation *de visu* de l'*acarus scabiei*, comme seule base solide du diagnostic, et comme seul moyen d'arriver à la certitude de la guérison, parce que cette recherche ne laisse pas que d'être assez minutieuse et parfois assez difficile pour qu'on ne puisse exiger de tous les praticiens la constatation de ce signe infaillible.

En somme, le traitement de la gale réduit ainsi à sa plus simple expression, c'est au temps à confirmer la vérité du principe émis par M. Hardi, savoir que les vésicules apparentes de la gale ne sont qu'un effet qui se dissipe de lui-même quand la cause a été détruite.

REVUE DES JOURNAUX DE MÉDECINE.

JOURNAUX AMÉRICAINS.

THE AMERICAN JOURNAL OF THE MEDICAL SCIENCES.

Les numéros d'avril, juillet et octobre contiennent les articles originaux suivants : 1° *Médication préventive de la constipation*; par M. John C. Warren. 2° *Note sur quelques expériences relatives aux moyens de chauffer et de ventiler les hôpitaux et autres édifices par la vapeur et l'eau chaude*; par M. Thomas Kirkbride. 3° *Deux cas d'ouverture du péritoine*; par M. Washington. 4° *Cas de difformité du crâne, de l'encéphale et de la moelle*; par M. Jno. Dalton. 5° *Observation d'accouchement*; par M. Charles Buckingham. 6° *Extrait des mémoires de la Société médicale de Boston*; par M. W. Morland. 7° *Cas d'hydropho-*

---

très-ombreuses et en même temps des caractères trop peu marqués et trop inconstants, dans sa couleur et dans sa consistance, pour que nous puissions rattacher une altération définie à la fièvre que nous décrivons. — L'intestin, surtout le duodenum, étaient également teints par la bile; ce dernier organe et l'estomac en contenaient souvent une très-grande quantité; mais c'était dans la vésicule même qu'il fallait chercher les caractères du liquide biliaire: nous l'avons fréquemment trouvé épais, rempli de grumeaux si nombreux et si volumineux que la bile, s'échappant difficilement de la vésicule incisée, coulait plutôt comme une pulpe noirâtre que sous forme d'un filet liquide. Nous avons observé la même distension de la vésicule et la même consistance de la bile chez un sujet qui a succombé à un premier accès pernicieux algide. M. Beylot pense, en se fondant sur son expérience en Algérie et dans l'Agro Romano, que cet état des voies et de la glande biliaire se retrouve à peu près dans toutes les fièvres pernicieuses, quelle que soit leur forme. La rate est le plus souvent augmentée de volume. On la trouve pourtant normale chez les individus qui ont succombé rapidement à une première atteinte. M. Lasserre a perdu un homme d'accès pernicieux accompagné de triple rupture de la rate.

En octobre, l'endémo-épidémie a commencé sa période décroissante, les entrants, qui avaient été de 1,250 en août et de 1,070 en septembre, ne sont plus qu'au nombre de 662. Les fièvres intermittentes se mêlent aux rémittentes en proportion de plus en plus considérable, et finissent par les surpasser en nombre; l'élément gastro-bilieux s'efface aussi graduellement, mais on a pu néanmoins en saisir les traces en novembre, mois où j'ai encore reçu, dans mon service à Saint-Dominique, quelques fièvres rémittentes avec embarras saburral et état bilieux. En octobre, on observe un certain nombre de fièvres de première invasion; mais il n'en existe que des cas très-rares pendant le mois de novembre. Les services sont alors alimentés par les rechutes et par les cachexies paludéennes.

L'aspect général des services de médecine à la fin de l'endémo-épidémie a été celui que nous avons trouvé l'an passé à Rome, celui qui existe chaque automne dans les localités palustres de l'Algérie, moins les flux intestinaux et les affections du foie. Tous les hommes portaient le cachet paludéen. Mais, en 1850, les cachexies ont été moins profondes et un peu moins nombreuses qu'en 1849; de sorte que la bénignité comparative de l'endémo-épidémie s'est manifestée et par le peu d'élévation de la proportion des décès, et parce que les résultats de la fièvre elle-même se sont traduits par une moindre détérioration de l'économie.

Nous avons dit, dans notre compte rendu de 1849, que la cachexie paludéenne se développe à des époques bien différentes, que tantôt elle apparaît après trois à quatre rechutes, tandis que d'autres fois elle est à peine marquée après trois ou quatre mois de rechutes ou récidives rapprochées et nombreuses. Aujourd'hui nous sommes en mesure, et d'après notre expérience, et d'après celle de plusieurs collègues, de soutenir que la cachexie paludéenne peut se produire, par une absorption lente du miasme, sans donner lieu à aucun accès appréciable. Ce fait n'est pas commun, il est vrai, mais nous avons sous les yeux plusieurs militaires que trois accès en deux atteintes ont plongés dans la cachexie paludéenne.

A l'aide de la méthode suivante, nous évitons la plupart des cachexies palu-

bie; par M. C.-V. Bemis. 8° *Sur l'identité de l'érysipèle et* d'*une certaine forme de fièvre puerpérale*; par M. Ezra P. Bennett. 9° *Cas de rupture de la vessie, avec sept fractures du bassin*; par M Peaslee. 10° *Observations de médecine*; par M. Mc Sherry. 11° *Cas d'ascite*; par M. John Griffiu. 12° *Passage d'une barre de fer à travers la tête; guérison*; par M. Henry Bigelow. 13° *Rapport annuel du comité de chimie médicale*; par M. Dalton. 14° *Observation de grossesse extra-utérine*; par M. W. Denny. 15° *Remarques sur le forceps*; par M. Henry Bond. 16° *Recherches histologiques sur le développement, la nature et les fonctions du tissu épithélial*; par M. W. Burnett. 17° *Sur le choléra asphyxique*; par M. F. Gayley. 18° *Note sur certains corps particuliers qu'on observe chez l'homme*; par M. Joseph Leydy. 19° *Ligature de l'artère iliaque interne, pour un anévrisme*; par M. Gilman Kimball. 20° *Observation abrégée* d'irritation constitutionnelle *à la suite de la vaccination*; par M. Charles Buckingham. 21° *Cas de plaie du ventricule gauche du cœur*; par M. Erugien. 22° *Empoisonnement par la belladone*; par M. Farqubarson. 23° *Résultat de quinze opérations de lithotomie*; par M. Spencer. 24° *Déplacement du cœur par atrophie du poumon gauche*; par M. J. Clark. 25° *Statistique de la mortalité de Baltimore de 1836 à 1849*; par M. Levin S. Joynes. 26° *Réflexions sur le traitement des déchirures du périnée pendant l'accouchement*; par M. W. E. Horner. 27° *Note sur un cas traité à la maison des pauvres du comté* de *Westchester*; par M. J. D. Erask. 28° *Statistique de l'hôpital* des *accouchements de Boston*; par M. Humphreys Storer. 29° *Description d'un instrument pour enlever les pessaires en boule*; par M. Henry Boud. 30° *Cyanose produite par une transposition des orifices* de *l'aorte et de l'artère pulmonaire*; par M. Carter P. Johnson. 31° *Fausse encéphaloïde; tumeur grasse du foie; perforation du diaphragme; rejet par expectoration*; par M. R. S. Holmes. 32° *Cas* de *parotide avec métastase sur le testicule et complication d'accidents cérébraux*; par M. Francis Minot. 33° *Mélanges de médecine pratique*; par M. P. Mettaner. 34° *Ossification et oblitération de la veine cave ascendante*; par M. G. L. Collins. 35° *Cas* d'*excision de l'utérus*; par M. F. Eve.

DES MOYENS DE PRÉVENIR LA CONSTIPATION; par le docteur WARREN.

La partie originale de ce court travail consiste dans quelques coosidérations snr les propriétés laxatives du *son*. L'auteur, après avoir fait remarqner que la fleur de froment constipe, aussi hien qne celle de riz, rappelle qu'il emploie depuis viugt-cinq ans le son comme régulateur des garde-robes, et il va jusqu'à le préférer à beauconp de médicameots réputés laxatifs. Le mode d'emploi de cette substance peut être très-varié. On peut moudre du blé en nature (non dépouillé de son enveloppe) dans un monlin à café, le faire bouillir pendant trois ou quatre heures, saler légèrement, et faire prendre la décoction à la dose de 20 nnces environ pour un adulte. Cette dose peut être consommée en nn seul repas nu en deox. Rien n'empêche d'ailleurs de joindre le son à quelques préparations colinaires qui en masqueront le goût.

Sans soulever ici une question de priorité assez peu intéressante, nous rappellerons que l'emploi du son sons diverses formes, dans le but indiqué plns haut, a été préconisé par plnsienrs médecins. Il est probable qn'il agit uniquement comme substance inerte, à la maniére de la graine de moutarde on de chènevis, en désagrégeant et entraînant les matières fécales.

SOR L'IDENTITÉ DE L'ÉRYSIPÈLE ET DE CERTAINES FORMES DE FIÈVRE PUERPÉRALE; par le docteur EZRA P. BENNETT.

Voici de nonveaux faits à l'appui d'nne idée qui a été plusieurs fois émise et soutenne tant en France qn'en Angleterre et en Amériqne. Ils ont été observés à Danbury (Connecticut).

Vers la fin de 1847, il se déclara simnltanément dans deux paroisses de Danbury nne épidémie de fièvre érysipélateuse maligne, avant laqoelle on avait déjà remarqué la fréquence insolite des érysipeles ordinaires. En janvier 1848, pendant qne cette épiuémie était dans toute sa force, il s'en déclara nne antre consistant, celle-là, dans nne forme particolière de fièvre pnerpérale. Cette coincidence, qni était bien faite pour éveiller des idées d'identité pathologique, engagea l'anteur à observer les choses de près, et il constata qu'nne inflammation diffuse, erratique, rapide dans sa marche, ponvait affecter et affectait sonvent d'autres tissus qne la peau, notamment les membranes muqueuses, le tissu cellnlaire sous-cutané (sans participation du derme), les membranes séreuses.

Avant d'en venir à ce qui concerne particulièrement le péritoine, M. Bennett rappelle d'abord brièvement qoelques faits de phlegmasie spécifique d'autres organes. Deux cas de pleurésie sont surtout remarquables. —Dans l'un, le patient fnt d'abord pris de mal de gorge, puis tout à coup de doulenr de côté; la respiration devint très-accélérée, le pouls très-rapide, la face cadavéreuse, l'œil bagard. Il n'y avait pas de râle dans la poitrine. La mort eut lieu au bout de vingt-quatre heures. — Dans l'antre cas, les symptômes fnrent exactement les mêmes et la mort eut lieu au bout de trois jours. On put cette fois pratiquer l'autopsie. *Toute la plèvre costale et pulmonaire, à gauche et à droite, était enflammée.* D'un côté existait nn épanchement de sérosité floconnense; de l'antre un peu d'épanchement aussi, et, de plus, des adbérences de formation récente. Les poumons étaient entièrement saius.

M. Bennett a vn anssi nne inflammation de mauvaise nature parconrir de grandes étendnes de tissn cellulaire sous-cutané. Dans un cas, elle alla du *pelvis au menton.* Chez un enfant la même affection, siégeant à la cuisse et traitée uniqoement par des cataplasmes, disparut et fut remplacée par uoe méniugite mortelle. La muqueuse gastrique a été atteinte quelquefois, snivant l'auteur, d'nne affection semblable. Mais venons à la péritonite, dont l'auteur doone une description générale tracée d'apres onze observations particulières. De ces 11 femmes, 9 furent atteintes des premiers symptômes quarante-huit benres, et 2 vingt-quatre beures, apres la délivrance.

La maladie débutait invariablement par un froid léger, de la douleur de tête, du lnmbago, et, dans la moitié des cas, des douleurs intestinales qui étaient presque toujours peu intenses. Les malades se plaignaient surtout de fatigue. Elles étaient tristes, et cette tristesse avait quelque chose de significatif. L'ntérus se sentait au-dessus du pubis; il était endolori; mais la douleur, à cette époqne de la maladie, ne s'étendait pas au delà. Le ventre était mou et flasque; le lait ne venait pas on se supprimait; les lochies continuaient à couler, mais sous forme de sanie. Par degrés, dans quelques cas, les intestins se distendaient, mais non au degré où nn l'observe dans la péritonite ordinaire. Le plus sonvent les intestins restaient souples jusqu'à la fin. Immédiatement après la sensation du froid, le pouls montait rapidement; 160 pulsations par mioute étaieot le maximum. Il était petit et dépressible. La langue était couverte d'nn mioce enduit blanchâtre; l'urine colorée; la peau fraiche, converte d'une sueur visqueuse; abatte-

déennes et nons venons à bout de celles qui sont reçues dans notre service; les rechutes sont anssi le plns souvent prévenues ou éloignées par cette médication qui n'a rien de nenf, si ce n'est pent-être sa complexité et le point où nous l'avons poussée.

Dès que la fièvre a été conpée, nons accordons immédiatement une large alimentation et nous ordonnons, pendant une huitaine de jours, la décoction de qnina et quelquefois l'infusion de centaurée. Après les fièvres simples, on peut presque toujonrs avoir immédiatement recours à ces moyens; après les fievres rémittentes compliqnées, dont la terminaison n'est ni aussi prompte, ni aussi franche, on n'y arrive que graduellement. Un léger évacuant est quelqnefois nécessaire pour faire renaître l'appétit.

Quand le sujet a déjà été modifié par l'absorption du miasme, quand son habitude extérieure trahit l'infection paludéenne, les rechutes sont imminentes, la cachexie, l'œdème, les engorgements et l'anémie menacent; c'est ici que se présente l'indication majeure, puisque nons sommes en présence des accidents qui rendent pour de longs mois le militaire incapable de remplir ses obligations. Je prescris une alimentation généreuse et du viu; je donne chaque jour une décoction de quina, un litre d'infusion de centaurée, du cafe et des ferrugineux. Après une période de huit à quinze jours, à l'époque du retour présumé de la fièvre, j'administre 0,6 à 0,8 de sulfate de quinine, avec nn vomitif, si l'état des voies digestives en fournit l'indication.

Cette méthode a une très-grande efficacité pour prévenir le développement de la cachexie paludéenne; c'est là un résultat très-net et très-positif. Quand cette cachexie est déclarée, cette médication lutte victorieusement contre elle, quoique avec lenteur, dans la grande majorité des cas. Il nous est arrivé plus d'une fois de nous étonner qu'un regime aussi animalisé, aussi généreux, que les toniques et les ferrugineux ne modifiassent que si lentement les constitutions modifiees par le miasme. Nous avons dû, dans certains cas, insister pendant un à deux mois; mais c'est encore un succes, puisque beaucoup de sujets qui ne sont pas soumis à cette médication tombent dans un état cachectique qui dure cinq et six mois, et va même jusqu'à les mettre dans l'impossibilité de supporter l'endémo-épidémie snivante. Il faut donc de la persévérance. Arrive un moment où le rétablissement de la santé marche avec rapidite. On dirait que, pendant un certain temps, les toniques n'agissent point en réconfortant, mais senlement en arrêtant le cours de la dissolution cachectique. Telle est la régle; mais dans nn certain nombre de cas, les bénéfices de la méthode ont été plus marqués: des cachexies paludéennes des plus profondes, avec anémie, anasarque générale, ont cédé comme par enchantement. Nous ferons connaître ces faits dans notre clinique

Quand on a affaire à des sujets plongés dans nne cachexie profonde, il faut ajouter à la médication quelques boissons nitrées, des frictions abdominales avec les teintures de scille et de digitale, parfois des purgatifs legers. Le vin de cannelle composé nous a paru un utile stimulant. Le sulfate de quinine, à doses modérées, devra être prescrit tous les sept ou buit jours. La rate est quelquefois le siége de douleurs assez aiguës pour exiger quelques ventouses scarifiées. M. Mignot se loue des frictions térébenthinées le long du rachis, comme accélérant les fonctions nerveuses organiques, et partant la nutrition et la réparation.

ment; yeux hagards; disposition à la diarrhée, telle que les purgatifs opéraient avec une énergie insolite et amenaient promptement la prostration. Pas de délire, excepté dans la dernière période du mal; mais sorte d'hébétude qui rendait en général les malades indifférentes à leur position.

La mort est lieu dans tous les cas, à l'exception d'un seul. Deux fois elle fut précédée de gangrène.

On a essayé tour à tour, ou simultanément, l'opium uni au calomel, les vésicatoires sur l'estomac, les onctions mercurielles, le nitre, la quinine, la digitale, les stimulants diffusibles, les évacuations sanguines, les purgatifs, etc. La saignée amenait presque aussitôt la syncope. Les purgatifs, même doux, paraissent également funestes; ils abattaient les malades sans aucun bénéfice. Bref, la maladie ne paraît avoir été avantageusement modifiée par aucune médication.

Rien dans l'étiologie qui mérite d'être signalée; là, comme dans la plupart des épidémies, il a fallu recourir à la *constitution atmosphérique*.

— Beaucoup de praticiens ont remarqué que les épidémies de fièvre puerpérale s'accompagnaient souvent d'érysipèles chez les enfants. Tous les accoucheurs, croyons nous, sont d'accord aujourd'hui sur ce point. Voilà déjà un fait qui tend à montrer un rapport quelconque, aussi vague qu'on voudra le supposer, mais enfin un rapport positif, entre la fièvre puerpérale et l'érysipèle. Ce rapport tend à devenir encore plus saillant par cette autre remarque d'observateurs dignes de foi, que celle même fièvre puerpérale qui donne aux enfants l'érysipèle leur donne aussi la péritonite. Il y a plus encore, il y a souvent coïncidence, non plus de péritonite chez la mère et d'érysipèle chez l'enfant, mais de péritonite et d'érysipèle chez le même enfant, alors même que cet enfant n'est pas soumis à une *influence puerpérale*. Dans un travail très intéressant dont nous avons rendu compte (Gaz. Méd., 1847, p. 52), M. Thore dit avoir rencontré, chez l'enfant, 17 fois la péritonite sur 22 cas d'érysipèle. Enfin, pour compléter l'analogie, M. Thore a vu l'érysipèle coexister souvent, non-seulement avec la péritonite, mais encore avec la phlegmasie des membranes séreuses en général, et plus spécialement de la plèvre.

Il est donc avéré aujourd'hui que, *chez l'enfant*, les phlegmasies séreuses (la péritonite particulièrement) naissent souvent ensemble, sous l'influence de la même cause d'infection, et marchent fréquemment de pair même en dehors de cette influence; deux circonstances dont il est difficile de ne pas induire une affinité spéciale entre les deux ordres d'affections. Or ces données préalables doivent disposer, ce nous semble, favorablement à l'égard des faits invoqués par M. Bennett. Il n'y a rien d'étonnant à ce qu'une relation morbide, fréquente, habituelle même chez l'enfant, puisse se rencontrer chez l'adulte, surtout en temps d'épidémie, quand les causes morbides ont acquis un degré particulier de virulence et de malignité, et peuvent attaquer l'organisme par différents côtés. D'ailleurs, la marche des deux pleurésies décrites, la métastase d'une phlegmasie du tissu cellulaire, sont des phénomènes qui s'accordent très-bien avec la supposition d'une affection érysipélateuse. Nous regrettons que quelques observations détaillées de péritonite ne nous aient pas mis à même de démontrer, par l'exemple, la marche spéciale et insolite de la maladie.

GUÉRISON A LA SUITE D'UNE PLAIE PAR UNE BARRE DE FER QUI TRAVERSA LA TÊTE; par M. BIGELOW.

Le fait suivant, dont l'auteur a eu soin d'établir l'authenticité par de nombreux certificats, est certainement l'un des plus prodigieux exemples que les archives de la science contiennent: de vastes pertes de substances de l'encéphale, terminées par la guérison. Probablement cet heureux résultat est dû en partie à l'étendue même de la solution de continuité du crâne, laquelle empêcha l'étranglement et par suite l'inflammation de la masse cérébrale.

Obs. — Le nommé P. Gage, âgé de 25 ans, avait placé de la poudre dans le trou d'une mine et ordonné à un de ses ouvriers de la recouvrir de sable. Croyant que cela avait été fait, il voulut consolider le sable en frappant avec la barre de fer pointue qui avait creusé la mine. Mais par suite d'un oubli le sable n'avait pas été mis. Le choc du fer contre le rocher produisit donc une étincelle qui enflamma la poudre. La barre violemment projetée traversa complètement la tête de Gage, côtoyant d'abord l'angle gauche de la mâchoire, pénétrant l'orbite du même côté, entrant enfin dans le crâne dont elle sortit par la partie antérieure de la suture sagittale. La force d'impulsion était telle qu'après avoir produit cet épouvantable désordre, le projectile sauta à quelque distance du blessé, tout souillé de sang et de fragments de cervelle. La barre avait 3 pieds 6 pouces de long, et un pouce et quart de diamètre; elle pesait 13 livres et quart.

Renversé par terre sur le coup, le blessé eut quelques mouvements convulsifs des extrémités; mais il reprit connaissance peu de minutes après. On le plaça sur un char à bœufs où il se tint droit, et dont il descendit de lui-même presque sans aide, après un trajet de trois quarts de mille. A ce moment il jouissait de toute sa présence d'esprit; mais la plaie saignait beaucoup, et il rejetait du sang en abondance par le vomissement.

M. Harlow rajusta trois petites pièces triangulaires appartenant aux os du crâne, et, en cherchant s'il n'y avait aucun corps étranger, il introduisit du côté du crâne le doigt indicateur dans la plaie, de toute sa longueur, sans rencontrer de résistance; il fit la même chose par la plaie de la joue. Une partie de l'angle antéro-supérieur de chaque pariétal et une pièce demi-circulaire du frontal étaient fracturées, laissant une ouverture arrondie de 3 pouces et demi de diamètre. On acheva le pansement en retranchant une partie du cerveau qui n'était retenue que par un pédicule. On rajusta enfin les lambeaux du cuir chevelu.

L'accident était arrivé le 18 septembre 1848. Après diverses alternatives, au milieu desquelles il n'y eut jamais, ni délire violent, ni perte de connaissance complète, ni fièvre très-intense, il entra en convalescence, conservant toutes ses facultés mentales et n'ayant perdu que la vision de l'œil gauche. Une hernie du cerveau s'était produite pendant le cours de la maladie, mais on la réprima par l'application fréquemment réitérée du nitrate d'argent.

PERFECTIONNEMENT A APPORTER AU FORCEPS; par M. BOND.

Les auteurs classiques recommandent de placer les cuillers du forceps sur les côtés de la tête et de les réunir ensuite. Mais diverses causes peuvent très-souvent empêcher de leur donner cette situation respectivement parallèle. Il serait donc à désirer qu'on eût le moyen d'imprimer à l'une des cuillers un mouvement de rotation relativement à l'autre, tout en conservant la liberté de les assembler ensuite.

M. Bond a satisfait à ce desideratum par un mécanisme dont nous regrettons de ne pouvoir reproduire ici la représentation gravée. Il consiste en ce que la vis qui unit la branche mâle à la femelle est du double plus longue qu'à l'ordinaire. Cette vis est supportée par une partie amincie.

Le second bénéfice de la méthode dont nous parlons, c'est de prévenir ou d'éloigner les rechutes. Pour arriver à ce résultat, il faut que l'alimentation, les toniques et les doses modérées de quinine tous les sept ou huit jours, soient prescrits et marchent en même temps. Les relevés pris dans nos cahiers de clinique nous ont prouvé qu'à l'aide de ces moyens, tantôt on évite tout à fait les rechutes, tantôt on rompt leur périodicité et on allonge peu à peu l'intervalle qui séparait primitivement deux rechutes. Nous avons essayé de ne pas prescrire de sulfate de quinine à certaines époques à peu près régulières, mais alors les succès ont été moindres, quoique bien évidents encore.

Les résultats que nous avons obtenus nous semblent devoir encourager l'emploi de ce traitement tonique, quinique et évacuant. Il est probable qu'il peut être rendu plus efficace encore, car notre ami le docteur Houneau nous écrit de Saint-Denis du-Sig (province d'Oran), qu'à l'aide d'un heureux emploi des toniques et des vomi-purgatifs, *il est parvenu à éviter toute rechute*, et, au moment d'adresser à l'Académie ce travail déjà terminé, nous apprenons par la presse médicale (Gaz. Méd., 8 mars 1851) que notre ami le docteur Durand (de Lunel) a pu, à l'aide d'un traitement avec lequel le nôtre concorde, n'avoir plus que 6 rechutes pour 100, au lieu de 87.

L'arsenic, nous l'avons déjà dit, n'a point répondu, comme prophylactique, à la réputation qu'on voudrait lui faire. Si nous revenons sur ce sujet, c'est afin de donner quelques chiffres. L'arsenic, qui coupe net 13,88 fièvres 0/0, tandis que la quinine en coupe 50,00 0/0, a encore plus complétement échoué quand il s'est agi de prévenir les récidives; ainsi, pour citer quelques exemples seulement: 1° rechutes après vingt-cinq jours d'arsenic, de 0,01 à 0,03, suivis de deux jours de suspension de ce médicament; nouvelle rechute après douze jours d'arsenic, de 0,03 à 0,04, précédé d'un vomitif; la fièvre n'est pas coupée par un vomitif suivi de quatre doses d'arsenic, de 0,03 à 0,06. La médication quinique, précédée d'un vomitif, modifie immédiatement, puis coupe la fièvre; 2° rechute le dixième jour de l'administration quotidienne non interrompue de l'arsenic, précédé d'un vomitif; 3° rechute le dix-huitième jour de l'administration de l'arsenic; 4° accès pernicieux le septième jour, etc., etc. (1).

Si, dans les hôpitaux, on peut, avec des soins et de la surveillance, prévenir beaucoup de rechutes, il n'en est pas de même à la caserne, où tout cela manque à la fois. Qu'on nous permette ici une remarque entièrement pratique. La caserne et l'hôpital sont des milieux bien différents, quant aux causes occasionnelles et déterminantes, aux conditions hygiéniques de toute sorte, aux circonstances perturbatrices de l'action des remèdes; aussi obtient-on, avec la même dose de quinine, de bien meilleurs résultats dans les salles des hôpitaux qu'au quartier. Nous avons maintes fois vérifié ce fait. En Algérie, la plus grande dépense de sulfate de quinine est faite dans les corps de troupe mêmes et non pas dans les hôpitaux. Aussi est-ce qu'un rêve philanthropique, cette

(1) Depuis l'envoi au conseil de santé des armées de notre mémoire sur l'emploi de l'arsenic contre les fièvres à quinquina, MM. Cordier en Algérie, Armand en Italie, sont venus confirmer nos résultats par leurs. Salvagnoli, dans son savant ouvrage sur les maremmes de la Toscane, dit que, sur 16 fièvres traitées par l'acide arsenieux, 15 ont été absolument rebelles à ce médicament et ont cédé aux moyens usuels.

Lorsque la vis est tournée à fond, les deux cuillers sont fixes l'une par rapport à l'autre. Si au contraire on la relâche de quelques tours, alors la partie amincie se trouve correspondre à la large entaillure de la branche femelle; et par cela même les deux cuillers peuvent exécuter des mouvements.

DÉPLACEMENT DU COEUR PAR ATROPHIE DU POUMON GAUCHE; par M. J. CLARK.

Le fait signalé par M. Clark est loin d'être nouveau; il rentre dans ces cas d'*ectopie* du cœur qui ont été explicitement signalés par plusieurs observateurs, notamment par M. Piorry. La cause spéciale du déplacement dont il s'agit ici avait été elle-même reconnue et mentionnée Pendant la vie, les battements du cœur avaient été tumultueux, rapides; les bruits paraissaient s'entendre dans le lointain, et il n'y avait pas d'impulsion à la région précordiale. Le sujet était en proie à une fièvre hectique et rendait des crachats purulents. Il succomba deux jours après l'examen du thorax. Le côté gauche de cette cavité était presque tout entier transformé en une poche circonscrite par d'épaisses adhérences et remplie de pus. Le poumon gauche, réduit au sixième de son volume normal, parsemé d'abcès, communiquait par une fistule avec cette poche. Le cœur était situé au fond de cette cavité, bien au-dessus du niveau où on le rencontre ordinairement. Nous le répétons, les faits de ce genre sont parfaitement connus et s'observent même, avec des différences de degré, assez fréquemment.

CAS D'EXCISION DE L'UTÉRUS; par M. P. EVE.

Malgré la terminaison définitivement fatale de ce cas, il sera sans doute considéré par tout lecteur impartial comme une preuve de la possibilité d'enlever la totalité de l'utérus sans compromettre l'existence. En effet, la malade se remit complétement et sans accidents graves de l'opération; elle en avait même retiré, sous le rapport de la santé générale, un avantage marqué, lorsqu'une récidive de l'affection cancéreuse vint l'emporter. Le succès a donc pleinement absous le courageux opérateur de son initiative hardie, que l'on se sent malgré soi porté à approuver et à imiter toutes les fois qu'on se trouve en présence d'une affection semblable, et qu'on songe aux épouvantables tortures morales et physiques auxquelles ces malheureuses sont condamnées.

OBS. — Il s'agit d'une négresse de 38 ans, mariée, mais n'étant jamais devenue enceinte. Depuis plus de trois ans, elle avait une affection de l'utérus, avec écoulement par le vagin et de fréquentes hémorrhagies. Ce sont tous les renseignements qu'on peut obtenir sur son état antérieur.

La malade ayant été rendue calme par l'effet de la morphine, M. J.-A. Eve l'examina et trouva dans l'hypogastre une tumeur remplissant tout le bassin, lobulée, inégale, fournissant un écoulement abondant et horriblement fétide.

Que ce fût un carcinome, une excroissance en forme de chou-fleur, ou une tumeur encéphaloïde, la mort de la malade n'en était pas moins certaine au bout de quelques mois ou au plus d'une année, à moins que la chirurgie ne vînt à son secours par une opération héroïque. L'âge peu avancé, la constitution vigoureuse, les forces encore assez intactes de la patiente encourageaient d'ailleurs à adopter ce parti.

Avant de l'entreprendre néanmoins on lui fit connaître les chances auxquelles elle s'exposait, ne lui cachant pas que l'extirpation était le terrible, mais l'unique remède qu'il restait à lui proposer. Malgré cela elle se décida d'elle-même à l'opération, sans qu'on eût eu besoin d'employer la persuasion.

OPÉRATION. — Après avoir préalablement vidé le gros intestin, on retira de la vessie une quantité considérable d'urine, laquelle quantité ne donnait à la malade aucune envie d'uriner; ce qui prouve que la vessie avait souffert une grande distension. On en évacua bien environ deux pintes.

Le chloroforme fut administré de manière à faire sentir à la patiente la plénitude de ses effets. On saisit alors la tumeur qui faisait saillie dans le vagin successivement à l'aide de plusieurs pinces, et après en avoir emporté plusieurs parties, on amena définitivement la masse entière à la vue, et on l'excisa avec soin par une incision faite de haut en bas, dans le sens antéro-postérieur, sans que l'opérateur fît sur le moment autre chose que de soupçonner que ce pouvait bien être l'utérus. Une artère, l'artère utérine gauche, qui fournissait un jet de sang abondant, fut saisie et étreinte d'une ligature animale. Néanmoins l'hémorrhagie persistant après cette ligature, on appliqua sur la plaie une solution de sulfate de zinc.

Il n'y eut pas pendant l'opération de protrusion des intestins; aucun symptôme fâcheux ne se manifesta non plus à la suite. On tint la malade couchée dans la position horizontale, sans qu'elle la quittât un seul instant, ainsi qu'à une diète rigoureuse, durant les dix premiers jours. Il est à croire que la vessie continuant à se remplir et à demeurer pleine d'une manière permanente, maintint les intestins refoulés en haut et en arrière pendant que s'opéra le travail de cicatrisation de l'ouverture faite au péritoine. On donna un lavement d'eau chaude le quatrième jour et quelques purgations.

Dans la masse enlevée, on reconnut aisément l'utérus avec les trompes de Fallope, les ligaments larges, ainsi que les ronds; mais le museau de tanche participait à la dégénérescence encéphaloïde. La tumeur dans le vagin avait environ le volume de la tête d'un fœtus à terme. Aucun de ceux qui examinèrent la pièce n'eut de doute que la totalité de l'utérus n'eût été extirpée. Parmi eux se trouvaient MM. Mussey, professeur de chirurgie au collége médical de l'Ohio, et M. Meigs, professeur d'obstétrique au collége médical de Jefferson.

Pendant une absence que fit M. P. Eve, l'opérateur, il laissa la malade aux soins de M. Longstreet. L'opération avait eu lieu le 16 avril 1850. Cette femme retourna chez elle le 3 mai. Elle revint encore se faire visiter le 20 du même mois, et demandait *pourquoi elle n'avait pas eu ses règles* depuis l'opération.

Le 10 juin, M. le docteur Murray écrivait qu'il l'avait vue la veille *debout sur ses pieds*.

Le 15 juin, deux mois après l'opération, elle revint ayant fait onze milles montée sur un wagon chargé de meubles. Elle avait repris beaucoup de force et une meilleure physionomie, et jouissait d'une bonne santé. Elle dit n'avoir perdu qu'une seule fois un peu de sang depuis l'opération, et n'avait qu'un écoulement modéré d'un liquide sans coloration. Mais il est regrettable d'ajouter qu'on trouva, soit par l'inspection, soit par le toucher, des preuves certaines qu'il se faisait une reproduction de la maladie encéphaloïde, qui devait amener la mort dans un terme plus ou moins rapproché.

Effectivement le 29 juillet, M. Meigs écrivait qu'elle était morte le 22 du même mois, trois mois et une semaine après l'opération. Elle était devenue ascitique et œdémateuse, mais n'avait eu ni hémorrhagie ni saillie de la masse morbide hors des parties génitales.

L'autopsie ne fut pas pratiquée.

— Le procédé opératoire n'est pas décrit dans le texte original avec plus de détail que ceux reproduits ci-dessus. Autant qu'on en peut juger par cette courte indication, il paraît que le chirurgien incisa tout ce qu'il supposait malade sans trop se mettre en peine de faire marcher le bistouri en dehors des limites de l'altération cancéreuse. A ce compte, la récidive était inévitable. Peut-être craignit-il sur le moment, en allant à la recherche des autres parties dégénérées, de léser quelque organe important. Mais d'après ce qui arriva, on ne peut que désapprouver, sous ce rapport, sa conduite; car la plus simple réflexion sur les suites de l'opération suggère et justifie

---

velléité de proposer de ne plus faire entrer aux hôpitaux les fébricitants, mais de leur distribuer, au guichet, une dose d'arsenic, en les renvoyant chacun dans leur caserne.

M. Beylot, dans le but d'expérimenter le sulfate de quinine comme prophylactique de rechutes, a eu l'idée de donner, chaque huit jours, 0,6 de ce sel à tous les fiévreux qui ne présentaient plus d'accès. Son service était, à cette époque, assez considérable pour lui permettre d'opérer sur des nombres élevés. Voici le résultat de ses expérimentations : les jours les moins chargés de rechutes pendant le mois, sont, par ordre d'immunité, le lendemain de l'administration, le surlendemain, le jour même, et le jour le plus chargé est la veille de l'expérience. M. Beylot fera connaître lui-même les chiffres précis (1).

On se rappelle que, l'an passé, un dépôt de convalescents a été créé à Frascati, pour recevoir les hommes que le miasme avait profondément modifiés. En 1850, grâce aux sollicitations de M. Lacauchie, officier de santé en chef, on a pu faire profiter de l'air salubre de Frascati et d'Albano les hommes menacés de cachexie; mais la détermination a été prise trop tard (25 septembre), et d'autre part, l'autorité militaire et l'administration n'ont pas consenti aux mesures nécessaires pour assurer aux convalescents le bénéfice complet de cette mesure. Il reste encore bien des choses à dire sur le changement de climat, conseillé aux individus qui présentent les conditions sanitaires dont il est question. Si on les envoie dans une localité dont l'air est pur, vif et frais, alors qu'ils ont contracté dans la plaine des germes malfaisants qui ont infecté toute l'économie, le miasme, jusqu'alors latent ou incubé, fait souvent irruption avec violence. Les médecins d'Albano ont dit à M. Viennet, chirurgien sous-aide chargé du dépôt de convalescents, que de pareils faits n'étaient pas rares dans cette localité, et que l'air d'Albano semblait avoir la propriété d'accélérer les rechutes, dans les premiers temps, mais qu'ensuite son bénéfice ne tardait pas

---

(1) Qu'il nous soit permis de revenir, à propos de la cachexie paludéenne avec extravasation séreuse, sur un fait dont nous avons déjà dit quelques mots dans nos travaux sur l'Algérie et sur l'Agro-Romano. Chez les individus placés dans ces conditions, les rechutes revêtent facilement la forme comateuse; M. Malard a noté avec soin cette fréquence de la somnolence et du coma chez ces sujets, tandis que les autres malades, non infiltrés, qui venaient à rechuter, ne présentaient que rarement ces phénomènes. Dans ces cas, c'est l'augmentation de l'épanchement séreux dans les méninges qui commande la forme. Un accès n'est pas même toujours nécessaire pour que le coma survienne chez ces individus; nous avons vu certains sujets succomber à une véritable apoplexie séreuse dont les symptômes se sont brusquement déclarés. Non-seulement les cavités méningiennes et cérébrales contenaient de la sérosité, mais souvent la pulpe était elle-même humide, molle, comme macérée. A une certaine quantité de sérosité tolérée par le malade, ou qui ne produisait qu'un peu de somnolence, s'était ajoutée, soit par sécrétion, soit par une véritable métastase, une nouvelle quantité de sérosité, sous la pression de laquelle le cerveau avait cessé ses fonctions.

cette conclusion, en apparence bien singulière : que la malade est morte, non parce qu'on lui a extirpé l'utérus, mais parce qu'on ne lui a extirpé que l'utérus.

A. Dechambre et P. Diday.

TRAVAUX ACADÉMIQUES.

ACADÉMIE DES SCIENCES.

Séance du 15 septembre. — Présidence de M. Rayer.

CASTRATION DES VACHES.

M. Rayer communique l'extrait d'une lettre de M. le docteur Lesauvage (de Caen) concernant la castration des vaches.

Dans l'espace d'une vingtaine d'années, M. Desbans, vétérinaire qui exerce dans le département du Calvados, a pratiqué cette opération sur une centaine de vaches, et n'en a perdu qu'une seule. Suivant M. Desbans, la castration serait spécialement applicable aux vaches *taurélières*, nom sous lequel on désigne les vaches atteintes d'une sorte de fureur utérine qui rend ces animaux inaptes à la conception, à la production du lait et à l'engraissement. Après l'enlevement des ovaires, les vaches cessent d'être agitées et engraissent rapidement. D'après le même observateur, la castration, pratiquée dans le but d'obtenir un rendement plus considérable de lait et la prolongation de la sécrétion laiteuse au delà du terme ordinaire, aurait au contraire pour résultat une diminution de cette sécrétion coïncidant avec un engraissement proportionnel.

ACADÉMIE DE MÉDECINE.

Séance du 16 septembre. — Présidence de M. Bricheteau.

Le procès-verbal de la dernière séance est lu et adopté.

La correspondance officielle comprend :

Sept lettres du ministre du commerce transmettant :

1° Trois rapports de M. le docteur Foncauld, médecin des épidémies de l'arrondissement d'Épernay, sur l'épidémie de fièvre typhoïde qui a régné dans les communes du Baizil et du Breuil, du mois d'octobre 1850 au mois d'avril dernier. (Comm. des épid.)

2° Un mémoire sur le traitement des affections lépreuses, rédigé par M. le docteur Hardy, résidant à Port-au-Prince (Haïti). (Comm. : M. Gibert.)

3° Trois rapports de M. le docteur Sautier, médecin-inspecteur des eaux minérales de Saint-Amand (Nord), sur le service médical de cet établissement pendant les années 1848, 1849 et 1850. (Comm. des eaux minérales.)

4° Diverses recettes et échantillons de médicaments. (Comm. des remèdes secrets.)

5° Un modèle de pessaire à tige mobile, avec une notice explicative. (Comm. : MM. Villeneuve et Chailly).

Une lettre du ministre de la guerre, qui adresse, pour la bibliothèque de l'Académie, un exemplaire du t. VII de la 2e série du Recueil des mémoires de médecine, de chirurgie et de pharmacie militaires.

Des états de vaccinations pour les départements de la Marne, du Cantal, de la Gironde, des Deux-Sèvres, de la Haute-Saône et du Bas-Rhin. (Comm. de la vaccine.)

— M. Dubreuilh fils (de Bordeaux) adresse de nouveaux renseignements sur une observation de pemphigus qu'il a communiquée récemment à l'Académie.

Il s'agit, dans cette observation, de 12 enfants de la même mère, dont 11 sont morts à la suite de cette affection, et non de 4 enfants seulement, comme l'avait dit d'abord M. Dubreuilh, d'après les renseignements inexacts donnés par la famille. (Comm. : M. Gibert.)

— M. Delpitz (de Marseille) adresse une note sur l'emploi du seigle ergoté et sur son action décongestionnante. (Nous avons publié un extrait de cette note dans le compte rendu de l'une des précédentes séances de l'Académie des sciences.)

— M. Arnal adresse un paquet cacheté dont le dépôt est accepté.

— M. Larrey soumet à l'Académie une lettre qu'il vient de recevoir de M. le docteur Cazalas, ancien professeur au Val-de-Grâce, actuellement médecin en chef de l'hôpital militaire d'Oran.

La lettre de M. Cazalas a pour objet de démontrer que, dans le choléra, l'éruption folliculeuse intestinale est généralement, sinon toujours, antérieure à l'invasion de la maladie, et que l'existence de cette éruption n'entraîne pas nécessairement le développement des symptômes cholériques. (Commission du choléra.)

CHOLÉRA.

M. Dubois (d'Amiens) lit, pour M. J. Guérin et au nom de la commission du choléra, un rapport officiel sur un appareil à fumigation, proposé par le sieur Hérouard, ouvrier mécanicien, pour le traitement du choléra.

La commission, après avoir pris connaissance du dessin et de la note présentés par ce mécanicien, a vu qu'il ne s'agissait pas d'un traitement proposé pour combattre le choléra, mais que c'est tout simplement un appareil à fumigations, convenable, dit l'auteur, dans le traitement des douleurs rhumatismales et des maladies de la peau, aussi bien que du choléra. L'Académie sait qu'il existe déjà de nombreux appareils propres à appliquer les fumigations au traitement des maladies, et rien ne démontre que celui de M. Hérouard leur soit préférable. Telle est la réponse que la commission propose de faire au ministre.

Ces conclusions sont adoptées.

— M. Robert-Latour lit un mémoire sur l'emploi des enduits imperméables dans les inflammations. (Nous reviendrons sur ce travail.)

M. P. Dubois a la parole pour une communication.

PEMPHIGUS DES NOUVEAU-NÉS.

M. P. Dubois : Messieurs, j'ai demandé la parole pour communiquer à l'Académie l'observation d'un cas pathologique qui m'a paru digne de son attention, et qui se rattache d'ailleurs à des débats récents et qu'elle a suivis avec beaucoup d'intérêt.

Vous vous rappelez qu'à l'occasion d'un rapport de notre collègue M. Cazeaux, sur un mémoire de M. Depaul, une discussion s'éleva relativement à quelques altérations pathologiques, soit viscérales, soit cutanées, observées chez des enfants nouveau-nés, et que deux opinions contraires se produisirent, eu égard à l'origine de ces altérations. Selon l'une de ces opinions, les lésions que je viens de rappeler devraient être considérées dans la plupart des cas, et surtout quand elles se présentent avec certains caractères, comme le résultat d'une infection syphilitique transmise aux enfants par le père ou la mère ; c'est cette opinion que j'ai soutenue.

Selon l'autre opinion, défendue par M. Cazeaux, l'origine syphilitique de ces lésions serait non-seulement très-problématique, car les faits invoqués en sa faveur n'auraient rien de concluant, mais la réalité même de cette origine aurait été absolument rejetée par plusieurs observateurs distingués. Telles out été les deux opinions exposées devant vous et qui sont restées en présence.

Cependant la presse médicale ayant pris une part très-légitime et très-utile à cette discussion, et l'attention des praticiens ayant été éveillée sur ce sujet,

---

à se faire sentir d'une manière durable. Il faudrait donc un séjour assez prolongé pour que les dépôts de convalescents fussent réellement utiles ; il serait également nécessaire de les ouvrir de meilleure heure, et de ne pas attendre que les hommes fussent trop profondément imprégnés pour les diriger sur ces établissements.

M. Dutroulau, médecin en chef de la marine aux Antilles, est arrivé à des principes pareils à ceux que professent les médecins d'Albano. Il ressort, des nombreux rapports qu'il a dépouillés, que, notamment sur les côtes de Madagascar, les marins qui ont le plus séjourné à terre qui sont le plus atteints, mais que les fièvres éclatent surtout, et avec une extrême violence, après le rembarquement des marins imprégnés, tandis qu'à terre, le caractère de ces pyrexies n'est point aussi grave.

L'envoi en congé de convalescence, les soins de la famille sont nécessaires aux hommes cachectiques, anémiques, infiltrés, porteurs d'engorgements viscéraux. L'an passé, le général Barragnay d'Hilliers, comme nous l'avons dit, a largement et salutairement usé de ces congés de convalescence. Eh bien ! cette année, on les a au contraire entièrement supprimés, au moment où ils étaient le plus nécessaires. L'envoi au dépôt du corps ne peut suppléer aux soins de la famille. Bien plus, on refusait même de diriger sur le dépôt les militaires de la classe de 1844, fussent-ils plongés dans la cachexie la plus profonde. La formule militaire prétendait réglementer la maladie. Ces énormités se commettront toujours tant qu'on persistera dans le système de prendre les plus graves résolutions médicales, sans consulter aucun médecin.

F. Jacquot.

(La suite au prochain numéro.)

— Par décret du 12 de ce mois, M. le docteur Philips a été promu au grade d'officier de la Légion d'honneur.

— M. C. Duméril, doyen des professeurs du Jardin-des-Plantes, où il fait chaque année un cours des animaux reptiles, se promenait le 12 de ce mois dans la forêt de Sénart. Ayant aperçu une vipère dont la grosseur lui semblait appartenir à une espèce nouvelle dans nos climats, le savant professeur la prit résolûment avec la main, comptant la tuer en lui brisant l'épine dorsale ; mais soit que l'animal fût trop vigoureux, soit qu'il n'eût pas été saisi à l'endroit convenable, il mordit profondément son adversaire. Cinq morsures successives à la main et au bras ne purent déterminer l'homme de la science à lâcher prise, et la vipère étouffée demeura en son pouvoir. M. Duméril était heureusement accompagné de son fils, docteur en médecine.

Celui-ci se hâta de sucer les plaies et de les cautériser avec la pierre infernale. Malgré ces précautions et ces soins immédiats, le venin avait fait son effet. M. Duméril, après deux évanouissements prolongés, fut pris de vomissements. C'est dans cet état qu'il fut ramené chez lui, où il resta vingt-quatre heures sous le coup du poison. Au bout de ce temps, les symptômes alarmants disparurent, et lundi le savant professeur reprenait son cours au Jardin-des-Plantes.

— Arras, 16 septembre. — Depuis quatre jours la fièvre typhoïde règne dans la commune de Beaurains, près d'Arras. Un grand nombre de personnes en sont attaquées, et plusieurs sont mortes. La kermesse, qui venait dimanche dernier, n'a pas eu lieu. Aujourd'hui 4 personnes sont décédées ; 4 personnes sur une population de 900 et quelques habitants.

des faits nouveaux relatifs surtout au pemphigus congénial ont été publiés. Si je ne m'abuse, ces faits sont plutôt de nature à corroborer qu'à infirmer l'opinion que j'ai soutenue.

Quoi qu'il en soit, c'est un exemple remarquable de l'une de ces affections que je viens soumettre à l'attention de l'Académie, parce qu'il s'est rencontré dans des circonstances qui me paraissent très-propres, sinon à résoudre définitivement la question controversée, du moins à ébranler les doutes consciencieux qui peuvent rester encore dans quelques esprits.

Une jeune femme de 19 ans se présenta à la clinique d'accouchement le 22 juin dernier pour y être admise; elle était alors enceinte de sept mois environ. Dix-huit mois auparavant nous l'y avions déjà reçue et elle y était accouchée d'un enfant vivant et bien portant, mais qui succomba un mois après à une inflammation gastro-intestinale. Cette fois elle demandait à être admise quelque temps avant l'époque à laquelle les admissions ont lieu en général, parce qu'elle était souffrante. Elle me fit voir, en effet, une plaie qui occupait la partie moyenne de la lèvre inférieure; j'appris que cette plaie datait de deux mois et que des moyens divers avaient été déjà infructueusement employés pour la guérir. Comme conséquence naturelle de cette lésion, je remarquai l'engorgement de l'un des ganglions sous-maxillaires du côté droit, circonstance que je rappellerai dans un instant.

En poursuivant cet examen, je reconnus qu'elle avait perdu depuis quelque temps une partie de ses cheveux et de ses sourcils, qu'un impetigo très-abondant était développé sur le cuir chevelu, et que plusieurs ganglions cervicaux postérieurs étaient tuméfiés et douloureux.

Lorsque cette jeune femme eut été placée dans un lit, il me fut possible d'ajouter aux phénomènes précédents et déjà très-significatifs, une roséole qui couvrait une grande partie du tronc et des membres, une pustule d'ecthyma à sa dernière période et mêlée aux taches de la roséole, enfin des plaques muqueuses à la vulve.

Cela se passait quelques jours après la lecture du rapport de M. Cazeaux, travail dans lequel mon opinion sur l'origine ordinairement syphilitique du pemphigus congénial avait été combattue. J'eus la pensée, en apparence très-peu fondée alors, que ce cas qui s'offrait à moi, d'une femme enceinte et atteinte d'une syphilis constitutionnelle pourrait répandre plus tard quelque lumière sur la question des manifestations syphilitiques chez les nouveau-nés. En conséquence, pour ajouter à mon témoignage, s'il y avait lieu ultérieurement, l'autorité d'une expérience plus grande que la mienne en cette matière, je crus qu'il conviendrait que la malade fût soumise à l'observation d'un juge très-compétent, et je priai M. Ricord de l'examiner. Notre collègue accéda à ma demande avec sa bienveillance habituelle, et il se rendit à la clinique d'accouchements. Là, un élève de service présent à son examen inscrivit sous sa dictée, et à mesure qu'il les constatait, chacune des lésions que j'ai indiquées, et pour que son diagnostic fût très-net et ne donnât lieu à aucune équivoque, il le résuma en ces quelques mots : « Cette femme est en pleine vérole. » J'avais également désiré que M. Ricord exprimât son opinion quant à l'époque probable du début de la syphilis chez cette malade. Elle m'avait assuré que six mois auparavant un bouton s'était manifesté sur l'une des grandes lèvres et s'y était maintenu pendant assez longtemps; j'en avais conclu que cette lésion avait été l'accident primitif et le point de départ des accidents ultérieurs.

M. Ricord pensa au contraire que la plaie de la lèvre inférieure avait été l'accident primitif et l'origine de toutes les manifestations subséquentes. Cette plaie avait constitué un chancre, maintenant à l'état de réparation, et se transformant sur place en plaque muqueuse. Enfin, notre collègue présuma aussi que le fœtus était infecté déjà, s'il devait l'être, et qu'un traitement antivénérien serait très-probablement sans résultat. Je crus donc devoir me conformer à cette indication, et aucun traitement spécial ne fut commencé. Cependant, la malade s'étant plainte quelques jours après d'une céphalalgie nocturne extrêmement douloureuse, une angine pharyngienne et une inflammation catarrhale de la membrane pituitaire s'étant manifestées, j'eus la crainte que notre inaction prolongée ne lui fût préjudiciable, et je lui prescrivis du protoiodure de mercure à une dose très-modérée; malheureusement, une diarrhée abondante et très-pénible se déclara presque au début du traitement. Je crus donc prudent de suspendre l'usage de toute préparation mercurielle, et d'y substituer une médication propre à calmer l'indisposition nouvelle qui s'était déclarée. Celle-ci persista malgré les remèdes, le temps s'écoula, et la malade parvint à une époque rapprochée du terme de sa grossesse, sans qu'il eût été possible de reprendre le traitement antivénérien. Les douleurs puerpérales se déclarèrent le 7 août, et l'accouchement eut lieu spontanément dans la soirée.

Un intérêt trop évident s'attachait à l'examen du nouveau-né pour qu'il ne fût pas fait avec le plus grand soin. Il pesait 2,500 grammes, sa longueur totale était de 45 centimètres, évidemment le poids et la taille de cet enfant étaient inférieurs au poids et à la taille de la plupart des enfants nouveau-nés; cette infériorité, ajoutée à l'époque de sa naissance qui était antérieure à celle que nous avions présumée, ne permettait guère de douter qu'il ne fût né prématurément. Néanmoins il était bien conformé, très-vivace, et son embonpoint était tout à fait en rapport avec ses dimensions. Au premier abord il ne paraissait pas avoir souffert du mal dont sa mère était si manifestement affectée, mais en examinant la surface extérieure du corps, je fus frappé de la présence de plusieurs taches arrondies d'un rouge uniforme et bien circonscrites.

L'une était placée à la face plantaire du pied gauche, une autre occupait toute l'extrémité libre du gros orteil du même pied, une troisième était développée sur le côté externe du talon droit; la surface de ces taches était unie et l'épiderme ne paraissait avoir subi aucun soulèvement. Le lendemain de ce jour apparurent d'autres taches semblables, l'une sur la face antérieure du petit doigt de la main gauche, l'autre à la face palmaire de la même main près du bord cubital. Le troisième jour, une autre tache plus grande que ces dernières, apparut au-dessus de la malléole du pied gauche, enfin, deux autres taches plus petites, mais très-apparentes, se montrèrent sur la face plantaire du pied gauche; pendant que ces éruptions successives se manifestèrent, le centre des deux premières taches prenait graduellement une teinte, d'abord blanche, puis jaune, l'épiderme se soulevait, et le septième jour après la naissance ce soulèvement et la présence d'un liquide séro-purulent sous l'épiderme étaient incontestables. Les taches originelles n'avaient été que le premier degré des bulles de pemphigus. Cependant, quoique atteint de lésions, qui par leur nombre très-restreint et leur peu d'étendue, devaient paraître inoffensives, l'enfant atteint sans aucun doute d'un mal plus profond, s'était peu à peu affaibli; il ne put bientôt plus prendre le sein de sa mère, qui l'avait d'abord allaité, une nourrice lui vint en aide, et cet enfant fut entouré de tous les soins et de tous les moyens d'alimentation que les meilleures conditions de fortune auraient pu lui fournir. Sa santé continua de s'altérer néanmoins, et lorsque je l'envoyai chez notre collègue M. Ricord, afin qu'ayant constaté l'état de la mère il pût constater l'état de l'enfant, il expira dans son salon. M. Ricord voulut bien examiner ce petit corps inanimé, et il me fit part en ces termes du résultat de son examen : « L'enfant qui » a succombé chez moi pendant que sa mère m'attendait m'a présenté une plaque » siégeant au côté externe du talon gauche; cette plaque, parfaitement arrondie, » de la grandeur d'une pièce de 25 centimes, grise, entourée d'un reste d'aréole » d'un rouge sombre, était formée par l'épiderme soulevé et probablement par » une matière séro-purulente peu abondante et avait l'aspect d'une bulle aplatie » de pemphigus. Au côté interne de la partie inférieure de la jambe du même » côté, une tache rouge circinée paraissait être le début d'une éruption de même » nature, et non encore bien caractérisée; une tache semblable existait au talon » de l'autre pied. A part cela, je n'ai trouvé chez cet enfant aucun autre signe » en rapport avec son origine syphilitique, mais il n'avait que huit jours. »

L'autopsie fut faite dix-huit heures après la mort; la chaleur extrême de la température avait produit une altération rapide; néanmoins il fut facile de constater le soulèvement de l'épiderme sur les bulles principales, et une simple dénudation du derme; mais cette autopsie nous intéressait à un autre égard. Vous vous rappelez que l'origine de la discussion avait été un travail de M. Depaul, sur des lésions pulmonaires des nouveau-nés, altérations qu'il considérait comme des effets d'une infection syphilitique. Or la mère du pauvre enfant, à mesure que sa santé s'altérait, avait été frappée et très-inquiète, d'accès de suffocation qui étaient devenus de plus en plus répétés et violents. Les craintes qu'elle m'avait exprimées à cet égard m'avaient fait supposer la coexistence de lésions pulmonaires et du pemphigus congénial, et la production possible d'altérations analogues à celles qui avaient été signalées par M. Depaul.

L'examen des poumons fut donc fait avec une très-légitime curiosité.

Ces organes insufflés parurent pénétrés par l'air dans presque toute leur étendue, et il ne fut possible d'y découvrir aucune induration partielle. Cependant des taches brunâtres, en nombre infini, étaient disséminées sur la surface des poumons; ces taches ayant été incisées, il fut aisé de reconnaître qu'elles étaient le résultat d'autant d'infiltrations sanguines, dont l'épaisseur était de plusieurs millimètres, dans la plupart des points, et d'un centimètre au moins dans beaucoup d'autres. Le tissu pulmonaire était imperméable partout où ces infiltrations existaient. Comme elles étaient extrêmement nombreuses, il est très-permis de croire qu'elles avaient été la cause des accès de suffocation qui avaient eu lieu pendant la vie de l'enfant. Je pense qu'il est également permis de les considérer comme les premiers degrés des altérations phlegmasiques qui ont occupé une grande place dans les discussions précédentes. Elles représentaient le premier degré de ces altérations, comme les taches congéniales avaient représenté les premiers degrés du pemphigus.

Je pourrais me contenter d'avoir fait à l'Académie la communication qu'elle vient d'entendre et lui laisser le soin de l'apprécier; elle se rappelle, en effet, sans doute, les arguments divers qui ont été invoqués pour ou contre l'origine syphilitique des affections congéniales qui ont été le sujet de la discussion précédente. Elle est par conséquent en mesure de donner au cas pathologique que je lui ai fait connaître, sa véritable signification. Cependant je demande à dire quelques mots encore.

Parmi les arguments qui ont été souvent produits contre l'origine syphilitique du pemphigus congénial, il en est un qui a dû particulièrement frapper les esprits, c'est que cette affection n'a été jamais, dit-on, ou presque jamais observée dans les hôpitaux destinés à recevoir des femmes atteintes de syphilis, et parmi lesquelles se trouve un certain nombre de femmes enceintes. Le prétendu pemphigus syphilitique ne serait donc pas observé précisément dans les conditions où on devrait le rencontrer le plus souvent, s'il avait réellement une origine vénérienne.

Je crois avoir déjà répondu à cette objection de manière à en détruire la valeur. Aujourd'hui il m'a paru très-intéressant de prouver par un fait incontestable et presque actuel que le pemphigus peut être observé dans des conditions pathologiques parfaitement semblables à celles dans lesquelles se trouvent les femmes qui accouchent dans les établissements hospitaliers autres que la Clinique ou l'hospice de la Maternité, et particulièrement à l'hôpital de Lourcine.

Il est une autre observation que je veux faire encore : l'enfant dont j'ai raconté la triste et courte histoire, n'était atteint, en apparence, que d'une affection cutanée qui pouvait paraître, et qui, dans toute autre circonstance, aurait été très-probablement inoffensive. Il a succombé cependant; c'est qu'il était plus profondément affecté; le mal dont souffrait sa mère l'avait mortellement frappé.

La manifestation extérieure était donc, au point de vue de la gravité, un mal tout à fait secondaire; eh bien! je crois qu'il en est toujours ainsi, même dans

les cas où le pemphigus ne se borne pas à l'apparition de quelques bulles, mais offre au contraire un développement beaucoup plus considérable. C'est donc une circonstance très-remarquable que la mort presque constante des enfants atteints de pemphigus congénial, c'est-à-dire l'adjonction de conditions pathologiques irrémédiables à une affection cutanée qui n'est pas ordinairement grave par elle-même ; aussi ne puis-je pas m'empêcher de considérer ce fait comme une des preuves de la nature syphilitique du pemphigus congénial et comme un de ses caractères.

J'ajouterai que, dans le cas présent, il n'a pas été possible d'attribuer la mort de l'enfant ni à sa délicatesse originelle ni aux soins insuffisants qu'il aurait reçus pendant sa courte existence ; car ces soins ont été bien supérieurs à ceux que peut donner en général la charité publique. Cette dernière observation m'est inspirée par le souvenir de l'importance que l'on a donnée, en égard à la mort de ces enfants, à l'abandon souvent trop nul en effet dans lequel ils sont laissés lorsqu'ils sont atteints d'une maladie que l'on peut croire contagieuse.

M. Cazeaux : La discussion qui a eu lieu devant l'Académie n'aurait-elle eu pour résultat que d'attirer l'attention du monde médical sur une lésion encore peu étudiée et de solliciter de nouvelles recherches, que je m'applaudirais de l'avoir soulevée.

Quant au fait communiqué aujourd'hui par M. P. Dubois, il présente sans doute de l'intérêt, car il peut servir à l'histoire des influences que la vérole de la mère peut exercer sur la santé et la vie de l'enfant ; mais je ne vois pas vraiment quel appui peut y trouver l'opinion de notre collègue.

Je prie l'Académie de se rappeler que, dans la discussion précédente, je n'ai pas nié, et personne n'a nié dans cette enceinte, que la mort du nouveau-né pût être causée par la syphilis dont la mère était infectée. Cette funeste influence est, en effet, prouvée par un grand nombre de faits ; mais ce qu'il s'agissait de démontrer, c'est la nature incontestablement syphilitique du pemphigus *neo-natorum* et de certaines lésions pulmonaires et thymiques. Or, sous ce rapport, je ne comprends pas l'importance que M. Dubois accorde au fait qu'il vient de nous communiquer.

Je vois bien, en effet, la syphilis de la mère constatée déjà par M. Dubois, et cela devait nous suffire ; elle l'a été encore par notre collègue M. Ricord. Elle est donc incontestable. Mais pour la nature syphilitique des lésions offertes par l'enfant, c'est autre chose.

A l'extérieur, il présente seulement trois ou quatre bulles pemphigoïdes, qui, pour le dire en passant, n'offrent même aucune des modifications par lesquelles M. Dubois a cru devoir caractériser son pemphigus syphilitique. Ces altérations sont examinées par M. Ricord, et après un examen des plus attentifs, celui-ci déclare n'y voir rien qui puisse en démontrer l'origine vénérienne.

J'espérais au moins que l'autopsie révélerait dans les organes intérieurs quelques-unes de ces lésions que M. Dubois considère comme pathognomoniques ; mais point, et l'examen, fait avec ce soin minutieux que notre collègue apporte dans toutes ses recherches, lui permet seulement de constater à la surface des poumons quelques taches ecchymotiques, une légère suffusion sanguine en quelques points très-retreints. Or ces lésions lui suffiseut pour constituer le premier degré des indurations et des collections purulentes décrites par M. Depaul dans le poumon.

En vérité, je ne peux accepter cette dernière opinion. J'ai ouvert pour ma part un assez grand nombre d'enfants, morts peu de jours après la naissance, et l'espèce d'asphyxie, la gêne au moins très-grande de la respiration qui signale leur longue agonie, m'a toujours paru suffisante pour expliquer ces lésions, lésions qu'on rencontre, du reste, très-fréquemment.

En résumé, chez cet enfant, les lésions cutanées n'ont aucun des caractères à l'aide desquels M. Dubois a cherché à distinguer le pemphigus syphilitique du pemphigus commun, et les altérations pulmonaires sont à peu près nulles et insignifiantes. J'avais donc raison de dire que ce fait est le moins concluant de tous ceux qui ont été produits dans la discussion.

Du reste, celle-ci n'a pas été sans fruit : des faits se sont produits, tantôt favorables, tantôt défavorables à l'opinion de M. Dubois. De nouveaux faits apparaîtront encore ; mais quelle que soit la solution réservée par l'avenir à cette importante question étiologique, la publication des idées de M. Dubois et l'opposition qu'elles ont rencontrée dans cette enceinte n'en auront pas moins servi aux progrès de la science.

M. P. Dubois : Je ne me rends pas compte des objections de M. Cazeaux, et je ne sais pas assez les conditions qu'il imposerait à l'observation qu'il vient d'entendre pour qu'elle lui paraît probante.

Deux circonstances dominent dans cette observation, et la caractérisent. Premièrement, une femme enceinte et atteinte de syphilis constitutionnelle. Secondement, un enfant que l'on a par avance présumé devoir être atteint, dans le sein de sa mère, de la maladie dont elle est affectée, et qui apporte en naissant les traces évidentes d'une maladie cutanée que beaucoup de pathologistes considèrent comme étant ordinairement le résultat d'une infection syphilitique. C'est une coïncidence, il est vrai, mais les doctrines étiologiques n'ont d'abord d'autres bases que des coïncidences ; seulement on exige d'elles qu'elles soient bien observées et multipliées ; relativement au premier de ces deux points, cette observation ne laisse, je crois, rien à désirer ; et quand au second, le cas présent n'est pas assurément le premier qui ait été signalé, la discussion précédente en fait foi. Notre collègue en conteste la valeur ; mais je sais bien qu'il sera toujours possible de trouver quelques ressources de raisonnement et de langage pour contester la valeur étiologique des coïncidences. Ce que je sais bien aussi, c'est qu'avec les difficultés qu'élève M. Cazeaux, il serait impossible d'édifier une doctrine étiologique quelconque, car il n'en est aucune, dans l'état actuel de la science, qui ne pût être ébranlée par les raisons que fait valoir notre collègne, si ces raisons étaient réellement sérieuses.

J'ai voulu ajouter un document nouveau aux documents déjà nombreux que la science possède, et qui serviront à résoudre la question importante de pathologie qui a soulevé cette discussion. Je crois ce document précieux, parce qu'il consiste en un fait très-attentivement observé, et dont les phases ont été suivies au moins par un juge dont la compétence ne saurait être contestée.

Je veux bien que ce fait ne soit pas concluant, quoique cette concession aille en delà de ma pensée ; mais on accordera sans doute qu'il a une incontestable valeur.

M. Cazeaux : M. Dubois annonçait un fait d'une grande importance et très-propre à confirmer, suivant lui, les opinions qu'il a soutenues dans la dernière discussion ; j'attendais donc un de ces faits qui ne laissent aucune place au doute. Je suis étonné, je l'avoue, de ne trouver que des lésions moins bien caractérisées que celles communiquées depuis longtemps à l'Académie, et peu propres, par conséquent, à dissiper le doute que j'ai cherché à faire naître sur leur étiologie syphilitique. Du reste, puisque M. Dubois considère lui-même son observation comme peu concluante, je n'insiste pas davantage.

M. Ricord : J'ai effectivement constaté chez la malade que M. le professeur Dubois m'a montrée une syphilis constitutionnelle des mieux caractérisées, et au terme où cette femme était de sa grossesse, il était très-probable que le fœtus serait infecté, et cela d'autant plus, qu'elle ne subissait aucun traitement.

L'enfant né de cette femme est mort peu de jours après sa naissance, et M. le professeur Dubois a eu la bonté de le soumettre à mon examen. Il m'a présenté une éruption pemphigoïde bien caractérisée, mais je n'ai trouvé aucun autre symptôme de syphilis. Celui-là pouvait-il suffire pour faire considérer cet enfant comme syphilitique ?

Nous voilà donc ramenés à la question de savoir si le pemphigus des nouveau-nés est ou n'est pas syphilitique ?

Je répondrai, aujourd'hui, comme je l'ai fait lors de la première discussion, qu'il est impossible de trancher cette question d'une manière absolue.

Jusqu'à présent, le pemphigus a été généralement considéré comme étant étranger à la syphilis, soit chez l'adulte, soit chez l'enfant nouveau-né. Ce n'est que d'après les observations de M. Dubois, que M. Cazeaux admet chez ce dernier comme syphilitique.

J'ai moi-même beaucoup hésité avant d'admettre cette variété de syphilide bulleuse ; c'est qu'en effet, quand on cherche dans le pemphigus réputé syphilitique, des caractères différentiels qui puissent servir à le distinguer du pemphigus vulgaire, on n'en trouve aucun, quoi qu'on en ait dit.

Interrogez son siége particulier, son mode d'apparition, d'évolution, sa forme, son étendue, la qualité du liquide qui forme la bulle et qui soulève l'épiderme, la surface simplement vésiquée ou plus profondément érodée ou exulcérée, la coloration des surfaces malades, la durée et les terminaisons, et vous ne trouverez, je le répète, dans aucune de ces conditions, des signes ou un signe pathognomonique. Dans les différentes variétés de pemphigus vulgaire, depuis le plus éphémère jusqu'au pemphigus *diutinus*, on rencontre toutes les nuances que peut présenter le pemphigus réputé syphilitique.

Je dis donc que pour moi, d'après le résultat de mes études personnelles, et dans l'état actuel de la science, un pemphigus m'étant donné, il me serait impossible de reconnaître la cause, de la spécifier d'après l'examen seul des signes objectifs. Mais je répondrai à M. Cazeaux, et en cela je suis tout à fait de l'avis de M. Dubois, que certains accidents peuvent être syphilitiques, sans présenter dans leur physionomie un signe qui rappelle sûrement leur spécificité. Il est, en effet, d'autres lésions cutanées, incontestablement syphilitiques, qu'un a souvent beaucoup de peine à reconnaître, et pour le diagnostic desquelles on est obligé de recourir aux antécédents du malade, et souvent aux concomitants. C'est même par l'étude des antécédents et la coïncidence d'autres accidents syphilitiques inévitables, que je me suis cru autorisé à admettre le pemphigus syphilitique des adultes, et comme M. Dubois, celui des nouveau-nés. Il ne faudrait pas, en effet, parce qu'une lésion n'offre pas, dans l'état actuel de nos connaissances, des signes différentiels, ne pas admettre qu'elle peut cependant reconnaître une cause différente de celles des lésions auxquelles elle peut ressembler, des causes différentes pouvant, en effet, produire quelquefois des effets semblables. Ainsi la syphilis peut-elle produire des effets spéciaux qui ne présenteront pas le cachet de cette spécificité ? C'est possible ; mais aussi peut-elle agir à la façon des causes communes ? Cela me paraît certain. Le pemphigus pourrait donc naître, comme je l'ai dit lors de la première discussion, dans l'une ou l'autre de ces circonstances, sans qu'il fût possible de déterminer rigoureusement à laquelle des deux il faut le rattacher, dans l'état actuel de la science, état naissant, comme l'a bien dit M. Dubois, et qui laisse encore le champ ouvert à de nouvelles observations.

Ce qu'il y a de certain et ce que nous devons accepter, en remerciant notre savant collègue d'avoir appelé sur ce point l'attention, c'est que, pour le pemphigus des nouveau-nés, on peut très-souvent remonter à une origine syphilitique et établir les corrélations de cause à effet, soit que cette cause ait agi spécifiquement ou non, et sous ce rapport, la dernière observation que M. le professeur Dubois vient de présenter à l'Académie, paraît offrir un grand intérêt. M. Cazeaux objecte à M. Dubois qu'on a vu plusieurs enfants naître d'une même mère et successivement affectés de pemphigus, sans qu'elle ni son mari ne fussent entachés de syphilis. Les observations de ce genre ont une valeur sans doute, car il y a des pemphigus chez les nouveau-nés qui ne reconnaissent en aucune façon la syphilis pour point de départ, c'est même le cas le plus commun chez les adultes ; mais cette valeur n'est pas aussi absolue que pourrait le penser M. Cazeaux. Il y a des choses pénibles à dire, mais quand il s'agit de questions scientifiques graves, il faut avoir le courage de les énoncer.

Il est toujours difficile de conclure à la véritable paternité, car on est malheureusement trop souvent trompé sous ce rapport ; j'ai donné des soins, avec un

de mes collègues, à une dame qui a eu successivement deux enfants syphilitiques, alors qu'elle ni son mari légal n'avaient jamais été malades. — Le père seul de ces enfants était syphilitique. — Si ces enfants étaient nés avec des pemphigus, au lieu d'avoir offert après la naissance d'autres symptômes plus caractéristiques de syphilis, nous aurions très-probablement méconnu leur origine.

On peut donc admettre que la syphilis peut être une cause de pemphigus dont il reste encore à déterminer la spécificité.

M. Huguier : Si j'ai bien compris notre honorable et savant collègue M. Dubois, les chirurgiens de l'hôpital Lourcine, consultés sur la nature et la fréquence du pemphigus des jeunes enfants nés de mères syphilitiques, auraient répondu qu'ils n'avaient que très-rarement ou jamais observé cette maladie. Cette réponse, que l'on prête aux chirurgiens de l'hôpital Lourcine, demande une explication. Si l'on veut dire qu'ils n'ont que très-rarement ou jamais observé le pemphigus chez des enfants au moment de la naissance, c'est-à-dire au moment où ils voient le jour, ayant été atteints de cette affection dans le sein maternel, on a parfaitement raison. Je suis resté sept ans dans l'établissement en question; chargé du service des accouchements et des nourrices, j'ai étudié celles-ci et leurs enfants avec d'autant plus de soin que déjà, dans un travail lu à l'Académie en 1840, je m'étais occupé de la syphilis chez les femmes enceintes, et je puis assurer que pendant ce laps de temps, bien que plusieurs centaines d'enfants nés de mères syphilitiques aient été soumis à mon observation, jamais je n'ai vu d'enfant vivant naître avec le pemphigus ou tout autre symptôme d'affection syphilitique; quelquefois des enfants mort-nés m'ont présenté sur les pieds et sur les mains des détachements circonscrits de l'épiderme, sous lequel se trouvait un peu de sérosité, de manière à ressembler à des bulles déchirées et vidées; mais comme le plus souvent ces enfants présentaient sur d'autres parties du corps des détachements d'épiderme plus étendus et irréguliers, qu'il existait avec cela quelques signes de putréfaction, je les ai attribués à des altérations cadavériques; on sait, en effet, que la syphilis donne fréquemment la mort aux enfants dans le sein de la mère, et qu'il arrive quelquefois que l'accouchement n'ait lieu que quinze ou vingt jours après que la vie a cessé chez le fœtus. Si, au contraire, on a voulu dire que les praticiens qui exercent dans l'hôpital spécial que nous avons cité, ont rarement observé le pemphigus chez les jeunes enfants nés de mères vénériennes, je crains que l'on se soit trompé; pour mon compte, je puis avancer que cette affection n'est pas rare, qu'elle est peut être la plus fréquente après les tubercules muqueux, les ecthymas, les ulcérations disséminées et l'ozène syphilitiques; elle se manifeste ordinairement du dixième au onzième jour, plus fréquente aux pieds qu'aux mains; il m'a également semblé, contrairement à ce que pense M. Dubois, que les bulles s'observent plus souvent sur les parties qui sont le siège de frottements et de pressions, tels les bords des pieds, la région calcanéenne, le tour des malléoles, qu'à la face plantaire, aussi les premières fois que j'observai cette lésion, en face de l'opinion des dermatologistes qui pour la plupart ne considèrent pas le pemphigus comme syphilitique, je me demandai si celui que j'observais chez ces enfants n'était pas la conséquence des pressions que les deux pieds mal enveloppés exercent l'un sur l'autre, des frottements des langes grossiers et malpropres, souvent souillés par l'urine et les matières fécales concentrées vers l'extrémité du maillot? Cependant, en réfléchissant à la fréquence de cette affection chez ces enfants, à l'origine syphilitique de ceux-ci, à la coïncidence de ce symptôme avec d'autres expressions vénériennes, à son siége quoique plus rare aux mains, aux bons effets d'un traitement antisyphilitique bien dirigé, il resta bien démontré dans mon esprit que le pemphigus des jeunes enfants nés de parents syphilitiques peut être une des expressions symptomatiques de cette affection. De ce qu'un enfant présente peu de temps après la naissance un pemphigus plantaire ou palmaire, il ne s'ensuit pas rigoureusement que les père et mère doivent être considérés comme ayant actuellement la syphilis ou l'ayant eu à l'époque de la procréation. Quant à la coïncidence de ce symptôme avec les lésions pulmonaires qui seraient de même nature, il m'est impossible d'émettre une opinion, n'ayant pas dirigé mes recherches sur ce point.

M. P. Dubois : En faisant à l'Académie la communication qu'elle a entendue, je n'ai pas voulu renouveler une discussion à laquelle elle a consacré antérieurement plusieurs séances; je répondrai donc seulement quelques mots à notre honorable collègue M. Ricord; sans vouloir discuter avec un juge aussi compétent la question très-discutable cependant de la réalité des caractères pathognomoniques de la syphilis dans tous les cas, je lui rappellerai que dans le cas présent ces caractères devaient manquer.

Le pemphigus était, au moment où l'enfant est né, dans la première période, et chez cet enfant qui s'est rapidement affaibli, il n'y a pas eu une vitalité assez énergique, pour que l'affection cutanée parcourût toutes les phases de son évolution. S'il en eût été autrement, l'éruption se serait développée avec sa plus grande intensité à la plante des pieds et à la paume des mains, puisque ce sont les parties que le pemphigus congénial affecte avec une sorte de préférence. Ce n'est pas là, si je ne me trompe, le caractère du pemphigus simple. Sur ces parties aussi, les bulles auraient été grosses, rapprochées, confondues peut-être par leur base; et certainement elles auraient reposé sur une peau d'une teinte bleue ou violette. Ce n'est pas non plus ainsi que se comporte le pemphigus ordinaire, dont les bulles sont à peine entourées d'une auréole d'un rose un peu plus foncé que celui de la peau.

Ce pemphigus aurait donc présenté quelques caractères que n'a pas le pemphigus commun, et on aurait tort, si je ne me trompe, de ne donner à ces différences aucune valeur dans le diagnostic. Je n'insisterai pas davantage et je terminerai par une observation générale.

La question présente de syphilographie, transportée sur le terrain où la discussion actuelle l'a placée, peut être considérée comme tout à fait neuve. Jusqu'à présent le développement et la symptomatologie de la syphilis n'ont été étudiés que dans les conditions de la vie extérieure, et non dans les conditions plus obscures et très-différentes de la vie intra-utérine. Il n'est pas assurément déraisonnable de penser que les manifestations de la syphilis peuvent n'être pas les mêmes dans des circonstances aussi dissemblables.

On comprend dès lors qu'il est possible de se tromper, en appliquant les notions acquises relativement au développement et aux apparences de la maladie dans les premières conditions, au développement et à la marche presque inconnus encore de la maladie dans les secondes. Et ce que nous savons déjà peut justifier cette présomption. Par exemple, le pemphigus que M. Ricord a dénommé syphilitique chez l'adulte est une manifestation très-rare; si l'opinion que je professe au sujet du pemphigus congénial est fondée, cette manifestation serait beaucoup plus commune chez le fœtus. Mais à cet argument, qui peut paraître reposer sur une hypothèse, je veux en ajouter un autre beaucoup plus probant.

La syphilis est très-rarement mortelle chez l'adulte, et elle ne le devient même qu'après avoir parcouru ses différentes phases. On serait sans doute tenté de présumer, *à priori*, qu'il en doit être de même pour le fœtus, et ce serait une erreur profonde, car la syphilis est une des cause de mort les plus fréquentes et les plus redoutables pendant la vie intra-utérine. Cette vérité n'est que trop prouvée par la statistique des établissements destinés à recevoir des femmes enceintes et atteintes de syphilis constitutionnelle. C'est donc là une manifestation syphilitique malheureusement particulière à l'enfant dans le sein de sa mère, et qui n'appartient pas à l'adulte. Ces différences me paraissent donc devoir être prises en grande considération.

La séance est levée à cinq heures.

ADDITION A LA SÉANCE PRÉCÉDENTE.

RECHERCHES CHIMIQUES SUR LA MATIÈRE GRASSE DU SANG VEINEUX.

M. Goblet lit sous ce titre un travail dont il conclut :

1° Qu'il n'existe dans le sang ni acides gras libres, ni acides gras combinés;

2° Que la sérotine est un corps complexe dont l'existence comme principe immédiat ne peut être admise;

3° Que la composition de la matière grasse du sang est beaucoup plus simple qu'on ne le pensait; qu'elle est formée d'oléine, de margarine, de cholestérine, de lécithine et de cérébrine;

4° Que la cholestérine est la seule substance cristallisable de la graisse du sang; qu'elle présente les propriétés et la composition de la cholestérine du jaune d'œuf et des calculs biliaires;

5° Que la matière phosphorée ou lécithine n'est pas susceptible de cristalliser; qu'elle donne pour produits de décomposition, de l'acide oléique, de l'acide margarique et de l'acide phosphoglycérique;

6° Que la matière cérébrique ou cérébrine possède la propriété de celle que l'on rencontre dans le jaune d'œuf de poule, dans les œufs et la laitance de carpe; qu'elle renferme de l'azote, fond à une température élevée et se gonfle dans l'eau à la manière de l'amidon;

7° Que la matière grasse du sang, sous l'influence de la putréfaction, donne, avec la plus grande facilité, de l'acide oléique et de l'acide margarique;

8° Que le sang de bœuf renferme les mêmes principes gras que l'on rencontre dans celui de l'homme.

(Commissaires : MM. Caventou, Chevallier et Lecanu.)

VARIÉTÉS.

— Nous apprenons que, depuis environ un mois, une sorte de dyssenterie sévit avec beaucoup de force dans plusieurs communes des environs de Rennes. Toutes les communes du canton de Châteaubourg sont ravagées par cette maladie, qui atteint particulièrement les enfants. A Brécé on compte plusieurs morts, et à Servon surtout on parle de 35 décès.

D'un autre côté, on nous assure que les communes de Monazé, Saint-Sulpice et Chasné sont aussi cruellement décimées par cette dyssenterie ou cholérine.

Les médecins attribuent cette maladie à la subite transition de la chaleur au froid qui s'est opérée depuis quelque temps.

— D'après les dernières nouvelles de New-York, le choléra causait de grands ravages à Jefferson, City, Missouri. L'approche du froid, espérait-on, parviendrait à arrêter les progrès de l'épidémie. Au nombre des malades, le président des États-Unis, M. Fillmore, a été assez gravement atteint.

— Le bateau à vapeur faisant la correspondance d'Oran à Alger a été mis en quarantaine à son arrivée dans le port de cette ville, et toute communication de l'équipage et des passagers, au nombre de 133, avec la terre a été interdite. Entre autres passagers, ce bateau porte M. le général de Salles, qui va prendre le commandement de la division de Constantine, et M. Lichtlin, chef d'escadron au 2e chasseurs. M. Lichtlin, directeur de la banque d'Alger, s'étant rendu à bord pour recevoir son frère, a dû partager sa quarantaine. Il a été retenu sur le navire, et ne pourra revenir à terre qu'au te me fixé.

— Quelques cas de maladie charbonneuse se sont déclarés dans le canton de Decize (Nièvre). Cette nouvelle a excité la sollicitude de l'autorité, qui s'est fait adresser un rapport à ce sujet. Jusqu'à présent la maladie n'a exercé ses ravages que sur quelques points isolés.

Le rédacteur en chef, JULES GUÉRIN.

REVUE HEBDOMADAIRE.

INJECTIONS IODÉES DANS LES ABCÈS PAR CONGESTION. — UN SERVICE D'AMI RENDU PAR M. MALGAIGNE. — M. MAILLIOT. — M. BROCA.

M. le docteur Bonnafont, correspondant de l'Académie de médecine, a donné communication, dans la dernière séance, de deux tentatives faites avec les injections iodées. La première est relative à un vaste abcès par congestion terminé par la mort ; la seconde, à une tumeur abdominale enkystée dont les injections iodées auraient hâté la guérison. Nous ne nous attacherons qu'au premier de ces deux faits, parce que seul il renferme des données positives sur l'état pathologique du malade, sur le procédé opératoire employé et sur l'issue du traitement.

Nous n'avons pas besoin de le déclarer, nous serions heureux d'accueillir un moyen qui diminuerait les chances fatales qui menacent si souvent les individus atteints d'abcès par congestion. Mais telles ne nous ont point paru jusqu'ici les tentatives faites au moyen des injections iodées. La courte discussion qui s'est élevée entre M. Boinet et nous a déjà fait connaître la plupart des motifs qui s'opposent à ce que nous partagions les espérances des partisans de cette méthode ; nous n'y reviendrons pas ; mais à mesure qu'on présentera de prétendus faits constatant son efficacité ou son utilité, nous serons obligés de rechercher en quoi ils pèchent et jusqu'où ils prouvent.

Commençons par rappeler que depuis dix-huit mois nous n'avons négligé aucune occasion de voir. Un des promoteurs de ce moyen, M. le docteur Abeille, a fait sous nos yeux diverses tentatives dont aucune n'a été couronnée de succès. Les malades sont morts ; et il y a peu de temps que notre savant et impartial confrère nous écrivait que l'autopsie n'avait que trop donné raison à nos prévisions et à nos idées. Depuis la même époque nous avons nous-mêmes adressé à M. Boinet un malade atteint d'abcès par congestion caractérisé, qui n'avait jamais été opéré, qui n'avait point été alité, qui semblait offrir les meilleures conditions au succès des injections iodées : tel enfin qu'il avait permis à notre habile confrère de nous faire espérer une guérison. Le malade est mort. Nous devons ajouter que M. Boinet a fait ses réserves sur la portée de ce résultat : nous lui laissons toute liberté à cet égard. Plus récemment le même confrère a présenté à l'Académie un sujet que nous regrettons de ne pas avoir vu, car il l'a présenté comme un fait très-probant. Mais il nous suffira de faire remarquer deux choses : la première, que ce malade portait encore un trajet fistuleux par lequel s'écoulait un liquide séro-purulent ; la seconde, que depuis nos premières remarques et celles de M. Abeille, M. Boinet a soin de ne pratiquer que de petites ouvertures, des ouvertures pseudo-sous-cutanées ; ce qui a pu entrer pour une certaine part dans l'amélioration que présentait son malade. Jusqu'ici donc l'expérience attend des résultats positifs, probants, en faveur d'un moyen qui a eu la prétention d'abord de primer toutes les autres méthodes, et qui, de l'aveu encore d'un de ses premiers partisans, M. Abeille, ferait bien de borner ses prétentions à celles d'auxiliaire de la méthode sous-cutanée.

Quelle est, dans l'état de la question tel que nous venons de la résumer, la portée de l'observation communiquée par M. Bonnafont ?

Ce fait montre d'abord que l'honorable correspondant de l'Académie n'est pas très au courant des procédés les plus usités. Il a commencé par vider l'abcès à l'aide d'un siphon ou d'une sonde et de la compression. Si M. Bonnafont avait connu le trocart et la pompe aspirante employés dans le même but par la méthode sous-cutanée, il aurait évité les inconvénients inséparables de la pénétration de l'air, et de la communication permanente du foyer purulent avec l'extérieur. Dans ce cas, le résultat n'a que trop confirmé les prévisions de la théorie. Les douleurs vives, la décomposition et la fétidité du pus, sont les effets ordinaires de l'action de l'air. Nous relèverons incidemment le singulier moyen employé par M. Bonnafont pour obvier à ces accidents. Que pouvaient les injections émollientes en pareil cas, sinon aggraver le danger ? Quoi qu'il en soit, les injections iodées parurent amender l'état du sujet, à ce point... qu'il mourut, dit l'auteur, de l'affection vertébrale et des autres complications inhérentes à cet état morbide. L'autopsie montra que la surface interne du foyer était lisse, blanchâtre, saine, mais que l'injection n'avait pu pénétrer jusqu'au siége de l'altération vertébrale. Ces deux constatations sont également instructives. Ainsi que nous l'avons dit, ainsi que M. Abeille l'a soutenu avec nous, M. Bonnafont a reconnu que l'occupation des canaux purulents par le pus qui s'écoule du foyer tuberculeux rend impossible la pénétration de l'injection iodée. L'expérience prouve donc et prouvera constamment l'inanité de la prétention de M. Boinet à guérir le mal vertébral par l'action de l'iode agissant comme topique. L'état de la surface interne du foyer de l'abcès prouve que la solution iodée a pu, sous ce point de vue, rendre quelques services : c'est ce que nous avons admis de prime-abord ; mais, à nos yeux et aux yeux de M. Abeille, c'est là le seul bénéfice qu'il est permis d'attendre des injections iodées. Prétendre fonder sur ce genre d'amélioration l'efficacité de la méthode, c'est s'abuser étrangement : c'est, comme on dit vulgairement, s'arrêter aux bagatelles de la porte.

— Un service d'ami rendu par M. Malgaigne doit être quelque chose de si étrange que cela demande quelques explications. Voici. A bout d'injures banales et de plaisanteries grotesques (1), M. Malgaigne a appelé à son secours une attaque qu'il a exhumée des procès-verbaux habituellement très-inoffensifs de la Société anatomique. Nous ne lisons pas tout, et, nous le confessons volontiers, nous n'avions pas lu le BULLETIN DE LA SOCIÉTÉ ANATOMIQUE dans lequel se trouvent à notre adresse une communication très-scientifique de M. Broca sur la transformation fibreuse des muscles dans le pied-bot, et une sortie injurieuse de M. Mailliot. En nous faisant connaître ces deux attaques, produites à notre insu il y a plus de six mois, M. Malgaigne nous a donc rendu un véritable service, un service d'ami. Il n'avait peut-être pas absolument cette intention ; mais ici on

(1) Dans le dernier numéro de son journal, M. Malgaigne se fait beau jeu. Nous avions dit, comme dernière réponse à ses attaques, que s'il avait le cœur placé comme tout le monde, il aurait compris dès longtemps que toute polémique entre nous était désormais impossible. Un homme qui aurait eu le cœur placé quelque part aurait voulu le prouver, ou bien se serait tu. Mais en fait de ces choses-là, M. Malgaigne dépasse toujours l'imprévu. Sûr qu'il est que nous ne répondrons pas à ses injures ni à ses calomnies, il s'en donne à cœur joie ; et, abrité derrière le bouclier de la sixième chambre, qui protége les Basiles de son espèce contre les *volées de bois vert* dont parle Figaro, il se livre bravement à ses insultantes provocations. Tant de courage et de dignité doivent singulièrement illustrer la robe professorale ! (J. G.)

Feuilleton.

MISCELLANÉES.

Quid dem, quid non dem?
(HORAT, lib. II, epist. 2.)

LE DOCTEUR KOREFF. — Il est notamment parmi les médecins des réputations d'abord obscures, puis qui grandissent et jettent le plus vif éclat ; il en est d'autres au contraire qui commencent d'une manière brillante, puis elles pâlissent et s'éteignent en peu de temps, le météore a disparu. La réputation du docteur Koreff fut au nombre de ces dernières. Son début fut magnifique, théâtral pour ainsi dire, une femme illustre, madame de Staël, avait remarqué et signalé cet ardent ami de la science. Voici ses paroles : « Un jeune médecin d'un grand talent, Koreff, attire déjà l'attention de ceux qui l'ont entendu par des considérations toute nouvelles sur le principe de la vie, sur l'action de la mort, sur les causes de la folie. » (DE L'ALLEMAGNE, t. IV, éd. de 1825.) Un tel éloge de la part d'une telle femme était un aiguillon d'autant plus puissant qu'il eut du retentissement dans le public. Eh bien ! Koreff n'a pas répondu à ce qu'on attendait de lui. Il avait un grand savoir, beaucoup d'esprit, une rare sagacité d'observation ; il eut une grande clientèle, etc. Qu'en est-il résulté ? Tous ces avantages ont été en pure perte pour la science. Nous ne connaissons de lui qu'une longue lettre sur le magnétisme animal qui se trouve à la fin de l'INSTRUCTION PRATIQUE de Deleuze (éd. de 18.5). Peut-être existe-t-il d'autres travaux, manuscrits ou imprimés, mais nous les ignorons. Du reste, ce médecin avait dans le monde la réputation d'un homme d'esprit, mais d'un esprit malin, caustique, railleur, et cela était vrai ; il ignorait sans doute qu'il faut plus de finesse d'esprit pour louer que pour dénigrer. Il eut quelquefois de la bonté, jamais de la bonhomie.

Très-répandu dans le monde, surtout à une époque où le talent de la conversation était vivement apprécié, Koreff aimait à conter et à faire la chronique ; aussi les plaisants disaient-ils qu'il traitait ses malades avec des anecdotes, qu'il leur faisait des applications de bons mots, qu'il leur versait des infusions d'historiettes plus ou moins gaillardes ; toutefois on peut assurer qu'il leur donnait aussi force médicaments tirés de l'officine pharmaceutique, car ce médecin était un vrai polypharmaque. En effet, lors de son scandaleux procès en 1838, par suite duquel le gouvernement lui retira l'autorisation d'exercer sa profession en France, les mémoires publiés par la partie adverse prouvèrent que les remèdes de toute espèce n'avaient pas été épargnés à la jeune malade.

Ayant des connaissances très-variées, Koreff cherchait toujours à les augmenter ; on le voyait assister à certains cours, fréquenter les hôpitaux, les amphithéâtres, les cabinets des curieux. Il recherchait et lisait les livres modernes, et il avait la manie de les emprunter sans les rendre, sous prétexte, en flattant la vanité de l'auteur, de les faire traduire en allemand. Cependant si le docteur Koreff aimait les sciences, il était loin de chérir les savants ; après les politiques

peut dire, en retournant le dicton connu : Le fait est réputé pour l'intention.

Débarrassons-nous d'abord de l'injure de M. Mailliot. Ce jeune confrère, que nous ne connaissions pas, que nous n'avions jamais vu, vint, il y a une année environ, solliciter de notre obligeance, et comme un service à rendre à la Société anatomique, la publication, dans la GAZETTE MÉDICALE, de son compte rendu général des travaux de cette Société. Nous alléguâmes l'abondance des matières, la longueur du travail de M. Mailliot, éloigné que nous étions, d'ailleurs, de fatiguer nos lecteurs de ces sortes de travaux, qui ne sont d'ordinaire que des énumérations arides, sans portée ni but. M. Mailliot insista. Nous lui promîmes de publier son travail, nous réservant de ne le faire que par extraits, et de retrancher ce qui nous paraîtrait pouvoir être retranché. Cela n'avait aucun inconvénient, puisque le compte rendu devait être publié en entier dans le BULLETIN de la Société. Nous commençâmes donc l'insertion du résumé de M. Mailliot, et nous crûmes, dans l'intérêt de l'auteur, dans l'intérêt de nos lecteurs, et nous ajoutons, dans l'intérêt de la science, devoir supprimer un paragraphe relatif aux pieds-bots. C'est cette suppression qui a servi de prétexte à l'attaque que M. Mailliot s'est permise contre notre caractère au sein de la Société anatomique. Nous ne voulons user contre l'auteur d'autre représaille que de reproduire textuellement son attaque en regard de nos observations.

« M. MAILLIOT : L'analogie très-grande qui existe entre cette présentation
» de M. Broca et celle qu'il nous fit sur le même sujet pendant que je remplissais ici les fonctions de secrétaire, me rappelle un fait non scientifique que je ne veux pas vous laisser ignorer.

» Vous savez qu'en général le compte rendu annuel paraît dans un journal de médecine, peu de jours après la séance solennelle. Cette année-là, M. J. Guérin se chargea de publier ce travail dans la GAZETTE MÉDICALE. Je lui remis donc mon manuscrit qui, à cause de sa longueur, fut divisé en plusieurs parties destinées à paraître dans plusieurs numéros successifs.

» La première partie parut en effet, mais je m'aperçus que mon œuvre avait été volontairement altérée dans les bureaux du journal. De sa propre autorité, sans note explicative, et surtout sans m'en prévenir, M. J. Guérin avait retranché tout le paragraphe relatif aux pieds-bots, ce qui ne l'avait pas empêché de placer ma signature en tête de cet article tronqué. Je relus alors les pages incriminées, et j'y trouvai la cause de la mauvaise humeur de M. Guérin. En rendant compte des cinq présentations de pieds-bots que nous devions à M. Broca, j'avais constaté qu'il n'existait de transformation fibreuse sur aucun muscle, et j'avais remarqué, d'après le présentateur, que M. Guérin avait émis à cet égard une proposition *trop générale*. Il n'y avait pas d'autre commentaire : néanmoins M. J. Guérin se piqua de cette critique au moins indulgente, et fit disparaître l'article qui avait eu le malheur de lui déplaire (1). »

Et d'abord, il est superflu de faire remarquer à M. Mailliot qu'il s'est servi de termes tout à fait impropres en alléguant que son œuvre avait été *volontairement altérée* dans nos bureaux. Et ce n'est à vrai dire qu'à l'aide de cette impropriété de langage qu'il est parvenu à donner l'apparence d'un prétexte à son attaque. La suppression d'un passage jugé inutile ou mauvais n'est pas une altération ; c'est tout simplement l'exercice très-habituel d'un droit ; c'est ce que tous les journaux se permettent tous les jours à l'égard des rapports, des comptes rendus qu'ils publient plus ou moins complétement ; c'est la première fois que cela s'appelle une altération volontaire. Ce serait à renoncer au métier de journaliste, s'il fallait publier tout ce dont ils ont à rendre compte ; mais ceci ne touche qu'à la forme de langage de M. Mailliot, et ce confrère n'a que trop prouvé qu'il n'est pas si fort dans l'art d'écrire que dans l'art d'injurier. Venons au fond de son attaque.

(1) BULLETIN DE LA SOCIÉTÉ ANATOMIQUE DE PARIS, année 1851, p. 63.

L'honorable secrétaire de la Société anatomique suppose, bien gratuitement je l'en assure, que nous avons supprimé le passage de son compte rendu sur les pieds-bots, à cause de la critique très-innocente qu'il s'était permise en déclarant *trop générale* notre proposition sur la transformation fibreuse des muscles dans les pieds-bots. Nous avons prouvé souvent, et notre carrière tout entière en témoigne, que nous ne prenons pas la mouche pour si peu. Puisque M. Mailliot nous oblige à le lui apprendre, nous lui dirons, mais avec regret, que le passage supprimé sur les pieds-bots nous avait paru une divagation dépourvue de toute connaissance de la question, pleine de non-sens et d'erreurs, telle enfin qu'il eût fallu l'accompagner de correctifs et de remarques qui eussent nécessairement désobligé M. Mailliot. Ne voulant pas entrer en discussion avec lui, et surtout lui prouver qu'il parlait du pied-bot comme on ne l'eût pas même fait il y a vingt ans, nous avons préféré supprimer son paragraphe. Voilà nos motifs. Pour peu que notre jeune confrère tienne à ce que nous les justifiions plus complétement une autre fois, nous lui donnerons volontiers, et quand il le voudra, cette marque de déférence.

Un mot en terminant à l'adresse de la Société anatomique. On comprend peu qu'une Société qui se respecte ait permis qu'un de ses membres se livrât à des attaques extra-scientifiques contre un absent, et surtout qu'il les ait publiées en son nom dans leur crudité native. C'est par des manifestations d'un genre plus grave et plus convenable qu'elle ferait bien de se recommander à l'attention du monde savant.

Nous aurions désiré donner quelques explications à M. le docteur Broca sur les 13 cas de pieds-bots qu'il a produits depuis un an ou deux pour prouver la non-transformation fibreuse des muscles dans le pied-bot, et l'impossibilité de prouver que les pieds-bots congénitaux sont un produit de la rétraction musculaire. Relativement à ce dernier point, notre savant confrère ferait bien de lire ce que nous avons écrit sur cette question ; il s'éviterait des méprises sans fin, et il ne nous obligerait pas à recommencer pour lui et pour ceux qui répètent ses objections, un cours entier sur les difformités. Ce n'est pas avec quelques prétendus faits, rencontrés par hasard, examinés à la hâte, qu'on renverse des résultats produits par vingt années de recherches approfondies, et des doctrines qui sont universellement acceptées par les hommes qui ont quelque peu étudié la matière. M. Malgaigne, qui ne paraît pas se douter de ces choses, et qui, sur tout et pour tout, croit pouvoir faire commencer et finir la science à sa personne, ne se rend pas assez justice quand il se moque du silence que nous gardons à l'égard de ses critiques. Nous le lui disons volontiers, et nous le disons pour tous ceux qui, comme lui, attaquent si cavalièrement nos travaux : nous ne répondons pas, parce que nous aurions trop de peine à leur apprendre ce dont ils parlent, et nous préférons laisser à d'autres le soin de faire leur éducation. Ils veulent parler algèbre ou géométrie en faisant de l'esprit sur l'obscurité des signes ou l'étrangeté des figures. Et quel esprit !

---

qu'il appelait les grands comédiens du théâtre de l'humanité, il fut l'implacable détracteur des célébrités médicales et chirurgicales de son temps. C'est à les plaindre qu'il déployait souvent cette verve d'ironie mordante qui lui était particulière. Dans le peu de visites qu'il fit à l'auteur de cet article, jamais il n'oublia de lui reprocher et même avec une certaine amertume, quand la GALERIE MEDICALE parut (1), d'avoir caché pour les hommes célèbres ce côté de la vérité qui ne leur était pas avantageux. Il faut, disait-il, présenter et peindre les hommes tels qu'ils sont, l'or d'un côté et la fange de l'autre. Mon sentiment commun est tout opposé : je pense qu'on doit *égards* aux morts comme aux vivants, surtout quand les premiers ont été de notre profession et qu'ils furent nos contemporains ; ayons soin de mettre les qualités à la grande lumière et de cacher les défauts dans la demi-teinte. Koreff n'était nullement convaincu de ce principe, aussi recherchait-il volontiers la société de personnes qui pensaient comme lui. Il racontait qu'ayant été invité à dîner chez un docteur, le repas et ceux qui le suivirent, furent maigres et chétifs, mais en revanche il se trouvait là de ces médecins au cœur mauvais, à la langue enfiellée, qui daubent sur les confrères absents avec une méchanceté perfectionnée. Cependant Koreff, piqué des tristes dîners dont il se disait victime, cessa d'aller dans cet antre de médisance ; comme on lui en demandait la raison, il dit : *Je suis las de manger mes confrères sur du pain sec.* Mais si sa parole était parfois originale, son écriture ne l'était pas moins, et frappait tout d'abord par la bizarrerie de sa forme ; au premier coup d'œil on jugeait que ce ne pouvait être que de l'hébreu ou du syriaque. Quant au style, sans être remarquable, ce médecin était plus réservé en écrivant que dans sa parole, bien qu'il eût parfois la faiblesse de chercher le bon mot et la phrase à effet. Dans une de ses lettres, il dit que le mariage est « un régime pénitentiaire et cellulaire à deux. » Malheur donc à ceux pour qui ce mot est une vérité. On sait que le docteur Koreff, quoique sain, bien portant en apparence, a été frappé cet été d'une apoplexie foudroyante. Avec beaucoup de savoir et d'intelligence, la vie de ce médecin est une nouvelle preuve que le travail suivi, appliqué, est seul capable de faire des ouvrages remarquables et de fonder une réputation durable. C'est toujours la leçon de l'expérience, l'éternelle leçon qui recommence sans cesse et trop souvent en vain. Aussi Koreff a passé dans la science sans y laisser son sillon, et il n'a jamais grandi à la taille de renommée qu'on essaya de lui faire.

(1) Voyez ÉTUDES DE L'HOMME DANS L'ÉTAT DE SANTÉ ET L'ÉTAT DE MALADIE ; 2 vol. — GALERIE MÉDICALE première et seconde partie.

— L'Académie des sciences de Dijon avait proposé, en 1776, un prix sur la *médecine expectante et agissante.* Le docteur Voullonne remporta le prix, et son mémoire se fait lire avec intérêt, même aujourd'hui où tout ce qui tient à la philosophie de la science est si outrageusement négligé. Voullonne réduit la médecine agissante aux trois conditions suivantes :

1° Toutes les fois que les efforts de la nature sont visiblement excessifs ;
2° Toutes les fois qu'ils sont visiblement insuffisants ;
3° Toutes les fois qu'ils sont visiblement mal dirigés.

Rien de mieux ; mais l'auteur a eu grandement raison de dire *visiblement ;* c'est là en effet le point important, la chose difficile. Ce mot est la clef même

Pour en revenir à M. Broca, dont nous honorons les convictions comme le caractère, voici la seule réponse que nous ayons à lui faire pour le moment : nous lui proposons, la première fois qu'il rencontrera sur le cadavre un véritable pied-bot avec un membre sain de l'autre côté, de lui prouver ces deux choses : 1° que les muscles du côté affecté présentent la dégénérescence fibreuse ou graisseuse, suivant les lois et conditions que nous avons déterminées ; 2° que le pied-bot sera le produit évident de la rétraction musculaire, telle que nous l'avons formulée. Déjà nous avons adressé la même invitation à ceux des membres de la Société de biologie qui s'étaient fait les échos de ses critiques. Jusqu'ici nous n'avons reçu aucune réponse. Cependant nos jeunes antagonistes sont des prosecteurs ou des aides d'anatomie de la Faculté : il doit leur être très-facile de nous mettre en demeure de les convaincre.

J. Guérin.

PHILOSOPHIE MÉDICALE.

DE LA LOI BIOGÉNIQUE APPLIQUÉE A LA THÉRAPEUTIQUE ; par J.-B.-G. Barbier.

(Voir les numéros des 30 mars, 30 novembre 1850, 5 et 26 avril, 6 et 20 septembre 1851.)

V. — Du traitement des maladies.

Nous avons parlé des causes des maladies, des lésions qui les constituent, des diathèses qui accompagnent ces lésions. Nous allons voir maintenant des états pathologiques dans lesquels toutes ces choses doivent être examinées, constatées, jugées.

Quand le thérapeutiste s'est occupé de la cause de la maladie, qu'il a reconnu que cette cause n'est pas spécifique, que son action n'a été que passagère ou déterminante, ce sont les lésions qu'elle a fait naître dans l'organisation qui doivent l'occuper : 1° il recherchera le siége de ces lésions ; 2° il constatera leur nature ; 3° il en déterminera le nombre ; 4° il jugera de la vivacité de leur marche par les progrès qu'elles ont faits depuis leur formation ; 5° il décidera si ces lésions sont liées à une diathèse.

Le siége des lésions est pour le thérapeutiste un guide précieux. La gravité de la maladie lui est révélée par l'importance physiologique des organes qu'occupent ces lésions. De plus, il voit tout de suite s'il peut agir directement sur elles, ce qui a lieu dans les maladies de l'estomac, des intestins, de la vessie, des voies respiratoires, etc., ou bien s'il ne pourra atteindre ces lésions que par suite de l'absorption des molécules médicamenteuses.

C'est surtout la nature des lésions pathogénèses qui doit éclairer le thérapeutiste, le diriger dans le choix des moyens curatifs. S'il ignore quel est le caractère des modifications, des altérations organiques qui produisent la maladie, il est impossible qu'il établisse contre elles un traitement rationnel ; il faut qu'il mette en présence les qualités accidentelles de l'organe malade, et les effets que vont susciter les remèdes dont il prescrit l'emploi, pour juger ce que l'agression qu'il médite doit opérer sur les lésions qu'il veut faire disparaître.

Le thérapeutiste qui découvre une lésion dans un corps malade doit poursuivre ses recherches, et examiner si cette lésion est seule, isolée, ou s'il n'y a pas en même temps d'autres organes affectés, plusieurs lésions simultanées. Ces nouvelles lésions viennent compliquer la maladie. Dans le traitement, elles fournissent souvent des contre-indications qu'il faut respecter.

L'activité que montrent les lésions pathogénèses, la rapidité de leur marche, l'état où elles sont parvenues, sont des points qui appellent toute l'attention du thérapeutiste, qui l'éclaireront sur la conduite qu'il doit tenir, sur le pronostic qu'il portera. Il est des lésions, les irritations, les phlogoses, les congestions sanguines, qui, après quelques jours de progrès, deviennent souvent stationnaires ; puis elles montrent une tendance à diminuer. Alors les moyens thérapeutiques paraissent doués d'une efficacité qu'ils n'auraient pas eue avant cette époque. Combien de médicaments doivent leurs succès à l'à propos de leur administration, à la faveur d'avoir été donnés tard, au moment où la lésion cessait spontanément, où la maladie arrivait à son terme !

Enfin le thérapeutiste, alors qu'il dispose le traitement des lésions pathogénèses, doit considérer l'ensemble de l'organisation, juger si le corps n'offre pas une diathèse qui doive faire modifier le traitement que ces lésions paraissaient demander.

Maladies qui sont produites par une seule lésion.

Dans ces maladies, une seule pièce de l'organisation a éprouvé un changement d'état. Toutes les autres parties restent dans la condition normale ; tous les actes de la vie suivent leur cours régulier : il n'y a de troublé que l'exercice de la fonction de l'organe affecté.

On rencontre souvent une amygdalite, une bronchite, un tremblement nerveux, des spasmes, une irritation de l'estomac, une arthrite, etc., sur des personnes dont la santé ne paraît pas altérée. Des individus portent sans s'en douter une hypertrophie du cœur, etc. Un malade peut n'offrir à l'observation qu'un ramollissement du cerveau, qu'un emphysème pulmonaire, qu'une néphrite, etc.

Dans ces cas, tous les efforts du thérapeutiste sont dirigés contre la lésion qu'il a constatée ; ils tendent tous à ramener la partie malade à son état normal. Si la lésion est associée à une diathèse, le traitement est disposé de manière qu'il corrige celle-ci, en même temps qu'il enlève la maladie locale.

Maladies qui sont produites par plusieurs lésions de la même nature.

Le plus souvent on trouve dans un corps malade plusieurs organes dans une condition pathologique. Le thérapeutiste doit toujours compter ces lésions, reconnaître le caractère de chacune d'elles, vérifier si elles sont de la même nature ou si elles appartiennent à des ordres différents, noter parmi ces lésions celles qui sont subordonnées, dépendantes des autres.

Si les lésions que le médecin découvre sont toutes des irritations, ou des phlogoses, ou des malaxies, ou des oligotrophies etc., le traitement qu'il établira contre ces maladies homomères se composera de moyens qui auront sur tous les points malades une action favorable. Il y a entre ces lésions semblables une sorte de solidarité, et le bien que l'une ressent est

---

du problème ; il renferme, en effet, le jugement à former, l'appréciation à établir et les inductions à en tirer.

—Les savants d'aujourd'hui ne sont en vérité que des paresseux si on les compare aux savants, aux érudits, aux gens de lettres d'autrefois, même ceux du siècle dernier. Je n'en veux pour exemple que Fontenelle qui était pourtant un bel esprit, un homme du monde. C'est prodigieux ce que cet écrivain a publié dans tous les genres, malgré les places qu'il occupa. Au renouvellement de l'Académie des sciences en 1699, Fontenelle en fut nommé secrétaire, tel est son titre (en ce temps-là, on ne connaissait que Dieu comme perpétuel) ; il continua d'en exercer les fonctions pendant quarante-deux ans, donnant chaque année, sans la moindre interruption, un volume de l'histoire de cette compagnie. Comprend on un pareil travail de 42 vol. in-4° chaque année, et ce travail était fait avec soin, avec le plus rare discernement, car, dit Voltaire en parlant de l'auteur :

« L'ignorant l'entendit, le savant l'admira. »

La préface générale de cette histoire est un ouvrage qui suffirait seul pour donner à un auteur la plus grande réputation. Fontenelle était aussi de l'Académie française et fort assidu aux séances de cette compagnie. Il publia en outre une multitude d'ouvrages, et même il participa à la rédaction du journal des savants. En 1725, il donna une nouvelle édition de ses œuvres avec des augmentations considérables. En 1751 parurent deux nouveaux volumes, comprenant une tragédie en prose, six comédies et d'autres petits ouvrages. Fontenelle nous apprend lui-même, dans la préface, que ces pièces avaient été composées pendant les quarante-deux années de son secrétariat à l'Académie des sciences. Ce fut en 1740 qu'il cessa ces dernières fonctions ; il avait alors 83 ans. Son intention était de quitter cette place, qu'il avait tant honorée, dès 1730, et il écrivit au cardinal de Fleury pour en demander la permission, mais le ministre se contenta de lui répondre *qu'il en conférerait* avec M. de Maurepas, ajoutant de sa main au bas de la lettre : et ce sera *qu'avec douleur*. Fontenelle renouvela sa demande, et avec instance, en 1737 ; le cardinal lui accorda enfin la permission de se retirer, et lui répondit en plaisantant : « Vous n'êtes qu'un paresseux et un libertin, mais il faut de l'indulgence pour ces sortes de caractères, etc. » Cependant les immenses travaux de Fontenelle ne l'empêchèrent nullement d'aller dans le monde ; il plaisait trop dans la société pour ne pas s'y plaire : le bon mot inoffensif, la fine raillerie, le don d'écouter et de bien écouter le faisaient aimer et distinguer. Tous les membres de l'Académie des sciences ne lui virent quitter le secrétariat, comme le cardinal de Fleury, *qu'avec douleur*. Fontenelle était en effet le modèle de l'académicien, par sa politesse, par son affabilité envers ses collègues, par ce liant de caractère, si utile, si important aux membres d'une même société. Et cette douceur s'alliait parfaitement à la fermeté, car lorsqu'il fut question d'exclure l'abbé de Saint-Pierre de l'Académie française, à cause de son ouvrage La Polysynodie, ou la pluralité des conseils, Fontenelle fut le seul qui vota contre l'exclusion. Il était bon, facile, coulant sur une infinité de choses, ayant ce doux laisser-aller qui semble

comme partagé par les autres. Qu'une phlogose occupe la plèvre et le tissu pulmonaire, le péricarde et une articulation, le péritoine et l'utérus, etc., les saignées, le repos, la diète, des boissons adoucissantes, etc., serviront également contre chacune de ces lésions congénères.

Il en est de même pour des irritations qui se développent en même temps sur la membrane muqueuse des bronches, de l'estomac, des intestins, du vagin, etc., pour des oligotrophies qui se montrent sur plusieurs organes différents, etc.

Dans les maladies homomères, le même médicament rend à la fois plusieurs services; ses propriétés curatives semblent se multiplier.

MALADIES QUI SONT PRODUITES PAR PLUSIEURS LÉSIONS DE NATURE DIFFÉRENTE.

Les maladies hétéromères, ou qui offrent plusieurs lésions d'un caractère différent, sont très-fréquentes. Le plus grand nombre des maladies aiguës et des maladies chroniques viennent se placer sous ce titre. Ces lésions variées peuvent être indépendantes l'une de l'autre : ainsi un homme porte une hypertrophie du foie; il peut être atteint d'une pleurite, de la goutte, etc. Ces lésions peuvent aussi procéder l'une de l'autre : l'hypertrophie du ventricule gauche du cœur donne souvent lieu à une congestion cérébrale; les tubercules pulmonaires font naître dans les intestins des phlogoses avec ulcération; une irritation dans les voies digestives provoquera une congestion sanguine du foie; un dérangement de la fonction menstruelle amènera une condition morbide des plexus des nerfs ganglionnaires, qui suscitera tous les accidents de l'hystérie; la phlogose partielle d'un cordon nerveux, par suite d'une déchirure à la main ou au pied, peut déterminer une irritation de la pulpe médullaire de la moelle épinière, qui causera le trismus des mâchoires, le tétanos, etc.

Une phlogose qui a une grande vivacité et une certaine étendue détermine une irritation des organes de la circulation. Cette seconde lésion suscite cet appareil de symptômes que l'on désigne sous le nom de fièvre. Mais des pulsations artérielles plus fréquentes et plus fortes, des vaisseaux capillaires partout plus vivants, donnant au corps un degré plus élevé de température, voilà des conditions organiques qui font prendre au sang des qualités anormales, qui favorisent, préparent de nouvelles lésions sur les diverses parties de l'organisation, des irritations, des congestions sanguines, d'autres phlogoses.

Si la phlogose qui a provoqué ces diverses lésions faiblit, on voit souvent ces dernières s'éteindre avant que l'organe qui les a provoquées ait repris son état primitif : ainsi, dans une pneumonie qui se termine heureusement, l'irritation qui s'était fixée sur l'appareil circulatoire s'évanouit; la fièvre n'existe plus. Les organes que la maladie avait gagnés sont rentrés dans leur situation normale; cependant l'auscultation démontre qu'il y a encore un engorgement pulmonaire.

Combien ne trouvons-nous pas, après la mort, d'organes altérés, de lésions différentes dans les maladies de la cavité pectorale et de la cavité abdominale qui ont duré longtemps! Dans l'abdomen, nous découvrons une phlogose sur le péritoine, de la sérosité plus ou moins trouble dans sa cavité, des altérations de l'épiploon et du mésentère, des ulcérations dans l'estomac et les intestins, les tissus de ces organes amincis ou gonflés, un changement d'état du foie, etc. Dans la poitrine, il y aura en même temps une pleurite, des adhérences, de la sérosité, des phlogoses partielles ou des congestions sanguines du tissu pulmonaire, des tubercules, une péricardite, etc.

Quand le médecin règle le traitement de ces maladies compliquées, il est obligé de rechercher les lésions qui dominent les autres, celles qui menacent le plus, pour s'occuper principalement d'elles; il doit en même temps combiner toutes les parties du traitement de manière qu'aucune des lésions que le corps recèle ne reçoive d'atteinte nuisible. Fréquemment il y a nécessité pour le malade de suspendre l'usage de médicaments qu'il a prescrits, de faire des changements dans la méthode curative qu'il a adoptée.

Le thérapeutiste est souvent conduit à traiter séparément des lésions qui sont concomitantes. L'induration d'un organe demande un traitement dont des médicaments qui ont une propriété excitante feront la base; mais les organes digestifs du malade sont dans un état d'irritation que dénotent la rougeur, la sécheresse de la langue, des lèvres, la soif, un sentiment d'ardeur dans l'estomac. Avant de s'occuper de la lésion principale, le médecin fera cesser cette irritation en employant pendant quelques jours des boissons acidules froides, des lavements émollients froids, une nourriture douce, etc.

MALADIES DANS LESQUELLES TOUTE L'ORGANISATION EST PRISE.

Nous ne pouvons parler ici de toutes les maladies dans lesquelles les fluides et les solides du corps ont éprouvé une modification morbide, dans lesquelles la loi biogénique est viciée sur toute l'organisation; nous nous bornerons à présenter quelques réflexions sur les fièvres. Nous suivrons le développement d'une fièvre typhoïde; nous signalerons les lésions qui la constituent. Nous tenterons comme une décomposition de cette maladie.

Au moment de son invasion, les centres médullaires, les plexus des nerfs ganglionnaires, éprouvent un changement d'état qui donne à l'innervation un caractère nouveau, une puissance perturbatrice. Cette première lésion produit les frissons, les horripilations, les tremblements, la stupeur, l'altération des traits de la face, les anxiétés, etc., que l'on observe au début de cette maladie. Cette innervation désordonnée se fait surtout remarquer sur les organes de la circulation. Le cœur a des contractions plus profondes, moins perceptibles, irrégulières; les artères donnent des pulsations plus petites, plus concentrées, inégales; les vaisseaux capillaires sont resserrés, comme effacés. Il y a pâleur de la peau, abaissement notable de la température du corps.

On met le malade dans un lit bien chaud; on le couvre, on place à ses pieds des bouteilles d'eau chaude; on lui administre une infusion de plantes excitantes, etc.

De l'emploi de tous ces moyens, on obtient le phénomène que l'on a appelé une réaction. La lésion qui existait sur l'appareil de l'innervation s'est éteinte, ou elle est dominée par celle qui se développe sur l'appareil circulatoire. La chaleur a remplacé le froid dans toutes les parties de l'organisation; la rougeur a succédé à la pâleur sur la peau et sur les surfaces muqueuses. Les contractions du cœur sont fortes et larges; les canaux artériels dont le calibre semblait rétréci ont maintenant une ampleur remarquable. Le pouls est grand, rond, large. Le réseau des vaisseaux capillaires s'est épanoui; il y a un dégagement abondant de calorique sur toutes les surfaces; la température du corps s'élève au delà du degré normal.

---

accepter la vie telle qu'elle est et telle qu'on la fait (1). « En général, disait il, les hommes sont sots et méchants, mais tels qu'ils sont, j'ai à vivre avec eux et je me le suis dit de bonne heure. » Quant aux écrits publiés contre lui on sait qu'il les jetait tous, sans les lire, anonymes ou non, dans un *grand bahut* destiné à cet effet. Exempt de grandes passions, toujours maître des petites, égal dans sa vie, dans ses écrits, dans son tempérament, c'était le philosophe pratique par excellence; heureux caractère! heureuse vie! Elle a duré un siècle!

— La tenue, la dignité, une mise propre et décente, quoique sans recherche ni affectation, sont indispensables au médecin; le monde en juge par l'extérieur. Il est pourtant des médecins qui, sous ce rapport, se négligent étrangement, et ils ne doivent pas chercher ailleurs pourquoi eux-mêmes sont négligés du public. Un vieux médecin militaire, sale, débraillé, mal tenu, vint un jour saluer Desgenettes, son chef, et lui dire qu'il prenait sa retraite. « Dans quel endroit vous retirez-vous? — A Sainte-Menehould. — Ah! fort bien, dit Desgenettes, le fixant avec ce sourire malicieux qui lui était ordinaire; eh bien, mon cher, ajouta-t-il, à Sainte-Menehould, votre tête peut être en sûreté, mais prenez garde à vos pieds. »

(1) Du reste, rien ne le prouve mieux que ce qu'il écrit à son amie, madame de Forgeville : « Ma vie est toujours la même, fort simple, fort uniforme, fort exempte d'événements, à moins qu'on ne compte mon *déménagement* pour un; il a en effet pensé me faire tourner la tête, quoique j'aie été bien secouru. »

— Rien ne serait plus utile qu'un ouvrage qui contiendrait, non tout ce qu'on sait ou ce qu'on croit savoir en médecine, mais seulement ce qui est vrai, positif, incontestable. Ce plan, bien approfondi, sera trouvé moins vaste qu'il ne paraît d'abord. Il s'agirait de recueillir et de fixer les principes les plus évidents, de présenter, sous un petit nombre de points de vue les vérités fondamentales, de réduire les objets de chaque partie de la science à des règles principales et bien distinctes, d'éviter également, dans ce travail analytique, l'esprit minutieux, borné, qui laisse le tronc pour les branches, et l'esprit trop avide de généralisations qui perd et confond tout en voulant tout embrasser et tout réduire. Un pareil ouvrage serait, j'en conviens, très-difficile à faire; il exigerait une haute capacité intellectuelle, mais ses avantages seraient immenses, notamment pour les praticiens.

— Corvisart, le célèbre médecin de Napoléon, toujours malin et caustique, s'amusait souvent des consultants avec lesquels on le mettait en rapport quelquefois malgré lui. Si ces médecins voulaient recourir à beaucoup de remèdes et des plus énergiques, il leur disait avec un sérieux ironique : « Chers confrères, soyez tranquilles, nous avons du *catholicon* double à tous les degrés, et nous nous en servirons. » Si, au contraire, c'étaient des médecins timorés, de vrais médecins d'eau douce, sans avis positif : « Ne vous inquiétez pas, leur disait-il, nous donnerons au malade *une fraise* pilée, puis délayée dans un grand verre d'eau.

— La charte médicale est à l'étude depuis près de vingt-cinq ans; on a eu

Pendant le stade du frisson, les symptômes qui sortent des organes de la circulation se conçoivent par le jeu d'une innervation déréglée. Mais les signes de la réaction ne s'expliquent plus, si l'on n'admet pas que le cœur, les artères, les vaisseaux capillaires ont alors éprouvé une modification morbide, que les tissus de ces organes sont devenus plus rouges, plus chauds, que la lésion à laquelle nous donnons le nom d'irritation s'est emparée de ces tissus.

Dès que la réaction s'établit, le thérapeutiste doit chercher à la modérer. Il doit s'opposer à la formation des lésions qui menacent toutes les parties de l'organisation. C'est dans cette intention qu'il prescrit la diète, le repos, une boisson adoucissante, tempérante, la respiration d'un air frais, l'éloignement de toutes les causes excitantes, qu'il conseille des pédiluves, des lavements émollients, même la saignée.

Un travail phlegmasique s'établit souvent sur diverses zones de la membrane muqueuse de l'estomac et des intestins ; une éruption pustuleuse envahit la dernière portion de l'iléum, s'étend même sur le cæcum. C'est à ces lésions que se rapportent les symptômes suivants : les lèvres et la langue sèches et chargées, la soif, l'inappétence, le mauvais goût à la bouche, l'abdomen plus volumineux, sensible à la pression, surtout dans la région iliaque droite ; les nausées, les vomissements, les déjections alvines liquides et fétides, etc.

On a voulu combattre le travail phlegmasique des voies digestives par le calomel, par l'æthiops minéral. On recommande l'usage de lavements émollients froids, de fomentations mucilagineuses sur l'abdomen. Quand on veut expulser les matières que contient le canal alimentaire, on se sert du sel de Sedlitz, du citrate de magnésie, de la crème de tartre soluble, du tartre stibié à petites doses et étendu dans un véhicule, de l'huile de ricin.

Le foie est souvent le siége d'une congestion sanguine. On constate facilement son volume par la percussion. Alors la sécrétion de la bile devient plus abondante. Il y a des vomissements et des selles bilieuses. Si cette humeur pénètre dans la masse sanguine, la peau prend une teinte jaune.

Nous avons à signaler d'autres lésions d'une haute valeur dans les fièvres typhoïdes, ce sont celles qui se portent sur l'encéphale, sur la moelle épinière et sur les plexus des nerfs ganglionnaires. Ces lésions se montrent tantôt peu de jours après l'invasion de la maladie, tantôt seulement dans le second ou dans le troisième septénaire. Tant que ces lésions ne paraissent pas, la fièvre inspire peu d'inquiétude ; on la dit bénigne. On la nomme fièvre inflammatoire, bilieuse ou muqueuse. C'est quand les lésions qui nous occupent se manifestent que la maladie devient menaçante, qu'elle revêt les caractères d'une fièvre ataxique ou d'une fièvre adynamique.

Dans ces fièvres une phlogose s'établit sur les méninges encéphaliques : c'est elle qui cause la céphalalgie, la chaleur de la tête avec coloration de la figure ; puis la pulpe médullaire des hémisphères cérébraux entre dans un état d'irritation. Nous rapportons à cette deuxième lésion les perceptions fausses, le délire, l'agitation, les vertiges, etc. Une troisième lésion se joint souvent à ces deux lésions. Une congestion sanguine se forme dans le cerveau ; c'est alors que surviennent les bourdonnements d'oreilles, la surdité, l'accablement, l'affaissement, la torpeur, un délire sourd, la détente des traits de la face, etc. Les divers degrés d'intensité que prennent ces lésions expliquent les variations que présentent les symptômes cérébraux dans le cours de ces fièvres. Nous avons déjà dit que les alternatives de calme et d'agitation que l'on remarque si souvent dans ces maladies tiennent à ce que c'est ou l'irritation ou la congestion sanguine qui devient la lésion dominante dans le cerveau.

Le thérapeutiste emploie contre les lésions de l'encéphale des moyens d'une puissance incontestable. Les sangsues appliquées aux tempes, derrière les oreilles, le long des jugulaires, des cataplasmes chauds, même sinapisés, placés aux pieds ou autour des jambes, des linges imbibés d'eau froide autour de la tête, des ventouses, des vésicatoires, un séton à la nuque ; si l'état des intestins le permet, des purgatifs irritants qui deviennent révulsifs, etc.

Dans les fièvres typhoïdes, les méninges rachidiennes sont souvent prises de phlogose, et une irritation s'empare de la pulpe médullaire de la moelle épinière. Ces lésions se font reconnaître par le tremblement des membres, par des soubresauts de tendons, par des secousses musculaires, le serrement des mâchoires, la dysphagie, un état tétanique, etc.

J'ai toujours été frappé du sentiment de chaleur que j'éprouvais, quand je glissais la main le long du dos des malades chez lesquels ces symptômes existaient. Constamment étendus sur des matelas de laine, ces malades ont autour de la colonne vertébrale une accumulation considérable de calorique. On sait que Sydenham les faisait asseoir plusieurs fois par jour sur leur lit, qu'il les en faisait même sortir si la chose était possible. Il attachait une grande importance à cette pratique ; il y revient plusieurs fois dans ses ouvrages. Ce grand praticien voulait seulement prévenir l'influence fâcheuse que l'excessive chaleur du dos devait exercer sur le cerveau. Du temps de Sydenham, les pathologistes ne pensaient pas à la moelle épinière.

Nous employons avec succès des serviettes roulées et imbibées d'eau froide que l'on étend le long de la colonne vertébrale. On s'étonne toujours de la promptitude avec laquelle les premières serviettes s'échauffent ; en quelques minutes on est obligé de les renouveler plusieurs fois. Ce moyen calme le malade d'une manière soudaine, ralentit le pouls, fait baisser la chaleur fébrile. Nous citerons ce fait.

Obs. — Un jeune homme, âgé de 22 ans, est au quatorzième jour d'une fièvre ataxique. Il offre les symptômes suivants : perte de connaissance, altération des traits de la face, aphonie, difficulté d'avaler, par moments trismus des mâchoires, mouvements convulsifs très-fréquents sur la figure, soubresauts de tendons, roideur du bras droit, des accès de tremblement des deux bras avec secousse de tout le corps, battements irréguliers du cœur, pouls fort et inégal, respiration élevée et difficile par moments, rétention de l'urine.

On lui applique le long du dos une serviette pliée en long et trempée dans de l'eau bien froide ; on la renouvelle quatre fois en peu d'instants. On observe bientôt les signes d'une détente, d'un calme général. Le malade paraît reprendre connaissance ; l'expression de sa figure est meilleure, les mouvements convulsifs cessent, les bras deviennent souples ; le malade avale facilement sa boisson ; il entend nos questions, il montre la langue, puis il nous parle. Cette amélioration n'a duré que quelques heures : les accidents ataxiques sont revenus.

Nous avons eu la pensée de faire construire une sorte d'oreiller qui se compose de deux châssis en bois, dont le supérieur s'élève d'un côté à l'aide de deux crémaillères. Ce châssis est couvert par une grande pièce d'un canevas solide. Nous nous en servons à l'Hôtel-Dieu d'Amiens, dans le traitement des fièvres typhoïdes de forme ataxique. Le malade a le dos appuyé sur ce châssis sous lequel l'air circule librement. Plusieurs fois dans la journée et dans la nuit, on place le malade sur cet appareil, et on l'y laisse de deux à quatre heures chaque fois. Par là nous empêchons une

---

le temps de la méditer, de la perfectionner, et nous n'en sommes pas plus avancés. Il est des gens qui n'en veulent pas, qui n'y pensent pas ; ils sont bien, tout va bien. Il en est d'autres qui passent légèrement le doigt dans la plaie, et ils la déclarent incurable. Pourquoi donc ne pas comprendre que cette charte ou organisation est une question de droit, une question de bon sens, une question d'ordre social, d'intérêt public et d'humanité ? C'est là un principe incontestable. Or un principe est comme l'air, on peut le nier, mais il faut en vivre.

— *Question :* La liberté est-elle le droit donné au charlatanisme d'exploiter sans fin, sans pudeur et impunément la crédulité publique ?

Réponse : Oui, quand la loi est faible, muette, sotte et inappliquée, quand le démon de la cupidité transporte chacun sur le dôme du Panthéon et dit : Vois-tu ces places, ces honneurs, ces décorations, ce luxe, ce râtelier doré, etc., tu en jouiras, *si cadens adoraveris me.* Si tu te courbes et baises mon ergot, si tu remplis ton cœur, ton âme, ton esprit de mes passions, de ma haine envieuse, de mes folies. Ainsi soit, dit l'adorateur.

— On sait que l'illustre Boerhaave fut accusé de *spinosisme*, parce qu'ayant entendu un homme blâmer ce système célèbre, il lui dit : Monsieur, avez-vous lu Spinosa ? Et il n'en était rien. Or croyez bien que la question de Boerhaave avait une grande portée. En effet, c'est que lire, c'est que méditer les œuvres de Spinosa, principalement son ÉTHIQUE, est un travail considérable, qui demande une attention profonde et soutenue. Dans le pays même de Spinosa, j'ai voulu autrefois connaître ce grand système, et depuis j'ai repris cette étude avec quelque lumière et une expérience que je n'avais pas alors. Toutefois je déclare que je suis loin, très loin d'adopter les principes d'une pareille conception philosophique. Comment croire en ce DIEU-NATURE de Spinosa, qui fait tout, qui produit tout, co-éternel avec tout ce qui existe, mais dénué d'intelligence et de personnalité ? Non ce dieu n'est celui ni de ma raison, ni de mon cœur ; il manque d'âme pour mon âme. Peut-on admettre encore que l'homme n'est autre chose *que le mode fugitif de l'être en soi et par soi*, LA SUBSTANCE ; qu'il n'y a point de libre arbitre ; que par les lois d'une nécessité à jamais immuable, il n'y a ni bien, ni mal, ni juste, ni injuste, ni ordre, ni désordre, dans l'univers moral comme dans le monde physique ; que l'anéantissement total est le terme de notre vie, etc. ? Quel esprit sain ne répugne à admettre de telles énormités ! On doit donc considérer ce système fameux comme une grande œuvre prouvant jusqu'où peut aller le génie de l'homme, même quand il s'égare. Du reste, l'étude de l'œuvre de Spinosa est difficile ; loin de disserter à perte de vue, et par l'impulsion seule de l'imagination, le philosophe a adopté la forme austère de l'algèbre et de la géométrie appliquée à la logique, au raisonnement ; il ne procède que par théorèmes, par axiomes, par lemmes, corollaires, etc. On ne conçoit donc pas Louis Racine, quand il dit :

Pour toi, coupable auteur d'un ténébreux système,
Qui de *tout* réuni formes l'Être suprême,
Et qui, m'éblouissant par tes pompeux discours,
Anéantis ce Dieu dont tu parles toujours.

Où le poëte a-t-il donc vu ces *pompeux discours* ? Où a-t-il vu de la rhétorique dans Spinosa ? Il n'est pas d'auteur, au contraire, dont la forme soit plus sèche,

température trop élevée de se former autour de la colonne vertébrale et d'exaspérer les lésions morbides dont la moelle épinière et ses méninges sont alors le siége.

La partie de l'appareil de l'innervation dont il nous reste à examiner l'action dans les fièvres typhoïdes n'est pas la moins importante. La condition morbide que prennent les plexus des nerfs ganglionnaires dans ces fièvres fournit un grand nombre de symptômes qui les caractérisent. La puissance de ces plexus sur l'organisation semble s'accroître en se pervertissant. C'est au changement d'état qu'ils éprouvent alors que nous attribuons les douleurs épigastriques, les anxiétés, les oppressions, la stupeur, l'altération des traits de la face, l'irrégularité des contractions du cœur, l'inégalité, la petitesse, la tension, les vibrations des pulsations artérielles, les mouvements qui se passent dans les vaisseaux capillaires et qui donnent lieu à des refroidissements partiels du corps, ou à des concentrations de chaleur, etc. Comment se fait-il que dans les pyrétologies, on méconnaisse l'importance de ces agents d'une innervation spéciale, si puissante sur l'organisation ?

Le thérapeutiste agit sur les plexus nerveux dans le traitement des fièvres typhoïdes, lorsqu'il a recours au musc, au castoréum, au camphre, à l'assa fœtida, à la codéine, à l'éther sulfurique, à l'eau distillée de fleurs d'oranger, à la valériane sauvage, etc. Les bains tièdes agissent aussi d'une manière utile dans les lésions de ces plexus.

Pendant que les fièvres typhoïdes accomplissent leur cours, le thérapeutiste s'occupe constamment de l'appareil circulatoire. Il doit chercher à distinguer dans les contractions du cœur, dans les battements artériels, dans l'action des vaisseaux capillaires, ce qui procède de l'innervation perturbatrice que portent sur les instruments de la circulation les centres médullaires et les plexus des nerfs ganglionnaires, des effets qui procèdent des lésions dont les tissus mêmes du cœur, des artères et des vaisseaux capillaires sont alors le siége. Il existe le plus souvent une phlogose à la surface externe du cœur, mais toujours les canaux artériels et capillaires sont pris d'une irritation dont l'intensité variable explique les inégalités du trouble fébrile.

Dans le traitement des fièvres typhoïdes, les boissons acidules, tempérantes, les émulsions, etc., que l'on prescrit aux malades, exercent une influence favorable sur les lésions des organes de la circulation. On a proposé l'usage des bains froids, qui tendaient directement à éteindre l'irritation qui occupe alors les artères et les vaisseaux capillaires; mais ce moyen est violent et dangereux. On peut se contenter de promener sur la peau des éponges imbibées d'eau froide. La respiration d'un air frais porte sur la vaste surface des bronches une impression réfrigérante qui se fait promptement sentir aux organes circulatoires et qui affaiblit leur trop grande activité.

Le fluide sanguin éprouve, dans les maladies qui nous occupent, des modifications intimes qui ne sont plus les mêmes dans leurs diverses périodes. Peu de jours après leur début, le sang a souvent une consistance qu'il perd ensuite. C'est quand la proportion de fibrine est diminuée que l'on voit apparaître des hémorrhagies passives, se former des ecchymoses sur la peau, etc. On espère corriger cette altération quand on donne au malade le quinquina, le cachou, le ratanhia, etc., que l'on qualifie alors d'antiseptiques.

Un phénomène pathologique bien remarquable s'observe dans le cours des fièvres, c'est le redoublement de tous les accidents qui survient vers le soir, qui souvent se répète plusieurs fois par jour. Cette exaspération momentanée de la maladie, que l'on nomme paroxysme, est le produit de la vivacité plus grande que prennent alors et l'irritation de l'appareil circulatoire, et les lésions qui existent sur les centres médullaires et sur les plexus nerveux.

On conseille le sulfate de quinine contre ces redoublements, surtout s'ils sont précédés de frissons, de refroidissements, si la fièvre a un caractère rémittent. Le quinquina se montre encore utile même quand on refroidissement ne signale pas l'invasion du paroxysme. Il est si utile de supprimer ou d'affaiblir ces exacerbations qui provoquent dans l'organisation malade un ébranlement toujours dangereux. La maladie devient plus simple, son cours plus régulier.

Dans les fièvres, tous les appareils organiques du corps sont menacés. Les reins prennent une condition morbide qu'annoncent des urines rouges, moins abondantes, plus chargées. Des congestions sanguines s'établissent sur différents organes. Des éruptions se montrent sur divers points de la peau et des surfaces muqueuses. Souvent il survient une péritonite, une tympanite. Un travail phlegmasique peut se développer sur la plèvre, sur la surface bronchique et sur le tissu pulmonaire. Quand ces fièvres ont duré quelque temps, il y a partout des oligotrophies, des malaxies. Tous les jours un examen attentif du malade fait découvrir quelque nouvelle lésion.

Dans la convalescence des fièvres typhoïdes, on voit souvent persister des lésions organiques dont il faut poursuivre, achever la guérison. Il existe alors un état diathésique du corps qu'il faut corriger par un bon régime, par l'usage journalier d'un tonique froid, par des soins prolongés.

VI. — THÉRAPEUTIQUE DES MALADIES PÉRIODIQUES.

Les maladies que l'on nomme intermittentes ou périodiques se composent d'une série d'états pathologiques de même nature, qui se reproduisent à des époques à peu près fixes, qui viennent s'interposer successivement au milieu d'un état physiologique.

L'ordre normal existe dans l'organisation; toutes les fonctions suivent leur cours régulier. Tout à coup un trouble survient. Un changement d'état a eu lieu dans l'appareil de l'innervation; des frissons, du froid, le tremblement du corps en sont les produits. Puis l'appareil de la circulation se prend, la fièvre s'allume, divers accidents morbides se montrent; enfin des sueurs abondantes terminent cet état pathologique; la santé se rétablit. Le même accès, les mêmes lésions, les mêmes symptômes renaissent à des époques déterminées. Ces retours intermittents donnent les fièvres quotidiennes, tierces, double-tierces, quartes, etc.

Ce que cherche le thérapeutiste dans le traitement de ces maladies, c'est de prévenir les accès, c'est-à-dire d'empêcher le trouble de la loi biogénique, de s'opposer au mouvement secret qui s'opère alors dans l'organisation, et qui détermine la lésion de l'appareil de l'innervation, puis celle de l'appareil circulatoire.

Le hasard a fait découvrir une substance qui possède cette merveilleuse propriété. En administrant convenablement l'écorce du quinquina ou la quinine que l'on en a extraite, on arrête sûrement les accès des fièvres intermittentes. Quelque procédé que l'on suive dans l'emploi de ces médicaments, on obtient toujours des succès. Que l'on donne le sulfate de quinine à petites doses, en commençant à la fin d'un accès, que l'on fasse prendre

---

plus aride. Mais une fois cette dure, cette épineuse enveloppe brisée, on est tout étonné, et presque effrayé des hauteurs où cet homme vous conduit. Quelle logique hardie et téméraire! quelle profondeur d'aperçus! quelle vigueur d'argumentation! Comment ce métaphysicien a-t-il pu marcher sans dévier dans les obscures notions de tout ce qui est au-dessus de nous? Cela étonne, cela saisit et confond. Je ne suis pas étonné si un Allemand célèbre, Novalis, a dit que Spinosa était *ivre de Dieu*. Sans doute il ne s'agit que de s'entendre sur l'idée attachée au mot *Dieu;* toutefois, il faut y prendre garde, il y a dans ce système une concaténation si serrée de preuves, de raisonnements, de démonstrations, une si grande force de déduction, que la moindre concession mènerait peu à peu à d'étranges concessions. Lessing a dit que si le diable vous tient par un cheveu, tout le reste du corps lui appartient bientôt. Il en est de même de Spinosa : accordez-lui un principe, et vous êtes réduit à donner votre acquiescement à d'intolérables sophismes. Ce système, je l'ai déjà dit, doit être considéré comme une magnifique création intellectuelle, mais aussi comme une de ces grandes erreurs où la poursuite acharnée de l'incompréhensible a fait tomber quelques esprits supérieurs.

J'ai souvent pensé que si en médecine, en partant d'un principe plus vrai et moins abstrait, nous avions une doctrine synthétique comparable à celle dont il s'agit, la science aurait désormais des bases inébranlables. Armé de trois mots, la *substance*, ses *attributs* et ses *modes*, Spinosa renferme tous les faits de l'univers; il explique Dieu, la nature et l'homme avec des prétentions moins élevées. Ne pourrait-on, appuyé de quelque grand principe, sorte d'*étalon normal*, lier les faits que nous connaissons et ceux mêmes que nous connaîtrons? Mais où trouver ce médecin, ce philosophe, cette tête à haute capacité, surtout dans le temps où nous sommes, avec les idées, les passions, les préjugés actuels? Mais à quelque époque qu'apparaisse ce génie médical, je lui voue d'avance et mes respects et mon admiration.

— Voici ce qui donne la mesure des vérités accumulées par les magnétiseurs. Nous laissons parler l'auteur : « En 1817, dit-il, passant à Marseille pour aller en Italie, je rencontrai à table d'hôte M. G..., colonel au service de Suède, homme de 40 ans, instruit, raisonnant parfaitement, partisan du magnétisme et en relation avec les magnétiseurs de Marseille. Il racontait avec une bonne foi incontestable les prodiges opérés par les somnambules de l'endroit. C'était pour moi une occasion de faire de nouvelles expériences, celles dont j'avais été témoin déjà m'ayant rendu, non pas incrédule, mais très-défiant. M. G... se prêta de bonne grâce à mon désir, et me mena chez deux somnambules où je ne vis que des faits fort ordinaires, fort peu concluants, et qui cependant, chose beaucoup plus étonnante, jetaient M. G... et ses amis dans l'admiration. Je cherchais la vérité, et pensant faire une expérience décisive, je demandai à être magnétisé, et m'avisai de faire le somnambule. Je m'y pris assez adroitement pour tromper non-seulement les curieux, mais les magnétiseurs et les *somnambules*. Je ne voulais cependant pas laisser M. G... dans l'erreur; mais le lendemain, le brick qui devait me conduire à Naples mit à la voile. Je m'embarquai et ne pensai plus à mon espièglerie. Quels furent mon étonnement et mon chagrin lorsque, de retour à Paris, je trouvai dans les ANNALES DU MAGNÉTISME l'aventure de Marseille rapportée en preuve de la vérité du magnétisme! Il n'était plus temps de récla-

en une seule fois 30 à 40 centigrammes de ce médicament, trois ou quatre heures avant le moment où l'on attend le frisson, on arrive ordinairement à la guérison de la fièvre, après deux ou trois prises du remède. On réussit même en donnant le sulfate de quinine alors que les premiers frissons se font sentir. L'accès a lieu, mais il est modifié, et la fièvre cesse si on répète deux ou trois fois le même procédé.

Remarquons que le quinquina, administré dans le temps de l'intermission, ne trouve pas de trouble morbide à combattre. Le corps que l'on soumet à son action n'est pas dans un état pathologique. Ce n'est pas contre des lésions organiques que l'on dirige la puissance curative, il n'en existe pas encore. Dira-t-on que le quinquina agit alors contre une cause spécifique, qu'il détruit les miasmes paludéens que le corps recèle? Mais le quinquina guérit aussi les douleurs névralgiques, d'autres accidents qui ont une marche périodique. Il est plus probable que ce médicament donne à l'organisation une disposition nouvelle qui affermit la force vitale, qui ne permet plus le trouble qu'elle éprouvait au moment de l'invasion de l'accès, et d'où dépendaient les lésions qui se formaient alors sur l'appareil de l'innervation, sur l'appareil de la circulation, etc.

J'ai arrêté le cours de fièvres intermittentes en introduisant, au moment où l'accès s'annonçait, de l'air très-chaud sous les couvertures du lit du malade, à l'aide de tuyaux de fer-blanc qui communiquaient avec un calorifère. Les malades recevaient avec plaisir ce réchauffement. Le frisson était comme rompu; l'accès n'avait pas lieu ou il était très-court, et ne se composait plus des mêmes symptômes. Il cessait entièrement la seconde ou la troisième fois.

MATIÈRE MÉDICALE.

CONSIDÉRATIONS CHIMIQUES, PHYSIOLOGIQUES ET THÉRAPEUTIQUES SUR LES SELS D'ARGENT; mémoire présenté à l'Académie des sciences, les 18 novembre et 2 décembre 1850, par le docteur J^{er} DELIOUX, médecin en chef de la marine, professeur aux écoles de médecine navales.

(Suite. — Voir les n°s 34, 35 et 37.)

2° DE QUELQUES COMPOSÉS ARGENTIQUES SOLUBLES.

La crainte d'irriter d'une manière fâcheuse la muqueuse gastrique a fait restreindre excessivement l'emploi interne de l'azotate d'argent; mais il restait peu de choix à faire dans le petit nombre des composés solubles de la même base.

De tous les médicaments argentiques que M. Serre (de Montpellier) avait essayés dans le traitement de la syphilis, celui qu'il préférait était une dissolution de chlorure d'argent dans l'ammoniaque, qu'il administrait par gouttes dans une potion (1). Ce mode d'administration me paraît rationnel, si l'on tient à faire pénétrer une préparation soluble dans les secondes voies; car rien ne fait prévoir qu'elle serait décomposée et précipitée par les humeurs digestives. Sans prendre parti pour ou contre les idées de ce savant regrettable relativement à la curabilité des affections vénériennes par l'argent, je crois que sa solution ammoniacale mérite d'être conservée dans la pharmacologie, pour être utilisée dans plusieurs des cas où l'on jugera à propos de recourir à la médication argentique.

Il serait peut-être intéressant d'essayer, à l'extérieur du moins, le chlorate et le chlorite d'argent, qui sont solubles dans l'eau; mais toute expérience me manquant encore à cet égard, je me borne à les mentionner.

A. DE L'HYPOSULFITE DE SOUDE ET D'ARGENT.

Il est un autre sel soluble sur lequel je suis à même de présenter quelques considérations plus précises, après en avoir fait l'objet d'une étude expérimentale assez suivie depuis deux années: ce sel, qui n'avait pas encore été, que je sache, introduit dans la thérapeutique, c'est l'hyposulfite de soude et d'argent.

On sait que les hyposulfites alcalins s'unissent avec l'oxyde d'argent pour former des hyposulfites doubles qui sont très-solubles dans l'eau, et qu'ils partagent avec l'ammoniaque le privilége de dissoudre le chlorure d'argent.

Le sel qui a servi à mes expériences a été préparé en versant une dissolution d'hyposulfite de soude sur de l'oxyde d'argent récemment précipité par la potasse jusqu'à ce que l'oxyde se soit complétement dissous. La liqueur évaporée abandonne de très-petits cristaux d'hyposulfite de soude et d'argent, qui sont desséchés à une douce chaleur et à l'abri de la lumière.

On pourrait aussi, comme je l'ai fait d'abord, précipiter par l'alcool une dissolution d'oxyde ou de chlorure d'argent dans l'hyposulfite de soude; mais je préfère le procédé que j'ai indiqué plus haut.

Ce sel se présente sous forme d'une poudre cristalline blanc grisâtre, d'une saveur douceâtre avec arrière-goût légèrement styptique, très-soluble dans l'eau, insoluble dans l'alcool. Il noircit à la longue à la lumière, mais se conserve indéfiniment dans des flacons colorés ou entourés de papier noir et bien bouchés. Sa solution aqueuse se colore en noir en se décomposant sous l'influence de la lumière diffuse, mais beaucoup plus lentement que celle d'azotate d'argent. En la préservant de la lumière, elle conserve indéfiniment sa transparence. Quand on l'emploie dans sa pureté, elle ne colore ni l'épiderme ni le linge, avantage qui n'est pas à méconnaître dans le choix à faire entre ce sel et l'azotate d'argent.

L'hyposulfite de soude et d'argent ne coagule que très-légèrement l'albumine; aussi, comparativement à l'azotate, ses propriétés astringentes sont-elles très-faibles. Son action locale est également beaucoup moins irritante.

Pour éprouver cette action sur des plaies tantôt récentes, tantôt an-

(1) MÉMOIRE SUR L'EMPLOI DES PRÉPARATIONS D'ARGENT DANS LE TRAITEMENT DES MALADIES VÉNÉRIENNES; par M. Serre (de Montpellier). 1836.

En 1842, M. Salvolini, médecin italien, a publié un mémoire sur le même sujet. Comme M. Serre, il préfère le chlorure et le chlorure ammoniacal d'argent à l'oxyde, au cyanure, à l'iodure et au métal divisé; il emploie seulement des doses un peu plus fortes. Toutefois les doses de ces deux expérimentateurs, qui n'allaient qu'à des fractions de grain, pourraient bien être dépassées sans danger.

mer. J'eus lieu de voir comment l'erreur est quelquefois accréditée par ceux mêmes qui cherchent la vérité. Dans mon sommeil simulé, j'avais, pour rendre la scène plus dramatique, annoncé ma mort prochaine; je pouvais mourir, et des révélations inconcevables, des effets surnaturels, demeuraient acquis au magnétisme. » (ESSAI SUR LES HARMONIES PHYSIOLOGIQUES, par Baudet-Dulary, docteur en médecine, ancien député, etc., 1 vol. in-8°, p. 348.)

— Notre misérable nature est tellement faite que ceux qui marchent dans le chemin battu jettent toujours des pierres à ceux qui enseignent un chemin nouveau. Les médecins ne font pas exception, au contraire. Exemples: .....

— Qui le croirait? le savant, le profond, le discret, le dévot Haller a écrit un roman. Et qu'on ne pense pas qu'emporté par l'effervescence de l'imagination, il l'ait publié dans sa jeunesse; nullement: c'est presque à la fin de sa carrière qu'il s'avisa d'une telle œuvre. Lui-même en fait la remarque; car il dit en terminant la préface de ce livre: « Dois-je m'excuser de m'être occupé d'un travail qui semblait convenir à un auteur plus jeune que moi? » *Berne*, le 29 août 1771. Au reste, pour qui connaît bien Haller, on n'en sera point étonné: c'était un esprit vaste, appliqué à tout, d'un savoir immense et varié. On sait qu'il fut poëte, et grand poëte; ses poésies eurent en Allemagne jusqu'à vingt-deux éditions. Elles obtinrent aussi un certain retentissement en France, et l'un de nos poëtes les plus célèbres alors, Delille, les admirait avec enthousiasme, et n'en parlait qu'avec les plus grands éloges.

Le roman dont il est question a pour titre USONG, histoire orientale; Vicq-d'Azyr en fait mention dans son éloge de Haller. Ce livre, en un volume, est aujourd'hui très-recherché, précisément à cause du grand nom de l'auteur. Quant au mérite réel de l'ouvrage, on est loin d'être d'accord. Ce mérite a été rudement controversé en Allemagne: c'est là ce qui indigne Zimmermann: « L'USONG de Haller, dit-il, contient des images de l'amour si douces et si sublimes qu'aucun poëte peut-être n'en a jamais trouvé de pareilles. Cependant les jeunes Allemands qui se donnaient alors pour des génies se moquaient de l'USONG de Haller: ils trouvaient ce beau livre froid; ils riaient de ce que le vieux Haller avait écrit un livre pour le cœur, comme on rit quand on voit un professeur danser, un courtisan juger les odes de Klopstock, ou un conspirateur s'élancer dans la carrière du sentiment. » (DE LA SOLITUDE, p. 504.) Tout en m'inclinant devant le génie de Haller, je l'avoue, mon opinion est celle des critiques de l'Allemagne. J'ai eu le courage, le mot n'est pas trop fort, de lire USONG d'un bout à l'autre; à mon sens, l'ouvrage m'a paru d'un intérêt médiocre: le style en est froid, sec, parfois prétentieux et quintessencié. On y trouve, il est vrai, un cachet particulier de grandeur dans les idées, d'attachantes descriptions où la leçon du goût est prise à la source du sentiment moral; mais il faut dire le grand mot, le mot sacramentel, USONG est un livre ennuyeux. Est-il besoin de dire qu'un pareil ouvrage n'ôte absolument rien à la gloire de Haller? N'est-elle pas fondée sur d'immortels travaux? Génie fécond, étendu, varié, médecin, philosophe, naturaliste, poëte, homme de lettres, historien, expérimentateur habile, écrivain distingué, Haller est un de ces hommes qui ne se remplacent point, et qui laissent un vide immense non-seulement dans la science, mais aussi dans la richesse morale de la société.

REVEILLÉ-PARISE.

ciennes, je touchais deux points de la surface suppurante, préliminairement détergée avec deux pinceaux de charpie trempés, l'un dans une solution d'un gramme d'hyposulfite de soude et d'argent pour 30 grammes d'eau distillée, l'autre dans une solution d'un gramme d'azotate d'argent pour 30 grammes d'eau distillée. Tandis que l'application de la seconde solution déterminait presque instantanément, avec production simultanée d'une douleur plus ou moins vive, un coagulum blanc, tenace, véritable escarre due à la plastification des éléments albuminoïdes du pus et de la membrane pyogénique, l'application de la première solution ne donnait lieu qu'à la formation d'un léger nuage blanchâtre, beaucoup moins plastique, avec sensation douloureuse peu prononcée ou même nulle, selon la sensibilité des sujets. Si j'élevais davantage les solutions, celle d'hyposulfite de soude et d'argent finissait par ne déterminer à la surface des plaies aucune modification visible à l'œil, quand celle d'azotate décelait encore l'énergie supérieure de ses propriétés astringentes par un coagulum albumineux très-sensible. Enfin, à quelque degré de concentration qu'on amenât la solution du premier sel, elle ne produisait jamais une douleur aussi vive ni un coagulum aussi plastique que celle du second sel, dissous cependant dans une plus forte proportion d'eau.

Il résulte de ces expériences, conformes à des essais thérapeutiques plus nombreux : 1° que, dans l'emploi externe, l'hyposulfite de soude et d'argent peut être porté à des doses supérieures à celles de l'azotate d'argent, et qu'à ces doses, *à fortiori* à doses inférieures, il est beaucoup moins irritant et incapable de produire une véritable escarrification ; 2° que, dans l'emploi interne, en l'étendant d'une manière suffisante, il n'exposera pas à compromettre l'intégrité de la muqueuse gastrique; de plus, comme ses dissolutions étendues ne déterminent aucun trouble, ni coagulum protéique, ni précipité de chlorure d'argent dans les liqueurs albumineuses artificielles, chlorurées ou non chlorurées, et dans les humeurs organiques, il sera absorbé promptement, facilement, et sans décomposition par les veines de l'estomac.

Ces avantages, théoriquement supposés, m'ont engagé à expérimenter à l'intérieur ce nouvel agent thérapeutique, et à l'essayer dans le traitement de l'épilepsie. Malheureusement je n'ai à présenter à cet égard qu'un fait, qui n'est point concluant sous le rapport thérapeutique, mais qui confirme ce que j'ai avancé de l'innocuité de l'hyposulfite de soude et d'argent, et donne une idée de ses effets physiologiques.

Obs. — Le nommé R...., soldat (remplaçant) au 2e régiment d'infanterie de marine, est entré à plusieurs reprises dans mon service, à l'hôpital de Rochefort, comme atteint d'épilepsie. Ses attaques sont courtes, fréquentes, parfois très-intenses ; on croit longtemps que cette affection est simulée. Les accès n'ont jamais eu lieu en ma présence; mais les officiers de santé de garde ont fini par constater la réalité de l'épilepsie. Décidé à essayer les préparations d'argent, je donne le choix à l'hyposulfite double. Je le prescris simplement dissous dans l'eau distillée, en commençant par 5 centigrammes; il ne survient aucune trace d'irritation gastrique ni aucun signe qui commande de suspendre l'emploi du médicament, depuis cette première dose jusqu'à celle de 60 centigrammes, à laquelle je me suis élevé graduellement. Le sel était dissous dans 120 à 150 grammes d'eau distillée, et cette solution, versée dans un flacon entouré de papier noir, était prise en trois ou quatre fois, matin, midi et soir. Sous l'influence de ce traitement, aucune modification appréciable n'est survenue dans les fonctions des grands appareils organiques, sauf celle assez remarquable qui s'est manifestée dans les fonctions digestives. Dès les premiers jours du traitement, le sujet a accusé un sentiment de vacuité et de défaillance dans la région de l'estomac, qui, vague et mal défini d'abord, s'est traduit en besoin de manger impérieux, sentiment tout à fait comparable à ces *faims nerveuses*, s'il est permis de s'exprimer ainsi, que l'on observe chez certains individus atteints de gastralgie. Du moment que l'alimentation de R.... a été augmentée proportionnellement à cet accroissement d'appétit, ce *symptôme de médicament* a diminué, mais sans disparaître ; mais, pour longtemps du moins, d'une manière complète. Les médecins italiens, qui ont souvent insisté sur la concordance de sensations analogues avec les propriétés hyposthénisantes de diverses substances, relèveraient ce fait en faveur de l'action contro-stimulante des sels d'argent.

Au bout d'un mois de ce traitement, complété par l'infusion de valériane (on a parfaitement su dégager l'action de la valériane de celle du composé d'argent), ce soldat est sorti de l'hôpital pour être réformé. Après une amélioration apparente pendant une quinzaine de jours, dans la dernière semaine les accès n'avaient rien perdu de leur fréquence et de leur intensité.

Cet aveu est livré avec la simplicité et la bonne foi que tout expérimentateur doit mettre au nombre de ses premiers devoirs ; seulement on peut dire, sans chercher à corriger un insuccès, que la moralité de R.... ne nous a jamais été parfaitement prouvée, d'une part, et de l'autre que, dans le traitement de l'épilepsie, un mois ne suffit pas pour établir l'efficacité ou l'inutilité d'un remède, et pour conclure sur ses effets contingents pendant un laps de temps plus considérable.

Toujours est-il qu'aux médecins qui voudront essayer l'influence des préparations d'argent dans les névroses et les névralgies, on peut en signaler une nouvelle dont l'administration est facile et ne présente, dans certaines limites, bien entendu, aucun danger. Je crois, par exemple, que l'on peut dépasser la dose de 60 centigrammes, à laquelle je me suis arrêté, mais sans aller beaucoup au delà.

Il n'est survenu aucun changement dans la coloration cutanée du sujet de cette expérience ; mais le traitement a été trop court pour qu'on puisse en rien inférer, et je dirai même ultérieurement que je crois l'hyposulfite de soude et d'argent susceptible d'altérer, après un long usage, la couleur de la peau.

L'efficacité de l'hyposulfite de soude et d'argent comme modificateur topique m'a été démontrée par un assez grand nombre d'expérimentions. Je suis loin de croire qu'il soit appelé, sous ce rapport, à effacer l'azotate d'argent; je suis arrivé seulement à reconnaître que, dans quelques circonstances, il peut lui être substitué avec avantage; ce sera surtout lorsque l'on croira devoir faire usage d'un topique moins irritant ou moins susceptible d'altérer la texture superficielle des tissus, ou lorsque l'azotate d'argent ayant échoué, on lui cherche souvent avec embarras un analogue, un succédané parmi les nombreux agents de la médication substitutive (1).

Ainsi je crois qu'il mérite d'être essayé dans le traitement des ulcères rebelles, en injection dans les foyers purulents, les trajets fistuleux, les flux chroniques de l'oreille externe et des fosses nasales, en collyres dans les affections oculaires ; parmi ces dernières, mon expérience ne me permet de citer que la conjonctivite chronique et la conjonctivite aiguë, après amendement des premiers accidents inflammatoires, que j'ai vues quelquefois heureusement influencées par des dissolutions étendues de ce sel. Quelquefois encore je l'ai vu réussir en lavement contre les flux intestinaux, mais je donne la préférence à l'azotate d'argent, surtout quand il est employé suivant la méthode indiquée dans la première partie de ce mémoire.

C'est dans le traitement de l'urétrite, soit aiguë, soit chronique, que j'ai le plus employé l'hyposulfite de soude et d'argent, et c'est là aussi que j'ai le plus éprouvé son efficacité. Je suis trop disposé à mettre au rang des prétentions exagérées la préconisation de toute injection soi-disant infaillible dans le traitement de la blennorrhagie pour en prôner une nouvelle comme spécifique. Tous les praticiens savent à quoi s'en tenir sur la possibilité d'appliquer une méthode unique d'injection à la cure de cette affection si souvent désespérante par sa ténacité; sans parler de la blennorrhagie virulente qui, tarie ou non, réclame autre chose qu'un traitement topique, quand on veut par l'injection guérir d'emblée ou achever de guérir après une médicamentation antérieure un écoulement blennorrhagique, il faut s'attendre à plus d'un mécompte si l'on n'accorde sa confiance qu'à un seul agent modificateur. L'expérience a jugé ces théories intolérantes, inflexibles, ces méthodes exclusives; elle apprend surabondamment que nulle d'entre elles n'est applicable, à titre absolu, à tous les cas, et que, dans les cas rebelles, ce n'est pour ainsi dire qu'en tâtonnant que l'on finit par trouver le remède qui enlève la dernière goutte du suintement urétral. Que l'un donne la préférence aux sels de zinc, l'autre aux sels de plomb, tel au tannin, tel à l'alun, etc., nous voulons bien y voir le penchant naturel de chacun à se créer son formulaire usuel, mais nous attaquerons la prétention de formuler l'unicité de traitement de la blennorrhagie. Il ne sera pas même fait grâce à ces merveilleuses vertus de l'azotate d'argent que l'on a voulu substituer, dans l'espèce, à tout autre médicament, et sans contester son utilité, sans nous armer même contre son emploi à dose caustique, mais par courtoisie pour nos adversaires, des accidents éprouvés par plusieurs de ceux qui en ont subi l'épreuve, nous dirons, avec tous les médecins désintéressés dans les luttes de systèmes, qu'il est nécessaire de conserver dans la thérapeutique de la blennorrhagie plusieurs agents modificateurs, parce qu'il est de notoriété clinique que l'essai de plusieurs d'entre eux est souvent à faire, et que l'on ne rencontre pas toujours du premier coup celui qui ramène la muqueuse génito-urinaire à sa sécrétion normale.

Eh bien ! l'hyposulfite de soude et d'argent est appelé purement et simplement à se placer parmi ces modificateurs ; on ne met point ici en question sa prééminence ; dans la pratique ordinaire, je concéderais même son infériorité relativement aux astringents purs ; mais j'engage à y recourir avec quelque confiance quand ceux-ci ou d'autres médicaments auront échoué ; il m'a rendu surtout de bons services dans le traitement des écoulements chroniques et à la fin de la période d'acuité, et je puis certifier que ces écoulements ont été enlevés parfois avec une extrême rapidité.

J'ai employé des doses très-variables. Ainsi, pour tenter un parallèle avec la *méthode abortive* par l'azotate d'argent, j'ai poussé dans l'urètre des solutions de 1 et même 2 grammes du sel dans 30 grammes d'eau; la douleur, tantôt vive, tantôt modérée, a toujours été moins forte que celle

(1) Médication mal définie, plus mal comprise encore dans ses effets, mais que je désigne à titre provisoire pour ne pas entrer à cet égard dans une digression étrangère à mon sujet.

suscitée par l'azotate à dose moitié moindre; j'ai réussi rarement à suspendre l'écoulement d'une manière complète.

J'ai eu plus à me louer de l'emploi des petites doses, et l'injection composée de 0,50 à 1 gramme de sel pour 100 d'eau distillée est l'une de celles qui m'ont le mieux réussi dans le traitement de la blennorrhagie chronique.

Quelle action exerce ce sel sur les parois de l'urètre? A hautes doses, il m'a semblé produire des effets cathérétiques comparativement aux effets caustiques produits par l'azotate d'argent en solution concentrée. Le mucopus expulsé après l'injection était moins épais, contenait en plus petite quantité des concrétions pelliculaires que lorsque l'on a fait usage de l'injection abortive à l'azotate d'argent; en outre, ces concrétions étaient beaucoup moins plastiques et ne se sont pas montrées toujours. A petites doses, la douleur était légère ou nulle le plus souvent. L'action astringente des solutions étendues d'hyposulfite de soude et d'argent est si faible que l'on peut à peine la faire entrer en ligne de compte dans la caractérisation de leurs effets thérapeutiques. Ce sel, auquel on reconnaîtra sans doute, après son absorption, des propriétés sédatives, antispasmodiques, hyposthénisantes, produirait-il dans la circulation capillaire locale de l'urètre une action contro-stimulante qui détruirait les conditions de l'état inflammatoire, aigu ou chronique par lequel l'écoulement est entretenu? Cette explication est par trop *rasorienne* et trop spéculative pour qu'on la soutienne.

On ne peut donc que se borner à dire que ce nouvel agent, en tant que modificateur topique, n'est pas encore rigoureusement appréciable dans son mode d'action. Nous n'en savons pas davantage de l'action topique de beaucoup d'autres médicaments.

B. DE L'IODURE DE POTASSIUM ET D'ARGENT.

J'ai rappelé que M. Patterson avait proposé de substituer l'administration interne de l'iodure d'argent à celle de l'azotate pour prévenir la coloration de la peau; ce médecin a encore avancé que l'usage interne de l'iodure de potassium pourrait être utile pour dissiper cette coloration une fois produite; mais aucun fait n'a été cité à l'appui.

Il y a dans ces deux propositions une idée juste qui mérite d'être soumise à l'expérimentation clinique.

L'incertitude qui règne encore sur la question de l'absorption des substances insolubles, peut conduire plusieurs praticiens à rejeter l'iodure d'argent. Un doute n'existât-il pas à ce sujet dans l'esprit de quelques autres, il n'en est pas moins vrai qu'il est rationnel de rechercher de préférence les médicaments solubles, dont l'action est, sinon plus positive, du moins plus prompte et plus régulière. Partant de ce principe, ne pourrait-on pas offrir aux voies absorbantes l'iode et l'argent à l'état de composé soluble?

On sait que l'iodure d'argent est soluble dans une solution d'iodure de potassium, et qu'un iodure double se forme dans cette circonstance. On pourrait se demander si cet iodure double est susceptible d'être introduit dans la matière médicale : la réponse doit être négative. En effet cet iodure, qui se présente sous forme de prismes soyeux, groupés, d'une couleur jaunâtre, est très-déliquescent, peu stable, et la difficulté qu'il y aurait à le conserver éloignerait déjà de son emploi; mais de plus, il n'est soluble que dans une petite quantité d'eau : un excès le décompose en précipitant de l'iodure d'argent et en dissolvant de l'iodure de potassium.

J'ai voulu savoir si les liqueurs organiques auraient sur ce sel la même action que l'eau pure. Eh bien! l'eau albumineuse, l'eau albumineuse chlorurée, le sérum décomposent également l'iodure double de potassium et d'argent, et sans qu'un excès de liqueur redissolve le précipité.

On se créerait donc sans profit un embarras en cherchant un moyen d'administrer ce sel, en recourant à la forme pilulaire, par exemple, puisque, parvenu dans l'estomac, sa décomposition s'opérerait immédiatement : autant eût valu administrer simplement l'iodure d'argent.

Je suis arrivé à la détermination d'une formule qui permet d'introduire dans l'économie l'iodure d'argent, sinon à l'état de dissolution complète, du moins dans un état de division qui autorise à prévoir son assimilation entière.

Je fais dissoudre un blanc d'œuf dans 100 grammes d'eau distillée; — dans cette solution filtrée j'ajoute 10 centigrammes d'azotate d'argent cristallisé et autant de chlorure de sodium, dissous l'un et l'autre dans une petite quantité d'eau; — on additionne en dernier lieu de la même quantité, 10 centigrammes d'iodure de potassium, également dissous dans un peu d'eau : il se forme en cet instant un très-léger trouble blanc jaunâtre, mais il ne se dépose aucun précipité. Si l'iodure d'argent n'est pas alors entièrement dissous, il n'en reste qu'une très-petite quantité en suspension, et dans un état de division telle que l'on ne peut se refuser à admettre l'absorbabilité de ces particules impalpables.

Cette solution précipite en brun par le sulfhydrate d'ammoniaque; elle n'est point précipitée par les chlorures, les carbonates, les phosphates alcalins... En un mot, dans l'essai par les réactifs de l'argent, elle offre les mêmes caractères que l'azotate double d'albumine et d'argent.

Si on l'additionne d'eau amylacée et de quelques gouttes d'hydrochlore ou d'acide azotique, elle se colore immédiatement en bleu intense.

Je pense donc qu'en mettant simultanément en présence au sein de l'eau albumineuse, de l'azotate d'argent, du chlorure de sodium et de l'iodure de potassium, il se forme une combinaison complexe dans laquelle interviennent l'albumine, l'iode et l'argent; cette combinaison est soluble, car le précipité d'iodure d'argent (quand il se forme, et il ne se dépose alors qu'au bout de plusieurs heures) est en très-minime quantité, comparativement à celle qu'on en recueillerait en faisant réagir les mêmes proportions d'azotate d'argent et d'iodure alcalin dans l'eau pure; ce précipité, en outre, peut être redissous par un excès de ce dernier sel, sans qu'il se reforme ultérieurement en étendant la liqueur, comme cela a lieu pour l'iodure double de potassium et d'argent.

On peut diminuer ou forcer les proportions des trois sels, mais il faut employer des doses égales de chacun d'eux, ou augmenter seulement celle de l'iodure alcalin, pour ne pas troubler la transparence de la solution.

Cette solution *albumineuse iodo-argentique* peut servir de type à une formule rationnelle dont tous éléments seraient absorbables sans décomposition, et qui aurait l'avantage de transporter dans les humeurs organiques, dans le sang, deux corps, l'argent et l'iode, dont la combinaison binaire, en raison ultime, n'aurait pour résultat que la formation d'un composé non susceptible d'altérer la couleur de la peau, ou incapable de l'altérer au même degré que les autres composés argentiques.

Deux faits autorisent à prévoir ce résultat :

1° Malgré la double action réductive des matières organiques et de la lumière sur les sels d'argent, la solution albumineuse iodo-argentique reste exposée à l'air et au jour sans changer de couleur.

2° Si l'on verse cette solution dans du sérum de sang, il ne se forme aucun précipité; le sérum s'éclaircit, au contraire, et, exposé à la lumière, conserve indéfiniment sa couleur.

C'est dans les cliniques spéciales où sont réunis de nombreux épileptiques, que pourraient être jugées en dernier ressort ces prévisions.

(La fin au prochain numéro.)

CORRESPONDANCE MÉDICALE.

QUELQUES OBSERVATIONS DE MALADIES DE L'UTÉRUS ET DE SES ANNEXES; **communiquées par le docteur Lucien Papillaud.**

Obs. I.— Rosaria, mulâtresse de 30 à 34 ans, d'une forte constitution, ayant joui jusqu'alors d'une santé parfaite, éprouvait depuis quatre mois des hémorrhagies utérines graves et fréquentes. Le bas-ventre avait subi une augmentation de volume qui en imposa pour une grossesse aux yeux d'un médecin et de quelques accoucheuses. Au toucher, on trouve la matrice à peu près sextuplée de volume, descendue jusqu'à la moitié du vagin et ayant son col assez largement ouvert pour laisser pénétrer deux doigts jusque dans le corps de l'organe. La consistance de la matrice est molle; elle est médiocrement sensible au toucher; tout l'hypogastre est douloureux. Les hémorrhagies étaient précédées de douleurs sympathiques qui paraissaient occuper le foie et l'estomac et qui étaient accompagnées de vomissements bileux, de réaction fébrile et d'une grande prostration. La malade était considérablement amaigrie et affaiblie.

Cet état nous parut caractériser une hypertrophie vasculaire de la matrice. Le traitement fut commencé par la limonade sulfurique, le seigle ergoté et l'acétate de plomb. Les hémorrhagies qui, avant cette médication, étaient à peu près continuelles, diminuèrent graduellement sous son influence. Quand elles furent à peu près éteintes, on donna l'iodure de potassium. Tout semblait aller bien, l'utérus revenait peu à peu sur lui-même, lorsque tout à coup et sans cause occasionnelle connue, apparurent comme par explosion les symptômes d'une lymphite utéro-pelvienne des plus redoutables; ils furent précédés et accompagnés par une perte terrible, des vomissements que rien ne pouvait arrêter, des douleurs affreuses dans l'hypogastre qui s'irradiaient dans tout l'abdomen, un écoulement sanieux et fétide, le gonflement du membre abdominal droit, dans toute son étendue, et enfin ils se terminèrent par l'ouverture d'un phlegmon pelvien dans le rectum et l'issue d'une énorme quantité de pus par l'anus. En présence d'accidents si formidables et ayant entre nos mains une malade épuisée par une longue maladie, des pertes antérieures et une hémorrhagie actuelle, nous ne fîmes qu'une seule saignée locale et encore très-modérée; après quoi nous nous abandonnâmes à l'efficacité des onctions mercurielles à hautes doses et à la marche naturelle de la maladie. Rosaria guérit avec ce simple traitement, et bien que la quantité de pommade mercurielle consommée en onctions eût été considérable, elle n'éprouva point la salivation. Une fois cette crise passée le trai-

tement par l'iodure de potassium fut repris et continué pendant deux mois. Pendant ce temps la matrice re.int sur elle-même, remonta à sa place naturelle dans le bassin et reprit à peu près son volume normal, l'écoulement puro-sanguin se tarit, et enfin la menstruation se rétablit parfaitement.

Cette femme jouit actuellement (deux ans après) d'une santé florissante.

Obs. II. — A., marchande ambulante, de 40 à 45 ans, était depuis longtemps affectée d'hémorrhagies utérines fréquentes et graves qui souvent l'avaient obligée de suspendre ses travaux et de s'aliter. Nous fûmes appelé près d'elle dans une de ces circonstances.

Cette femme était pâle, maigre et débilitée; l'utérus était médiocrement hypertrophié, dur, béant et granuleux à l'intérieur. Nous employâmes d'abord le sulfate de fer et le seigle ergoté qui ne parvinrent pas à enrayer définitivement la perte de sang. Alors nous pratiquâmes pendant deux jours des injections intra-utérines avec une solution assez chargée de nitrate d'argent. Après deux injections, l'hémorrhagie était parfaitement guérie. L'introduction du liquide médicamenteux était suivie d'injections vaginales d'eau tiède suffisamment répétées pour faire un lavage complet; peu de temps après se manifestait de la chaleur et de la tension qui n'allaient pas jusqu'à se transformer en douleur.

A peine sortie du lit depuis quelques jours, cette femme alla à une foire voisine où elle passa toute une journée debout occupée à débiter ses marchandises par un temps de vent et de gelée très-intenses. Le soir même, elle fut saisie de fièvre, et on la ramena le lendemain au lieu de notre résidence. Nous la trouvâmes avec les symptômes d'une métro-péritonite grave; fièvre avec concentration du pouls, ballonnement et excessive sensibilité du ventre, vomissements, constipation, décubitus dorsal, face grippée, etc. Le délire ne tarda pas à se joindre à tout cela.

Nous ne pouvions nous permettre de saigner une femme exsangue comme l'était celle-ci, et du reste la mesure des émissions de sang qu'elle aurait pu supporter aurait été une dose insuffisante pour agir sur une phlegmasie si grave; il nous parut donc qu'il n'y avait de ressource que dans la médication par les onctions mercurielles à hautes doses. La salivation qui survint du deuxième au troisième jour, ne nous empêcha pas de poursuivre ce traitement avec activité jusqu'à ce que la maladie parût complétement enrayée. La guérison fut décidée en un septénaire. La stomatite mercurielle fut une maladie à part, très-intense et trois fois plus longue que la métro-péritonite. Trois ou quatre mois après, cette femme n'avait pas encore eu de récidive d'hémorrhagie.

Obs. III. — B., femme de 45 à 48 ans, n'ayant jamais eu d'enfants, était affectée depuis environ dix ans de pertes utérines qui l'obligeaient à garder le lit tant pour modérer l'écoulement du sang qu'en raison du degré de faiblesse auquel elle était parvenue. Cette malade avait été traitée par plusieurs médecins, mais aucun n'avait exploré l'utérus. Notre premier soin fut de pratiquer le toucher; nous trouvâmes la matrice descendue d'un tiers de la hauteur du vagin, béante, hypertrophiée et fortement déviée à gauche. La cavité utérine pouvant être explorée avec le doigt, on la sentait parsemée de grosses granulations molles et allongées; une partie du méat urinaire et le clitoris étaient transformés en un putrilage noirâtre de consistance de gelée et furent excisés. L'utérus fut accroché avec des pinces-érignes et abaissé jusqu'à la vulve; il nous fut assez facile de pratiquer une opération qui consista à *tondre* l'intérieur de cet organe, c'est-à-dire à exciser les granulations avec des ciseaux courbes le plus au ras de la muqueuse qu'il fût possible; cette excision une fois achevée, nous cautérisâmes avec le nitrate d'argent solide toute la cavité utérine. La manœuvre, l'excision et la cautérisation ne furent que médiocrement douloureuses, et il n'y eut point d'hémorrhagie. Nous prescrivîmes des injections de décoction d'écorce de chêne, et à l'intérieur le seigle ergoté à la dose de 6 centig. par jour. L'hémorrhagie continuelle cessa, et l'état général s'améliora tellement que la malade put se lever et se livrer aux occupations de son ménage.

Cet état satisfaisant dura plusieurs mois, à la suite desquels nous fûmes rappelé pour voir une tumeur que cette femme avait vue se développer au niveau de l'échancrure sciatique gauche et qui était le siége de douleurs sourdes. Cette tumeur avait le volume d'un œuf de dinde; elle paraissait isolée et extérieure au bassin. Nous en proposâmes l'ablation qui fut refusée.

Trois mois plus tard, nous étions rappelé pour cette même tumeur qui avait alors le volume d'une tête de fœtus à terme et faisait corps avec une masse considérable située dans le bassin, dont un autre prolongement faisait saillie dans l'aine gauche. Il n'y avait pas d'opération possible; la malade était émaciée et avait le teint jaune paille des cancéreux. Elle reprit sa place au lit pour n'en plus sortir que morte; du reste, elle vécut encore plus d'un an après l'apparition de la tumeur du bassin.

Obs. IV. — Vicencia, âgée de 40 à 42 ans, bien réglée, ayant depuis une dizaine d'années des symptômes syphilitiques consécutifs qui n'ont pas cédé à plusieurs traitements par diverses préparations de mercure, de salsepareille et divers robs. Ces symptômes syphilitiques consistaient, lorsque nous vîmes pour la première fois cette malade, en ulcérations pharyngiennes, douleurs ostéocopes, plaques de végétations granulées à la paroi postérieure du vagin, et enfin en l'apparition irrégulièrement périodique d'ulcérations cutanées, à bords taillés à pic et à fond grisâtre, ulcérations que cette femme guérissait elle-même en les cautérisant avec du nitrate d'argent. Nous essayâmes d'un traitement par l'iodure de potassium et le proto-iodure de mercure, aidé d'insufflations de poudre d'alun et calomel dans le pharynx comme topique. Les ulcérations de l'arrière-bouche guérirent, les douleurs ostéocopes se calmèrent et l'apparition des ulcérations cutanées devint de plus en plus éloignée. (Ajoutons dès à présent que quelques mois après la fin du traitement ce symptôme reprit sa marche habituelle.) Quant à la couche granuleuse de végétations vaginales, elle demeura stationnaire.

Après son traitement antisyphilitique, cette femme nous pria d'examiner une tumeur qu'elle portait à la matrice et qu'elle-même avait depuis longtemps reconnue et touchée avec le doigt. Cette tumeur était constituée par la moitié inférieure du col utérin, tandis que la portion supérieure et le corps tout entier de la matrice étaient à l'état normal; elle était d'une dureté ligneuse, non bosselée, indolente; il existait un écoulement blanc; l'ouverture du col était béante et la totalité de la matrice était abaissée d'un quart à un tiers de la hauteur du vagin. L'iodure de potassium ayant fait partie d'un traitement qui venait de durer trois mois, il était évident qu'il était sans action sur cette tumeur. Nous essayâmes des cautérisations intra-utérines; nous nous servîmes du porte-caustique urétral de Lallemand, et nous touchâmes alternativement et en séances séparées la surface vaginale du col et sa cavité; l'intervalle qui séparait ces cautérisations était de huit jours au moins et de quinze jours au plus; chacune d'elles déterminait de la chaleur dans le petit bassin et un accroissement passager de l'écoulement. Le résultat fut de diminuer rapidement le volume de cette tumeur jusqu'à la réduire environ de moitié; une fois arrivées à ce point, les cautérisations furent vainement continuées, suspendues, puis reprises, la tumeur demeura la même et existe encore telle aujourd'hui, trois ans après. A chaque époque menstruelle, il y a turgescence sensible de cette tumeur qui, une fois les règles finies, revient à son volume antérieur. Pour tout le reste et à l'exception des ulcérations cutanées qui viennent, passent et reparaissent, Vicencia jouit d'une santé régulière.

Obs. V. — C., négresse libre, âgée de 30 ans environ, ayant eu des grossesses antérieures, était, depuis à peu près quatre mois, affectée de vomissements bilieux, de douleurs dans le côté gauche de l'abdomen, de suppression du flux menstruel, de palpitations de cœur, d'une augmentation du volume du ventre, et enfin d'amaigrissement général. A cette époque de sa maladie, elle vint nous consulter, ne nous donna que des renseignements vagues et ne fut point soumise à un examen rigoureux. En vue des symptômes généraux seulement, nous lui prescrivîmes des préparations de fer. L'état général s'améliora, les vomissements cessèrent, l'accroissement du volume du ventre s'arrêta, la malade recouvra des forces. On dut abandonner la supposition d'une grossesse, qui jusque-là avait paru possible. Après le fer, nous ordonnâmes l'infusion d'un mélange à parties égales de *pareira brava, dorstenia contrayerva* et serpentaire de Virginie. Cette préparation, prescrite comme emménagogue, n'eut aucun résultat. Une troisième médication, les bains de rivière, ne réussit pas mieux.

Ces résultats négatifs nous firent examiner la malade avec attention, et voici dans quel état nous la trouvâmes.

L'affection datait de six à sept mois, et le ventre avait le volume d'une grossesse de trois mois à trois mois et demi, mais il n'était pas régulièrement développé; il était dur et douloureux à droite, où régnait aussi une matité très-étendue. La fluctuation ne put y être constatée. Le col de l'utérus paraissait normal; le corps, dans sa moitié droite, semblait se continuer avec une tumeur dont le doigt percevait médiatement la sensation à travers la paroi du vagin, et qui devait occuper la fosse iliaque droite. Il nous parut qu'il s'agissait d'une tumeur, soit de l'ovaire, soit de la trompe, soit comprenant ces deux organes ensemble, ou enfin d'une tumeur utérine interstitielle; quant à sa nature, elle nous restait inconnue.

La malade fut mise à l'usage interne de l'iodure de potassium et aux onctions mercurielles sur le côté droit de l'hypogastre. Huit jours ne s'étaient pas écoulés depuis le commencement de cette médication, quand la malade fut prise de douleurs à la suite desquelles elle rendit par l'utérus et le vagin environ un demi-litre de liquide séro-purulent. La sortie de ce liquide fut suivie d'un écoulement séro-puro-sanguin qui dura quelques jours.

Examinée le lendemain de cette crise, cette femme présentait encore une légère dilatation du col utérin; elle éprouva une réaction fébrile de deux ou trois jours; les mamelles ressentirent une très-faible irritation sympathique, mais ne sécrétèrent point de lait.

Aucun débris de membranes ou de placenta ne fut aperçu. Le ventre revint sur lui-même, le rétablissement fut complet en quelques jours.

Nous croyons que la collection de liquide occupait l'ovaire et la trompe, et qu'elle se sera vidée dans la matrice par l'orifice naturel de cette dernière. Nous avouons que nous regardons comme le fait d'une simple coïncidence que la maladie se soit terminée de cette manière, pendant que nous faisions un traitement par l'iodure de potassium et les onctions mercurielles.

Obs. VI. — R., âgée de 46 ans, mère de plusieurs enfants, dont le plus jeune a environ 4 ans, ayant joui jusqu'à 43 ans d'une bonne santé, éprouva, environ trois ans avant le moment où commence cette observation, une douleur subitement développée dans le côté gauche, et qui persista avec des exacerbations et diminutions d'intensité jusqu'au terme de la maladie. La menstruation s'était arrêtée pendant trois mois, sans que cette circonstance apportât de notables perturbations dans l'état habituel; elle reparut au bout de ce temps, continua régulièrement pendant quatre ou cinq mois, puis se supprima une seconde fois pendant deux ou trois mois, après quoi vinrent des hémorrhagies à peu près continuelles. A partir de ce moment aussi commença un développement graduel du ventre; deux mois plus tard, accroissement du volume des seins, et enfin, quelque temps après, infiltration des membres inférieurs.

A cette période de son affection, la femme R. réclama nos soins, et nous la trouvâmes dans l'état suivant :

Ventre ayant le volume d'une grossesse de cinq mois, mou, souple et indolent; œdème des membres inférieurs s'étendant jusqu'aux parois abdominales; irrégularités dans la marche de cet œdème, tantôt un seul membre est infiltré, tantôt l'infiltration est limitée à la moitié seulement; d'autres fois infiltration inégale des deux membres abdominaux. Diminution des forces et de l'appétit;

de temps en temps il vient du dévoiement, et les selles sont douloureuses; urines rares. Le cœur a des palpitations irrégulières, sans bruit anormal; des vomissements bilieux ont lieu presque tous les matins. Il existe un écoulement puro-sanguin très-fétide; col utérin gros, mou, abaissé, un peu effacé et ouvert à laisser pénétrer le doigt.

L'auscultation de l'utérus ne fut point pratiquée. Incertitudes de diagnostic; nous ne nous arrêtâmes point à la supposition d'une grossesse, et sans être éclairé sur la nature du mal, nous en reconnûmes l'utérus pour le siége. Fomentations sur l'abdomen avec de la teinture d'iode très-étendue d'eau; injections vaginales émollientes et légèrement iodées; lavements émollients. A l'intérieur, vin diurétique amer, puis préparation de fer.

Amélioration notable, mais plus tard réapparition de l'écoulement puro-sanguin, avec une abondance encore inconnue; cessation des préparations de fer.

Peu de temps après apparut un soir une hémorrhagie des plus graves qui se prolongea jusqu'au lendemain; à trois heures du matin, nous trouvâmes la malade dans un état de faiblesse et de pâleur extrêmes; le pouls avait perdu toute résistance; elle avait déjà eu plusieurs syncopes prolongées, une sueur froide la couvrait; elle éprouvait des tintements d'oreille, des éblouissements, etc., enfin tout le cortége symptomatique des grandes déperditions de sang.

Cette femme, qui disait avoir subi des douleurs analogues à celles de l'enfantement, avait expulsé hors du vagin une masse charnue considérable; des lambeaux de cette masse existaient encore dans le vagin, à demi sortis de la matrice, et furent extraits; le col, complétement effacé, avait une dilatation presque égale à celle qui s'opère pour l'accouchement, et le corps de l'utérus formait dans l'abdomen une boule remontant jusqu'auprès de l'ombilic. Ventouses sèches sur les seins; injections vaginales froides et vinaigrées; limonade sulfurique; seigle ergoté.

Dès la première dose de cette dernière substance, l'hémorrhagie diminua et puis s'arrêta peu à peu, pendant que de nouveaux lambeaux étaient encore expulsés.

Quarante-huit heures après, fièvre de lait parfaitement caractérisée, puis enfin écoulement lochial qui dura de douze à quinze jours; après quoi, guérison parfaite.

La masse charnue expulsée pendant l'hémorrhagie était une môle vésiculaire du poids de 2 à 3 kilogrammes environ, informe, molle, spongieuse, infiltrée de sang coagulé ou liquide et composée de vésicules blanches du volume d'une amande contenant, les unes un liquide incolore, les autres un gaz, et de colonnes charnues de texture celluleuse et de dimensions très-variées qui s'entremêlaient et se croisaient en tout sens. Coupée minutieusement dans toutes ses parties, cette môle présenta partout identité de texture et de formation; ni cavités, ni noyaux indurés, ni débris de fœtus ou d'autres parties de l'œuf humain ne s'offrirent à notre observation. Une môle est-elle toujours et nécessairement un produit de conception, et ses vésicules ne sauraient-elles avoir d'autre origine que les vaisseaux plantaires ou les renflements celluleux du chorion? Pourquoi un simple épanchement de sang qui, dans d'autres cavités et même dans le tissu cellulaire se transforme et s'organise d'une multitude de manières, ne pourrait-il pas jouer le même rôle dans la cavité de l'utérus?

Obs. VII. — Nous avons eu l'occasion d'observer une autre môle vésiculaire sur une jeune femme récemment mariée, et qui, ne voyant pas ses règles depuis deux ou trois mois, se croyait enceinte. A la suite d'un voyage, elle fut réveillée un matin par une hémorrhagie qui s'accompagna bientôt de douleurs et de contractions utérines, et sur les deux heures après midi, elle expulsa par lambeaux une môle vésiculaire exactement semblable à celle de l'observation précédente, mais des trois quarts moins volumineuse.

Chez cette femme, l'hémorrhagie, quoique abondante, n'avait pas encore fait faiblir le pouls. Nous remarquâmes que pendant que cette malade rendait et avait encore à rendre des portions de sa môle, elle avait expulsé quelques caillots sanguins exactement moulés sur l'intérieur de la matrice, et munis de deux prolongements latéraux correspondant aux trompes qu'ils paraissaient avoir occupées dans presque toute leur longueur. Ces caillots avaient juste les dimensions d'un utérus normal, ce qui signifiait que, pour le moment, celui-ci était dilaté à un degré équivalent à l'épaisseur de ses parois. Or nous nous demandions comment, la môle n'étant pas toute sortie, il se pouvait que la cavité de l'utérus fût si petite et que son empreinte fût si régulière, malgré la présence d'un corps étranger? Cette môle, de même que la précédente, ne contenait que des vésicules et des colonnes charnues, et pas le moindre vestige d'œuf humain.

Nous terminerons cette note en parlant d'un moyen diagnostique des écoulements blancs chez les femmes. Il est toujours utile, pour le traitement, de savoir quelle est leur source, c'est-à-dire s'ils viennent de l'utérus ou seulement du vagin; souvent, dans ces cas, le toucher n'apprend rien, et quelquefois le spéculum n'apprend pas plus que le toucher. L'odeur de l'écoulement peut fournir un indice certain; quand il est sécrété par les follicules vaginaux et vulvaires, il a une odeur forte et pénétrante que nous nommerons *caséeuse*, pour être celle de la matière caséiforme qui s'amasse à la surface des muqueuses les plus externes des organes génitaux de l'un et de l'autre sexe, et aussi pour être analogue à l'odeur des fromages de haut goût. Lorsque l'écoulement est sécrété par la muqueuse utérine, il a l'odeur fade et nauséabonde, particulière au liquide de l'amnios, et que, pour cette raison, nous appellerons *odeur amniotique*. Ce simple signe est, nous le répétons, bien au-dessus du toucher et du spéculum; cependant il faut pratiquer le toucher pour l'obtenir, et ce n'est que la matière dont s'est recouvert le doigt pendant cette exploration qui peut l fournir.

NOTE SUR LES PESSAIRES EN PORCELAINE, FORME DE CALICE; par M. le docteur Gaillard (de Poitiers).

A M. CHARRIÈRE, FABRICANT D'INSTRUMENTS DE CHIRURGIE.

Mon cher Charrière, je voudrais appeler votre attention sur un sujet qui ne me paraît pas avoir été suffisamment étudié au point de vue pratique: je veux parler des pessaires.

Malgré les justes reproches qu'on leur adresse et la réprobation qui leur est infligée par des chirurgiens éminents, malgré l'incertitude qui règne encore sur les états pathologiques qui réclament cette médication, les pessaires sont d'un usage journalier: les bandagistes en débitent par douzaines; plusieurs malades s'en trouvent bien, les appliquent et les renouvellent sans prendre l'avis de leur médecin. Ces faits méritent d'être pris en grande considération.

Cependant les appareils que nous employons sont loin d'être sans défauts. Les pessaires d'ivoire arrivent de suite à des prix fort élevés. Les pessaires en caoutchouc s'altèrent, deviennent en peu de temps des foyers d'infection, et veulent être souvent renouvelés.

Les formes adoptées ne sont guère satisfaisantes; la gimblette plus solide au poste, et à ce titre préférée par la plupart des malades, ne peut être ni placée ni déplacée sans difficulté. Elle prend dans la cavité du vagin des positions irrégulières. Le bilboquet affecte presque toujours la forme malheureuse d'un cône dont le sommet est en bas; il s'engage au moindre effort par sa petite extrémité dans l'orifice vulvaire, le fatigue, le dilate graduellement et le franchit à la longue. Il y a bien à dire encore sur l'idée qu'on se fait en général des points d'appui que prend le pessaire pour se maintenir dans la cavité du vagin. Ce ne sont point les ischions, ce n'est pas même l'orifice vaginal tout entier; c'est particulièrement le plancher du périné, la portion fibreuse et musculaire de l'anneau vulvaire, c'est-à-dire sa moitié postérieure, qui portent le pessaire et le gardent à l'intérieur; aussi quand ces tissus ont perdu leur résistance normale, aucun pessaire ne peut être maintenu, le toucher fait connaître l'étendue de la cavité vaginale qui, semblable au rectum, s'élargit à sa partie inférieure, puis la résistance du périnée, éléments nécessaires au choix d'un bon pessaire.

Il me semble que l'on devrait trouver pour ces appareils des substances inaltérables et de peu de valeur; on faciliterait ainsi les assortiments de toutes formes et variétés que ne peuvent se procurer, dans l'état actuel des choses, ni les praticiens isolés ni les établissements de bienfaisance. Sous ce double rapport, la porcelaine devrait convenir. Des gimblettes, des bilboquets de porcelaine ne manqueraient ni de solidité ni de durée. Ces appareils seraient creux, ce qui diminuerait bien leur pesanteur.

Les bilboquets sont tout à fait vicieux, comme nous l'avons dit; je préférerais la forme de calice, face supérieure un peu excavée pour loger le col utérin; base arrondie, élargie, pour prendre un point d'appui solide sur le plancher du périné et résister aux efforts d'expulsion; pied très-court, percé, ainsi que le corps de l'instrument, d'un conduit cylindrique destiné à recevoir des injections (1).

La paroi postérieure (rectale) du vagin étant beaucoup plus longue que la paroi antérieure (vésicale) de ce conduit, il nous semble que la face postérieure de l'instrument devrait être plus haute que sa face antérieure, et que le pied du pessaire ne devrait pas être central, mais porté en avant. Le bord postérieur, prolongé formerait un bec arrondi qui, se logeant en arrière dans le cul-de-sac du vagin, maintiendrait en place le col de l'utérus.

Cet instrument sera très-facile à placer par la malade elle-même, puisqu'il entrera dans le vagin par sa petite extrémité, ce qui est le contraire des autres pessaires. Pour l'introduire, on prend le pied; on présente le bec à la vulve, le dos de l'instrument étant tourné vers la branche du pubis; puis, à mesure qu'on pénètre, on ramène ce dos en arrière et vers la fourchette, au-dessus de laquelle il se loge pour extraire l'instrument. On saisit le pied; on le porte vers le pubis, de manière à faire glisser le dos de l'instrument sur la fourchette.

(1) Elles doivent être composées d'une infusion aromatique de cerfeuil, serpolet, mélilot, thym...., ou d'une décoction astringente de feuilles de ronces, d'écorce de chêne, de feuilles de noyer, au moins d'eau d'orge miellée. On additionne ces injections d'alun ou de borate de soude pour resserrer les membranes et consolider le pessaire. Jamais on ne doit injecter les décoctions de guimauve, riz, fécule, qui rendent les tissus flasques et mollasses.

Nous avons des modèles de $0^m,082$ de hauteur sur $0^m,135$ de circonférence; d'autres de $0^m,100$ de hauteur sur $0^m,150$ et $0^m,160$ de circonférence. Le pied est toujours de $0^m,020$ environ de hauteur. On pourrait avoir pour les divers déplacements utérins des pessaires variés et appropriés.

Il existe parfois une autre indication : c'est de fournir au pessaire un appui de l'extérieur. Chez quelques personnes, cette nécessité est passagère; elle ne se fait sentir qu'à certains moments. Vers le temps des règles, à l'occasion d'un voyage et d'autres fois, les malades ne peuvent se passer de support.

Si on adoptait la règle fort sage, proposée par M. Dubois, d'enlever le pessaire tous les soirs pour le remettre tous les matins, il serait indispensable d'employer un pessaire d'un petit volume, et le support deviendrait nécessaire. J'ai adapté avec succès à notre pessaire *en calice* un support mobile; il se compose d'un mandrin en ébène, terminé à sa partie inférieure par un anneau d'argent. Une fois le pessaire introduit, on place le pivot d'ébène dans le canal que présente son pied; puis, au moyen de quelques liens, on fixe le tout à une ceinture, de telle sorte que le pied soit abaissé en arrière vers la fourchette.

Notre appareil, simple, peu dispendieux, facile à maintenir, facile à renouveler, donnera l'occasion d'expérimenter plus largement que par le passé, et nous aidera à résoudre la question si controversée de l'*opportunité des pessaires*. Déjà quelques observations sont venues nous encourager, et l'appareil a réussi :

Pour plusieurs femmes âgées, atteintes de prolapsus;

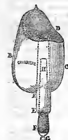
Chez une malade, jeune encore, qui offrait une chute de l'utérus au second degré, sans lésion apparente de cet organe;

Enfin pour une femme de 30 ans, enceinte de deux mois et demi, et atteinte d'un prolapsus. Le col utérin, qui faisait à l'extérieur une saillie de 3 centimètres, était cependant gonflé, congestionné et superficiellement ulcéré dans l'étendue d'une pièce de 2 francs.

Je vous remets, mon cher Charrière, deux modèles en porcelaine, figurés d'après ces indications; je suis persuadé que vous y ajouterez des perfectionnements qui les rendront plus avantageux aux malades. C'est par votre dévouement aux intérêts de la science que vous avez acquis une place si honorable dans la famille médicale.

Agréez, etc.

PESSAIRE CALICE.



A.	Bec qui se loge en arrière du col utérin.
ABK.	Face postérieure.
BK.	Base du pessaire.
DHE.	Canal central.
D.	Face supérieure creuse en fossette.
E.	Pied du pessaire.
F.	Pivot-support.
G.	Anneau du pivot.
Diamètre de BC	0,052.
Circonférence BC	0,160.
Hauteur AE	0,100.
Support	0,025.

NOTE SUR LES APPAREILS OUATÉS; par M. BURGGRAEVE, professeur à l'Université de Gand.

Monsieur le rédacteur,

Dans les questions de principe qui se rattachent à la pratique, les faits seuls sont juges; seuls ils doivent dicter la conduite du médecin, et offrent une garantie suffisante contre les entraînements et les dangers de la théorie. Combien de fois cette dernière n'est-elle pas venue échouer contre leur contrôle sévère! Ces réflexions sont applicables aux appareils inamovibles que tant de chirurgiens critiquent et que si peu appliquent, quand ce ne serait que pour motiver le rejet qu'ils en font. Vous-même, monsieur le rédacteur, vous vous êtes occupé souvent de cette question; permettez-moi d'y revenir, et d'apporter à ses solutions le résultat de notre expérience. Trois années d'essais absolus vous paraîtront peut être un titre suffisant pour intervenir dans le débat important des appareils inamovibles, débat tant de fois soulevé et non encore vidé en ce moment. Mais nous avons hâte d'en venir aux faits. Nous prendrons ceux qui se sont produits le plus récemment dans notre service.

FRACTURE DE LA JAMBE GAUCHE, AVEC PLAIE.

OBS. I. — Le nommé Langerock, âgé de 32 ans, a eu la jambe gauche fracturée dans une chute en arrière. L'éclat des deux os, qui a eu lieu vers leur partie moyenne, a déchiré les chairs. Le fragment tibial, coupé en biseau, fait une saillie d'un demi-travers de doigt. Le membre est fortement déformé dans sa longueur, sa direction et sa circonférence. Il y a un épanchement de sang considérable. Le blessé est dans un état de stupeur voisin de la syncope. Dès notre arrivée, nous procédons à la réduction et à l'application d'un appareil définitif. Pour cela, et sans avoir égard à la plaie, nous enveloppons la jambe d'une couche épaisse de ouate cardée (deux à trois travers de doigt), et pendant que l'extension et la contre-extension sont faites par des aides, nous l'entourons de trois attelles de carton mouillé, s'adaptant exactement au membre, depuis le pied jusqu'au delà du genou, afin de n'en faire qu'une pièce. Tout cet appareil est maintenu au moyen d'une forte bande roulée, trempée dans une solution de colle d'amidon. Le pansement terminé, nous avons soin de le modeler exactement sur la jambe, ce qui fut facile, étant mouillé; enfin nous le laissons sécher dans une gouttière de carton sec et dur. Cet appareil, aussi simple que facile dans son application, ne fut ouvert que le huitième jour, en l'incisant le long de la crête du tibia avec les ciseaux de M. Seutin. La coque, sous laquelle il n'existait pas de creux, se détendit comme une boîte à ressort. Il n'y avait aucune empreinte dans les chairs. Quant à la plaie, la lymphe, transsudée en gommant la ouate en contact avec elle, l'avait tenue hermétiquement fermée; aussi elle ne présentait aucune tendance ni à l'inflammation ni à la suppuration, et elle était en voie de cicatrisation. L'appareil fut refermé, après avoir eu soin de rafraîchir la ouate. Le blessé put se lever dès le commencement, et même se promener la jambe suspendue dans un étrier. La réunion de la fracture eut lieu en vingt-deux jours, et la consolidation en moins de quarante-huit, laissant un cal peu apparent.

Le fait qu'on vient de lire résume toute notre pratique dans les fractures, compliquées ou non. Les plaies par déchirure ou piqûre sont pour nous comme non avenues, c'est-à-dire que nous en faisons abstraction dans le pansement, bien certain que la nature se chargera de leur guérison sans ces topiques ou ces auxiliaires, souvent plus nuisibles qu'utiles. L'important, c'est de les tenir hors du contact de l'air, indication que la ouate remplit d'une manière absolue, et de les maintenir dans l'immobilité, ce que produit l'appareil dans son ensemble. Jamais nous n'avons recours ni aux résolutifs ni à l'eau froide; l'engorgement, tant actif que passif, est prévenu ou dissipé par la compression méthodique. Notre manière de procéder constitue un véritable moulage, bien plus exact que les moules en plâtre ou en sable et n'en ayant pas les inconvénients. S'agit-il d'une fracture autre que celle des extrémités, celle de l'épaule, par exemple, le procédé est le même. En voici un exemple.

FRACTURE DU COL ANATOMIQUE DE L'HUMÉRUS.

OBS. II. — Un jeune homme âgé de 14 ans s'est fait une fracture dans l'épaule en tombant de plus de 40 pieds de haut. Le coup ayant porté sur le coude, la tête humérale s'est détachée de sa diaphyse et du corps de l'os, que la violence du choc a fait saillir à travers les chairs. Il existe en dessous de l'acromion une plaie transversale dans laquelle est engagé un fragment appartenant au grand trochanter. La nature de la fracture n'est donc pas douteuse : elle est extra-capsulaire et dans le col anatomique de l'os. Le blessé, après que la réduction eut été faite, est placé dans une espèce de cuirasse comprenant l'épaule et le thorax. A cet effet, le torse est enveloppé de ouate, puis différentes pièces de carton sont juxtaposées, une en forme de ceinture, faisant le tour du thorax et du bras de manière à l'emprisonner, une sur l'épaule, et passant sous le coude de manière à soutenir ce dernier et à empêcher l'épaule de remonter. Ce pansement fut terminé par le bandage de Desault pour les fractures de la clavicule, et le tout enduit d'une couche de colle d'amidon. Aucun accident ne se déclara, pas plus que dans le cas précédent. La plaie, malgré sa profondeur, se réunit par première intention.

FRACTURE DES OS DE L'AVANT-BRAS, AVEC PLAIE.

OBS. III. — Un garçon de ferme, en voulant retenir ses chevaux, fut lancé contre un arbre et eut l'avant-bras droit rompu vers sa partie moyenne. Le fragment inférieur du cubitus fait saillie à travers la peau, qui est percée par lui. Il y a épanchement de sang considérable. La réduction faite, ce qui put avoir lieu sans débridement, le membre est enveloppé de ouate, et l'espace interosseux maintenu par deux attelles on pièces de carton interosseuses. Des attelles communes, en forme de gouttières, maintiennent ensuite le bras dans la demi-flexion, et le tout est entouré d'une bande roulée trempée dans la colle d'amidon. Cet appareil resta en place pendant dix jours, au bout desquels nous l'incisâmes afin de rafraîchir la ouate. La réduction était complète et la plaie en voie de cicatrisation.

FRACTURE DE LA JAMBE, AVEC PLAIE.

OBS. IV. — Un petit garçon âgé de 12 ans se fractura la jambe droite en sautant un fossé. Le tibia a percé les chairs. Quand le blessé fut apporté dans notre service, il existait déjà un gonflement inflammatoire considérable. L'appareil ouaté fut appliqué immédiatement; aussi les douleurs, fort intenses, disparu-

rent. La coque ne fut incisée que le douzième jour. La réunion du cal était alors assez avancée pour permettre au malade de soulever le membre. Cette réunion n'a rien d'étonnant quand on réfléchit aux conditions dans lesquelles l'appareil ouaté place les fractures. Non-seulement il y a immobilité et juxtaposition parfaites, mais il se produit autour de la fracture une espèce d'incubation que nous ne pouvons mieux comparer qu'à celle de l'œuf fécondé. Grâce à une évaporation très-rapide, les matériaux plastiques sont concentrés et s'organisent en moins de temps qu'il n'en faut dans les circonstances ordinaires à la résolution des matières épanchées. Nous observons généralement que la tumeur du cal est peu prononcée.

La rapidité de la formation du cal est encore démontrée dans le fait suivant.

FRACTURE DE LA JAMBE, SANS PLAIE, AVEC ENGORGEMENT INFLAMMATOIRE.

Obs. V. — Un individu, étant ivre, se fractura la jambe droite. L'accident ayant eu lieu au milieu de la nuit, de sorte que le blessé ne put être transporté immédiatement à l'hôpital, il s'est développé un gonflement inflammatoire très-intense. A la visite du matin, nous trouvons le membre dur, tendu, rouge et douloureux. Le blessé n'est pas revenu complétement de son état d'ivresse. Malgré le gonflement, l'appareil est appliqué et laissé en place pendant toute la durée du traitement. Il ne fut ouvert que deux fois, afin de rafraîchir la ouate. Le seizième jour, la réunion de la fracture permit au blessé de lever le membre. Cependant la coque fut maintenue jusque vers la fin de la sixième semaine.

On conçoit combien l'appareil ouaté doit être efficace dans les cas de délire nerveux qui exposent à des dislocations et peuvent rendre l'amputation nécessaire. Les fractures de la jambe avec luxation du pied perdent ainsi le caractère de danger qu'elles ont généralement, et qui en ont constitué des cas presque absolus d'amputer. Nous en avons eu de fréquents exemples dans notre service.

Nous abrégeons, monsieur le rédacteur, afin de ne pas empiéter sur l'espace que vous voudrez bien nous accorder dans vos colonnes. L'appareil ouaté, par sa simplicité et l'innocuité de son application, doit être préféré à tous les appareils inamovibles : nous disons à tous, car nous ne reconnaissons à aucun autre le degré d'élasticité nécessaire pour s'accommoder aux différents états de gonflement et de retrait des parties molles. L'appareil est inoffensif ; aussi faut-il l'appliquer dans tous les cas, si l'on a à cœur de prévenir les accidents qui compliquent si souvent les fractures. Il est commode, peu dispendieux, et dans les hôpitaux une coque peut servir à différents traitements. Il suffit de renouveler la ouate et de mouiller la coque avant de la réappliquer. Cet avantage sera surtout apprécié par les médecins militaires, souvent si embarrassés dans le transport de leurs blessés. Enfin notre appareil est naturel. Sous ce rapport, il se rapproche de ces méthodes primitives qui ont devancé dans la pratique les appareils compliqués que tant de chirurgiens affectionnent encore, méconnaissant cette règle immuable qu'afin de guérir, il faut se rapprocher autant que possible des règles que la nature elle-même indique, et que les peuples sauvages savent si bien employer, à défaut de science.

Les appareils inamovibles ne sont pas encore généralisés en France : c'est cependant le pays où leur introduction devait subir le moins de difficultés ; car c'est là qu'il a été proposé par des hommes qui n'ont eu d'autre tort que d'être en avant de leur siècle. Sous le rapport de la méthode, notre compatriote M. Seutin a beaucoup fait pour la généralisation du principe de l'inamovibilité. Nous pensons que l'appareil ouaté parviendra à faire tomber les derniers obstacles qui s'opposent encore à son introduction dans la pratique courante.

Agréez, etc.

REVUE DES JOURNAUX DE MÉDECINE.

JOURNAUX FRANÇAIS DES DÉPARTEMENTS.

I. JOURNAL DE MÉDECINE DE BORDEAUX.

Les numéros de décembre 1850, janvier, février et mars 1851, contiennent : 1° *Observation de luxation de l'humérus ;* par M. Dupuy. 2° *Emploi du chloroforme en injection comme moyen abortif de la blennorrhagie aiguë ;* par M. Venot. 3° *Note sur la valeur de l'hydro-ferro-cyanate de potasse et d'urée contre les fièvres intermittentes ;* par M. Costes. 4° *Essai sur les propriétés thérapeutiques des eaux de Vichy ;* par M. Durand-Fardel. 5° *Observation de paraplégie, accompagnée de rétention et d'incontinence d'urine, dépendantes d'une altération des reins ;* par M. Costes.

EMPLOI DU CHLOROFORME EN INJECTION COMME MOYEN ABORTIF DE LA BLENNORRHAGIE AIGUE ; par M. VENOT.

M. Venot n'a pas cessé de prendre au sérieux ses redoutables conclusions sur les *dangers* des injections au nitrate d'argent. Pour ma part, si, après avoir vu un remède être suivi d'accidents entre mes mains, j'apprenais qu'il demeure inoffensif dans la pratique de tous mes confrères, j'en conclurais modestement que je l'avais appliqué ou mal ou mal à propos ; j'en étudierais de nouveau en silence le maniement et les indications. Fortuits ou mérités, je ne transformerais point mes mécomptes personnels en règle générale, et surtout je saurais épargner à la critique le devoir, pénible pour les deux parties, de donner à mes insuccès leur juste signification. M. Venot ne comprend pas ainsi sa situation.

Pour cette fois du moins, la fausse voie dans laquelle il persiste a conduit notre laborieux confrère à des essais fort intéressants et qui peuvent avoir de l'avenir. Il a imaginé d'appliquer les injections de chloroforme pur au traitement abortif de la blennorrhagie. Après avoir tenté de les faire durant l'état inflammatoire, et avoir constaté que la maladie suivait alors son cours comme si l'on n'avait rien fait, il borna ses prétentions à en enrayer la marche. Or voici quels ont été les résultats de cette pratique.

Obs. I. — Ernest R., 19 ans, consulte M. Venot le troisième jour d'un coït suspect ; il présente une démangeaison incommode de l'urètre, surtout vers l'orifice, aréole vive et rouge du méat urinaire, d'où suinte un liquide rare et demi-transparent ; sécheresse et prurit de toute la partie muqueuse du prépuce et du gland ; gonflement quasi-douloureux des cordons spermatiques ; mixtion chaude et comme embarrassée ; peur intense.

L'invasion de la blennorrhagie ne pouvait pas se présenter sous des couleurs plus décisives. M. Venot fit immédiatement l'injection avec le chloroforme, en poussant le liquide par jets successifs et le laissant en contact pendant quelques secondes. Une sensation cuisante, puis une sorte de réfrigération locale, furent les effets accusés par le malade. Le froid surtout fut vif sur l'organe et se propagea à tout l'organisme. Il y eut deux ou trois petits frissons, effets spasmodiques sans suite ni répétition. Le lendemain, amendement marqué dans l'ensemble des prodromes blennorrhagiques. On fait une seconde injection. Deux jours après, disparition totale des signes de la maladie. Dans la quinzaine, Ernest vient annoncer qu'il n'a plus rien observé.

Obs. II. — Raymond V., 50 ans, a depuis deux jours l'écoulement clair et le prurit inflammatoire de la gonorrhée; il urine avec douleur, et, coutumier du fait, vient demander avis à M. Venot sur une application de sangsues qu'il désire faire au périnée. M. Venot lui propose l'injection abortive de chloroforme ; il y consent, et dès le lendemain il n'offre plus trace de l'état de la veille. Deux autres injections sont néanmoins pratiquées.

Obs. III. — Del..., garçon de café, s'irrite dans un travail assidu et sans sommeil pendant trente six heures. Il affirme n'avoir pas eu de rapports sexuels depuis deux mois, et offre néanmoins le 4 juillet, lendemain du jour de ce travail excessif, tous les signes de l'invasion gonorrhéique la plus marquée. Il urine *comme du feu ;* il excrète un liquide clair ; il a le gland couronné d'un cercle rouge cerise. Une demi-érection priapique complète cette physionomie des symptômes initiateurs (le mot appartient à M. Venot) de la chaude-pisse aiguë. Une injection au chloroforme est pratiquée. Froid vif, précédé d'une sorte d'échauffement non désagréable; calme le reste du jour ; repos. Le lendemain, état satisfaisant : nouvelle injection. Suppression de l'écoulement ; l'urine sort sans douleur ; l'aréole du gland s'efface. Trois jours après les organes rentrent dans l'état physiologique le plus complet.

M. Venot affirme avoir réussi de même dans dix autres cas, littéralement semblables, dit-il, à ceux-ci. L'action de ce moyen, ajoute-t-il, est dépourvue de toutes les appréhensions pratiques dont l'azotate d'argent liquide était l'objet. Par elle, nulle crainte de métastases, de déplacements fâcheux ; pas de répercussion ni de guérison factice.

Il est vrai — c'est encore M. Venot qui parle — que cette modification puissante ne paraît acquise au chloroforme que dans une hypothèse trop souvent difficile à saisir ; car les malades en général ne consultent pour une blennorrhagie que lorsque l'écoulement virulent est tout à fait déclaré. Cette circonscription de la faculté abortive du remède à la toute première phase de la maladie semble même à M. Venot un fait si important qu'il ne balance pas, pour le mieux faire ressortir aux yeux du lecteur, de recourir au pléonasme, énonçant textuellement, dans ses conclusions, « que, pour que le chloroforme fasse avorter la blennorrhagie, il faut que celle-ci soit à sa période d'invasion. »

— Nous admettons pleinement les observations de M. Venot pour exactes, et ses conclusions pour très-rationelles ; mais la spécificité du chloroforme, dans ces cas, non plus que sa supériorité sur d'autres agents, ne nous en semblent pas moins rester encore à démontrer. C'est un bon abortif ; d'autres le valent. Il a treize succès en sa faveur ; le nitrate d'argent les compte par milliers. Pour lui, comme pour les médicaments simplement cathérétiques, l'important est de les administrer dès les pre-

miers signes avant-coureurs, au point *initiatif* de l'affection, selon l'expression neuve et pittoresque de notre confrère de Bordeaux. Quant à son innocuité, sa douceur d'action, comparées à celles du nitrate d'argent *employé au début*, M. Venot ne nous en voudra pas si nous hésitons à le croire sur parole. Ses précédentes hyperboles en font, à nos yeux, un juge ou prévenu ou distrait—à son choix—mais tout au moins très-légalement récusable en pareille matière.

De la valeur de l'hydro-ferro-cyanate de potasse et d'urée contre les fièvres intermittentes; par le docteur Costes.

Il s'en faut que l'observation soit jusqu'à présent aussi favorable aux prétentions fébrifuges de l'hydro-ferro-cyanate de potasse et d'urée qu'elle l'a été à celles de l'arsenic et même du sel marin. Néanmoins comme ces prétentions sont assez récentes et les expériences encore peu nombreuses, nous croyons devoir résumer en peu de mots les sept observations que publie aujourd'hui M. Costes.

Obs. I. — 32 ans. Fièvre tierce en septembre 1849. Au bout de cinq mois, traitement (probablement par le quinquina); cessation des accès. Récidive quatre jours après; guérison par un vomitif, suivi de sulfate de quinine. Récidive sous le type quarte. 2 grammes d'hydro-ferro-cyanate de potasse et d'urée pendant chaque jour apyrétique, et 6 grammes les jours d'accès. Au bout de huit jours, pas d'effet appréciable. On a recours à l'émétique, puis au sulfate de quinine. Guérison rapide.

Obs. II. —45 ans. Fièvre quarte datant d'un mois (l'année précédente il y avait déjà eu une fièvre d'accès). Sel de potasse et d'urée administré comme dans le cas précédent, pendant huit jours. Aucun effet. 30 centigr. de sulfate de quinine avec 2 grammes d'extrait mou de quinquina, administrés chaque jour, coupent rapidement la fièvre.

Obs. III. — 40 ans. Fièvres intermittentes depuis quinze mois, sous divers types, guéries plusieurs fois par le sulfate de quinine. Enfin fièvre quarte qui, après avoir cédé à la médication quinique, revient et résiste à tout traitement. Pendant plusieurs jours on purge et on fait vomir; puis on administre le sel de potasse et d'urée pendant six jours; les accès sont tout au plus un peu diminués. 50 centigr. de sulfate de quinine et 2 grammes d'extrait mou de quinquina. Guérison.

Obs. IV. — 28 ans. Fièvre d'abord quotidienne, puis tierce, puis quarte. Aucun traitement antérieur. Hydro-ferro-cyanate comme précédemment. Les deux accès suivants ne sont pas modifiés. La fièvre est coupée court par le quinquina.

Obs. V. — 21 ans. Fièvre tierce il y a deux ans. Cette fois, fièvre quarte datant de deux mois. Pas de traitement antérieur. Sel de potasse et d'urée continué chaque jour depuis le 14 novembre jusqu'au 22 inclusivement. Aucun effet. Le remède manquant à la pharmacie, on a recours au baobab (*adansonia digitata*), à la dose de 30 grammes en décoction. Ce remède est continué jusqu'au 1er novembre, sans autre résultat qu'un déplacement des heures d'accès. Le sulfate de quinine coupe la fièvre du premier coup.

Obs. VI. — 18 ans. Dyssenterie et fièvre quotidienne l'année précédente. Cette fois fièvre quotidienne d'abord, mais changée en quarte après l'administration du sulfate de quinine. Tartre stibié, puis sel de potasse et d'urée qu'on continue chaque jour. Deux accès reviennent tout à fait semblables aux précédents. On recourt au sulfate de quinine; l'accès suivant est faible et il n'en revient plus d'autre.

Obs. VII. — 31 ans. Fièvres quartes en 1848, plusieurs fois coupées par le sulfate de quinine, mais récidivant toujours jusqu'en août 1850. Le 22 octobre de la même année, nouveau retour de la fièvre. On traite uniquement par le chlorure de sodium et les pilules de Vallet. Guérison momentanée. Le 18 novembre, accès qui se renouvelle le 21, le 24 et le 27, malgré l'emploi de la tisane amère et du fer. Hydro-ferro-cyanate de potasse et d'urée du 28 décembre au 2 janvier, aux mêmes doses que précédemment. Cette dose a même été élevée à 10 grammes pour les trois derniers jours. L'accès du 2 janvier seulement a été un peu plus court que les autres. 30 centigr. de sulfate de quinine coupent la fièvre immédiatement.

On voit que, dans tous les cas, il s'agissait de fièvre quarte; que, dans tous également, les sujets avaient déjà eu une ou plusieurs fois des fièvres d'accès. Les circonstances, il faut le dire, n'étaient donc pas favorables à l'expérimentation du remède. Mais il faut remarquer, d'un autre côté, qu'il s'est montré *constamment* inefficace (car il n'y a pas grand compte à tenir de la légère diminution de deux ou trois accès), et surtout que, là où il a échoué, le sulfate de quinine, même à très-petite dose, a eu un plein succès. Une circonstance à noter, c'est que, chez deux sujets, on a pris une précaution recommandée pour l'emploi de l'arsenic comme fébrifuge, c'est-à-dire qu'on a préalablement fait vomir, sans que le résultat en ait été meilleur.

Une plus forte dose eût-elle été plus efficace? C'est une question que l'auteur se pose à lui-même. Il est bon toutefois de rappeler que la dose employée est celle qui a été indiquée par quelques expérimentateurs.

Enfin il n'a pas échappé que, dans une des observations, on a substitué sans plus de succès l'*adansonia* à l'hydro-ferro-cyanate de potasse et d'urée. On trouvera dans la Gazette Médicale de 1851 (p. 573 et 781) quelques détails plus propres à déprécier qu'à recommander cet antre médicament.

Observations de paraplégie, accompagnée de rétention et d'incontinence d'urine, dépendantes d'une altération des reins; par le docteur Costes.

On sait que le docteur Stanley a appelé l'attention, il y a près de vingt ans, sur une espèce de paraplégie exempte de lésion matérielle du côté de la moelle et de ses enveloppes, et qui serait liée à une affection des reins. Cette relation s'expliquerait par les communications qui existent entre le système ganglionnaire abdominal et les ganglions des paires spinales; et les affections des reins seraient le point de départ de la lésion de la moelle, comme, dans d'autres cas, l'irritation spinale se communique aux reins et à la vessie (1). Les observations du docteur Stanley ont été généralement bien accueillies et appuyés de faits confirmatifs. Ollivier (d'Angers), en s'en emparant, les a généralisées et a établi que certaines affections rachidiennes sont souvent consécutives à des lésions des organes thoraciques et abdominaux. Il a de plus cherché à rattacher, dans ces cas, l'affection de la moelle à la congestion et à l'hydrorachis, supposition que les faits jusqu'ici connus rendent assez vraisemblable, surtout en ce qui concerne la congestion (2).

Des deux observations que publie aujourd'hui M. Costes, la première ne contient pas les éléments suffisants pour autoriser à y voir l'analogue de celles de Stanley et d'Ollivier. La paraplégie paraît bien n'avoir commencé qu'un peu après les premiers symptômes d'affection des voies urinaires; mais cette affection elle-même n'a consisté qu'en une paralysie graduelle de la vessie, qui pouvait bien être un premier signe de l'affection de la moelle lombaire devenue ultérieurement plus évidente, et qui, en tout cas, n'était pas compliquée de symptômes du côté des reins. On ne saurait attribuer une telle signification à une légère douleur observée, longtemps après l'établissement de la paraplégie, au niveau de la deuxième vertèbre lombaire. Les urines n'offraient aucun caractère propre à révéler une altération du tissu rénal, et surtout cette altération notée dans presque toutes les autopsies par Stanley, à savoir des collections purulentes. Il est vrai que Stanley regarde la vessie comme pouvant être le point de départ de la lésion de la moelle; mais quand l'affection vésicale consiste elle-même en une paralysie, on ne conçoit pas bien comment elle peut se propager de bas en haut, et il paraît plus naturel d'admettre une origine commune de la paralysie vésicale et de la paraplégie dans une lésion primitive, congestion ou autre, de la moelle lombaire. Enfin la guérison du malade par l'emploi de la strychnine, en même temps qu'elle prive des lumières de l'autopsie, laisse encore plus de doute sur l'existence d'une maladie des reins. Quant à la seconde observation, elle est plus significative, quoique également relative à un sujet qui a guéri, en ce qu'il y avait positivement des douleurs de reins se prolongeant, suivant le trajet des uretères jusque dans la vessie, et que l'urine, d'ailleurs, était purulente.

III. GAZETTE MÉDICALE DE MONTPELLIER.

Les numéros d'octobre à décembre 1849, de janvier à décembre 1850 et de janvier à mars 1851 contiennent les travaux originaux suivants: 1° *Compte rendu des principaux faits observés à la clinique médicale de Saint-Éloi de Montpellier pendant les mois d'août, septembre, octobre et novembre 1849*; par M. Bonrely. 2° *Leçons du cours de M. Lordat*. 3° *Le choléra asiatique à Lunel*; par M. Ménard. 4° *Du buste d'Hippocrate en bronze antique*; par M. Kühnholtz. 5° *Des moyens et des lois propres à faciliter la connaissance de l'anatomie*; par M. Alquié. 6° *Relation sur l'épidémie de choléra asiatique observée à l'hôpital civil de Toulon pendant les mois de septembre et octobre 1849*; par M. Bocamy. 7° *Entéro-épiplocèle étranglée; débridement multiple; guérison*; par M. Cabaret. 8° *Histoire d'une épidémie d'oreillons qui a régné à Montpellier en 1848*; par M. Rességuier. 9° *Compte rendu de l'épidémie de choléra asiatique qui a régné dans l'hôpital général en 1849, et des maladies aiguës ou chroniques qui y ont été observées dans le courant de la même année, y compris les affections vénériennes et dartreuses traitées dans les salles du dépôt de police*; par M. Rességuier. 10° *Discours d'ouverture du cours de physiologie fait à la Faculté de médecine, dans l'année scolaire 1849-50*; par M. Lordat. 11° *Histoire d'une épidémie d'oreillons qui a*

(1) London med. chir. transact., t. XVIII, part. 1re, p. 260.
(2) Ollivier, Maladies de la moelle, 3e édition, t. II, p. 32.

régné à Montpellier en 1848, d'après de nombreuses observations recueillies dans les divers services de l'Hôtel-Dieu Saint-Éloi, et particulièrement dans les salles de la clinique médicale (service de M. le professeur Caizergues); par M. Rességuier. 12° *Conclusions des recherches cliniques et anatomo-pathologiques sur les rapports des diverses parties de l'encéphale avec les phénomènes qui en dépendent*; par M. Alquié. 13° *Douzième leçon du cours de M. Lordat, pour l'année 1848-49.* 14° *Compte rendu de l'épidémie de choléra asiatique qui a régné dans l'hôpital général en 1849, et des maladies aiguës ou chroniques qui y ont été observées dans le courant de la même année, y compris les affections vénériennes et dartreuses traitées dans les salles du dépôt de police*; par M. Rességuier. 15° *Cours de M. Lordat.* 16° *Quelques faits observés dans le service chirurgical de M Bouisson*; par M. Puig. 17° *Fracture comminutive de l'occipital; extraction des esquilles cinq mois après la fracture; guérison*; par M. Bocamy. 18° *Efficacité du gambier dans le traitement des fièvres intermittentes*; par M. Dumars. 19° *Pathologie médicale selon la doctrine de Montpellier. Catarrhe pulmonaire; grippe*; par M. Alquié. 20° *Névralgie lombo-abdominale due à l'existence d'un névrôme*; par M. Cabaret. 21° *Variole et varioloïde confluentes observées chez le même sujet à peu de jours de distance*; par M. E. Vidal.

ENTÉRO-ÉPIPLOCÈLE ÉTRANGLÉE; DÉBRIDEMENT MULTIPLE; GUÉRISON; par M. CABARET.

L'auteur vante les avantages du débridement multiple; mais son enthousiasme est, ce semble, plus fervent que réfléchi. S'il s'était mieux pénétré des conditions d'exécution et du but de la méthode, telle que l'a enseignée celui à qui il en fait honneur, il aurait compris que ce chirurgien la recommande pour *remplacer* le débridement unique, et non pour le *compléter*. Là, par exemple, où une incision de 6 millim. serait nécessaire, il prescrit d'en pratiquer trois chacune de 2 millim. Loin de là, M. Cabaret, après avoir *agrandi l'ouverture herniaire de la quantité ordinaire* (dans une hernie inguinale étranglée), en débridant en haut, ne peut réduire les viscères. Il reporte de nouveau et à deux reprises l'instrument tranchant dans la même incision; mais tout aussi infructueusement. Ne pouvant réussir de cette manière, il se décide à pratiquer successivement sept incisions sur le bord dense qui était cause de l'étranglement. Il a soin de ne donner à chacune d'elles qu'une ligne à une ligne et demie de profondeur. Cette dilatation suffit pour faciliter la réduction.

Encore une fois nous ne reconnaissons point là la méthode pure, et nous doutons fort que son auteur accepte volontiers comme tribut méritoire ce fait où la nécessité seule a forcé de lui rendre hommage. Inciser dans plusieurs sens, après qu'on a fait sans succès une incision aussi étendue qu'on la pouvait faire, sans craindre de léser les vaisseaux, ce peut être un parti fort judicieux et très-prudent, mais ce n'est point le débridement multiple proprement dit, du moins comme méthode choisie volontairement et *à priori*. C'est seulement ajouter aux dangers de l'incision ordinaire celui de sept autres incisions.

NÉVRALGIE LOMBO-ABDOMINALE DUE A L'EXISTENCE D'UN NÉVROME; par M. CABARET.

OBS. — M. F. G., âgé de 46 ans, fit en janvier 1848 une chute violente sur la région lombaire, qui le priva de connaissance. Revenu à lui, il sentit une très-vive douleur à l'endroit de la blessure. Quinze sangsues, des cataplasmes et du repos firent disparaître toute trace de la contusion. Mais la douleur persista, s'exaspérant par la moindre pression, par le plus léger contact. La contraction même des muscles sous-jacents suffisait pour la réveiller. La douleur, sujette à des paroxysmes, finit par s'étendre à la paroi antérieure de l'abdomen, à la fesse, et s'accompagna de crampes et de mouvements spasmodiques dans les muscles de ces régions.

Tous les médicaments révulsifs, narcotiques, antispasmodiques, martiaux, avaient échoué. Le malade immobile dans son lit, souffrait depuis cinq mois, lorsqu'un jour, vers le 15 juin, en portant le doigt sur le point le plus sensible de la région lombaire, il crut y constater la présence d'une petite tumeur.

Peu à peu elle augmenta de volume. Les douleurs persistèrent avec le caractère de fourmillement, d'engourdissement subit, se propageant comme un trait de la région lombaire à la partie latérale gauche des parois abdominales et à la partie supérieure de la fesse. Le malade la comparait tout à fait à celle que l'on ressent lorsqu'on se heurte accidentellement au coude.

M. Cabaret, consulté le 21 août 1848, reconnut que la tumeur était située à gauche de la colonne vertébrale, à une petite distance de l'articulation de la seconde avec la première vertèbre lombaire, faisant une saillie de 7 millim. sous la peau saine et mobile. L'exquise sensibilité de cette tumeur était si marquée que l'attouchement le plus doux provoquait une douleur extrêmement vive, que M. G. comparait à une commotion électrique, tant elle se propageait rapidement vers les parties voisines. Elle durait toute la nuit, par accès répétés, qui s'éteignaient le matin, et faisaient place, durant le jour, à un sentiment de formication.

L'intensité des souffrances, l'insomnie et le défaut de nourriture avaient causé un amaigrissement considérable, bien qu'il n'y eut pas de fièvre, même pendant les plus forts accès. Aussi le patient accepta-t-il avec empressement la proposition que M. Cabaret lui fit d'extirper la tumeur.

Les téguments étant incisés, la tumeur proémina tout entière, avec du tissu cellulaire adipeux dont on la sépara aisément. Le malade ressentit de vives douleurs; mais il les supporta courageusement jusqu'à ce que la totalité de la tumeur fut enlevée. Le doigt porté au fond de la plaie s'assura qu'il n'y restait rien de suspect. — On réunit par première intention.

Il n'y eut ni fièvre, ni aucun accident consécutif. L'insomnie cessa aussitôt et l'appétit revint. Les douleurs, remplacées d'abord par un léger engourdissement, cédèrent complètement au bout de quinze jours. La réunion était effectuée le huitième jour; si bien qu'un mois après M. G. ne se ressentait plus ni de la maladie ni de l'opération. Au bout de deux mois l'embonpoint était revenu.

La tumeur avait la forme d'une fève de marais et était d'une grande dureté; son tissu était homogène, d'un blanc terne, d'une consistance fibro-cartilagineuse, sans vestiges de cavités ni de cloisons. Elle était renfermée, avec une petite quantité de sérosité, dans une enveloppe opaque, dense, fibro cartilagineuse, espèce de kyste qui s'opposait vraisemblablement à son développement, et excitait probablement les douleurs que ressentait le malade.

— Il serait impossible de trouver un exemple mieux tranché et du tableau symptomatologique des névrômes et de la simplicité de leur cure par l'instrument tranchant. Il est seulement à regretter que l'auteur n'ait pu s'assurer, soit durant l'opération, soit par l'inspection anatomique, si la tumeur était développée aux dépens ou sur le trajet d'une branche nerveuse.

A. DECHAMBRE et P. DIDAY.

TRAVAUX ACADÉMIQUES.

ACADÉMIE DES SCIENCES.

SÉANCE DU 22 SEPTEMBRE. — PRÉSIDENCE DE M. RAYER.

EAU MINÉRALE FERRUGINEUSE DE LA BERNERIE (LOIRE-INFÉRIEURE).

MM. ADOLPHE BOBIERRE et MORIDE adressent la note suivante intitulée : EXAMEN D'UNE SOURCE FERRUGINEUSE DÉCOUVERTE A LA BERNERIE (LOIRE-INFÉRIEURE).

Cette source, dont les eaux manifestement ferrugineuses avaient depuis longtemps fixé l'attention des habitants de la *Bernerie*, n'a été dégagée que depuis peu. Elle est située à 500 mètres environ de la côte et s'échappe d'un rocher schisteux. Aucun travail n'ayant été jusqu'à ce jour effectué dans le but de retenir ses eaux, celles-ci se répandent dans un ruisseau où elles ne tardent pas à abandonner un dépôt ocreux qui s'attache à des algues particulières aux eaux ferrugineuses.

A l'instant où nous l'avons observée, la source de la Bernerie donnait un demi-litre de liquide par minute. Celiquide était limpide et possédait un goût de rouille extrêmement prononcé.

Les circonstances dans lesquelles nos expériences ont été effectuées étaient les suivantes :

Date de la prise d'eau	1er août 1851.
Pression barométrique	0m,763
Temps nuageux.	
Température de l'air	21°
— de l'eau.	17°

Action des réactifs.

Prussiate de potasse	Teinte bleuâtre.
Oxalate d'ammoniaque	Louche sensible.
Teinture de tournesol.	Coloration rouge vineuse très-sensible.
Chlorure de barium	Louche.
Sous-acétate de plomb.	Précipité blanc abondant.
Azotate d'argent.	id. id.
Acide gallique	Teinte d'un brun noirâtre.

Analyse des gaz contenus dans l'eau ferrugineuse de la Bernerie.

Un litre de cette eau contient 53 centim. cubes de gaz, offrant la composition suivante exprimée en volumes :

Acide carbonique	41,78
Oxygène	4,90
Azote.	53,32
	100,00

Le résidu de l'évaporation d'un litre de cette eau nous a fourni une substance jaunâtre dont la quantité s'élève à 0gr,350. 1,000 parties de ce résidu offrent la composition suivante :

Matière organique et substances volatiles.	0g,004
Silice	0g,053
Acide sulfurique	0g,095
Chlore	0g,085
Alumine	0g,006
Sodium	0g,130
Calcium	0g,044
Protoxyde de fer (tenu en dissolution par l'acide carbonique)	0g,063
Oxygène et acide carbonique en combinaison	0g,520
	1g,000

Ces éléments sont vraisemblablement groupés dans l'ordre qui suit :

Chlorure de sodium,
Chlorure de magnésium,
Sulfate de chaux,
Sulfate de magnésie,
Sulfate de soude,
Silice en combinaison avec l'alumine et la chaux,
Bicarbonate de protoxyde de fer,
Crénate de protoxyde de fer.

Le protoxyde de fer existe donc à la dose de 0g,022 dans un litre de l'eau fournie par la source de la Bernerie. Cette circonstance range cette eau dans la catégorie des produits naturels dont les propriétés peuvent être avantageusement utilisées par la thérapeutique.

Ainsi que l'eau de la source de Kirouars, située près le village de la plaine, celle de la Bernerie contient des traces d'arsenic qu'il nous a été facile de déceler dans le dépôt ocreux dont nous avons parlé plus haut. Quelques grammes de ce dépôt convenablement traités et soumis à l'examen dans un appareil de Marsh permettent de couvrir une assiette de taches arsenicales.

La présence de l'arsenic nous paraît jusqu'à présent un fait constant pour les sources ferrugineuses que nous avons eu occasion d'examiner dans le département de la Loire-Inférieure.

La richesse en oxyde de fer de la source de la Bernerie était indiquée par sa saveur caractéristique avant que l'analyse eût permis de la constater quantitativement.

ACADÉMIE DE MÉDECINE.

SÉANCE DU 23 SEPTEMBRE. — PRÉSIDENCE DE M. LOUIS.

Le procès-verbal de la dernière séance est lu et adopté.

La correspondance officielle comprend deux lettres du ministre du commerce, dont l'une est relative à un remède proposé contre les fièvres par les sieurs Gros et Rey (de Lyon) (comm. des remèdes secrets), et l'autre à l'emploi des buscs aimantés contre les affections nerveuses de la poitrine et de l'abdomen. (Comm., MM. Bouvier et Poiseuille.)

— M. RAYMONET (de Marseille) sollicite le titre de membre correspondant de l'Académie. (Comm. des correspondants.)

— M. le docteur JAUME (de Tarascon) écrit que la lecture des BULLETINS DE L'ACADÉMIE lui a fait connaître qu'un médecin a tout récemment prétendu qu'il y aurait antagonisme complet entre l'affection rhumatismale et les scrofules; il assure, après une expérience de plus de vingt années, que cet antagonisme existe de la manière la plus complète entre la goutte proprement dite et les scrofules. Il enverra plus tard un mémoire détaillé sur ce sujet.

— M. CH. PETIT, médecin-inspecteur adjoint des eaux de Vichy, adresse à l'Académie un échantillon d'un fébrifuge peu coûteux, facile à se procurer, qui lui a réussi nombre de fois contre les fièvres intermittentes de différents types : il consiste dans l'emploi de fleurs de seigle. Il prie l'Académie de répéter ses expériences dans les hôpitaux, et pour cela il lui adresse une assez grande quantité d'étamines de seigle en indiquant la manière d'en faire usage. (M. Bricheteau est prié d'expérimenter ce moyen.)

— M. MARIÉ (de Gargenville) adresse des échantillons des différentes sources de la commune de Gargenville, qui est le siége d'une épidémie. (M. Boutron-Charlard est prié de les analyser.)

— M. ÉDOUARD LOBJEOIS, de la Fère (Aisne), adresse la relation d'une opération césarienne suivie de guérison.

— M. LE PRÉSIDENT fait part à l'Académie de la perte qu'elle vient de faire dans la personne de M. Barthélemy, de la section de médecine vétérinaire.

— M. GIBERT lit, au nom de M. Poiseuille et au sien, un rapport officiel sur un appareil sudorifère du sieur Heenequin, dont l'usage serait d'un grand secours dans le choléra. Les commissaires proposent de répondre au ministre que cet appareil ne peut être, sous aucun point de vue, l'objet d'une attention particulière. (Adopté.)

EAUX MINÉRALES DE SAINT-JULIEN (HÉRAULT.)

M. SOUBEIRAN lit, au nom de la commission des eaux minérales, un rapport sur l'eau minérale de Saint-Julien (Hérault).

Le sieur Martin, propriétaire d'une source minérale qui est depuis longtemps employée dans le pays, sollicite l'autorisation de l'exploiter. L'analyse a fait trouver dans chaque litre d'eau 1 gr. 12 cent. de matières solides et un demi-litre d'acide carbonique.

Les matières solides ont la composition suivante :

Carbonate de chaux	0,500
— de magnésie	0,200
— de fer	0,020
Chlorures de sodium et de potassium	0,320
Silice et alumine	0,080
	1,120

Cette eau ne contient pas une trace de sulfate ni d'arsenic. C'est, en définitive, une eau acidule, légèrement saline, qui se rapproche de l'eau de Seltz naturelle.

M. le rapporteur propose en conséquence de répondre au ministre qu'il y a lieu d'accorder l'autorisation demandée. (Adopté.)

ACTION DE L'IPÉCACUANHA A HAUTES DOSES.

M. DESPORTES lit, au nom d'une commission composée de MM. Guibourt, Pâtissier et Desportes, un rapport sur un mémoire de M. Delioux sur l'ipécacuanha employé à hautes doses.

L'auteur cherche d'abord à montrer par les expériences qui ont été faites sur les animaux, et par quelques-unes sur l'homme, quel est le caractère de l'action topique de l'ipécacuanha. Il espère ainsi prouver, contrairement à certaines opinions, que l'ipécacuanha, quelque irritation locale qu'il puisse produire, excite cependant pour l'ordinaire, quand il est ingéré dans l'estomac, des effets bien distincts, et qu'il les excite d'une manière indépendante et différente des effets locaux de son application. Les expériences que M. Delioux a répétées consistent à introduire de la poudre d'ipécacuanha dans les fosses nasale ; à placer de la même poudre sur une surface dénudée de la peau, comparant l'effet qui se produit à ce qui se passe sur une portion de peau également dénudée, mais abandonnée à elle-même ; à mettre de la poudre de la même substance sur des plaies, les unes récentes, les autres anciennes ; enfin à appliquer de la poudre d'ipécacuanha sur la conjonctive et sur la peau, ces parties étant à l'état sain. Dans toutes ces expériences, M. Delioux a vu la même chose que ses prédécesseurs; seulement les affections locales inflammatoires qui ont été excitées lui ont paru être moins intenses qu'on ne l'avait annoncé.

M. le rapporteur pense qu'un tel résultat eût dû avertir M. Delioux que les opinions mises en jeu ne se trouvaient pas mieux prouvées, puisque, d'une part, l'irritation locale déterminée par l'ipécacuanha, appliqué ailleurs que sur la membrane muqueuse de l'estomac, ne présentait rien de particulier et que ne pût produire un autre corps irritant; et puisque, d'autre part, la poudre d'ipécacuanha ainsi appliquée n'a pas paru donner lieu à la moindre nausée, et il exprime le regret que l'auteur n'ait pas ajouté quelque essai d'application expérimentale de la poudre d'ipécacuanha à divers points de la membrane muqueuse de l'estomac et de l'intestin, de manière que cette application différât, par son mode, de ce qui se passe dans les cas ordinaires où l'on excite le vomissement par la même substance, et qu'il n'ait pas opposé comme argument aux médecins qui ne voient dans l'action de l'ipécacuanha qu'une irritation locale substitutive de la membrane muqueuse digestive, la recherche de l'émétine dans les humeurs excrétoires ou, à l'occasion, dans les viscères.

M. Delioux, en soutenant la théorie de l'action par absorption du principe toxique ou médicamenteux de l'ipécacuanha, énonce l'opinion qu'il préfère comme vomitif l'emploi de la poudre à l'usage de la décoction ou de l'infusion, opinion que n'adopta pas et que réfute même M. le rapporteur. Il n'en est pas de même pour le traitement de la dyssenterie, dans laquelle M. Delioux recommande, au contraire, l'usage de l'infusion ou de la décoction, qui facilitent l'absorption de l'agent thérapeutique.

Enfin les observations que M. Delioux rapporte à l'appui de l'efficacité de l'ipécacuanha dans le traitement de la pneumonie ne paraissent pas suffisamment probantes à M. le rapporteur, qui reconnaît d'ailleurs, indépendamment de la difficulté même du sujet, que les circonstances dans lesquelles s'est trouvé ce médecin étaient peu favorables à la réussite de ses essais.

M. le rapporteur termine en proposant, au nom de la commission, d'encourager le zèle studieux de l'auteur par des remercîments. (Adopté.)

NOUVEAU MODE D'APPLICATION DU FORCEPS AU DÉTROIT SUPÉRIEUR.

M. le docteur FÉLIX HATIN, candidat à la place vacante dans la section d'accouchements, lit un travail dont l'objet est d'appeler l'attention de l'Académie sur un mode particulier d'application du forceps au détroit supérieur du bassin.

Ce mode diffère du procédé commun en cela : 1° que l'on est libre de choisir la main et la branche que l'on veut placer en premier; 2° que l'on guide les deux branches avec la même main ; 3° que l'on introduit cette main *entière* et le plus profondément possible au lieu d'en insinuer seulement les quatre doigts dans l'entrée du vagin.

Voici, selon l'auteur, quels sont les avantages attachés à ces modifications :

1° La liberté de choisir l'une ou l'autre main décharge la mémoire de tous les préceptes sur lesquels les auteurs ont fondé ce choix ; elle dispense de la nécessité de connaître préalablement la position de la tête; enfin cette liberté du choix de la main est d'un grand avantage pour les personnes qui, n'étant pas ambidextres, ont une raison de préférer l'une à l'autre.

2° L'action de guider les deux branches avec la main abrége et simplifie

l'opération. On n'a plus besoin, premièrement de retirer celle qui est introduite; secondement, de la débarrasser du sang et des mucosités dont elle revient enduite; troisièmement, d'interrompre le travail pour graisser l'autre main; quatriemement et enfin, d'engager celle-ci à son temps.

3° Mais la modification importante par excellence est celle qui consiste à plonger la main tout entière dans le bassin. Elle donne à l'opération une facilité et surtout une sécurité qu'on ne saurait obtenir avec le précédé ordinaire.

Avec les doigts insinués seulement dans la région, on atteint à peine l'orifice de l'utérus, quand la tête est au détroit supérieur, et la branche du forceps a beaucoup de tendance à s'égarer aux risques des plus graves dangers.

Avec la main introduite *tout entière*, les doigts s'interposent profondément entre les parois de l'utérus et la tête du fœtus. Ils se moulent sur cette dernière; ils en éclairent la situation exacte et permettent de savoir positivement sur quelle région la branche du forceps va se porter. Cette branche, sûrement guidée, ne saurait plus ni s'égarer dans le fond du vagin et le contondre, ni manquer l'orifice de l'utérus et en déchirer les parois, ni enfin, restant à moitié chemin, ne saisir la tête que par l'extrémité des cuillers et les briser.

Il y a une chose remarquable encore. c'est qu'en procédant ainsi la seconde branche se place avec autant de facilité que la première.

Ainsi donc, *simplicité, facilité, sécurité*, tels sont les avantages attachés à ce mode d'application du forceps.

(Commissaires: MM. Villeneuve et Chailly.)

EMPLOI DE L'IODE.

M. Bonnafont, correspondant de l'Académie, chirurgien-major à l'hôpital militaire du Gros-Caillou, lit deux observations, à l'effet de prouver l'efficacité des injections iodées contre les collections purulentes.

Dans la première de ces observations, il s'agit d'un trip e abcès existant dans les fosses iliaques droite et gauche et dans le petit bassin, survenu chez un militaire du 2e régiment du genie. Un seul de ces abcès, celui de la fosse iliaque droite, a été soumis à une médication rationnelle, les deux autres ne s'étant manifestés que longtemps après et alors que le malade était déjà épuisé. M. Bonnafont, après avoir fait l'ouverture de cet abcès à l'aide d'un bistouri, et dont il donne issue autant que la position le permet au liquide contenu, a cherché à provoquer l'adhérence des parois de l'abcès à l'aide d'une compression méthodiquement faite sur la région iliaque au moyen de compresses graduées tenues en place par un bandage herniaire.

Afin d'obtenir l'évacuation plus complète du pus, M. Bonnafont a fait usage d'une sonde en argent, pareille à celle que l'auteur emploie dans le cathétérisme de la trompe d'Eustache, légèrement recourbée en forme de siphon, introduite dans l'abcès et maintenue en place au moyen de petits fils passés dans les anses; ce moyen, conjointement avec la compression, lui a permis de vider aussi complètement que possible la cavité purulente.

Des accidents étant survenus, M. Bonnafont fut obligé d'enlever l'appareil compressif, et de remplacer la sonde en argent par une sonde en gomme élastique. Le malade éprouva pour la première fois des douleurs très vives à la région lombaire, ainsi qu'à la fosse iliaque du côté opposé. Le pus de l'abcès devint fétide, sanieux et très-abondant.

Afin de parer à ces symptômes fâcheux, l'auteur eut recours à des injections d'abord émollientes, lesquelles n'ayant provoqué aucun accident, furent remplacées par des injections iodées à la dose de 5 décigrammes d'iode sur 30 grammes d'eau distillée.

La première fois, 150 grammes de liquide furent injectés dans l'abcès; le lendemain 300 grammes, et aucun symptôme fâcheux n'étant survenu, ces injections furent continuées, en portant insensiblement la dose de la teinture jusqu'à 1 gramme par 30 grammes de liquide. Sous l'influence de cette médication, le pus perdit sa fétidité, diminua d'abondance, et tout faisait espérer une guérison lorsque, à la suite de douleurs lombaires de la région iliaque gauche, ainsi que la paralysie de la vessie et du rectum, provenant sans aucun doute d'une lésion osseuse de quelque vertèbre lombaire, le malade succomba.

A l'autopsie, M. Bonnafont trouva trois abcès: un dans la fosse iliaque droite, un second dans la fosse iliaque gauche, et enfin un troisième dans le petit bassin, lesquels provenaient de la carie des deuxième et troisième vertèbres lombaires, d'où le pus s'échappait et arrivait à chacun de ces abcès par un trajet fistuleux distinct, et n'ayant aucune communication entre eux.

Une chose qui prouve, suivant l'auteur, l'action efficace de l'iode est celle-ci: les parois de l'abcès qui avaient été soumis au contact de cet agent thérapeutique étaient lisses, polies, et présentaient tous les caractères d'un trajet fistuleux marchant vers sa guérison. En outre, tous les tissus adjacents étaient parfaitement conservés, tandis que les abcès de la fosse iliaque gauche et du petit bassin, quoique d'une formation plus récente, avaient détruit à une profondeur considérable tous les organes circonvoisins.

M. Bonnafont termine cette observation par quelques réflexions; tout en rendant justice aux travaux de MM. Abeille et Boinet sur l'efficacité de l'iode dans les abcès par congestion, il ne pense pas qu'il soit possible, comme le prétend M. Boinet, de faire arriver les injections iodées sur le point de l'os carié alors qu'il est éloigné de l'abcès par des trajets fistuleux plus ou moins étroits. A l'opinion de M. Boinet, qui prétend qu'en donnant à la partie cariée une position plus déclive que l'abcès, les injections peuvent toujours pénétrer jusqu'à l'os, M. Bonnafont objecte qu'un abcès par congestion n'est jamais complètement vide de pus, et que, pour peu qu'il en reste, celui-ci, en changeant la disposition des parties, viendra s'emparer de tous les trajets fistuleux et s'opposera ainsi à l'introduction et au passage de tout liquide artificiel injecté.

M. Bonnafont ajoute que, pour parvenir, comme le prétend M. Boinet, à pousser les injections iodées jusque sur le point carié avec quelque succès, cela ne peut arriver que dans les cas où l'abcès est voisin de la carie, ou bien lorsque, éloigné, son ouverture extérieure se trouve en ligne droite ou presque droite par rapport aux trajets fistuleux.

La seconde observation que M. Bonnafont a lue a trait à une tumeur enkystée et considérable, développée dans la cavité abdominale. L'ouverture en a été faite au moyen du caustique de Vienne. La suppuration abondante qui s'en écoulait, ainsi que sa fétidité, n'ont cédé qu'à l'action de l'iode employé en injections pendant cinq jours seulement, après lesquels la tumeur s'est insensiblement affaissée, et le malade est sorti complétement guéri de l'hôpital.

La séance est levée à quatre heures et demie.

SOCIÉTÉ DE BIOLOGIE.

PRÉSIDENCE DE M. RAYER.

COMPTE RENDU DES SÉANCES PENDANT LE MOIS D'AOUT 1851; par M. le docteur Brown-Séquard, secrétaire.

I. — Physiologie.

1° Preuve nouvelle a l'appui de la doctrine de Haller relative a l'indépendance de l'irritabilité musculaire; par M. Brown-Séquard.

En raison de la persistance des adversaires de Haller à nier que le tissu musculaire soit indépendant du système nerveux, à l'égard de son irritabilité, il est important de faire connaître, dès qu'on les trouve, les faits qui prouvent la vérité de la doctrine de cet illustre biologiste.

Fontana a trouvé sur des agneaux et des chèvres, auxquels il avait coupé le nerf sciatique, que les muscles de la jambe, au bout d'un certain temps, ne se contractaient plus quand le bout périphérique du nerf sciatique était excité, tandis qu'ils se contractaient encore quand ils étaient excités directement; en d'autres termes, il a constaté que le nerf moteur perd sa propriété vitale, tandis que le muscle ne perd pas son irritabilité, alors que l'un et l'autre sont séparés du centre cérébro-rachidien.

Haighton et Astley Cooper ont vu que le nerf sciatique, chez les chiens, perd sa propriété motrice peu de jours après qu'on l'a coupé. Steinrueck, Guenther et Schoen, Stannius, Kilian et d'autres physiologistes, ont reconnu l'exactitude du résultat obtenu par Haighton et Astley Cooper. On s'accorde généralement à reconnaitre aujourd'hui qu'au bout de cinq à six jours, après la section d'un nerf moteur, son bout périphérique n'est plus capable de faire contracter les muscles, quelle que soit l'énergie de l'excitation qu'on emploie. Les muscles, au contraire, restent très-longtemps irritables, et ils peuvent même demeurer indéfiniment irritables. Ainsi M. Brown-Séquard a gardé vingt et un mois une lapine sur laquelle le nerf facial avait été arraché, et il a vu l'irritabilité durer, dans les muscles paralysés, pendant toute la vie de cet animal. On ne peut pas objecter qu'il a pu, dans ce cas, y avoir réunion des bouts du nerf; car le nerf n'avait pas été coupé, mais extrait dans presque toute son étendue, à partir de son insertion à la moelle allongée jusqu'à ses divisions dans les muscles. Il avait été arraché.

Il y a quelques années, M. Brown-Séquard (1) a publié une expérience très-propre à démontrer que l'irritabilité n'est pas donnée aux muscles par les centres nerveux ou par les nerfs moteurs, et qu'elle dépend de l'organisation même du muscle et de sa nutrition, en tant que celle-ci maintient l'organisation à l'état normal. Il rapporte cette expérience en ces termes: « J'ai coupé le nerf sciatique d'un côté sur deux lapins et sur deux cochons d'Inde. Dix jours après, je me suis assuré que le sciatique coupé ne causait plus de mouvements quand je le galvanisais. Les muscles se contractaient vivement quand j'appliquais sur eux les deux conducteurs de la pile. Cela reconnu, j'ai lié l'aorte derrière l'origine des rénales, et trois heures après, j'ai essayé de nouveau l'application de la pile. Il n'y a eu de contractions dans les muscles de la jambe ni quand j'excitais le nerf ni quand j'excitais directement les muscles. J'ai lâché alors la ligature; au bout de très-peu de temps les muscles de la jambe sont redevenus irritables. Le nerf sciatique n'a rien retrouvé de sa propriété perdue. » Il est évident que, dans cette expérience, c'est le sang, c'est-à-dire la nutrition, qui a rendu aux muscles leur irritabilité.

Récemment M. Brown-Séquard a fait une nouvelle expérience plus décisive encore que la précédente. Toutes les circonstances de cette nouvelle épreuve ont été les mêmes que celles de l'ancienne, à l'exception d'une seule, qui est capitale. Dans l'expérience que nous venons de rapporter, on avait attendu tout simplement la disparition de l'irritabilité musculaire pour lâcher la ligature de l'aorte; dans la nouvelle expérience, on a attendu non-seulement cette disparition, mais l'apparition, depuis trois quarts d'heure ou même depuis une heure, de la rigidité qu'on appelle cadavérique. Cette nouvelle recherche a prouvé que des muscles, privés de l'action du centre cérébro-rachidien et de celle de leur nerf moteur, peuvent, sous l'influence de la nutrition, redevenir vivants, c'est-à-dire irritables. Ce n'est donc pas le système nerveux qui donne aux muscles leur irritabilité, mais bien l'action nutritive exercée par le sang.

(1) Voy. les Bulletins de la Société philomatique, p. 74-76. 1847.

2° RECHERCHES SUR LE RÉTABLISSEMENT DE L'IRRITABILITÉ MUSCULAIRE CHEZ UN SECOND SUPPLICIÉ, PLUS DE QUATORZE HEURES APRÈS LA MORT; par le même (1).

Ces recherches seront rapportées *in extenso* dans un mémoire qui fera partie de ceux de la Société, et que la GAZETTE publiera. Nous nous bornerons à dire que, dans cette nouvelle épreuve, l'irritabilité a été rétablie non-seulement dans les muscles de la main, mais dans ceux de l'avant-bras, et, chose singulière, à un degré plus marqué dans ceux du bras, bien qu'ils fussent coupés au milieu de leur longueur (le bras avait été amputé) et qu'ils aient dû recevoir moins de sang que les autres muscles. L'irritabilité est aussi revenue dans les fibres-cellules musculaires de la peau, où la *chair de poule* s'est montrée d'une manière très-prononcée. Le sang employé était du sang artériel de chien, défibriné par le battage.

II. — PATHOLOGIE.

1° SUR UN CAS DE RÉTRECISSEMENT ORGANIQUE DE L'ANNEAU PYLORIQUE, AVEC ATROPHIE DE TOUTES LES TUNIQUES QUI LE CONSTITUENT; ATROPHIE DU FOIE; RÉTRECISSEMENTS MULTIPLES NON ORGANIQUES DU COLON; par M. CHARCOT.

Un homme âgé de 54 ans (salle Saint-Michel, n° 1, service de M. Rayer, hôpital de la Charité) s'était toujours bien porté et n'avait jamais fait d'excès alcooliques, lorsque, il y a dix-huit mois environ, il commença à éprouver habituellement des vomissements qui survenaient environ deux heures après le repas du soir. Ces vomissements ne furent d'abord composés que de matières alimentaires nageant dans une quantité variable de mucus visqueux; mais il y a un an, se manifestèrent pour la première fois des vomissements d'une matière *noirâtre*, analogues à de la *suie*, qui se reproduisirent par la suite deux ou trois fois encore avec le même caractère.

Depuis ce temps les matières rejetées sont toutes composées d'un mucus visqueux incolore contenant les aliments, tantôt d'une substance ayant une coloration café au lait ou même chocolat.

Dès le début de la maladie, la constipation est opiniâtre, et le malade ne peut aller à la selle qu'à l'aide de lavements. L'amaigrissement et la perte des forces ne tardent pas à se montrer à un haut degré. De vives douleurs, dont le siége principal est la région de l'estomac, mais qui s'irradient dans tout l'abdomen, se montrent principalement avant et pendant les vomissements; mais elles ne cessent jamais complétement d'exister et sont exaspérées par la pression.

L'abdomen est habituellement volumineux; tantôt il est mat à la percussion dans la plus grande partie de son étendue, et, dans ce cas, la palpation fait reconnaître au niveau de la région de l'estomac un *gargouillement stomacal* très-prononcé, que le malade perçoit d'ailleurs parfaitement quand il s'agite, et qu'on peut alors entendre à distance; d'autres fois, au contraire, la plus grande partie de l'abdomen est sonore, et alors le gargouillement n'est plus perçu. Le premier phénomène est surtout évident quand les vomissements ne se sont pas montrés depuis deux ou trois jours, et le malade prévoit alors qu'ils vont bientôt se déclarer; le deuxième se montre, au contraire, quand ils viennent d'être abondants. Il existe enfin quelquefois un état de l'abdomen intermédiaire aux précédents; dans ce dernier cas, l'hypocondre gauche est très-sonore, ainsi que la partie supérieure de la région épigastrique. La région ombilicale, au contraire, ainsi que le flanc gauche, sont mats et résistent au doigt qui percute. Cette matité se limite en bas par une ligne courbe à grand rayon, dont la concavité regarde en haut. Supérieurement, la limite de la matité se fait par une ligne horizontale, quand le malade est assis; plus ou moins oblique, quand il est couché sur un des côtés du corps. Cette zone mate permet de déterminer d'autant mieux la limite inférieure de l'estomac que les intestins sont plus sonores; quand ils sont, au contraire, remplis de matières et mats eux-mêmes, la palpation fait encore souvent reconnaître à la partie moyenne de l'abdomen une tumeur molle et fluctuante terminée du côté de l'ombilic par un bord convexe. Jamais la palpation n'a permis de distinguer l'existence d'une tumeur dure dans l'abdomen.

Malgré la distension habituelle de l'abdomen, le bord supérieur du foie ne remonte pas plus haut que cela n'a lieu dans l'état normal; son bord inférieur ne peut être reconnu par la percussion, car un son intestinal des plus évidents, occupant la plus grande partie de l'hypocondre droit, démontre qu'une anse d'intestin, appartenant, selon toute probabilité, au colon, est interposée entre les parois thoraciques et la partie inférieure de la face antérieure du foie.

Le premier de ces faits, c'est-à-dire le siége normal du bord supérieur du foie, porte à penser que la glande hépatique a diminué de volume; car l'auscultation et la percussion ne démontrant rien d'anormal dans la cavité pleurale droite, il est clair que le foie, en le supposant d'un volume normal, n'eût pas manqué de remonter dans le thorax en même temps que le diaphragme, par suite de la distension habituelle des viscères intestinaux, et en conséquence son bord supérieur se fût rapproché de la clavicule.

Les urines n'ont jamais présenté d'altération, ni en particulier la coloration rouge foncée propre à la cirrhose.

Deux mois environ avant la mort du malade, de l'œdème se manifeste aux membres inférieurs, et bientôt après il y a ascite. L'épanchement de sérosité dans l'abdomen ne tarde pas à devenir considérable, et, chose à noter, les vomissements cessent alors complétement d'exister; ils n'ont pas paru une seule fois pendant le dernier mois de la vie.

L'estomac bientôt, on le conçoit, ne peut plus être exploré, et le malade assure ne plus pouvoir produire le gargouillement stomacal qu'il provoquait autrefois si facilement en s'agitant dans son lit.

La constipation fait bientôt place à une diarrhée habituelle. Le malade, qui prenait encore quelques aliments liquides, les refuse complétement. Les bras, le tronc et la face s'amaigrissent à un degré extrême, ce qui contraste avec l'état de l'abdomen et des membres inférieurs, qui sont extrêmement distendus par la sérosité. La langue, qui était restée longtemps naturelle, devient très rouge; il en est de même des parois buccales, qui se couvrent de plaques blanches de muguet. Bien que les vomissements aient cessé, comme nous l'avons dit, les douleurs épigastriques paraissent incessantes et sont très-violentes.

Tels sont les phénomènes éprouvés par notre malade pendant les trois dernières semaines de sa vie.

La mort arrive le 3 septembre 1851. Le marasme était considérable; le délire ne s'était jamais montré.

En raison de ces faits, le diagnostic avait été établi de la manière suivante :

1° Obstacle au cours des matières ingérées, siégeant à la région pylorique et consistant *probablement* en une tumeur carcinomateuse : la nature des vomissements conduisait à cette dernière idée, bien qu'on n'ignorât pas les faits assez nombreux de vomissements bruns en l'absence de tumeurs ou d'ulcérations cancéreuses de l'estomac et en particulier celui qui a été décrit avec soin par M. Andral (Andral, CLINIQUE MÉDICALE, t. II, obs. V);

2° Ampliation de l'estomac, démontrée par la palpation, la percussion, la succussion, etc. (Piorry, ATLAS DE PERCUSSION, pl. 27, p. 59, et Alios, PROCÉDÉ OPÉRATOIRE; Duplay, MÉMOIRE SUR L'AMPLIATION MORBIDE DE L'ESTOMAC, ARCH. GÉNÉR. DE MÉDEC., p. 549-550, 1833, et Andral, obs. cit.).

3° Diminution du volume du foie, constatée par la percussion, qui démontre que le bord supérieur de cet organe ne s'est pas élevé dans le thorax, malgré la distension de l'abdomen;

4° Obstacle au cours du sang dans le foie, et peut-être aussi dans la veine cave inférieure, par suite de l'extension de la tumeur *supposée*, du côté de ce vaisseau. Il n'existait pas, d'ailleurs, de caractères de la coagulation spontanée du sang dans les veines iliaques, et d'un autre côté, le cœur, de volume normal, ne présentait à l'auscultation autre chose qu'un souffle doux au premier temps, maximum à la base.

Le traitement ne pouvait être que palliatif (charbon végétal, opium, etc.).

AUTOPSIE. — L'ouverture de la cavité abdominale donne issue à une grande quantité de sérosité limpide; mais il en reste encore, après cette opération, une quantité considérable, et ce liquide recouvre complétement les viscères abdominaux, à l'exception : 1° du colon ascendant; 2° d'une partie du colon transverse, qui remonte, sous forme d'anse, en avant du foie; 3° d'une petite partie de la face antérieure de l'estomac. Ces différents organes surnagent; tous les autres sont comprimés et comme submergés par le liquide.

L'estomac n'a pas l'étendue qu'on lui avait attribuée pendant la vie; mais il est aplati, replié sur lui-même, comme s'il eût dû céder à la pression exercée par le liquide. Toutefois la grande courbure arrive à 1 pouce environ de l'ombilic. La région pylorique de ce viscère adhère intimement à la face inférieure du foie par des adhérences qui paraissent de très-vieille date; il en est de même de l'origine de la première partie du duodénum, dans l'étendue d'un pouce environ.

Au niveau du pylore existe un étranglement étroit, analogue à celui qui peut être produit par une mince corde. Disons d'avance que ce rétrécissement est *organique*, c'est-à-dire que la distension produite à l'intérieur des viscères par les tentatives d'introduction de l'index, dirigé de la cavité stomacale vers le duodenum, ne le font pas cesser à l'endroit du rétrécissement. La tunique péritonéale est d'un blanc opaque et comme froncée. La deuxième et la troisième partie du duodénum occupent leur position habituelle; leur calibre a notablement diminué. Il en est de même de l'intestin grêle dans toute son étendue. Le colon ascendant est très-volumineux, distendu par des gaz et des liquides; il surnageait, comme nous l'avons dit, avant l'issue de la sérosité abdominale. Mais au moment de devenir colon transverse, il offre un rétrécissement considérable dans l'étendue de 3 pouces environ. Ce rétrécissement n'est pas *organique*, c'est-à-dire qu'il cède par la dilatation de l'intestin. Au-dessus de ce rétrécissement, on voit une anse de colon dilaté, pleine de liquide et de gaz, qui se porte en avant de la face antérieure du foie, et de là descend vers l'ombilic pour se porter sous la face postérieure de l'estomac. En ce point un nouveau rétrécissement se manifeste, lequel occupe la moitié gauche du colon transverse et tout le colon descendant. Ce rétrécissement cède par la distension exercée de dedans en dehors. L'intestin toutefois n'acquiert pas, malgré cette distension artificielle, le même calibre que les parties naturellement dilatées. Au commencement de l'S iliaque, nouvelle dilatation sous forme d'ampoule, puis nouveau rétrécissement; nouvelle ampoule, située dans la fosse iliaque droite, sous le cœcum, qui est repoussé un peu en haut, et enfin vient le rectum, d'un diamètre à peu près normal.

Nous aurons à nous expliquer plus tard sur la cause de cette série de dilatations et de rétrécissements; disons tout de suite que les parties dilatées renfermaient un semi-liquide jaunâtre, des matières fécales assez bien formées, en un mot. Les parties contractées étaient vides, et la muqueuse était simplement recouverte de mucus visqueux.

Les tuniques de l'estomac étaient, d'une manière générale, hypertrophiées. La cavité, qui est double de capacité à peu près, renferme un peu de mucus visqueux et quelques matières alimentaires. La muqueuse est généralement pâle; mais elle offre çà et là un pointillé grisâtre, manifeste surtout et confluent au voisinage du pylore. Au niveau du rétrécissement, la muqueuse devient brusquement très-mince.

La tunique musculeuse est très-épaissie (elle a environ 0,002^{mm},3 en épais-

(1) Les recherches sur un autre supplicié ont été publiées dans la GAZETTE MÉDICALE, n° 27, 5 juillet 1851.

seur). Les fibres qui la constituent sont pâles, mais très-apparentes; elles ne forment pas au niveau du rétrécissement une sorte d'anneau ou valvule; au contraire elles se terminent en s'amincissant.

Le tissu cellulaire sous-muqueux, épaissi dans toute l'étendue des parois stomacales, s'amincit lui-même considérablement au niveau du rétrécissement.

Avant d'inciser la partie rétrécie, on constate qu'elle admet tout au plus l'extrémité de l'ongle du petit doigt. Un gros tuyau de plume y entre avec frottement. L'incision ayant été pratiquée, le diamètre au niveau du point rétréci est de 2 c. 1/2 seulement. (Sur 3 estomacs provenant d'individus morts de diverses maladies, nous avons constaté que le diamètre de l'estomac, au niveau de la valvule pylorique, variait de 5 c. 1/2 à 6 c. L'index passait dans ces cas très-facilement à travers l'anneau pylorique.)

Au niveau du rétrécissement, la muqueuse, comme nous l'avons dit, s'amincit brusquement; elle conserve ce caractère dans toute l'étendue de la première partie du duodénum; la celluleuse était également amincie et un peu froncée; quant à la musculeuse, elle avait complétement disparu, et à peine trouvait-on, au niveau du point rétréci, dans toute l'étendue de la première portion du duodénum, quelques fibres pâles, mélangées de graisse.

Le péritoine avait l'opacité et l'épaisseur que nous avons signalées.

La coarctation de l'anneau pylorique n'étant pas due à l'hypertrophie des tuniques musculeuse ou celluleuse, il fallait en chercher la cause ailleurs. Peut-être avait-il existé autrefois, au niveau de la région du pylore, une ulcération de la membrane muqueuse, dont la cicatrice *vicieuse* pouvait jusqu'à un certain point expliquer le froncement qu'on remarque, non dans la membrane muqueuse elle-même il est vrai, mais dans la celluleuse sous-jacente. L'examen de la membrane muqueuse, dans sa structure intime, pouvait, à ce qu'il nous semble, décider seul la question. Eh bien! sur le versant stomacal du rétrécissement, une tranche mince, provenant d'une coupe faite perpendiculairement à la surface de la muqueuse et examinée au microscope, présentait les tubes en cul-de-sac juxtaposés; sur le versant duodénal au contraire, la même opération faisait reconnaître dans la membrane interne de l'intestin les glandes *acineuses* de Brunner. La membrane muqueuse était donc représentée là par ses principaux éléments. On ne pouvait donc pas invoquer comme cause productrice du rétrécissement l'existence d'un tissu cicatriciel.

Ce n'est qu'avec peine que la région pylorique de l'estomac et que le commencement du duodénum ont pu être séparés par la dissection de la face inférieure du foie, à cause des adhérences intimes que nous avons signalées. Les canaux biliaires et pancréatiques s'ouvraient comme d'habitude dans le duodénum et étaient complétement libres.

Le foie avait à peu près la moitié de son volume habituel; sa coloration était à peu près normale. La trame celluleuse n'y était pas hypertrophiée et il n'y existait pas de déformation. Son tissu était un peu friable, et il était imprégné d'une assez grande quantité de sang. L'examen microscopique qui en a été fait par M. Rayer a démontré qu'il y existait beaucoup moins de graisse que dans l'état normal. Les autres viscères n'ont présenté rien de bien remarquable. Il n'y avait pas de tubercules dans les poumons. Le cœur était parfaitement sain. Il n'y avait pas de caillots dans les principales veines des membres inférieurs et de l'abdomen.

Remarques. Nous ferons, au sujet de l'observation abrégée que nous venons de relater, les remarques suivantes:

1° Le rétrécissement pylorique dont il est ici question est un fait exceptionnel, à ce qu'il nous a semblé du moins. Dans le remarquable mémoire de M. Duplay, on trouve rassemblé un grand nombre de faits d'ampliation de l'estomac avec rétrécissement du pylore; mais dans tous ces cas, quand il n'existait pas de tumeur cancéreuse, la tunique celluleuse était hypertrophiée. Dans l'observation qui nous est propre, toutes les tuniques constituant les parois de l'orifice pylorique sont au contraire atrophiées. On trouve bien encore dans le mémoire de M. Duplay des cas d'ampliation de l'estomac dans lesquels la tunique musculaire s'était partiellement atrophiée (obs. I, *loc. cit.*, et Andral, Clin. méd., obs. cit.); mais cette atrophie portait alors sur une étendue plus ou moins considérable de cette tunique au voisinage du pylore. Dans notre observation, l'atrophie commence immédiatement au niveau du rétrécissement, et se retrouve seulement dans la plus grande partie de la première portion du duodénum. D'ailleurs, dans tous ces cas d'ampliation d'estomac avec atrophie des fibres musculaires, *le diamètre de l'orifice pylorique était resté normal*. Il en est de même de l'observation rapportée par M. Duplay, dans laquelle l'ampliation de l'estomac coïncidait avec une adhérence intime de sa région pylorique avec la face inférieure du foie. Sans doute dans le cas qui nous occupe, comme dans l'obs. I du mémoire de M. Duplay, les adhérences qui existaient entre l'estomac, le duodénum et la glande hépatique devaient gêner singulièrement le passage des matières de l'estomac dans le duodénum, acte dans lequel les fibres musculaires longitudinales du duodénum jouent un si grand rôle (Magendie, Tr. de physiol., t. II, p. 109); et par suite l'ampliation de l'estomac avait pu se produire. Mais le rétrécissement ne nous semble pas alors suffisamment expliqué, puisque, dans des circonstances à peu près analogues, l'orifice pylorique a pu être rencontré de diamètre normal ou même dilaté.

Il ne nous reste plus dès lors, si nous voulons absolument une explication, qu'à invoquer le retrait qui succède à l'organisation des fausses membranes; nous admettrons dès lors une péritonite antérieure, de très-ancienne date, et circonscrite au voisinage du pylore, les adhérences que nous avons signalées entre l'estomac et le duodénum d'un côté, et le foie de l'autre, nous autorisent d'ailleurs à faire cette supposition. L'anatomie intime de la membrane muqueuse au niveau du pylore, nous a déjà fait rejeter l'idée d'une cicatrice vicieuse due à la réparation d'une ulcération de la membrane muqueuse, dont on aurait pu aussi supposer l'existence. Il est bien reconnu aujourd'hui, à ce que je crois, par les anatomo-pathologistes, que la muqueuse, quand elle se répare, ne récupère pas tous ses éléments, ses éléments glandulaires surtout. M. Gluge a vu les villosités reparaître plus ou moins complétement dans la cicatrisation des ulcères typhoïdes (Gluge, Atlas d'anat. pathol.); les glandes de Lieberkuhn ne s'étaient pas reproduites.

2° De Haen s'est beaucoup préoccupé des rétrécissements que nous avons nommés ici *non organiques*, et il en a fait figurer une quinzaine de cas (Ratio medendi, t. VI, Paris 1776, p. 246). Il ne s'explique pas suffisamment sur la cause anatomique ou physiologique de ces rétrécissements auxquels il attribue une grande part dans la production des symptômes observés pendant la vie; il les a rencontrés d'ailleurs dans des maladies très-diverses et dans lesquelles les viscères intestinaux ne paraissent pas avoir été autrement intéressés. Pour nous, nous ne faisons que signaler le fait en passant; est-ce un phénomène cadavérique ou un phénomène des derniers temps de la vie? quelle est son importance et sa signification? M. Andral s'est depuis longtemps posé ces questions; il est porté à penser qu'il est « des malades qui présentent un certain ensemble de symptômes qu'il serait porté à expliquer par une contraction spasmodique, soit durable, soit passagère, d'un point du tube digestif. » (Précis d'anat. path., t. II, p. 121.) Copland, d'un autre côté, assigne des phénomènes particuliers au *spasme* des intestins; et Mayo (Outlines of human pathology, Lond. 1836, p. 351) en rapporte une observation qui paraît concluante. Nous n'avons observé chez notre malade aucun phénomène particulier qu'on pût rattacher à ces rétrécissements multiples des intestins.

2° Recherches sur la contagion de la gale des animaux a l'homme et sur les moeurs de l'acarus de la gale; par M. Bourguignon.

« J'ai entrepris depuis quelques mois de nouvelles recherches sur la contagion de la gale, avec le concours de M. Delafond, professeur à l'école d'Alfort.

» Ces nouveaux essais ont porté sur la gale du mouton et du cheval. Quelques moutons tirés d'un troupeau affecté de gale, que M. Delafond a été appelé à guérir, nous ont abondamment fourni l'élément de la contagion. Nous avons pris des acares de mouton et nous les avons déposés sur le corps d'une douzaine d'élèves d'Alfort, sans aucune précaution préalable, sans les recouvrir d'aucun verre; chaque élève a reçu jusqu'à 10 à 15 insectes, mâles, femelles, séparés ou accouplés, ainsi que des jeunes larves; quelques-uns d'entre eux ont éprouvé de légers chatouillements pendant les deux ou trois premières heures, vers les régions où l'application des insectes avait été faite, mais aucun d'eux n'a ressenti de véritables démangeaisons, ni vu survenir aucune éruption. Les mêmes essais de contagion ont été tentés avec l'acarus du cheval, dans des conditions identiques quant au nombre des insectes, et la facilité qui leur a été laissée de se répandre sur tout le corps, sans donner plus de résultat. L'acarus du cheval a quelquefois fait éprouver une sorte de picotement produit par l'introduction des mandibules dans les chairs; mais là se sont bornés les signes qu'il a donnés de sa présence.

» Ainsi, ces expériences de contagion, faites dans des conditions plus favorables que celles qui peuvent résulter des rapports de l'homme avec ces animaux ont été de tout point négatives, et prouvent d'une manière irréfutable, comme nous l'avions déjà démontré, que le psore des animaux ne saurait se transmettre à l'homme par l'élément essentiel de la contagion, l'acarus.

» Nous avons poussé plus loin nos investigations: si les animaux ne nous transmettent point leur gale, ils pouvaient nous communiquer les maladies qui compliquent cette affection; aussi avons-nous inoculé, à l'aide de la lancette, la sérosité, les humeurs prises sous les croûtes des éruptions, ou résultant de la trituration d'un amas d'acarus. Jamais nous n'avons pu faire naître la moindre éruption. Mais ces conditions n'étaient pas de celles qui d'ordinaire transmettent une maladie de peau, il fallait opérer un contact immédiat et prolongé entre la peau de l'homme et la peau de l'animal galeux; c'est ce que nous avons fait. Un élève a appliqué son avant-bras sur le dos d'un mouton galeux, l'a laissé ainsi en contact pendant vingt minutes, provoquant par le frottement l'exhalation de la sérosité psorique; il l'a retiré au bout de ce temps, tout couvert de détritus croûteux et épidermiques, baigné de sérosité, rouge et fortement irrité. Nous espérions voir se développer une vive inflammation ou tout au moins une éruption; il n'en fut rien. De telle sorte que nous étions ainsi conduits à nier non-seulement la contagion de la gale, mais celle des maladies de peau qui la compliquent. Cependant, sur ce dernier point, un doute nous reste; nous ne pouvons voir un simple rapport fortuit entre la maladie de tant de personnes dont on cite les observations, et celle des animaux avec lesquels elles avaient un contact journalier. On a vu trop fréquemment un individu qui touchait ou caressait un animal affecté d'une maladie de peau, gagner lui-même une semblable affection, pour que le fait cité plus haut change complétement notre conviction à cet égard.

» Nous avons profité de cette occasion, on le pense bien, pour étudier l'organisation de l'acarus du mouton dont Walz a donné un dessin fort peu exact, et cet examen nous a fourni des notions toutes nouvelles et fort curieuses sur l'histoire des acarus.

» L'acarus du mouton se présente avec des caractères différents, suivant les âges, c'est-à-dire qu'il subit de nombreuses métamorphoses. Ainsi, à sa naissance, comme les autres insectes à huit pattes, il n'en a que six; il est à l'état de larve; la métamorphose qui va suivre et qui lui donnera ses huit pattes en fera un insecte complet propre à l'accouplement. Une fois l'accouplement et la fécondation opérés, la femelle éprouve une métamorphose nouvelle, perd plusieurs des caractères de son sexe; certains organes, situés à la région dorsale, vers l'extrémité postérieure, et qui sont destinés à pénétrer dans des ventouses que le mâle porte à la face ventrale, disparaissent. A partir de ce moment, la femelle

n'est plus propre à l'accouplement et peut pondre sans l'approche du mâle des œufs fécondés.

» Ces faits nous ont permis de jeter un coup d'œil rétrospectif sur l'histoire de l'acarus de l'homme, que nous avons toujours trouvé, il vous en souvient, à l'état de femelle; il est probable que notre acare éprouve, comme celui du mouton, plusieurs métamorphoses, et qu'il pénètre sous notre épiderme, surtout quand il a été fécondé. Dans cette hypothèse, il faudrait croire que les larves vivent dans des sillons jusqu'à la première mue ou métamorphose; qu'à cette époque les acarus mâle et femelle restent quelque temps à la superficie de la peau, s'accouplent, et une fois la fécondation opérée, que les femelles seules font de nouveaux sillons dans lesquels elles pondent. Les mâles, très-probablement pourvus d'organes supplémentaires qui leur permettent de vivre à la surface de l'épiderme, vont à la recherche des femelles, les fécondent (car l'accouplement est matériellement impossible dans le sillon), vivent ainsi plus ou moins longtemps, et meurent sans qu'on ait occasion de les rencontrer même à l'aide du microscope mobile, car il faudrait être bien heureusement servi par le hasard pour rencontrer au milieu des rides de la peau un insecte si petit, surtout avec l'opinion où nous étions jusqu'à ce jour que mâles et femelles vivaient dans les sillons. La présence de l'acarus mâle sur le corps expliquera sans doute un jour le développement de certaines affections cutanées, telle que le prurigo, par exemple, dont la cause nous échappe. On comprend facilement qu'il y ait nécessité pour la femelle de creuser un sillon pour y pondre; les œufs sous la couche épidermique sont ainsi dans les meilleures conditions de développement, le frottement, le lavage, etc., ne sauraient les atteindre. Le premier besoin du mâle paraît être la mobilité; celui de la femelle fécondée et métamorphosée, la fixité.

» Comme vous le voyez, à mesure que nous nous livrons à l'étude de la gale, le champ des recherches s'agrandit, et quelques faits observés et jusque-là inexpliqués trouvent leur raison d'être.

» Nous venons de porter notre examen sur la gale des animaux, et nous nous trouvons entraînés à résoudre grand nombre de questions imprévues qui surgissent à chaque pas. Ainsi, pour n'en citer qu'un exemple, une observation attentive nous a fait constater que l'acarus du cheval et celui du mouton sont absolument identiques; ils ont les mêmes caractères; les femelles subissent les mêmes métamorphoses. De là nécessité de rechercher si les acarus du cheval transmis au mouton, et réciproquement, détermineront chez ce dernier une maladie identique, etc. Il va sans dire que nous a ons dessiné l'acarus du mouton, ainsi que le pou qui lui cause des démangeaisons très-vives, et que les agriculteurs pourraient prendre pour l'acarus lui-même. La question du traitement attirera aussi toute notre attention. »

III. — Helminthologie.

SUR DES LARVES RENDUES PAR LES SELLES; par M. Davaine.

Nous avons examiné, M. Rayer et moi, des larves qui nous ont été remises par M. le docteur Roger, et qui avaient été rendues par une malade dont l'observation est consignée dans les comptes rendus de la Société (juillet 1851). Nous nous sommes assurés que ces larves, que l'on désigne vulgairement sous le nom de *vers*, étaient des larves de diptères; mais nous n'avons pu en déterminer l'espèce. Nous exposerons les caractères de ces larves avec quelques détails qui nous paraissent justifiés par la rareté du fait et par la confirmation qu'ils donnent à l'opinion de M. Roger, à savoir, qu'il n'y a eu, dans ce cas, ni erreur, ni supercherie de la part de la malade.

Sept de ces larves nous ont été remises; elles étaient enchevêtrées dans un mucus glaireux, semblable au mucus de l'intestin, et dont il était fort difficile de les débarrasser complétement. Déjà elles avaient subi un commencement de putréfaction, qui cependant n'avait point altéré leur forme extérieure, mais qui ne nous a pas permis de faire de ces larves une anatomie aussi complète que nous l'aurions désiré. Elles offraient les caractères suivants: larves fusiformes, nuancées de gris, de rose et de châtain, longues d'un centimètre. Extrémité antérieure très-amincie; extrémité postérieure moins amincie et bifurquée dans la plupart; corps ne présentant point d'anneaux ou de segments appréciables; huit paires de mamelons ambulatoires, simples, placés sur les côtes; extrémité antérieure ou tête armée de trois paires de crochets, dont deux beaucoup plus forts et visibles à un faible grossissement; lèvre terminale munie de papilles saillantes; point d'yeux visibles; deux stigmates offrant un pavillon palmé, grand, blanchâtre, composé de 15 à 20 digitations; deux trachées principales, partant de ces stigmates et renflées en arrière, se terminant par deux autres stigmates évasés occupant le sommet de chaque bifurcation de l'extrémité postérieure; téguments présentant, à un fort grossissement, des poils nombreux, courts et roides, simples ou rarement bifides, disséminés irrégulièrement sur toute la surface du corps. A l'intérieur, outre l'intestin très-altéré et les trachées dont nous avons parlé, nous avons constaté l'existence d'une pièce cornée, œsophagienne, supportant les crochets. Les figures annexées à cette note donnent une idée exacte de ces diverses dispositions.

D'après cette description, il est évident que cette larve n'est pas celle qu'on a désignée sous le nom de larve de l'*œstrus hominis*. Les larves d'œstre ont le corps divisé en segments marqués par des poils disposés en séries transversales; elles n'offrent point de stigmates antérieurs disposés en pavillon digité; en outre, les crochets de la larve que nous avons observée, beaucoup moins forts, relativement, que ceux des larves d'œstre, rappellent plutôt ceux des larves des muscides.

D'un autre côté, on ne peut confondre les larves rendues par la malade de M. Roger avec les larves de la *mouche carnassière* et de la *mouche domestique*, larves dont le corps est annelé et tronqué en arrière. Enfin, elles diffèrent encore davantage de la larve du *scatopse noir*, si commun dans les lieux d'aisances (*musca stercoraria*), et que nous avons étudiée comparativement.

En résumé, les larves rendues par la malade de M. Roger n'étaient pas de celles que cette femme aurait pu facilement se procurer, si elle eût voulu se livrer à une supercherie.

J'ajouterai, en terminant, que M. Rayer désirant s'assurer si des larves de *mouche* ou de *scatopse* introduites dans l'estomac ou l'intestin pouvaient y vivre un certain temps, comme quelques larves d'*œstre*, ou si elles pouvaient parcourir toute l'étendue du canal intestinal sans cesser d'être reconnaissables, l'expérience suivante a été faite par M. Claude Bernard: des larves de la mouche carnassière et des larves de la mouche stercoraire ont été introduites dans l'estomac d'un chien qui portait une fistule stomacale; or le lendemain et le surlendemain, on a retrouvé, dans les matières fécales, plusieurs de ces larves en apparence non altérées. M. Cl. Bernard se propose de répéter et de varier ces expériences.

IV. — Tératologie végétale.

SUR UNE MONSTRUOSITÉ DE LA FLEUR DU CHOU-FLEUR, OCCASIONNÉE PAR LA PRÉSENCE D'UN CHAMPIGNON PARASITE, LE CYSTOPUS (UREDO) CANDIDES; par M. M.-J. Berkeley.

On trouve dans la fleur transformée :

1° Quatre sépales, mais ceux qui sont latéraux dans la fleur normale sont ici, l'un antérieur et l'autre postérieur.

2° Il y a deux verticilles de pétales, trois pour chacun; les extérieurs sont verts en grande partie; il en manque un; les intérieurs sont jaunes, et l'un d'eux, celui marqué 2, a son limbe enroulé. Le quatrième manque également.

3° Il y a aussi deux verticilles d'étamines, dont l'intérieur est placé sur la base allongée de l'ovaire. Du verticille extérieur, les deux paires sont à peu près dans leur condition normale; mais les deux étamines solitaires sont converties chacune en un pédoncule qui porte un bouton composé de sépales, de pétales, d'étamines et d'un ovaire dans leur position ordinaire.

4° Il n'y a pas trace de glandes.

5° L'ovaire est très-renflé, et quand on l'analyse, on trouve que les placentas sont parfaitement distincts, excepté à la base.

BIBLIOGRAPHIE.

DE L'EMPLOI DIRECT DE L'IODE PUR DANS LE TRAITEMENT DE LA PHTHISIE PULMONAIRE; par M. P. Chartroule. — Broch. in-8°. — Paris, 1851. Chez Labé, éditeur.

Il a été fait quelque bruit dans ces derniers temps de nouvelles tentatives d'application de l'iode au traitement de la phthisie pulmonaire et des succès qui auraient couronné ces nouveaux essais. Ce n'est pas d'aujourd'hui, comme chacun le sait, qu'on a employé l'iode dans la phthisie. Une analogie plus ou moins fondée entre cette affection et les scrofules avait déjà suscité, il y a bien des années, l'idée d'appliquer à l'affection tuberculeuse des poumons le moyen de traitement que son efficacité dans les scrofules a fait regarder comme une sorte de spécifique. Mais soit défectuosité dans le mode d'administration, soit insuffisance réelle ou même inopportunité du médicament, toujours est-il qu'après bien des tentatives réitérées, tentatives pour la plupart infructueuses et dont les résultats, pour quelques autres, peuvent être considérés comme très-incertains, l'usage de l'iode dans la phthisie était à peu près généralement abandonné. Depuis quelque temps cette médication semble de nouveau prendre faveur auprès de quelques praticiens qui paraissent avoir emprunté aux procédés d'inhalation l'idée de porter directement l'iode à l'état de vapeur sur la muqueuse pulmonaire, et avoir fondé sur l'action à la fois topique et générale qui résulte de ce genre d'application, un espoir que n'ont point justifié jusqu'ici les autres modes d'administration de l'iode.

Rien n'est plus digne d'encouragement, à coup sûr, que les efforts qui tendent à diminuer le nombre toujours croissant des victimes de la phthisie; mais rien de plus décevant que les résultats que produisent le plus souvent ces tentatives. M. Chartroule qui paraît s'être voué à cette tâche difficile, sera-t-il plus heureux que ses devanciers? Sans préjuger l'issue définitive des expériences auxquelles il paraît se livrer avec une grande activité, et dont la brochure que nous avons sous les yeux ne renferme qu'un très-succinct spécimen, nous allons essayer d'apprécier, par les résultats énoncés dans cette brochure et par l'exposition des moyens mis en œuvre, la valeur et la portée de la méthode dont M. Chartroule s'est constitué le champion et le promoteur.

Ce qui constitue le caractère de cette méthode, c'est l'administration de l'iode en inspiration et à l'état de pureté. Le but que se propose M. Chartroule, par ce mode d'administration de l'iode, est de porter le médicament immédiatement et directement sur l'organe malade et de l'y porter dégagé de toute combinaison qui puisse en altérer ou en atténuer l'activité. A cet effet et autant en vue de faciliter la pénétration du médicament dans les voies aériennes et de réaliser les conditions les plus favorables à son absor-

ption, que d'en assurer et d'en régulariser le dosage, il a fait construire un appareil inhalatoire auquel il donne le nom *d'iodomètre*. Cet appareil est construit sur ces deux principes : éviter la déperdition et suivre de l'œil la quantité de médicament absorbé dans un temps donné, maintenir à un degré uniforme et invariable l'air chargé des principes médicateurs. Il se compose d'une lampe à esprit-de-vin à laquelle s'adapte par une tige transversale un tube à large diamètre percé à ses deux extrémités dont l'inférieure rétrécie et sur laquelle est gravée une échelle de graduation, contient l'iode divisé en petits cylindres, tandis que l'extrémité supérieure légèrement évasée reçoit l'air extérieur qui y arrive après avoir été préalablement chauffé à la flamme de la lampe dans un petit tube serpentin engagé dans l'ouverture du grand tube. Enfin de la partie moyenne de celui-ci part le tube à aspiration terminé par une embouchure sur laquelle le malade applique sa bouche. Une espèce de petit piston adapté à la petite extrémité du tube qui renferme l'iode sert à faire monter ou descendre à volonté la quantité de médicament qui devra se dissoudre dans l'air échauffé de l'appareil, avant d'arriver à la bouche du malade. Grâce à ce mécanisme on peut évaluer et doser avec la plus grande précision la quantité d'iode consommée dans un temps donné.

Les malades ne sont pas soumis d'emblée à ce mode d'inhalation de l'iode, qui pour quelques-uns aurait une action trop irritante. Pour les amener graduellement à supporter sans inconvénient le contact immédiat de l'iode par avec la muqueuse pulmonaire, M. Chartroule, avant de recourir à l'iodomètre, ouvre le traitement par l'usage de cigarettes iodées, composées de principes aromatiques et calmants et d'une certaine proportion d'iode qui en fait la base essentielle. L'usage de ces cigarettes a pour but et pour effet de préparer la bouche et les voies aériennes à l'influence du médicament. On commence par une très-faible dose; le début est d'une demi-cigarette. On continue pendant quelques jours, puis on passe aux cigarettes entières; et quand on juge que le malade est suffisamment préparé par ce traitement d'essai, on arrive aux inhalations qui s'excluent pas la continuation de l'usage des cigarettes à titre de moyen adjuvant.

Telle est dans son ensemble comme dans ses détails d'application la méthode que préconise M. Chartroule.

Que cette méthode soit nouvelle ou non; qu'elle diffère en quelques points ou qu'elle ne soit qu'une application pure et simple de la méthode fumigative des anciens, sur laquelle M. Martin-Solon, sous le nom de *méthode atmiatrique*, rappelait, il y a près d'une vingtaine d'années, l'attention des praticiens, dans un mémoire où M. Chartroule retrouverait non-seulement l'exposé général des principes de cette médication, mais encore l'énumération des effets des diverses fumigations médicamenteuses, la description des appareils propres à faciliter l'inhalation des divers agents volatiles susceptibles d'agir directement sur la muqueuse pulmonaire, et notamment l'indication formelle de l'inhalation iodique; peu importe au fond. Nous ne chicanerons pas M. Chartroule sur ce point; nous ne ferons même aucune difficulté d'admettre pour très-ingénieux le procédé d'inhalation qu'il a imaginé, et pour très-utile la combinaison de l'inhalation avec l'usage préalable ou simultané des cigarettes iodées. Mais là n'est pas le point important de la question. La valeur de son procédé comme le mérite de son invention sont subordonnés à la valeur de la méthode elle-même. Or, quelles sont les preuves de son efficacité? C'est ce qu'il s'agit de rechercher.

M. Chartroule, comme tous les médecins qui ont expérimenté l'iode dans la phthisie, a pris pour point de départ de son expérimentation l'identité de nature ou tout au moins l'analogie qui existe entre les scrofules et la phthisie pulmonaire. L'analogie est sans contredit un guide utile en thérapeutique. Mais avant d'asseoir son raisonnement sur une pareille base, il eût été bon d'en établir préalablement la légitimité. Personne n'ignore que la scrofule se manifeste sous des formes différentes; or l'expérience a appris que celle des formes de la scrofule qui se rapproche le plus de la phthisie, la forme tuberculeuse, est précisément la plus réfractaire à l'action de l'iode. D'un autre côté rien n'est moins démontré que l'identité de nature du tubercule pulmonaire et du tubercule scrofuleux. Nous n'en voulons pour preuve que le dissentiment qui existe à cet égard entre les hommes les plus compétents. Pour ne citer que les auteurs des publications les plus récentes et le plus justement estimées sur cette matière, nous voyons M. Glover seul admettre l'identité de la scrofule et du tubercule, tandis que M. Lebert reconnaît l'existence de deux principes plus ou moins semblables, mais non identiques, et que pour M. Legrand il existe un virus scrofuleux distinct du principe tuberculeux. Mais peu importerait encore le plus ou moins de fondement de cette analogie, si les faits directs démontraient l'efficacité de l'iode contre la tuberculisation pulmonaire. On pourrait à la rigueur faire bon marché du raisonnement et admettre le fait comme empirique. Ce sont ces preuves mêmes que nous cherchons et que nous avons cherchées en vain dans le travail de M. Chartroule.

Que dit M. Chartroule des effets immédiats de la médication iodique? Voici, d'après lui, quels sont les premiers effets appréciables de cette médication. Nous citons à peu près textuellement. Il les divise, pour plus de clarté, en effets généraux et en effets particuliers. Comme effets généraux, il signale en première ligne et comme indiquant que le traitement devra produire des effets favorables, le calme qui se manifeste dans l'état fébrile du soir après quelques jours d'inspiration. La faiblesse, l'abattement de la journée s'arrêtent aussi pour diminuer plus tard. Le goût des aliments reparaît, ou devient plus persistant; les digestions sont meilleures; un progrès sensible se manifeste dans le retour des forces et de l'embonpoint. Des changements plus ou moins notables surviennent en même temps dans la quantité et la qualité de l'expectoration, dans la violence et la fréquence de la toux, dans l'abondance des sueurs nocturnes, etc. A l'auscultation, on constate la diminution graduelle de la matité et le retour de la perméabilité du poumon; les râles se circonscrivent peu à peu et disparaissent même complétement dans quelques cas. Enfin, le mouvement fébrile diminue sous le double rapport de la durée et de la fréquence du mouvement pulsatoire.

Assurément ce tableau, au premier aperçu, semble justifier les prétentions de l'auteur. Mais, pour peu qu'on y réfléchisse, on ne tarde pas à se défendre de l'impression favorable qu'on en a d'abord reçue, et, après mûr examen, il ne reste plus à la place d'une démonstration qu'un argument spécieux. En effet, que ce tableau ait été calqué sur un cas particulier ou qu'il résulte de l'ensemble des phénomènes observés sur un certain nombre de cas divers, n'eût-il pas été indispensable de dire à quel degré, à quelle période de la maladie ces faits avaient été constatés. Pour qui connaît bien la marche souvent bizarre et capricieuse de la phthisie, pour qui en a souvent suivi toutes les phases, quoi de plus commun que de voir se produire spontanément et sans le concours d'aucune médication active, des amendements notables dans tous les symptômes, des temps d'arrêts dans la marche de la maladie, tels qu'on a pu croire souvent à une guérison spontanée là où il n'y avait qu'une trêve, qu'un répit accordé par la mort. Il n'est pas de médication, pas de méthode de traitement si simple qu'elle soit, ne fût-ce que le repos et le régime, qui ne produise très-fréquemment ne de ces amendements momentanés, plus ou moins durables, qui ont été cause de tant d'illusions et de tant de mécomptes. C'est en négligeant cet élément si important de la part que l'on doit faire à la nature dans la manifestation des événements qui surviennent dans le cours d'une maladie, c'est en ne tenant aucun compte des modifications qu'entraînent momentanément le concours des moyens accessoires, le simple changement de régime, la perturbation même qui résulte d'une médication nouvelle, quelle qu'elle soit; c'est en mettant ainsi, sans plus de rigueur, sur le compte du remède, tous les effets qui surviennent à son occasion, sans s'inquiéter si ces effets n'ont pas d'autre cause, que l'on arrive à formuler ces propositions subversives de tout bon sens et de toute logique, auxquelles la statistique elle même a plus d'une fois prêté son appui, et qui se résumeraient à dire que *tout guérit avec tout*.

Si de l'énoncé des effets généraux de la médication iodique nous passons à l'examen des observations rapportées dans le mémoire de M. Chartroule, nous n'y trouvons pas plus d'éléments de certitude. M. Chartroule n'a pas cru devoir invoquer à son aide la statistique, et nous ne lui en faisons pas un reproche, car il n'eût certainement pas été à même d'en réunir les éléments suffisants. Rien n'est plus difficile, d'ailleurs, qu'une bonne statistique, et rien de plus décevant qu'une statistique dont les termes sont mal posés ou incomplétement déterminés. L'auteur s'est borné à rapporter comme spécimen quelques observations choisies parmi les plus concluantes. Or que trouvons-nous dans ces observations? Ici il s'agit d'une malade dont le diagnostic est ainsi formulé: « Toux fréquente, avec augmentation pendant la nuit; insomnie prolongée; crachats mousseux, quelques-uns opaques et d'une coloration verdâtre. La poitrine accuse de la matité dans tout le côté gauche; il s'y fait entendre un râle sous-crépitant, mêlé de quelques craquements rares et dispersés. » On met cette malade à l'usage de la médication iodée. Au bout de trois mois les symptômes inquiétants, dit l'auteur, avaient disparu. Où est la preuve, nous le demandons, que cette malade fût réellement phthisique, et où est la preuve de sa guérison? Dans un second cas, c'est encore une dame, le diagnostic n'est point douteux. L'auteur a le soin de nous apprendre que ce diagnostic a été confirmé par M. Piorry. Il existait une caverne au sommet du poumon gauche et des tubercules disséminés dans le reste du poumon. Même indication; même résultat : amendement de tous les symptômes; amélioration notable de l'état général. Mais... quelque temps après il survient une *pleuropneumonie* qui enlève la malade. Là il est question d'une jeune demoiselle qui présente tous les symptômes de la phthisie confirmée; les menstrues avaient cessé. Après un traitement dont la durée n'est pas indiquée, la malade se rétablit; ses *évacuations périodiques reparaissent...* Qu'est-il survenu depuis? Quelle a été l'issue définitive de la maladie? Combien de temps après la cessation du traitement

s'est-on assuré de l'état de la malade? C'est ce qu'on ignore.

Nous ne pousserons pas plus loin l'analyse de ces faits. Ils peuvent bien avoir suffi aux yeux de M. Chartroule pour lui créer une conviction que nous croyons parfaitement sincère ; mais il était de notre devoir de l'avertir que rien dans son mémoire ne nous a paru de nature à faire passer celle conviction dans l'esprit de ses lecteurs. Nous lui demandons pardon d'avoir apporté peut-être un peu de vivacité dans cette critique; mais c'est bien moins à lui qu'elle s'adresse qu'à la méthode d'expérimentation qu'il a suivie, méthode essentiellement insuffisante et défectueuse que bien d'autres que lui appliquent journellement avec une déplorable légèreté à la recherche des plus graves et des plus difficiles questions de la thérapeutique. Nous recommandons à M. Chartroule, ainsi qu'à tous les médecins qui seraient tentés de s'engager dans la même voie d'expérimentation, la méditation de ces mots que M. Andral adressait un jour du haut de sa chaire à ses élèves : « Avec trente ou quarante observations, vous pourrez établir le diagnostic et l'anatomie pathologique d'une maladie, mais il vous faudra plusieurs années de recherches pour arriver à un résultat satisfaisant en thérapeutique. »

H. Brochin.

VARIÉTÉS.

— Par décret présidentiel, M. Bourbousson, docteur en médecine et représentant du peuple, a été nommé membre de la Légion d'honneur.

— M. Morel-Lavallée est nommé chirurgien de l'hospice des Enfants trouvés et Orphelins, à la place de M. Thévenot de Saint-Blaise, ancien chirurgien de S. M. Louis XVIII, qui vient d'être appelé au même titre près de M. le comte de Chambord.

— M. le docteur A. Jourdan, premier chef interne de l'Hôtel-Dieu de Marseille, vient d'être nommé chef des travaux anatomiques de l'École de médecine, en remplacement du docteur Coste, démissionnaire,

— M. Raynaud, chirurgien en chef de la marine au port de Brest, vient d'obtenir un congé de six mois, et va être remplacé, dans la présidence du conseil de santé, par M. Fischer, médecin en chef.

— Le jury médical du Doubs vient, sous la présidence de M. Tourdes, professeur à la Faculté de Strasbourg, de procéder à l'examen des candidats pour le titre d'officier de santé, de pharmacien et de sage-femme pour les départements du Doubs, de la Haute-Saône et du Jura.

Sur 27 aspirantes sages-femmes qui se sont présentées, 23 ont été reçues. Le jury a constaté que les élèves de l'école de Bourg avaient une instruction très-suffisante. Les élèves de l'école de Besançon ont généralement été faibles. Le jury pense que cette faiblesse est due au défaut d'instruction première des aspirantes, à la trop courte durée des études et à l'insuffisance du matériel d'instruction.

— On lit dans l'Akhbar du 14 septembre :

« Nous avons la satisfaction d'annoncer que depuis le 26 du mois dernier, le choléra a complétement disparu d'Oran et de sa banlieue, ainsi que de la subdivision de Mascara. La province de l'Ouest est donc en ce moment délivrée du fléau, si ce n'est près de la frontière, chez les Trara, où il fait, dit-on, d'assez grands ravages, quoique Nemours, qui est à peu de distance, n'ait pas été envahi.

» D'après l'Écho d'Oran, le total des décès dans cette ville, pendant la durée de l'épidémie (du 8 juillet au 26 août), a été de 476 individus, dont au moins moitié femmes ou enfants.

» Le choléra n'a point présenté cette fois les trois périodes d'invasion, accroissement et décroissance. Dès le début, il a été violent, et il s'est maintenu tel jusqu'à la fin.

» On ne connaît pas encore le chiffre de la mortalité à Arzew, Saint-Cloud et quelques colonies agricoles du rayon d'Oran et de ses environs.

» A Mascara, où le choléra a duré un mois, on compte 902 morts, Européens et indigènes. Plus qu'à Oran, la maladie a sévi sur les femmes et les enfant. Pendant les dix premiers jours, presque tous les cas ont été foudroyants.

» La mortalité a été plus considérable dans cette petite subdivision que partout ailleurs dans la province occidentale.

» Le bruit s'est répandu hier que le choléra avait reparu à Oran, et on ajoutait que la nouvelle en était arrivée ici par le télégraphe. Les informations que nous avons prises à ce sujet nous permettent d'affirmer que ce bruit n'a pas le moindre fondement. »

— Le Moniteur algérien du 15 donne le résumé suivant des nouvelles du choléra, apportées par le dernier courrier de l'Ouest :

Oran : du 2 au 9 septembre (période de huit jours), 18 nouveaux cas; 6 décès à l'hôpital militaire; 7 décès dans la population civile, dont un seul durant les cinq derniers jours.

Mostaganem : du 28 août au 5 septembre (neuf jours), 30 cas; 9 décès, dont 5 militaires.

Plus rien à Mascara, Tlemcen, ni à Sidi-Bel-Abbès.

Arzew n'adresse plus de bulletins.

— L'état sanitaire de Londres est aussi satisfaisant qu'il l'est ordinairement à cette époque de l'année. Il y a eu cette semaine 1,026 décès.

Les diarrhées, le choléra d'été et la fièvre sont les affections dominantes. Cette dernière maladie paraît devoir prendre la prééminence ; quant au choléra, il ne marche que lentement ; mais les diarrhées décroissent rapidement. Il y a eu, pendant les trois dernières semaines, 28, 17 et 17 décès par le choléra; 174, 192 et 101 par la diarrhée. En outre, 24 hommes et femmes sont morts de cancer, 119 de phthisie, et 31 de maladie du cœur; de plus, 6 femmes sont décédées en couches, et enfin, il y a eu 59 morts violentes.

— On écrit de Londres, 24 septembre :

« Le choléra perd de sa force; il n'a succombé cette semaine que 7 personnes, 5 enfants et 2 adultes, tandis que dans les cinq semaines précédentes, les morts avaient été de 28, 29, 28, 17, 17. La diarrhée a de nouveau causé 97 morts, dont 67 enfants et 30 adultes; la petite vérole, 23; la rougeole, 13; et la coqueluche, 19. »

— Nottingham, 5 septembre. — « Plusieurs cas de choléra se sont montrés dans cette ville pendant la semaine qui vient de s'écouler; mais comme les soins des hommes de l'art ont été réclamés à temps, un seul de ces cas s'est terminé par la mort. Il s'agit d'une femme nommée Séales, qui demeurait dans Daykin's Yard West-Street. Attaquée le vendredi par la maladie, elle a succombé lundi matin. Elle a été soignée par le docteur Mitchell.

» Les cas de diarrhée ont encore été très-nombreux dans la ville. »

— On écrit de Prague, 11 septembre :

« Depuis quelques jours le choléra sévit avec une force extraordinaire, surtout au centre de la ville. Dans la Plattnergasse, cinq personnes sont mortes dans une seule maison. Sur la place Léonard, il y a eu sept enterrements en un jour. La mort arrive quelques heures après la première attaque. Les hôpitaux sont remplis de malades.

» On dit que le choléra sévit aussi dans le Carolinenthal. »

— On écrit d'Avesnes-le-Comte :

« Depuis quelque temps déjà la commune de Sombrin est en proie à une épidémie cruelle dont une quinzaine de personnes ont été les victimes, parmi lesquelles on compte M. Briois, curé de sa paroisse On croit cette épidémie dans sa période décroissante, bien que vingt habitants au moins en soient encore atteints à divers degrés d'intensité. M. le sous-préfet de Saint-Pol est venu en personne, la semaine dernière, s'assurer de l'état sanitaire de ce malheureux village, avec le médecin de l'arrondissement spécialement chargé des épidémies.

» On dit que dix cas de cette terrible maladie se sont produits à Grand-Rullecourt, dans la rue de Sombrin. »

— On écrit de Blois, 31 août, que des cas graves d'entéro-colites, de diarrhée et même de dyssenterie ont été observés. A ce propos on signale comme un foyer infect la fabrique de noir animal située aux portes de cette ville et près le village de Saint-Gervais.

— Depuis un mois, il existe dans la commune de Nivillac (Morbihan) une maladie épidémique qui fait beaucoup de ravages ; c'est une espèce de dyssenterie qui enlève 3 à 4 malades par jour. On cite une maison où 5 personnes sont mortes en fort peu de temps. Sur une population de 3,000 habitants, on compte déjà plus de 70 victimes.

Un malheureux colporteur du département de l'Ariége, jeune homme de 20 ans, entré dans la commune il y a environ huit jours, s'est tombé malade le vendredi et est mort le dimanche.

Le préfet a envoyé de Vannes un médecin pour étudier cette funeste maladie et prescrire quelques soins préservatifs.

— On nous informe que la dyssenterie continue ses ravages dans le canton de Guémené (Loire-Inférieure). On porte le nombre des malades à 300. Les décès depuis l'invasion de la maladie, qui date du 1er août, se sont élevés, dans la seule commune de Guémené, à 100 personnes. Les prêtres, les médecins et les sœurs hospitalières rivalisent de zèle. L'épidémie sévit principalement sur les enfants, qui forment près des deux tiers de ceux qui ont succombé.

— Un des plus célèbres orientalistes de notre époque, M. le docteur M.-Ch. Fraehn, allemand d'origine, est mort à Saint-Pétersbourg, où il siégeait dans l'Académie impériale des sciences. M. Fraehn était en outre correspondant de l'Institut. Son âge dépassait 68 ans.

— Beyrouth, 19 août — « Des nouvelles de Bagdad nous apprennent que le choléra a enlevé récemment 900 habitants de Bassora sur une population de 6,000 âmes. »

— Des correspondances d'Oporto (Portugal), du 1er septembre, démentent le bruit de l'apparition de la fièvre jaune. Au départ du courrier l'état sanitaire était satisfaisant.

— On écrit de Saint-Omer, 3 septembre :

« Depuis quelques jours des accidents qui ressemblent beaucoup à des accès de cholérine se manifestent dans notre population; ils cèdent ordinairement à des soins bien administrés et ne doivent laisser d'autre inquiétude que celle de faire appeler immédiatement, le cas échéant, un médecin.

Le rédacteur en chef, Jules Guérin.

REVUE GÉNÉRALE.

DE LA SYPHILISATION CHEZ L'HOMME.

A M. DIDAY, EX-CHIRURGIEN EN CHEF DE L'HÔPITAL DE L'ANTIQUAILLE, A LYON.

Fiat lux!

Monsieur,

Vous m'avez fait l'honneur de publier le 26 juillet, dans le n° 30 de la GAZETTE MÉDICALE DE PARIS un examen de mon petit mémoire sur la syphilisation chez l'homme, et vous permettrez, j'espère, que je vous présente quelques considérations qui serviront de réponse aux observations scientifiques que vous avez eu la complaisance de faire.

L'argument qui nous occupe me paraît de la plus haute importance, car je crois qu'il renferme la source d'un bien très-grand pour l'humanité et d'un véritable progrès pour la science. La syphilisation a besoin de fixer l'attention de tous les syphiliographes distingués et consciencieux, car elle est toute nouvelle, et elle devra certainement subir plusieurs modifications avant de produire tous les résultats que l'on peut en attendre, et acquérir le degré de perfection dont je la crois susceptible.

Laissons donc de côté toute considération personnelle. La science est une et la même partout; elle ne connaît pas de frontières, et ses ministres de tous les pays, comme véritables frères, doivent la cultiver de commun accord.

J'avais observé depuis très-longtemps que, dans les deux sexes, le bubon virulent inguinal, fémoral ou pubien est beaucoup plus fréquent à la suite d'un chancre petit, induré ou non, mais qui guérit en peu de jours, qu'après les chancres simples, indurés, phagédéniques ou gangréneux, mais très-grands et qui suppurent pendant longtemps. J'avais vu beaucoup moins fréquente la syphilis générale après les chancres qui ont une grande extension et une durée très-longue. J'avais même observé plusieurs femmes qui portaient des chancres énormes pendant des années sans être atteintes de la vérole constitutionnelle. J'avais vu que les femmes qui avaient eu souvent des chancres et successivement par des intervalles très-courts, sont rarement atteintes des accidents secondaires syphilitiques, et que ceux-ci, au contraire, s'observent à chaque instant chez les femmes qui viennent de la province et qui n'ont eu qu'une première et unique infection, laquelle n'a été considérée par elles-mêmes que comme une chose de peu d'importance. J'avais vu, bien avant que M. Auzias-Turenne ait présenté sa lettre, le 18 novembre 1850, à l'Académie des sciences, sur l'inoculation de la syphilis, que les individus portant de longs et profonds bubons chancreux, chez lesquels, pour prouver la virulence du pus inguinal, j'avais fait quatre ou cinq inoculations, ces bubons, quoique très-graves, guérissaient beaucoup plus vite que lorsque je ne faisais pas naître des chancres artificiels.

Tous ces faits renouvelés à chaque instant et confirmés par une longue étude clinique que j'ai faite pendant quatorze ans dans un grand hôpital des maladies vénériennes, dont je suis le médecin en chef, avaient déjà infirmé dans mon esprit plusieurs doctrines de nos grands maîtres, et m'ont encouragé à tenter sur l'espèce humaine les expériences que M. Auzias avait faites sur des singes et qui confirmaient pleinement mes observations cliniques. Heureusement mes prévisions sont maintenant réalisées au moins en grande partie. Une nouvelle doctrine sera bientôt créée en syphiliographie et une réforme toute entière dans la prophylaxie et dans le traitement de la syphilis naîtra, grâce à la syphilisation.

Après avoir fait pendant cinq mois, dans mon hôpital, plusieurs expériences qui me donnaient tous les jours des résultats très-satisfaisants, j'ai cru devoir annoncer les faits tels qu'ils se sont présentés à mon observation journalière, sans entrer dans des théories et laissant à l'avenir la solution des grandes questions que j'ai énoncées. Mais désirant que l'Académie de médecine de Turin, corps scientifique très-respectable, prît part aux expériences, qui me paraissaient conduire à des résultats aussi singuliers, je l'ai invitée par la lecture du mémoire que vous vous êtes donné la peine d'examiner, à venir m'aider dans l'étude de la syphilisation. J'ai écrit ce mémoire, c'est vrai, d'une manière trop concise, mais je devais me borner à annoncer tout simplement les premiers résultats, et je persiste à croire que je ne devais et ne pouvais faire autrement. Enfin j'ai atteint le but que je me proposais pour le moment, celui d'être aidé dans mes expériences par les sages conseils de mes confrères, car une commission a été nommée dans le sein de l'Académie, composée de MM. les docteurs Frola, Demaria, Freschi, Pertusio et Sella, laquelle dès lors étudie avec moi, dans l'hôpital des maladies vénériennes, tout ce qui regarde les expériences de la syphilisation.

Le rapport de la commission et un mémoire que je publierai dans quelque temps sur les expériences faites jusqu'à présent, vous feront apprécier la syphilisation à sa juste valeur. Par conséquent je me bornerai maintenant à répondre à quelques-unes de vos objections, et je suivrai l'ordre avec lequel vous avez examiné mes expériences, c'est-à-dire sous le triple point de vue : exactitude, inconvénients et signification pathogénique.

I. — EXACTITUDE.

D'abord vous avez eu la bonté de me dire que, *sous ce rapport, ma thèse semble entièrement inattaquable*. Eh bien! monsieur, l'exactitude que vous avez trouvée dans les premières expériences énoncées, j'espère que vous la trouverez toujours non moins parfaite dans toutes celles que je publierai, car je n'annoncerai jamais que des faits sur la véracité et exactitude desquels j'ai acquis une complète conviction. Je pourrais peut-être me tromper sur l'interprétation des faits observés, mais je suis toujours prêt à revenir sur mon opinion quand on me fait connaître qu'elle est erronée; je serai toujours très-reconnaissant aux confrères qui, par des expériences bien faites, par plusieurs faits exactement observés, pourront prouver le contraire de ce que j'annonce à propos de la syphilisation, et je m'empresserai de publier les insuccès qui pourraient infirmer mes allégations.

Depuis que vous avez publié dans votre examen l'ensemble de mes expériences, j'ai beaucoup appris sur le fait de l'inoculation successive de la syphilis, et si vous me permettez, je vous dirai un mot sur quelques modifications très-importantes à faire là-dessus.

Les premières inoculations faites par moi dans l'espoir d'étudier ce que M. Auzias avait obtenu sur les singes, ont été pratiquées à des intervalles plus ou moins longs, et je ne faisais chaque fois que trois ou quatre piqûres. Peu à peu j'ai rapproché ces intervalles, et maintenant j'ino-

---

Feuilleton.

CHRONIQUE MÉDICALE.

Une nouvelle secte peu hygiénique. Inquiétudes. Graves questions. — Rose Tamisier. — Apologie des miracles. Abomination de la désolation. — Exemple *ad hoc*. — Association illicite. Loi de germinal. — M. Barthélemy.

On sait les avanies que l'Amérique, sous prétexte de tempérance, a fait subir au fils de Sémélé, vulgairement le dieu du vin. Une secte ennemie a tenté de l'exiler; mais il est maître encore d'une bonne portion du territoire. Voici maintenant qu'on en vent, par-delà l'Atlantique, au dieu de la joie et de la bonne chère. Va, mon pauvre Comus, abaisse ton flambeau, jette au vent ta couronne de roses, couvre de cendres ta face empourprée; tu n'as plus qu'à te faire mineur en Californie ou à t'embarquer à la prochaine expédition de Cuba. Vous cependant, accourez, Priape dieu des jardins, et vous Cybèle qui fécondez la terre, Cérès, Pomone, Feronie, troupe gracieuse qui régnez sur les champs et sur les vergers, menez une danse joyeuse au son de la cythare ionienne, et versez vos douces influences sur les inventeurs de la *Société des végétaux* (*vegetary society*), braves gens qui ont formé le vœu de ne plus vivre que des produits de la mère commune!

Aristote l'a dit, les voluptés du goût et du toucher qui nous sont communes avec les autres animaux sont méprisables. Aristote parlait excellemment, et nous ne voulons aucun mal à ce personnage. Mais demandez-vous notre opinion sur les anachorètes d'Amérique? Ce sont de francs gourmands. D'abord, vous remarquerez que la nouvelle Société se réserve le vin pour faire passer les légumes, comme la Société de tempérance se console par de bon bœuf et de bon mouton du désagrément de boire de l'eau. Puis toutes ces sociétés ne manquent jamais de s'inaugurer par un repas de Salieus où l'on s'empiffre jusqu'au nœud de la gorge de tout ce que l'art culinaire produit de plus appétissant. Il nous semble voir le Christ mettant un morceau de sucre dans le calice d'amertume. On a déjà imaginé cinquante ou soixante manières d'arranger les pommes de terre; les salsifis ont subi les transformations les plus savantes, et on parle de carottes dignes de figurer dans la salle à manger de l'Olympe. Quand on se représente tout cela arrosé des meilleurs crus, l'eau en vient à la bouche et l'on prend la viande en dégoût. Ce n'est pas ainsi assurément que l'entendait Aristote, et encore moins Euripide, quand il disait : « Et quelle autre chose faut-il aux mortels que les fruits de Cérès pour nourriture et l'eau pour boisson?» Vous l'entendez, du pain et de l'eau. Tel est le vrai précepte! Essayez un peu ce régime et comptez vos adeptes dans quelque six mois : *Numerate*, c'est le cas de le dire, *si potestis*.

On parle d'émissaires venus en France pour recruter des initiés. Nous n'en serions pas surpris. Avisé comme nous le sommes, nous soupçonnons que l'a-

cule chaque deux, trois jours, et je fais de suite plusieurs inoculations. En voici la raison. Les premiers chancres artificiels sont toujours en général plus grands, plus enflammés, plus douloureux et plus profonds que les suivants; mais si au lieu de faire deux ou trois piqûres seulement à la fois, on en fait douze, quinze, vingt, et si après deux ou trois jours on en renouvelle un bon nombre sur le même sujet, on obtient les avantages suivants : les chancres artificiels, même les premiers, ne sont plus si grands, si enflammés et si douloureux qu'ils le sont, lorsqu'on les laisse durer plusieurs jours tout seuls; leur période de progrès et de réparation est beaucoup plus courte; leur cicatrisation plus prompte; les traces qu'ils laissent sont à peine apercevables, et les accidents primitifs ou secondaires que porte l'individu soumis aux expériences, disparaissent plus rapidement. Ainsi, depuis presque deux mois, ayant introduit cette modification dans mes expériences, j'obtiens des résultats beaucoup plus prompts et plus satisfaisants que dans les premiers six mois.

J'avais dit que lorsque l'épuisement de la réceptivité syphilitique est arrivé, j'avais essayé, pour épreuve supplémentaire, de produire des chancres chez les malades syphilisées en leur apposant à plusieurs reprises du pus chancreux sur le vagin, l'anus et la vulve, et que je n'avais pu y parvenir. A cet égard, vous avez observé, avec raison, que la simple apposition du pus virulent est une condition bien différente de celle qne réunit l'acte sexuel, et vous m'avez reproché de n'avoir pas fait la contre-épreuve chez les femmes non syphilisées. Monsieur, je n'avais pas certainement attaché une grande importance à cette épreuve supplémentaire. Cependant j'avais vu un très-grand nombre de fois que, chez les femmes qui, à leur entrée à l'hôpital, portaient un chancre sur la face interne d'une nymphe, peu de jours après se developpait souvent un nouveau chancre sur la muqueuse de la petite lèvre du côté opposé, précisément dans l'endroit qui correspond au premier, et j'ai cru que l'apposition du virus sur une muqueuse pouvait produire le même effet. Mais mon induction fut peut-être erronée, car dès que j'ai lu votre examen, j'ai porté du pus virulent sur la vulve chez deux femmes qui n'avaient pas de chancres aux parties génitales, et ni l'une ni l'autre n'a contracté des chancres vulvaires.

Mais dès que la commission de l'Académie fréquenta mon hôpital, j'ai fait une autre épreuve supplémentaire qui vous paraîtra, j'espère, bien plus concluante. Chez quelques femmes syphilisées, avant de leur donner la permission de sortir de l'hôpital, j'ai fait la rescision d'une petite partie de la muqueuse vulvaire ou d'une caroncule. Avec un peu de charpie, j'ai empêché la réunion de la petite plaie par première intention. Le lendemain, la plaie étant ouverte et n'étant plus saignante, j'y ai appliqué dessus une bonne dose du pus chancreux. J'ai renouvelé pendant trois, quatre jours de suite la même apposition, et toujours j'ai pris la précaution de faire rester la femme pendant une demi-heure au moins dans le cabinet de pansement. Je l'ai fait ensuite surveiller pour quelque temps, afin d'être bien sûr qu'elle ne cherchait pas à ôter le pus par des lavages. Eh bien! jamais la plaie n'est devenue un chancre; elle cicatrisa en quatre ou cinq jours, et l'apposition du pus chancreux ne fit sur elle pas plus d'effet qu'une goutte d'eau fraîche.

Voilà quelques-uns des changements faits dans mes expériences pour ce qui a rapport à la syphilisation comme moyen prophylactique de la vérole.

Maintenant je dois vous dire encore que, avant de laisser sortir de l'hôpital les femmes syphilisées, désirant voir résolue, au moins en partie, la grande question de l'efficacité de la syphilisation comme moyen curatif de la vérole primitive et secondaire, je les soumets à l'épreuve dont je parlerai plus bas.

J'avais vu plusieurs fois que les individus atteints de vérole qui allaient faire un traitement sulfureux aux bains d'Acqui, peu de jours après leur entrée dans l'établissement, voyaient s'aggraver la syphilis, naître souvent des accidents secondaires, et étaient obligés de recourir aussitôt à un traitement antisyphilitique. J'avais observé, dans mon hôpital, que les femmes chez lesquelles la vérole se trouvait compliquée avec la gale, étaient souvent atteintes de syphilis constitutionnelle après avoir pris quelques bains sulfureux. Par conséquent, j'ai dit : si les bains sulfureux font plus vite développer les accidents secondaires chez l'individu qui porte un chancre depuis deux ou trois mois, ne devront-ils pas produire le même effet et plus promptement chez celui qui, étant infecté de vérole à son entrée à l'hôpital, a eu pendant quelque temps plusieurs chancres artificiels, et chez lequel tous ces symptômes ont disparu sans mercure et sans iodure de potassium? Mon raisonnement sera-t-il juste? Je l'espère. Voici l'épreuve dont j'ai parlé plus haut. J'ai fait prendre un certain nombre de bains sulfureux aux femmes syphilisées avant leur sortie de l'hôpital, et je dois vous dire que leur santé n'a pas été altérée par le traitement sulfureux.

II. — INCONVÉNIENTS.

Avant de répondre aux reproches que vous me faites sur les inconvénients de la syphilisation, je traduirai les mots avec lesquels moi-même j'ai parlé des principaux inconvénients. Ainsi, j'ai dit : « Avant de pratiquer l'inoculation, il est nécessaire d'examiner avec attention l'état général de l'individu et s'il existe dans quelque organe ou système un principe inflammatoire, quoique léger, il faut attendre jusqu'à ce qu'il soit disparu si l'on ne veut pas voir les chancres artificiels devenir graves et gangréneux.... Enfin un dernier et petit inconvénient est celui des cicatrices visibles laissées par les chancres artificiels, inconvénient que j'éviterai aisément à l'avenir, inoculant dans des parties peu visibles. »

Si vous aviez lu ces derniers mots, certainement vous ne m'auriez pas fait le reproche d'avoir inoculé sur des prostituées la région apparente, l'abdomen, et vous n'auriez pas dit : « Voilà certes ce que personne n'eût osé de ce côté des Alpes. » Monsieur Diday, soyez bien tranquille, l'abdomen des femmes syphilisées est encore dans un bon état. D'abord les cicatrices un peu grandes sont celles des deux ou trois premières inoculations. Les autres sont petites et disparaissent dans peu de temps. Quand on fait les dernières inoculations, la couleur bleuâtre et l'induration des premières cicatrices s'évanouissent peu à peu, de manière que quelques mois après, elles deviennent des taches blanches qui ressemblent un peu, quant à la couleur, à celles que portent les femmes qui ont accouché. D'ailleurs voulez-vous encore une preuve que cet inconvénient est très-petit? La voici. Depuis quatre mois voulant inoculer les femmes dans des parties peu visibles, il m'arrive très-souvent que je suis obligé de choisir l'abdomen parce que telle est la volonté de la femme qui se soumet à l'inoculation. Et lorsque je lui en demande la raison, elle me répond que peu lui importe d'avoir quelques taches sur le ventre, mais qu'elle préfère cet

---

grandissement des balles centrales n'a pas d'autre but que de pourvoir aux nécessités que créeront bientôt les progrès de la secte. On se figure quelle énorme provision de haricots, de fèves, de choux et de cornichons! Il est hors de doute que si la mission réussit, le nombre des cornichons augmentera. Nous nous empressons de déclarer que cette remarque, quoique venant d'un mauvais plaisant, n'est pas de nous. Mais en voici d'autres où l'on reconnaîtra facilement les habitudes sérieuses de la CHRONIQUE.

Nous ne savons au juste s'il n'y a pas déjà assez de bêtes sur terre; nous n'avons pas fait le calcul. Mais dès qu'il ne sera plus permis d'en manger, ni (pour être conséquent) d'en détruire par aucun moyen, il est manifeste qu'elles pulluleront d'une façon très-incommode. On sera donc forcé de prendre des mesures contre cet accroissement de population, et voilà le problème de Malthus transporté parmi les animaux. Il faudra les soumettre à une morale austère et surveiller de très-près les mariages. Il y a encore le moyen de ce médecin anglais, le docteur Loudon, qui, pour enrayer l'accroissement indéfini de l'espèce humaine, propose d'allaiter les enfants pendant trois ans. Toute vache ou brebis qui aura engendré sera maintenue à l'état de nourrice jusqu'à la dernière goutte de son lait, sans préjudice d'un certain temps de continence auquel elle pourra être condamnée. Nous ne savons trop, par exemple, comment on s'y prendra à l'égard des oiseaux et des poissons, à moins qu'ils n'aient eux-mêmes l'attention de se manger les uns les autres en proportion suffisante. De même, nous ne sommes pas parfaitement rassuré à l'endroit des bêtes féroces, qui pourraient bien, à force de multiplier, nous épargner la peine de chercher le moyen d'arrêter la propagation des espèces domestiques, de la nôtre plus particulièrement. Et ce n'est pas tout pour ce qui nous concerne. Qu'allons-nous devenir, quand nous serons presque complétement sevrés d'azote? S'il est vrai que nous puisions les matériaux de notre nutrition tout formés dans les aliments, où prendrons-nous, s'il vous plaît, notre fibrine et notre albumine? Il est bien vrai que les animaux eux-mêmes ne sont pas embarrassés pour fabriquer force azote avec des végétaux qui n'en contiennent pas, et que des peuplades entières n'ont pas connu la nourriture animale; c'est égal, nous avons grand'peur des théories chimiques de M. Dumas

Les précédentes considérations suffisent pour faire entrevoir la profondeur des questions économiques, morales et physiologiques soulevées sans le vouloir par la Société des végétaux. Nous y joindrons, pour comble, une remarque de l'ordre politique. Les Américains invoquent Pythagore (qui, par parenthèse, ne vivait guère, à ce qu'on dit, que de cochons de lait et de chevreaux). Or il n'est pas mal à propos de rappeler que ledit Pythagore achetait des bêtes en vie pour leur rendre la liberté, tandis que les Américains, qui ne veulent pas manger les bêtes, achètent volontiers les hommes pour en faire des esclaves.

— Mais pour trouver de nouveaux dieux, de nouvelles religions, de nouveaux miracles, pas n'est besoin de passer les mers. Nous avons le dieu Digonnet, qui éteignait la chandelle quand ses béguins et ses béguines étaient réunies, un dieu, celui-là, qui n'eût pas manqué de nous conduire dans les voies du salut, s'il n'eût été enfermé pour escroquerie; nous avons Rose Tamisier, qui envoie des visions et des avertissements aux petits abbés pendant leur sommeil, qui sonne les cloches sans tirer la corde, et que le bon

endroit parce qu'elle vent voir et pouvnir panser facilement les chancres artificiels. Ces faits peuvent être attestés par tous les collègues qui assistent à mes expériences. Ontre cela, comme j'ai dit plus hant, si même an commencement on inocule dans plusieurs endroits à la fois, la cicatrice est très-petite et je pourrai déjà vous en citer qnelques observations très-récentes.

Ainsi, monsieur, l'inoculation de la syphilis sur l'abdomen chez les prostitoées pourra aussi être faite et le sera an delà des Alpes. Mais laissons cette question de peu d'importance et venons aux objections plus sérienses que je trouve dans votre examen.

« M. Auzias-Turenne, vons dites, prétend avoir donné à l'un de ses » singes et à nne chatte la sypbilis constitntionnelle. Poussant plus loin » l'insertion du virus, M. Sperino a trouvé que ces inocnlatious réitérées » préservent de la syphilis générale. Elles feraient plus, selon lni, elles » guériraient la sypbilis qui existe déjà au moment de l'inoculation. »

J'ai certainement énoncé ces propositions, mais j'ai de suite ajouté : « Maintenant les femmes sypbilisées qui ont perdu la faculté de con- » tracter une nonvelle infection, conserveront-elles pour toujours ce grand » privilége, ou cette immunité durera-t-elle seulement pendant quelque » temps? Et la guérison de la syphilis primitive et secondaire sera-t-elle » permanente, radicale? Le temps seul et les faits, scrupnleusement ob- » servés, résondront ces grandes questions. »

Monsieur, si vous aviez lu ce passage, vous n'auriez pas dit que j'ai précipité quand j'ai publié que les femmes entrées à l'bôpital atteintes de chancres qui existaient cbez quelques-unes depuis très-longtemps, saturées depuis cinq mois au suprême degré de virus syphilitique par des inoculations mnltiples, non-seulement sont guéries des cbancres anciens et des nouveaux artificiels par la seule inoculation du virus cbancreux, mais n'ont pas été jusqu'ici atteintes de syphilis constitutionnelle.

Quoique vous connaissiez mieux que moi l'opinion des anteurs sur l'intervalle de temps nécessaire pour que le virus sypbilitique en général se manifeste après le cbancre par des accidents secondaires, je crois cependant vous rappeler ici celle de quelques-uns d'entre eux.

Selon Vacca-Berlingbieri : « il est assez ordinaire de voir la vérole se déclarer deux, qnatre ou six mois après l'absorption du pus vénérien. » Hunter déclare que l'intervalle du temps qui est nécessaire au virus syphilitique pour sa manifestation, est en général, d'environ six semaines. Nisbet écrit « Les symptômes d'infection générale paraissent, terme moyen, » ordinairement six semaines après l'absorption. » D'après M. Ricord « les » manifestations de la sypbilis constitutionnelle doivent apparaître au » bout d'un temps fixe, si le cours régulier n'a pas été altéré par un trai- » tement mercuriel. Je n'ai jamais vu à Paris plus de six mois s'écouler » entre le moment de la contagion et celui de la manifestation des symp- » tômes secondaires. » M. Puche affirme que sur cinq cents sujets, jamais l'affection constitutionnelle ne s'est montrée plus tard que six mois après l'invasion du symptôme primitif et le plus grand nombre a fait invasion dans les trois premiers mois. M. Leudet, d'après un relevé portant sur 95 cas, établit que les syphilides paraissent soixante-sept jours après les chancres. A. Bérard et M. Denonvilliers s'expriment ainsi : « Vers la sixième semaine, quelquefois plus tôt, quelquefois plus tard, mais très-rarement après le sixième mois, on observe des manifestations à distance du lieu qu'occupait l'accident primitif; ce sont les syphilides. » Le docteur Lee, sur cent vingt-trois malades atteints de sypbilis constitutionnelle, a trouvé que cent dix-sept fois elle a éclaté dans les six premiers mois à partir du début de l'accident primitif. Et moi-même j'ai observé que la syphilis constitutionnelle snit presque toujours le chancre avant le sixième mois. Ainsi je n'ai peut-être pas eu tort d'annoncer que les femmes sonmises aux expériences depuis cinq mois, étant guéries par ce traitement de la sypbilis qu'elles portaient à leur entrée à l'hôpital, et n'étant point atteintes d'accidents secondaires à la suite d'inoculatious mnltiples et réitérées du virus syphilitiqne, j'avais un espoir un pen fondé de voir la syphilisation devenir un moyen curatif et propbylactiqne de la vérole primitive et secondaire. Maintenant voilà buit mois révolus, et je suis heureux de pouvoir encore vous tenir le même langage. De plus, je puis vons dire maintenant qne, chez quelques malades, étant obligé de suspendre ponr nn certain temps l'inoculation, on par indocilité de la femme ou parce qu'une antre maladie accidentelle leur est survenne (fièvre intermittente, etc.), j'ai vu naître des symptômes secondaires qui disparurent peu à peu dès qne les expériences furent reprises et qne la sypbilisation complète fut obtenne.

Mais ne pouvant admettre la préservation de la syphilis générale par la syphilisation, vous dites : Cette immunité dépend de ce que les femmes qui ont été syphilisées ont eu antérieurement la syphilis constitutionuelle et sont ainsi sous la protection de la loi de l'*unicité*.

D'abord je ne crois pas encore que cette loi soit bien établie, bien contrôlée, mais, même en l'admettant, je vous dirai que je vous présenterai ailleurs un bon nombre de faits dans lesquels la femme était infectée pour la première fois, et portait des chancres dont l'induration que la syphilisation avait fait disparaître, pouvait bien laisser craindre de les voir suivis promptement de la syphilis secondaire. Ces expériences sont appuyées par des observations cliniques bien antérieures à la syphilisation, lesquelles pronvent ce que j'ai déjà annoncé, c'est-à-dire que la nature nous avait déjà démontré, avant que la sypbilisation expérimentale parût, qu'une sypbilisation également ntile pour ces effets se passait tous les jours sous nos yeux. ***Les chancres très-étendus qui ont persisté pendant des mois et des années, ne sont presque jamais suivis d'accidents secondaires.***

Ensuite, vous prononcez contre moi nne sentence terrible à laquelle je tâcherai de répondre. « S'il est un moyen d'exposer un homme à la vé- » role constitutionnelle, c'est justement d'agir comme la fait M. Sperino, » d'inoculer avec du pus pris aux chancres d'autres malades. » Ici, je vous dis franchement : Je ne comprends pas trop votre objection. D'abord, je vous demanderai : Croyez-vous qu'il y ait plusieurs espèces de pus chancreux? Est-ce que vous croyez que la nature, l'essence du chancre d'un malade est différente cbez un autre individu? Pour mon compte, je dois vous dire que depuis bien longtemps j'avais appris par des observations cliniques que les variétés du cbancre simple, induré, phagédénique, gangréneux, ne dépendent pas de la qualité du virus, mais des conditions individuelles dans lesquelles le chancre naît et se développe. Ceci est maintenant pleinement confirmé par mes expériences. Le pus d'un chancre, induré ou non, mais pris dans sa période aiguë, dans la période de progrès, inoculé le même jour chez vingt, trente individus, produit cbez les uns un chancre simple, cbez les autres un chancre induré, phagédénique ou gangrénenx, et, en examinant l'état général de l'organisme de tous ces inoculés, il n'est pas difficile de trouver la cause de toutes ces variétés. Par conséquent, le pus pris aux cbancres d'un autre malade étant toujours

---

Dieu lui-même vient tronver, sous forme d'bostie, sans qu'elle ait besoin de se déranger. On connaît le précieux témoignage prodnit en sa faveur par un médecin du lieu. Notre confrère a vu, sur un vieux tableau, du sang s'échapper d'une des plaies dn Christ. Il l'a essuyé, une fois, deux fois, trois fois, et toujours la tache s'est reproduite. Lady Macbeth venait plus facilement à bout dn sang de Banquo attaché à ses doigts. Auparavant, la sainte avait déjà rougi nombre de mouchoirs, si bien que la blanchisseuse, comme l'a constaté l'instruction, en avait eu sa charge. Aussi le bourg de Saint-Saturnin, où se passait le miracle, est-il bientôt devenu nn lieu de pèlerinage; les bonnes âmes d'alentour s'y pressaient pour contempler l'envoyée de Dieu; c'était ce qu'on pourrait appeler une maladie *sαturnine* au premier chef. Et aujourd'hui encore, qne les clefs de l'église sont en lieu sûr et qu'il y a

> De par *la loi* défense à Dieu
> De faire miracle en ce lieu,

défense très-bien respectée, l'émotion n'est pas calmée.

On a vu sonvent, dans l'antiquité, du sang tomber des nues nn jaillir dn sol; on a vu les statues des dieux ou des héros se disloquer d'elles-mêmes, ou faire la pirouette, ou marcher sur la tête, ou suer comme dans la fièvre picarde. Un jour même, *infandum!* du sang a suinté de la statne de Jupiter. Tout cela a eu lien publiquement; tont cela a été vu, constaté, étudié; tout cela est rapporté par de graves historiens. Nous qui sommes des fanatiques dn fait, comme chacun sait, et qui tenons tant que nous ponvons la raison en bride, nous croyons naturellement à tous ces prodiges et nous n'avons pas plus de motifs de contester les miracles de Saint-Satnrnin. Ce sont, vous dis-je, des faits; il n'y a rien à répliquer à cela. Et le plns récent a été vérifié par un bomme compétent, par un médecin, par un sceptique, par un voltairien, qui a été forcé de se rendre.

— Ah! ne faites pas tant les incrédules et les étonnés! De la manière dont va le monde, il y a bien de quoi faire suer sang et eau, même aux images divines. Sans la loi snr le cautionnement, nous vous en dirions de belles là-dessns. Mais, pour ne pas sortir de l'humble domaine de la médecine, quel édifiant tableau! La science tourne sur elle-même et n'avance gnère; elle s'affuble des théories les plus audacieusement ridicules, depnis l'isopathie jnsqn'au camphre, en passant par l'homœopathie; les clients en désarroi courent d'un système à l'autre, pas plus mecontents de celui-ci que de celui-là, du blanc que dn noir, des petites doses que des grosses, de l'aconit que de la saignée; l'art s'abaisse; il se laisse marchander et se livre à tout prix; on le voit agacer le passant par toutes sortes de provocations grotesqnes; on le voit, plus ignoble parfois, plus dégradé, plus repoussant que la courtisane enronée et enluminée sur le senil de son lupanar, débaucher les citoyens à domicile; et vons ne vonlez pas que tontes les plaies de ceux qni ont sonffert ponr la vérité et le progrès se ronvrent toutes grandes! Tenez, Esculape a été foudroyé, dit-on, pour avoir ressuscité quelqn'un, et voilà pourquoi la recette de ces sortes de cures s'est perdue. Eh bien! nous sommes convaincu que, si l'on y regardait de près, on trouverait parfois du sang sur sa statoe.

Nous dont le métier est d'avoir souvent l'œil dans les bas-fonds de la pro-

du pus chancreux, et conséquemment le même que porte l'individu soumis à l'expérience, je ne conçois pas pourquoi ce chancre *fatalement généralisable*, comme vous dites, devra exposer plus directement mes opérés à la vérole constitutionnelle. Vous concevez, monsieur Diday, que je parle toujours du pus pris pendant la période virulente du chancre, et non pas de celui qui, étant pris dans sa période de réparation, a perdu en partie ou en totalité sa virulence. D'ailleurs, si je voulais sous ce rapport suivre vos conseils, de ne jamais inoculer avec du pus pris aux chancres d'autres malades, dans aucun cas je n'aurais pu obtenir la syphilisation complète, et très-probablement mes expériences n'auraient pas conduit aux singuliers résultats que j'ai publiés. Après quelques inoculations, tous les chancres, artificiels ou non, vont rapidement vers la période de cicatrisation. Cependant l'individu est encore susceptible de recevoir de petits chancres, et le pus de tous ceux qui s'observent chez lui n'est plus inoculable. Alors, selon moi, il ne faut pas perdre du temps, il faut inoculer de suite avec du pus pris à un chancre en voie de progrès chez un autre individu, et vraiment, peu de temps après, l'on obtient non-seulement l'épuisement complet de la réceptivité syphilitique, mais une rapide cicatrisation des chancres artificiels, et la disparition des accidents syphilitiques que portait depuis plus ou moins longtemps l'individu soumis à l'inoculation.

Enfin, vous trouvez que M. Auzias-Turenne, qui m'a fait l'honneur d'écrire à l'Académie des Sciences le 30 juin que la syphilisation, constatée par lui sur les animaux, avait été confirmée par mes expériences sur l'homme, a exagéré les faits énoncés par moi, et vous observez que tous les accidents syphilitiques dont j'ai parlé dans mon mémoire, et que j'ai cru guéris grâce à la syphilisation, ont disparu plutôt par le repos, le régime de l'hôpital et par le temps.

Je répondrai, j'espère, à ces objections dans quelque temps, en vous présentant un bon nombre d'observations d'accidents primitifs et secondaires, entre lesquels vous en trouverez de ceux que l'on veut appeler tertiaires, tous guéris par la seule inoculation successive et réitérée fréquemment du pus chancreux.

Je me bornerai donc maintenant à vous observer que la syphilisation ne fait pas seulement cicatriser les chancres indurés (précisément dans le sens donné à ce mot à l'hôpital du Midi) et les chancres anciens, chroniques, mais fait complétement disparaître leur induration. J'ajouterai que pendant le traitement des tubercules muqueux par cette nouvelle méthode, je n'ai employé aucune lotion astringente, pas même des bains, qu'en me servant de l'expression, *senza cura*, j'entendais dire sans aucun traitement ni mercuriel, ni iodique, ni local apte à amener une plus rapide cicatrisation des chancres, et que les chancres chroniques, très-vastes et très-anciens que l'on observe chez la femme, si bien décrits par M. Bois de Loury, chirurgien en chef de l'hôpital de Saint-Lazare, sont même, d'après ce savant auteur, très-difficiles à guérir et résistent souvent à plusieurs ressources. Il m'est donc naturellement permis d'espérer que vous ne vous *étonnerez* plus de ma *surprise*, si je me suis *extasié* de pouvoir enfin connaître un moyen qui pût les guérir plus facilement que tous ceux que je connaissais jusqu'à présent.

Vous croyez que mes malades sont guéries parce que en supprimant toute sorte de traitement je me suis borné à l'inoculation. Mais il faut que vous sachiez que, avant d'être soumises à l'expérimentation, elles étaient restées des mois sans aucun traitement, et cependant jamais je n'avais pu obtenir le résultat favorable que la syphilisation a produit.

Vous terminez enfin ce chapitre en m'accusant de procurer à mes malades « deux ou trois mois de souffrances, de repos forcé, des stigmates » ineffaçables, quelques chances nouvelles ouvertes à la vérole constitu- » tionnelle » et vous concluez que vous ne trouvez aucun avantage parfaitement démontré dans la syphilisation.

La question ainsi posée touche trop ma délicatesse pour que je ne vous en dise au moins un mot. Ainsi, je vous prie de croire, monsieur, que toujours pour faire mes expériences, j'ai choisi les cas plus graves de syphilis primitive ou secondaire que j'avais à l'hôpital, c'est-à-dire les femmes atteintes d'une maladie qui, même traitée par l'ancienne méthode, les aurait obligées de rester longtemps dans l'hôpital, et il faut que vous sachiez que jamais l'expérience n'est commencée ni continuée sans le complet consentement de la malade. Enfin j'ai le bonheur de vous dire, que jusqu'à présent, je n'ai pas vu un cas de vérole constitutionnelle consécutive à la syphilisation, et j'ai le plaisir de vous annoncer que les petites stigmates rendront probablement précieuses à la société, les femmes qui les portent.

III. — SIGNIFICATION PATHOGÉNIQUE.

Dans ce chapitre vous commencez par traiter la question de l'*immunité*.

A cet égard, je vous répondrai de suite que, désirant répondre bientôt à cette grande et intéressante question, j'ai pris les précautions suivantes :

J'ai prié les deux confrères, MM. les docteurs Fenoglio et Catella, qui sont chargés du service sanitaire en ville, d'examiner souvent les femmes syphilisées sous le double point de vue suivant, c'est-à-dire, si l'on observe chez elles de nouveaux chancres, et s'il se manifeste quelque accident de syphilis secondaire.

J'ai de plus prié M. le préfet de police de les faire surveiller, et je les lui désigne sous les trois catégories suivantes :

Première catégorie. Femme syphilisée — celle qui est restée dans l'hôpital quelque temps après être syphilisée, et qui avant de sortir a été soumise à de nouvelles expériences.

Deuxième catégorie. Femme presque syphilisée — celle qui a subi les inoculations jusqu'à épuisement de sa réceptivité syphilitique, mais pas assez réitérées pour me laisser un espoir un peu fondé d'immunité durable.

Troisième catégorie. Femme syphilisée en partie — celle chez laquelle je n'ai pu arriver à la syphilisation complète, soit par l'indocilité de la malade, soit parce que pendant les expériences elle a été atteinte de quelque maladie accidentelle non vénérienne. Cependant celle-ci, comme celles de deux premières catégories, est guérie de la syphilis, par la seule inoculation du pus chancreux.

Eh bien ! monsieur, jusqu'à présent, je n'ai pas été appelé à constater une récidive, car aucune des filles publiques syphilisées sorties de l'hôpital qui sont, certes, exposées très-souvent à de nouvelles infections, n'est rentrée dans le syphilicome.

Néanmoins, je pose encore la même question que je me suis faite autrefois. Les femmes syphilisées qui, jusqu'ici, ont perdu la faculté de contracter une nouvelle infection, conserveront-elles à jamais cette précieuse prérogative, ou cette immunité durera-t-elle seulement un certain

---

fession, en manière de sergent de ville, si nous voulions justifier ces déclamations, nous n'aurions que le choix des exemples. De ce que nous n'en produisons pas tous les jours, qu'on n'aille pas conclure qu'ils nous font défaut; c'est uniquement pour ne pas nous répéter. Mais aujourd'hui nous en devons un au moins; le suivant est tout à fait de mise, comme on va voir, à propos de religion nouvelle, de sang et de choses qui font suer.

Un certain Prussien, garçon d'écurie, s'ennuya un jour de panser des chevaux pour le roi de Prusse. Cherchant autour de lui quelle autre profession il pourrait bien embrasser qui fût aussi honorable et plus lucrative, il jeta son dévolu sur la médecine. Arrière l'étrille et le bouchon de paille ! Notre homme s'arme d'une lancette et s'achemine vers Paris, ville propice aux gens industrieux. Sans plus de préparation ni de cérémonie, il s'installe, et savez-vous quel usage il fait de sa lancette? Il saigne, sans doute. — Oui, mais à quelle fin? Afin de se procurer à lui-même du sang humain qu'il administre ensuite aux malades sous forme de pilules; et il bâtit là-dessus nous ne savons quel système inintelligible, et fait de cette belle recette le fonds de sa matière médicale. Une autre fois, il s'accroche à l'arsenic et le donne à tort et à travers; nous avons eu entre les mains une ordonnance où il en était prescrit 40 grains. Pour purger, il prescrit l'huile de *purgamotte*. Ce serait à n'en pas finir. Néanmoins le public apporte sa confiance et son argent : *Credit quia absurdum*. La justice finit par lever le bras; elle frappe; mais à chaque coup l'homme se redresse comme un Gilles de foire atteint quelque part, pour reprendre son rôle de plus belle. En même temps il vise au Digonnet, et crée une religion avec accompagnement de souscriptions et d'offrandes. Le métier allait ainsi, tantôt haut, tantôt bas, entre les horions et les gros sous, quand une malheureuse invention de *café de Blanche* dont la Chronique s'est déjà occupé, café mystérieux, préparé d'après les indications d'une *voyante*, est venu troubler sérieusement la fête. Il y a dans la nature des moutons, des goujons, des huîtres; il y a aussi une race particulière d'actionnaires. Le saint homme en réunit un bon nombre; mais il leur présenta des comptes *si forts de café* que ceux-ci finirent par ouvrir les yeux; tant et si bien que les consultations de M. W.....é se donnent maintenant à la conciergerie, de six heures du matin à dix heures du soir.

— Un cas d'exercice illégal de la pharmacie assez commun à Paris consiste à s'adjoindre un employé muni d'un diplôme. Il y a là une fraude évidente, puisque l'employé, dépourvu d'autorité, n'achetant pas les marchandises, ne pouvant ni les contrôler ni en surveiller la vente, n'offre réellement, malgré son titre, aucune des garanties exigées par la loi. Une combinaison de ce genre vient d'être frappée de justes rigueurs par le tribunal de police correctionnelle et, en appel, par l'ex-cour royale. Un docteur en médecine, pour mieux exploiter un apozème purgatif et un onguent, avait pris officine et y avait installé à ses côtés un pharmacien légalement reçu. Il fut prouvé que la pharmacie appartenait au docteur; que celui-ci achetait, préparait les drogues et les vendait lui-même au poids médicinal. La cour d'appel a condamné lui et son prête-nom, à titre de complice, chacun à 500 fr. d'amende, et a refusé d'ordonner la réouverture de l'officine fermée par l'autorité. Bien jugé. La cour de cassation, si elle a à s'occuper de cette affaire, confirmera indubitablement.

Mais à côté de cette question s'en présentait une autre. Les deux remèdes, non préparés suivant les prescriptions du Codex, ont été considérés comme re-

temps? et je ferai encore la même réponse: le temps seul et les faits scrupuleusement observés résoudront cette grande question.

Après avoir fait un examen critique de mon mémoire, j'ai vu avec intérêt que pour rendre l'œuvre de la syphilisation moins pénible pour le malade, vous proposez deux conditions:

1° Diminuer le nombre des chancres nécessaires à la syphilisation;
2° N'inoculer à un individu que son propre pus virulent.

Quant à la deuxième condition, je crois avoir déjà démontré qu'elle ne peut pas subsister.

Voyons donc s'il y a quelque chose d'utile dans la première.

Dans le but d'épargner les nombreux chancres artificiels nécessaires pour obtenir la syphilisation, vous voulez entretenir un chancre artificiel sur une partie cachée, en y déposant de nouveau du pus virulent dès qu'on verrait qu'il tend à passer à la période de réparation.

Le conseil me paraissait très-sage, je me suis empressé de le mettre en pratique chez plusieurs sujets. Eh bien, j'ai constamment vu que le chancre, arrivé à la période de réparation, ne revient pas à la période de progrès, quoique pendant cinq, six jours de suite j'aie apposé dessus du pus chancreux, pris à un chancre en voie de progrès. Cette apposition n'a pas troublé la marche vers la guérison, et j'ai dû, par conséquent, revenir aux inoculations successives et réitérées.

Je ne répondrai pas aux arguments déduits de la loi de saturation pathologique, avec lesquels vous croyez avoir prouvé que la préservation de mes malades ne sera qu'incomplète et passagère, car je crois vraiment trop précoce la solution de ce problème.

Je crois même que le mode d'agir de la syphilisation restera peut-être inconnu encore longtemps. Est-ce par révulsion? Je ne le crois pas, car les vésicatoires et les cautères ne guérissent pas la syphilis. Les dernières inoculations du pus chancreux chez un individu prêt à être syphilisé, donnent lieu à des petites pustules, qui durent peu de jours, et cependant c'est alors que les chancres artificiels cicatrisent, et que la syphilis antérieure s'en va. Est-ce par saturation, par imprégnation des humeurs? Est-ce que le virus syphilitique est neutralisé par le virus même? Est-ce par une impression particulière produite sur le système nerveux? Est-ce une modification toute nouvelle dynamico-organique, produite par le virus introduit dans l'organisme successivement et par plusieurs voies à la fois, grâce à laquelle l'organisme n'est plus susceptible de recevoir l'impression de ce principe contagieux? Je ne crois pas que l'on puisse jusqu'à présent donner une explication satisfaisante à cet égard. Mais ne doit-on pas admettre les faits tels qu'ils sont, même quand on ne peut pas les expliquer par des théories?

Mon cher confrère, vous avez publié vos doutes sur la syphilisation, appuyés certainement par des considérations scientifiques très-graves, vous avez analysé ce fait par des raisonnements, par des observations cliniques, par des analogies, et vous avez donné votre jugement là-dessus. Vous étiez en droit de le faire, car vos études sur la syphilis et vos expériences sur l'inoculation du sang syphilitique, comme moyen de vaccination préservatrice de la syphilis constitutionnelle, ont, selon moi, remis plusieurs praticiens dans la voie de l'expérimentation, et les ont dirigés vers la recherche de la prophylaxie de la vérole.

Mais la syphilisation a malheureusement aussi ses ennemis qui veulent la condamner sans l'avoir suffisamment étudiée. Je sais qu'à Paris, quelques-uns des premiers syphiliographes blâment la syphilisation sans la soumettre à la révision par des expériences faites par eux-mêmes. A cet égard, si j'osais leur dire un mot, je voudrais leur faire connaître que plusieurs médecins très-distingués, après avoir visité avec beaucoup d'attention tous les individus soumis aux expériences dans mon hôpital, m'ont tous beaucoup encouragé à les poursuivre. Parmi ceux-ci je citerai seulement M. le docteur Romand, de Paris, inspecteur général des établissements de bienfaisance de la France, qui visita, il y a peu de jours, notre hôpital des malades vénériens, et M. Flaver, professeur de l'Université de Pavie, qui ayant vu dans le mois de juillet dernier, les expériences faites dans le syphilicome de Turin, m'a écrit de Pavie le 19 août, la lettre que je vous traduis: « Dans notre hôpital, on fait déjà des expériences » avec votre méthode. Dans la dernière séance de notre faculté, j'ai communiqué aux professeurs ce que j'ai vu à Turin. On a lu publiquement » votre mémoire sur la syphilisation, et nous avons invité le ministère » de Vienne à faire pratiquer des expériences dans les hôpitaux de la » monarchie sur cette tentative hardie qui intéresse l'humanité. »

La syphilisation est aussi étudiée par M. Gamberini dans l'hôpital de Sainte-Ursule de Bologne et par M. Gulligo à Florence. Des études sur ce phénomène sont dans ce moment publiées dans la GAZZETTA MEDICA ITALIANA FEDERATIVA DEGLI STATI SARDI, par M. le docteur Nottini, médecin très-distingué de notre armée. Ainsi la syphilisation, par des expériences et par des études faites dans plusieurs endroits, sera bientôt convenablement jugée.

Voilà, monsieur Diday, ce que j'ai cru devoir vous répondre. Quoiqu'elle ne me soit pas familière, je me suis servi de votre langue, pour que ma réponse, qui j'espère sera insérée dans la GAZETTE MÉDICALE DE PARIS, puisse être connue par les nombreux abonnés à ce journal qui ont lu votre article.

Si ma lettre vous paraît trop longue, souvenez-vous que cela est l'effet de la bonté avec laquelle vous avez examiné le petit mémoire dans lequel, le 23 mai, j'ai à peine énoncé les premiers résultats de la syphilisation chez l'homme.

Recevez-en mes remercîments, et agréez, etc.

CASIMIR SPERINO (de Turin).

MALADIES NAVALES.

ÉTUDES SUR LES MALADIES MARITIMES; par M. DUTROULAU, médecin en chef de la marine (service colonial).

FIÈVRE JAUNE.

(Suite. — Voir les numéros 33, 37 de l'année 1850, 18 et 34 de l'année 1851.)

DEUXIÈME QUESTION. — *Comment se forment et s'entretiennent les foyers épidémiques à bord des navires.*

Il faut considérer un navire mouillé sur une rade, ou naviguant dans des parages infectés, comme étant plongé dans une atmosphère imprégnée de la cause morbifique et comme étant pénétré partout, dans ses parties les plus profondes, par cette atmosphère. Sans doute, ce n'est pas en un jour que se fait cette pénétration d'un air nouveau, et on sait avec quelle difficulté se renouvelle l'air à bord de certains navires, surtout ceux qui n'ont

---

mèdes secrets. Or le tribunal de police et la cour ont décidé que l'article 36 de la loi du 21 germinal an XI, en prohibant l'annonce des remèdes secrets, en prohibe *à plus forte raison* le débit et la vente. Rien de plus naturel, ce semble, que cette interprétation. Il paraît inouï qu'on puisse débiter des médicaments dont il est interdit d'annoncer le débit; néanmoins le respect de la lettre est tel de la part des magistrats que la cour de cassation ne confirmera pas, comme elle n'a jamais confirmé, l'interprétation de la cour d'appel. Il y a donc là une lacune qu'il serait bien important de faire disparaître.

— L'Académie de médecine vient de perdre un de ses anciens présidents, un de ses membres les plus assidus et les plus éclairés, M. Barthélemy, de la section de médecine vétérinaire. M. Barthélemy était un de ces hommes qui valent par eux-mêmes plus que par les témoignages de capacité qu'il leur plaît de donner au public, esprits rares à qui la sagesse inspire la sobriété, aimant beaucoup à s'exercer au dedans d'eux-mêmes, peu à se répandre au dehors, et généralement mal appréciés du grand nombre. A l'Académie de médecine, on ne s'y trompait pas. On savait que M. Barthélemy ne prenait jamais la parole qu'à bon escient et pour apporter à la discussion un précieux contingent de bon sens et de solide savoir. Au service d'une dialectique habile et serrée, il avait dans les grandes occasions une parole facile, abondante, colorée, un geste animé et affirmatif. Tel nous nous le rappelons, disentant il y a une dizaine d'années l'importante question du perfectionnement de la race chevaline, et y jetant avec sa grande expérience et sa ferme raison plus de jour que n'avaient pu faire des orateurs plus diserts. Ses qualités comme président n'ont pas été oubliées; on pourrait dire, sans blesser personne, que la promptitude de son esprit, son équité naturelle et l'énergie de son caractère en faisaient un des membres de l'Académie les plus aptes à remplir cette haute et difficile fonction. M. Barthélemy ne laisse que des regrets; c'est le dernier et le plus bel éloge que nous voulions adresser à sa mémoire.

A. DECHAMBRE.

— On écrit de Vienne (Autriche), le 23 septembre:

« M. Orfila et M. Menière, médecin de l'Institut des sourds-muets de Paris, sont arrivés, vendredi dernier, dans notre capitale. Ils ont visité avant-hier le muséum de pathologie et d'anatomie, et hier et ce matin ils ont examiné toutes les sections du vaste hôpital général.

» Demain, M. Orfila partira pour l'Italie, et M. Menière retournera directement à Paris. »

— M. Chrétien Salomon, depuis trente ans professeur de médecine à Saint-Pétersbourg, et membre du conseil d'État, est mort le 25 septembre à Avignon, où il était venu chercher un climat plus doux. M. Chrétien Salomon était atteint d'un anévrisme au cœur.

— M. le docteur Lugol, ancien médecin de l'hôpital Saint-Louis, vient de mourir à sa maison de campagne de Passy.

point de batterie et dont le faux-pont renferme nuit et jour hommes et matériel d'armement. Il faut, pour s'en faire une idée, lire le tableau que font les médecins navigateurs des nuits passées sous les tropiques, de cette agitation du sommeil, de cette transpiration qui force à se découvrir, à changer de position, à monter même sur le pont sans vêtements, malgré le danger qu'on sait courir, pour trouver un air respirable. Cette gêne va quelquefois jusqu'à un commencement d'asphyxie, et l'on a retiré des faux-ponts des hommes en syncope. Au mouillage, les hublots et les manches à vent sont insuffisants pour remédier entièrement à cet état de choses; à la mer, leur usage est souvent impossible. Aussi n'est-ce jamais qu'au bout d'un certain temps, un mois au moins, comme nous le verrons, que commence à se faire sentir l'influence épidémique. Mais les communications ne sont jamais interdites rigoureusement entre les navires et la terre infectée, et là les foyers beaucoup plus intenses peuvent atteindre au bout de peu de jours les hommes qui vont s'y exposer, ce qui fait qu'au bout de peu de temps ils rencontrent partout la cause de la maladie, et il n'est pas facile de déterminer si c'est du bord ou de la terre que provient le premier cas qui se déclare; du moins le fait n'est-il recherché avec soin dans aucun rapport.

Consultons les faits.

La Thisbé, arrivée à la Martinique depuis juillet 1838, fit un court séjour à Fort-Royal, puis un voyage à la côte ferme, et vint mouiller le 22 novembre sur la rade de Saint-Pierre, où régnait la fièvre jaune. Un mois après, la maladie se déclare à bord, et dans l'espace d'un mois, 48 hommes sont atteints. Les communications avec la terre avaient été fréquentes, et aucune précaution n'avait été prise pour se préserver. Les malades étaient envoyés à l'hôpital au fur et à mesure qu'ils se présentaient. La corvette ayant appareillé pour un nouveau voyage à la côte ferme, l'épidémie cessa, et à son retour à Saint-Pierre, elle put y séjourner plusieurs mois sans que rien reparût. Mais envoyée au mouillage du carénage à Fort-Royal, pour y passer l'hivernage, elle vit, au bout de trois semaines, reparaître l'épidémie à son bord. Tous les bâtiments mouillés plus profondément dans le cul-de-sac étaient décimés. *La Thisbé*, ayant déjà 29 hommes malades, la plupart envoyés à l'hôpital, reçoit l'ordre d'aller aux Trois-Ilets, où étaient mouillés *l'Armide*, *l'Astrée* et *le Hussard*, à l'abri de l'épidémie; et, à partir de ce moment, quelques hommes tombent encore, mais la cause morbide semble s'épuiser, et finit par disparaître tout à fait.

Le même résultat avait lieu, dans ce moment, pour le brick *le Bisson*, qui, pendant un court séjour à la Pointe-à-Pitre, avait été envahi par l'épidémie, et qui fuyant les lieux infectés, après y avoir perdu son commandant, son second et plusieurs matelots, vint chercher un refuge vers la fin de septembre, sur la rade des Trois-Ilets; après quelques cas encore, dont un malheureusement funeste, celui du chirurgien-major, M. César, il vit promptement cesser l'épidémie.

La frégate *l'Astrée*, qui a assisté au début de l'épidémie qui s'est déclarée dans nos Antilles, en 1838, a pu se préserver par de fréquents appareillages, par de courts séjours sur les rades, et par le mouillage aux Trois-Ilets pendant l'hivernage; mais elle n'en a pas moins ressenti l'influence épidémique, c'est-à-dire les symptômes du début de la maladie avortée et terminée, on pourrait le dire, presque sans traitement. Et de plus, quelques cas isolés bien confirmés et suivis de mort; l'un d'eux était le commandant, M. Garnier. Le chirurgien-major, M. Toussaint, envoyait les cas graves à l'hôpital, disant « qu'il craignait, en les gardant à bord, d'entretenir un foyer dont l'action pouvait devenir funeste. »

La Caravane, en 1839, étant déjà au Mexique depuis quelque temps, est envoyée à la Martinique et à la Guadeloupe pour prendre des troupes. Une épidémie de fièvre jaune sévissait alors dans ces colonies. Après y avoir séjourné moins d'un mois, elle embarque les troupes, et, trois jours après son départ, un premier cas se déclare à bord sur un des militaires embarqués. Quatre jours après celui-ci, c'est le commissaire et plusieurs hommes de l'équipage qui sont pris. Toutefois l'épidémie était peu intense quand le bâtiment est forcé de relâcher à la Havane. Là, on débarque la moitié des passagers, on envoie les malades à l'hôpital et on purifie le navire par tous les moyens employés en ces circonstances. Malgré l'espoir de voir s'arrêter l'épidémie, elle reparaît néanmoins le jour de l'appareillage pour France et continue jusqu'au 46e degré de latitude nord. Les militaires passagers, déjà acclimatés par quatre ans de séjour aux Antilles, sont moins maltraités que les matelots. En tout 90 malades et 26 morts à bord; 21 envoyés à l'hôpital de la Havane. Le chirurgien-major, M. Berthulus, insiste particulièrement sur le bon état hygiénique du bâtiment et sur les précautions minutieuses qui ont été prises pour l'entretenir; il regarde comme incontestable que la maladie est venue du dehors.

La frégate *la Néréide*, comme *l'Armide*, à laquelle elle avait succédé, a échappé à l'épidémie de fièvre jaune de nos Antilles en 1842, 1843 et 1844; mais M. Salva, en constatant cette immunité, n'en fait pas moins mention d'une influence très marquée, comme à bord de *l'Astrée*, et caractérisée par les symptômes du début de la maladie. Les deux seuls malades qu'ait perdus cette frégate par la fièvre jaune ont été pris pendant leur séjour à l'hôpital pour une autre maladie, et y sont morts. En partant de la Martinique, elle a pu aller passer impunément deux mois sur la rade de Port-au-Prince, où d'autres bâtiments étaient cruellement éprouvés pendant le même temps.

Le Berceau, arrivé en décembre 1840 sur la rade de Fort-Royal, peut y passer quatre mois sans accident autre que quelques traces d'influence épidémique. Après un voyage à la Côte-Ferme, il va relâcher à Santiago de Cuba. Là commence une épidémie terrible, qui continue à Saint-Domingue, où la corvette fait un court séjour, pendant la traversée de cette île à la Martinique, et même sur la rade de Fort-Royal, où cependant les malades sont envoyés à l'hôpital. L'hivernage survenant, le bâtiment va mouiller aux Trois-Ilets, mais là, contrairement à ce qui se passait à bord des autres navires, l'épidémie continue sa marche avec intensité, enlevant le chirurgien-major, M. Collot; et ce n'est que quand on se décide à débarquer dans un poste voisin, la Pointe-du-Bout, 45 hommes pris parmi les convalescents, que les cas sont moins nombreux, et que l'épidémie cesse tout à fait. Elle avait duré trois mois. Deux mois après, tous les convalescents reviennent à bord, et *le Berceau* part pour Saint-Domingue, et mouille sur la rade de Port-au-Prince, le 16 décembre 1841. Ici une seconde épidémie reparaît, et tous ceux qui avaient été épargnés pendant la première sont atteints; 27 hommes en tout sont morts de la fièvre jaune.

Le Gomer arrive à Fort-Royal en mai 1843; il en part en juin pour visiter toutes les Antilles et le golfe du Mexique. La fièvre jaune existe partout où il relâche, et il commence à en sentir les atteintes à Saint-Thomas. A Porto-Rico, à Port-au-Prince, de nouveaux cas se déclarent, et ce n'est qu'à la Havane que la maladie prend décidément le caractère épidémique. Il faut noter que *le Gomer* est un bâtiment modèle, qui est visité par un grand nombre d'étrangers partout où il relâche. Parti de la Havane le 2 août, il arrive à Pensacola, où un hôpital est installé à terre, avec les ressources du bord, pour recevoir les malades. Malgré l'emploi du même matériel et du même personnel affectés au service du bord, la maladie s'épuise bientôt et s'arrête, et le bâtiment, bien aéré et nettoyé, voit revenir son équipage sept semaines après son débarquement, sans qu'aucun accident reparaisse. Il faut noter que la fièvre jaune règne rarement à Pensacola.

La frégate *l'Andromède*, arrivée à la Martinique en mai 1844, au moment où l'épidémie s'éteignait dans la colonie, voit cependant, après trois mois de séjour sur la rade de Fort-Royal, apparaître quelques cas isolés de fièvre jaune, et en compte 10 jusqu'à la fin de cette première année. Toute l'année suivante, et les neuf premiers mois de 1846, se passent sans aucun cas. Arrivée au terme de sa station, et retournant en France en visitant les ports des grandes Antilles, elle mouille en septembre sur la rade de la Havane. Le 3 octobre, elle reçoit un coup de vent qui cause de graves avaries et nécessite des travaux forcés ainsi que des communications fréquentes avec la terre. Aussitôt une épidémie violente se déclare à bord, et 251 hommes sont frappés dans l'espace de quatre mois. Les malades étaient envoyés au fur et à mesure à la maison de santé de M. Bélot; mais la frégate, obligée de poursuivre ses réparations, restait toujours plongée au milieu du même foyer morbide.

Avant ce coup de vent, le bateau à vapeur *le Tonnerre*, qui était mouillé près de *l'Andromède*, et qui n'avait pas non plus de fièvre jaune à son bord, va faire son charbon au môle de Caza-Blanca (le point le plus malsain de la rade), et voit la maladie se déclarer. Ici le coup de vent n'a pas été nécessaire, et le rapprochement d'un point malsain de la côte a suffi pour faire naître l'épidémie.

Le Hussard, arrivé à la Martinique un mois après *l'Andromède*, ne reste que huit jours sur cette rade, et part pour Saint-Domingue sans avoir eu aucun cas de fièvre jaune. Pendant un mois passé sur la rade de Port-au-Prince, il ne se manifeste que quelques signes d'influence épidémique; et ce n'est qu'en juillet, dans la traversée de Port-au-Prince, à la Caldera, port de la partie dominicaine de l'île, que l'épidémie commence. Ce mouillage est réputé très-malsain, et, dans l'espace de trois mois, 47 hommes sur 108 sont frappés; il en meurt 11. Le départ de ce mouillage fait cesser l'épidémie, et pourtant quelques jours après, à la mer, par de violents orages, 5 cas mortels se déclarent encore. Tout cesse sur la rade de Fort-Royal. Un nouveau voyage à Port-au-Prince, en 1845, fait reparaître la fièvre jaune, mais 5 cas seulement sont notés. De retour encore à la Martinique, épidémie grave de dyssenterie qui atteint presque tout l'équipage. Enfin, un troisième voyage à Saint-Domingue, en 1846, ne donne lieu à aucun cas de fièvre jaune; mais pendant les sept mois que dure ce troisième voyage, les appareillages ont été fréquents et les séjours sur rade peu prolongés. Résultat des trois années de station : 259 malades et 21 morts, sur 108 hommes d'effectif.

Arrivée à Port-au-Prince en novembre 1844, *la Téthis* voit paraître,

trente-cinq jours après, le premier cas de fièvre jaune, et en un mois à peu près présente 45 malades, dont 11 succombent. Alors une maison de santé est établie à terre et les malades y sont envoyés. Dès ce moment les cas diminuent et l'épidémie cesse promptement. Aussi M. Golfier, qui rapporte ces faits, insiste-t-il sur les avantages qu'il y a à débarquer les malades, autant pour l'effet moral produit à bord que pour le danger que peut y faire naître leur agglomération, et aussi pour le bien-être plus grand qu'ils trouvent à terre. La frégate va mouiller aux Gonaïves pendant l'hivernage, et la maladie ne se reproduit pas; mais obligée de séjourner de nouveau sur la rade de Port-au-Prince, son chef-lieu de station, elle est prise, à dix-huit mois d'intervalle, d'une seconde épidémie coïncidant avec une épidémie de dyssenterie. Ici les officiers et les hommes à leur service sont le plus frappés.

En juin 1845, le brick *le Griffon* mouillait sur la rade de Port-au-Prince, où les bâtiments du commerce avaient leurs équipages décimés par la fièvre jaune. Dans le cours de février et de mars, plusieurs appareillages ont lieu, et à chaque retour, l'influence épidémique caractérisée par les symptômes que j'ai déjà signalés se manifeste sur plusieurs hommes. Mais bientôt les événements politiques forçant le brick à prolonger son mouillage de Port-au-Prince, la fièvre jaune se déclare à bord et prend le caractère épidémique. En cinq semaines, 40 malades et 6 morts. M. Rolland insiste sur la provenance de terre des causes qui ont déterminé l'épidémie, affirmant qu'elles ne dépendaient pas du navire. Aussi conseille-t-il de fuir la terre le plus souvent qu'on peut, pour éviter l'épidémie.

Arrivée en mai 1843 aux Antilles, la frégate *la Calypso* visite la Martinique, la Guadeloupe et Saint-Domingue, et ce n'est qu'après un mois de séjour sur la rade de Port au-Prince qu'elle est envahie par l'épidémie. Elle prend la mer pendant vingt jours et la maladie cesse; elle revient au même mouillage, et bientôt l'épidémie reparaît.

Pendant le même temps et sur la même rade, le brick *l'Euryale*, malheureusement célèbre par ses épidémies de fièvre jaune, après avoir séjourné dans le carénage de Fort-Royal, foyer si intense de cette maladie, et avoir vu se déclarer à la mer les premiers cas d'une terrible épidémie, avait eu dans l'espace de deux mois 87 malades et 30 morts, dont le chirurgien-major, sur 110 hommes d'effectif. L'intensité même de la maladie s'opposait à son éloignement du port, et ce n'est qu'après avoir déposé à terre tous ces malades qu'il la voit cesser.

Le brick *le Génie* arrive en 1843 à Saint-Domingue; deux mois au plus après son arrivée un commencement d'épidémie se déclare à bord. Aussitôt appareillages et mouillages fréquents qui en arrêtent le développement. Mais quelque temps après, pendant un mouillage prolongé sur la rade de Port-au-Prince et des travaux forcés qui nécessitent de fréquents rapports avec la terre, l'épidémie finit par s'établir définitivement à bord et fait plusieurs victimes. Les malades sont mis à terre et l'épidémie s'arrête. Aussi M. le docteur Guillet donne-t-il le conseil d'appareiller souvent et d'éviter les mouillages prolongés, et penche-t-il pour ne pas traiter les malades à bord.

Le brick *le Méléagre*, en 1833, arrive aux Antilles et visite successivement la Martinique, Porto-Rico, Cuba, Véra-Crux, la Nouvelle-Orléans, Pensacola, ne restant que peu de temps dans chaque localité; il n'éprouve aucune influence ni du choléra, ni de la fièvre jaune, qui régnaient cependant sur plusieurs de ces points. Mais à une seconde relâche à la Havane, un mousse laissé à l'hôpital dans ce port pendant deux mois revient à bord et est atteint de fièvre jaune. Malgré le départ au bout de quinze jours pour Véra-Crux, l'épidémie se déclare et continue dans ce dernier port. Dans cinq semaines, 23 cas et 5 morts; parmi ces malades se trouvent 7 officiers, et M. Delaporte explique cette énorme disproportion par la position de la plupart des chambres dans la Sainte-Barbe, devant le panneau de la cale aux vivres.

La frégate *la Néréide* arrive au Mexique à la fin de 1838; elle essuie les combats du 27 novembre et du 5 décembre contre Saint-Jean d'Ulloa et Véra-Crux, sans éprouver d'autre accident que ceux de la guerre. Et cependant à la suite de ces combats, la plupart des autres bâtiments de la division avaient été éprouvés par la fièvre jaune. Elle part en mai 1839 pour la Havane, en passant par Galveston où la fièvre jaune n'avait pas encore paru depuis dix-huit mois que durait l'occupation. Quinze jours après son arrivée à la Havane, cette maladie se déclare à bord et fait plusieurs victimes. M. Golfier signale les causes extérieures dépendant de la localité, et il reconnaît comme cause aggravante l'atmosphère intérieure du navire, qui exhale une odeur infecte d'hydrogène sulfuré provenant des soutes et de la cale. Aussi les habitants du faux-pont et les élèves, qui couchent près du grand panneau, sont-ils particulièrement frappés.

Enfin, en 1839, le brick *la Malouine* arrive au Sénégal avec son équipage bien portant et dans de bonnes dispositions morales. Deux mois à peine après son arrivée en juillet, il reçoit l'ordre d'aller dans le fleuve de Cazamance pour y faire arborer le pavillon français. Ce fleuve était réputé très-dangereux pendant l'hivernage, et on ne vit pas partir le bâtiment sans inquiétude. Toutefois, après douze jours de mouillage, il revint à Gorée sans avoir eu un malade; mais cinq jours plus tard une épidémie de fièvre pernicieuse se déclare à bord, et en six semaines 45 hommes tombent malades et sont envoyés à l'hôpital. L'équipage étant épuisé par cette épidémie, le commandant de la station prend la résolution d'envoyer le bâtiment aux îles du cap Vert, afin que les hommes puissent s'y reposer et jouir d'un meilleur air. Avant son départ de Gorée un homme était mort de la fièvre jaune, et deux jours après un second, qui avait été laissé à l'hôpital, mourut avec les symptômes de la même maladie; et cependant l'épidémie n'existait pas encore à Gorée et n'éclata que du 1er au 5 octobre. Le 25 septembre *la Malouine* prend tous ses convalescents, plus 12 nègres et appareille. Pendant les neuf jours que dure sa traversée, la santé de l'équipage semble s'améliorer. Mais quatre jours après son arrivée à Saint-Vincent, qui n'est habité que par quelques nègres, le premier cas de fièvre jaune se déclare, et une épidémie des plus meurtrières commence. En vain on débarque une partie des malades dans une case à terre, la maladie n'en continue pas moins à bord. Bientôt le brick est rappelé près de Gorée, et pendant la traversée, ayant tous ses malades entassés dans son faux-pont, l'épidémie continue sa marche. Un nouveau débarquement a lieu sous une tente établie sur la plage près du cap Vert, rien ne change. Enfin un nouvel ordre rappelle le bâtiment sur la rade même de Gorée; tous les malades sont déposés dans une vaste maison de Dacar, près de l'île, et là la maladie s'épuise faute d'aliment; un seul homme a été épargné. Il est mort 25 hommes sur 52 malades et 53 hommes d'effectif.

Voilà des exemples pris sur tous les points où se montrent le plus habituellement les épidémies de fièvre jaune; dans nos possessions des Antilles, à Saint-Domingue, à Cuba, au Mexique, au Sénégal.

Partout on voit arriver les navires dans un état satisfaisant de la santé et du moral des équipages; nulle part il n'est fait mention de l'existence à bord d'un foyer morbide pouvant développer la fièvre jaune. L'insouciance est si grande que personne ne redoute les communications avec les terres infectées; et si les influences hygiéniques ou morales sont signalées, ce n'est que plus tard et lorsque l'apparition de la maladie a amené la démoralisation.

Quelques navires peuvent traverser une longue épidémie, soit dans une seule localité, soit successivement dans plusieurs, sans en être atteints; et tous les médecins ne manquent pas d'attribuer ce résultat à la faculté qu'ils ont de séjourner peu de temps sur les rades, et de prendre souvent la mer, encore plus qu'à l'observation rigoureuse des précautions hygiéniques, que chacun entend d'ailleurs à sa manière. D'autres voient une influence épidémique bien manifeste être arrêtée par les mêmes moyens, se rencontrer à chaque mouillage et disparaître à un nouvel appareillage. Ce sont là les cas heureux. Mais lorsque par nécessité les navires sont retenus sur les rades infectées, et même quelquefois, malgré la précaution d'appareiller et par une disposition qu'on ne peut expliquer, le mal se déclare, et presque toujours alors il prend promptement le caractère épidémique.

Ce n'est qu'après un séjour d'un mois au moins pour la plupart, et plusieurs mois pour un assez grand nombre, d'une année et plus pour quelques-uns, pendant lesquels les communications ont été libres et fréquentes avec la terre, surtout parmi les officiers et les hommes affectés à l'approvisionnement journalier du bord, quelquefois après des travaux forcés ou par quelque autre cause accidentelle, qu'on voit se développer les premiers cas: et malheureusement aucun médecin n'a recherché rigoureusement si c'est à terre ou à bord que la maladie a été contractée, tant ils semblent tous convaincus qu'il suffit au bâtiment d'avoir séjourné quelque temps au milieu d'une atmosphère infectée pour qu'à bord comme à terre les hommes trouvent la cause de leur maladie. Mais une fois la maladie déclarée, les choses se passent bien différemment à bord des divers navires. Pour les uns, les malades sont envoyés à l'hôpital au fur et à mesure, et le départ pour la pleine mer empêche le mal de prendre le caractère épidémique; pour les autres, plus nombreux, l'épidémie s'établit promptement; mais le débarquement de tous les malades peut encore l'arrêter et la borner à un petit nombre d'hommes; pour quelques-uns enfin, et ces cas sont heureusement assez rares, l'épidémie déclarée persiste malgré tous les soins pris pour l'arrêter, et semble s'épuiser sur l'équipage dont quelques hommes ne sont préservés que par une espèce de triage par la maladie. On est obligé de reconnaître là une intensité plus grande de la cause, soit qu'elle tienne à la localité où elle a été puisée, soit qu'elle se soit aggravée au sein même du navire. *La Malouine* au Sénégal en 1837, *le Berceau* à Fort-Royal en 1841, *l'Euryale* à Saint-Domingue en 1843, en sont de tristes exemples; cependant *le Berceau* et *l'Euryale*, qui ont pu débarquer tous leurs malades et même une partie de leur équipage, ont vu cesser enfin l'épidémie, tandis que *la Malouine*, qui a toujours été obligée de garder la plus grande partie de son monde à bord, a vu tout son personnel y passer.

Il résulte de tout cela que ce n'est qu'après avoir séjourné un certain temps, quelquefois même longtemps après avoir navigué dans les parages infectés que la fièvre jaune se déclare à bord, que la maladie peut se borner à quelques cas isolés, mais que le plus souvent elle prend le caractère épidémique; enfin que l'intensité bien variable des épidémies à bord prouve aussi les divers degrés d'intensité que peut avoir la cause.

Mais le fait qui domine tous les autres pour le danger d'une invasion de la maladie, c'est le déplacement d'un lieu infecté dans un autre. Autant le départ pour la pleine mer est favorable autant l'arrivée dans un nouveau foyer est funeste. Tel bâtiment qui avait échappé à l'épidémie dans la première localité se voit frappé dans celle-ci; une première épidémie ne le préserve même pas alors d'une seconde. Cette influence funeste du déplacement est encore mieux constatée à terre qu'à bord.

On peut donc répondre à cette seconde question: Les foyers épidémiques ne se forment à bord que par l'influence prolongée des lieux infectés où se trouve le navire, et surtout par le passage d'un lieu infecté dans un autre. Ils s'y entretiennent par l'accumulation des malades.

(*La suite au prochain numéro.*)

CORRESPONDANCE MÉDICALE.

NOUVELLE MÉTHODE DE TRÉPANATION EN CAS DE DÉPRESSION DU CRANE; par le docteur MARTINI (de Würtemberg).

Ayant remarqué que, dans les cas de dépression du crâne, les instruments dont on se sert ordinairement ont souvent de graves inconvénients et rendent la guérison plus ou moins incomplète, mon père, le docteur F. Martini, à Saulgan, en Würtemberg, imagina un instrument qui, dans un bon nombre de cas, lui a rendu d'éminents services. En voici la description.

C'est un simple perçoir qui ressemble beaucoup à une tréphine. La tige, fixée sur la poignée, a 9 centimètres de longueur et anviron 7 millimètres d'épaisseur. Au bout de cette tige se trouve une vis de 15 millimètres de longueur, formant un cône tronqué qui à la base a 9 millimètres de diamètre et au sommet 2 et demi. La pointe de la vis est ainsi émoussée afin d'éviter la lésion des organes enfermés dans le crâne; et comme en général les fentes occasionnées par le brisement de l'os sont trop étroites pour permettre l'introduction de ce perçoir obtus, on a recours à un perçoir ordinaire, de grandeur moyenne, dont la pointe frayera un passage à l'autre.

Le but de ce dernier instrument est d'écarter, d'éliminer les parties déprimées du crâne. Comme leur convexité antérieure s'est transformée en concavités, elles tiennent entre elles et se roidissent contre les parties non enfoncées du crâne avec une telle force qu'on ne saurait les ôter sans opération préalable. Leur action est semblable à celle des pierres qui forment une voûte: ôtez-en la clef, et la voûte s'écroule. C'est cet effet que veut obtenir notre instrument. Pour cela, on l'introduit dans une des fentes, au point qui paraît être le plus propre pour l'application de l'instrument et le principal foyer de résistance. Trois ou quatre tours suffisent ordinairement. A mesure que le perçoir pénètre dans la fente, la résistance cesse sensiblement, et il faut, bien entendu, en proportion diminuer la pression pour ne pas s'exposer à des événements fâcheux. Si l'application dans un seul endroit ne suffit pas pour éliminer tous les fragments, on la répétera jusqu'à ce que tout ce qui pourrait causer des accidents soit enlevé. Il est bon de se rappeler que la table interne des os du crâne, plus cassante que la table externe, se brise ordinairement en fragments plus nombreux, et qu'il ne peut par conséquent arrêter les recherches que lorsqu'on aura ôté un nombre plus considérable d'esquilles provenant de la table intérieure que des fragments de l'autre. Voici l'histoire de quelques malades guéris d'après ce nouveau procédé.

OBS. I. — Un jeune paysan, âgé de 20 ans et vigoureusement constitué, reçut à la tête un coup de pierre. Il eut des vomissements le jour même et le lendemain; cependant il continua à travailler, et ce n'est que le dixième jour qu'il vint se faire soigner. Le crâne présenta une dépression de forme polygone et de trois quarts de pouce de profondeur. Une abondante suppuration s'était établie; des esquilles qu'elle avait détachées purent être enlevées avec la pincette. Les autres résistant à tout effort, on appliqua le perçoir conique. Après quelques tours, la voûte des fragments s'affaissa tout à coup; on en ôta dix de différente grandeur, de quelques lignes jusqu'à un demi-pouce carrés. Le malade s'aperçut à peine de l'opération, qui dura quinze minutes. Trois semaines après, la plaie extérieure était fermée, et après six mois, la lacune du crâne remplie presque entièrement de substance osseuse.

OBS. II. — Le second malade fut un enfant de 15 ans, sur la tête duquel une tuile pesante était tombée du haut d'un toit. On découvrit une plaie du cuir chevelu et du crâne, représentant parfaitement la forme du coin de la tuile, et ayant 1 pouce de profondeur et un diamètre encore bien plus considérable. De longs évanouissements furent suivis des symptômes d'une commotion grave, et en même temps de la compression du cerveau. L'opération fut faite le second jour, avec difficulté d'abord, car l'enfant, ayant presque retrouvé sa connaissance, remua beaucoup; mais lorsqu'on lui montra l'instrument si simple et peu menaçant, il se calma, et l'opération s'acheva rapidement et sans douleur. Une première application du perçoir avait permis l'enlèvement de quelques esquilles; quinze autres, de différente grandeur, provenant des deux tables du crâne, suivirent après la seconde application de l'instrument. La guérison fut prompte, et toute la perte de substance osseuse se trouva réparée un an après.

OBS. III. — Un homme âgé de 62 ans, renversé par son cheval, en reçut un coup de pied à la tête. Le fer avait produit dans le crâne un enfoncement de 3 pouces de longueur sur plus d'un pouce de largeur. Mon père, appelé le troisième jour, trouva des symptômes manifestes de compression du cerveau, joints à une fièvre violente. Il fallut appliquer le perçoir conique à six endroits différents. Trente-six fragments, de diverse grandeur, depuis 2 lignes jusqu'à trois quarts de pouce carrés, purent être enlevés. L'opération avait duré une demi-heure. Le malade ne souffrit presque pas. La guérison fut prompte, et un an après, la perte de substance osseuse était réparée, à l'exception d'un enfoncement de 2 pouces de longueur sur trois quarts de pouce de largeur qui resta. (Voir à la fin du mémoire.)

En faisant l'essai de cette méthode sur un cadavre dont on aura enfoncé le crâne à l'aide d'un coup de marteau, on se convaincra aisément:

1° Qu'elle est d'une exécution plus facile que toute autre, et réussit par conséquent même entre des mains moins habiles;

2° Qu'elle peut sans difficulté suppléer à toute autre méthode dans les cas de dépression du crâne, par conséquent dans les cas qui exigent le plus fréquemment la trépanation;

3° Que l'on n'a pas besoin de dilater, dans tous les cas, la plaie de la peau, parce qu'en général les fragments sont assez petits pour passer à travers la peau sans cela.

Un autre avantage, c'est que les instruments qu'exige cette méthode sont infiniment moins coûteux que l'appareil ordinaire de trépanation.

Enfin elle a aussi pour le malade des avantages manifestes.

1° On peut lui épargner l'aspect souvent effrayant de l'appareil nécessaire pour l'emploi des autres méthodes.

2° Le perçoir conique n'agrandit pas, comme la couronne du trépan, la plaie du crâne; il ôte insensiblement ce qui doit être absolument éloigné.

3° Elle lui épargne beaucoup de douleurs.

4° Elle facilite la guérison, parce que la matière osseuse de nouvelle formation s'attache plus facilement aux saillies qui restent après l'emploi de notre procédé qu'à la circonférence tout à fait lisse subsistant après l'application de la couronne du trépan.

5° On peut opérer sans danger des dépressions qui existent dans le voisinage des tissus veineux de la dure-mère sans courir le risque de les entamer, ce qui peut facilement arriver quand on manie pas le trépan avec une précaution extrême.

Peut-être pourrait-on employer aussi le perçoir conique avec avantage quand il s'agit de détacher des corps étrangers qui ont pénétré dans la substance osseuse du crâne. Des expériences faites, dans cette intention, sur le cadavre, pourraient éclaircir cette question.

J'ai rapporté ici seulement trois observations principales qui présentent le plus d'intérêt, sans mentionner trois autres où la lésion avait été semblable, et qui se sont terminées également d'une manière satisfaisante.

REVUE DES JOURNAUX DE MÉDECINE.

JOURNAUX FRANÇAIS DES DÉPARTEMENTS.

II. GAZETTE MÉDICALE DE MONTPELLIER.

(Suite.)

EMPLOI DES INJECTIONS AMMONIACALES CONTRE L'AMÉNORRHÉE; par le docteur RESSEIGUIER.

Nous détachons ce petit chapitre d'un compte rendu très-détaillé de la clinique du professeur Broussonnet, qui, comme tous les comptes rendus de services médicaux, n'est guère susceptible d'analyse. Les injections ammoniacales, autrefois vantées comme emménagogues, sont mainte-

nant à peu près abandonnées. M. Broussonnet affirme pourtant qu'elles méritent leur ancienne réputation, et s'efforce d'en ramener l'usage. Ces injections sont composées de 10 à 12 gouttes d'ammoniaque liquide dans trois ou quatre cuillerées de lait; on les répète trois ou quatre fois par jour. Il est utile qu'elles produisent une sensation un peu douloureuse; on doit donc augmenter ou diminuer la dose d'ammoniaque suivant la sensibilité des sujets. On en commence l'usage deux ou trois jours avant l'époque ordinaire des règles, et on le suspend dès que celles-ci paraissent ou quand l'époque est passée.

A ces indications générales, l'auteur joint un exemple dont voici les circonstances principales. Une fille de 20 ans, depuis quatre ans qu'elle était réglée, n'avait jamais éprouvé le moindre retard dans ses époques, lorsque, après quatre mois de vie sédentaire à l'hôpital, elle fut prise d'une aménorrhée complète qui résista six mois aux moyens ordinaires employés en pareil cas. Des injections, formulées comme ci-dessus, furent pratiquées deux fois par jour, avec la précaution de les retenir pendant quelques minutes dans le vagin, au moyen de la seringue. Le quatrième jour du traitement, il y eut une légère exsudation de sang. Le mois suivant, même moyen, même résultat. Le troisième mois, trois injections suffirent pour rappeler les règles, qui cette fois furent très-abondantes. Enfin, le quatrième mois, la menstruation s'établit spontanément.

Il est clair qu'il n'y a pas lieu d'attribuer à l'ammoniaque, employé comme emménagogue, des propriétés en quelque sorte spécifiques. Des vapeurs d'eau aromatique ou acide, conduites jusque sur le col utérin à l'aide d'un spéculum, offrent au moins autant de garanties de succès; mais le moyen indiqué par M. Broussonnet, outre qu'il doit être excellent (nous ne l'avons pas expérimenté), a l'avantage d'être simple et facile à exécuter sans le secours d'une personne étrangère, circonstance fort à considérer dans l'espèce.

EFFICACITÉ DU GAMBIER DANS LE TRAITEMENT DES FIÈVRES INTERMITTENTES; par le docteur DUMARS.

Encore un remède contre la fièvre intermittente. Enregistrons toujours, c'est le devoir de la presse. Plus tard l'expérience jugera.

On donne le nom de *gambier* à l'extrait aqueux des branches terminales et de la feuille du *nauclea gambir* de Hunter, ou *uncoria gambir*, appartenant à la famille des rubiacées. Bien que ce produit soit aussi connu sous le nom de *catechu*, il n'a rien de commun avec le cachou de l'Inde et de la Chine. C'est également à tort qu'on l'a confondu avec le suc de kina et quelques autres substances. Ces détails sont empruntés par la GAZETTE DE MONTPELLIER à un ouvrage inédit de M. Itier.

Les médecins indiens et chinois se servent avec succès, dit-on, du gambier contre les fièvres d'accès, la diarrhée, la dysenterie, les écoulements, les affections catarrhales. C'est particulièrement la vertu antipériodique de cette substance que M. Dumars essaye de faire ressortir au moyen de sept observations qui ne sont accompagnées ou suivies d'aucune remarque. Bien que ces observations manquent assez souvent de précision, elles offrent ceci de notable que, dans toutes, le sulfate de quinine, soit seul, soit uni à l'extrait de quinquina, ou avait été tout à fait impuissant, ou n'avait arrêté la fièvre que pour quelque temps. Dans deux cas, à l'encontre des expériences de M. Costes rappelées dans notre dernier numéro, l'hydro-ferro-cyanate de potasse et d'urée avait au moins suspendu une fièvre rebelle au sulfate de quinine. Toujours est-il que celle-ci n'a cessé de se reproduire qu'après l'administration du gambier. Mais, nous le répétons, il y aurait plus d'une lacune importante à signaler si l'on pénétrait dans le détail des observations. En général, nous sommes disposé à attribuer une certaine vertu fébrifuge à toutes les plantes amères et astringentes, et il n'est pas jusqu'au modeste plantain qui ne se recommande à cet égard. Mais à quel degré et dans quelles conditions cette vertu se manifeste-t-elle? Il faut pour le décider des faits autrement précis et beaucoup plus nombreux.

III. GAZETTE MÉDICALE DE LYON.

Les numéros de janvier à juillet 1851 contiennent les travaux originaux suivants: 1° *Des logements insalubres, de leur influence et de leur assainissement*; par M. Passot. 2° *Note sur les dépressions de la poitrine consécutives aux épanchements pleurétiques et de leur traitement*; par M. A. Lacour. 3° *De l'emploi des préparations d'opium dans les fièvres puerpérales*; par M. Lericbe. 4° *Traitement des hydropisies asthéniques par les préparations de noix vomique*; par M. Tessier. 5° *Hémorrhagie de l'ovaire avec rupture de sa capsule; léger épanchement dans le péritoine; péritonite mortelle*; par M. Vernay. 6° *Observation d'hypospadias simulant un hermaphrodisme femelle*; par M. Passot. 7° *Nouveau procédé pour opérer les polypes de matrice*; par M. Gensoul. 8° *Observation de morve aiguë chez l'homme*; par M. Desgrange. (Observation recueillie avec un soin parfait et suivie d'expériences très-probantes d'inoculation du pus à des animaux. 9° *Observation d'opération césarienne dans un cas de perforation de la matrice; suivie du passage du fœtus dans la cavité du péritoine*; recueillie par M. J. Morel. 10° *Accidents graves de métro-péritonite déterminée par une injection vaginale; guérison*; par M. Mathieu. 11° *Vomiques purulentes ayant leur siége dans le tissu sous-pleural*; par M. J. Morel.

HÉMORRHAGIE DE L'OVAIRE AVEC RUPTURE DE LA CAPSULE; par M. VERNAY.

Dans l'état ordinaire, il n'y a pas d'organe moins vasculaire, moins capable de fournir à une hémorrhagie que l'ovaire. Mais ces conditions anatomiques changent avec les alternatives des fonctions spéciales à l'organe. Pendant la menstruation, une congestion sanguine s'y opère; et il faut bien peu de chose pour que le degré normal de cet afflux périodique revête le type hémorrhagique. Un coup, une violence quelconque, une émotion morale, la prédisposition pléthorique, ou, au contraire, l'anémie peuvent alors transformer le phénomène naturel de la petite déchirure mensuelle en une perte grave et même mortelle. Tel est l'exemple, fort intéressant à tous égards, dont M. Vernay, médecin de l'Hôtel-Dieu de Lyon, a fait l'objet de la présente communication.

OBS. — Le 2 juillet 1850 est entrée à l'Hôtel-Dieu, salle des 3es femmes, madem. X., âgée de 32 ans, bien réglée depuis l'âge de 12 ans. Elle a eu une couche dont les suites ont été naturelles.

Il y a quinze mois, une grande frayeur, des violences mêmes, qu'elle éprouva vers l'époque menstruelle, causèrent la suppression des règles avec des accidents de métrite. Depuis les douleurs du ventre et les pertes rouges n'ont presque pas cessé, et avec elles sont venus l'amaigrissement et l'anémie. La malade est examinée le 3; on reconnaît que l'utérus hypertrophié s'est abaissé, que le col est volumineux, dur, légèrement bosselé, mais sans ulcération; le doigt a de la peine à le saisir pour le ramener en avant, tant il est porté en arrière: c'est qu'il y a forte inclinaison du corps en avant ou antéversion.

M. Vernay a suivi pendant trois mois le traitement de cette malade, par M. le docteur Devay. Il peut se résumer en deux mots: c'est que rien ne fut omis, soit contre l'inflammation chronique de l'utérus, soit contre l'hémorrhagie. Il faut noter seulement qu'on ne pratiqua point d'injection.

On parvint en effet à faire cesser la perte, mais elle reparut plus forte à plusieurs reprises, surtout du 20 au 25 des mois de juillet et août. Enfin le 23 septembre, une dernière perte, plus foudroyante, épuisa la malade. Le 25 se déclara une péritonite générale qui se termina le 27 par la mort.

A L'AUTOPSIE, on concentra les recherches sur les organes qui avaient été le siége du mal. Le péritoine avait perdu sa transparence, les circonvolutions intestinales adhéraient entre elles, une lymphe mêlée de pus était répandue sur tous les organes et formait des collections considérables dans les flancs et dans le petit bassin.

L'utérus parut volumineux et incliné en avant; on l'incisa dans toute sa longueur. Le corps offrait à la coupe l'aspect normal, sauf plus d'épaisseur et de vascularité; mais le col criait sous le scalpel et la coupe était blanche, fibreuse. On ne put y trouver toutefois de point ramolli, ni en exprimer une seule gouttelette de suc cancéreux; c'était un modèle de tissu, altéré par l'inflammation chronique, mais sans dégénérescence cancéreuse.

La face interne du col n'offrait pas de membrane apparente; celle du corps était tapissée par une membrane rouge, tomenteuse, et qu'on avait beaucoup de peine à détacher avec le dos du scalpel.

L'ovaire droit contenait deux petits foyers de pus; l'ovaire gauche était hypertrophié et très-vasculaire, mais ce qui nous frappa le plus ce fut un caillot de sang, gros comme une fève, qui faisait hernie à travers la capsule déchirée à sa partie supérieure.

M. Vernay fait observer d'abord que cette petite hémorrhagie n'a été la cause ni de la péritonite, ni de la mort. La même perte de sang survenant chez une femme bien portante n'aurait certainement produit qu'une inflammation locale sans gravité. Mais ici la congestion, surexcitée depuis plusieurs mois, des organes du bassin, a bien pu ajouter un élément fatal d'action à cette cause, dans tout autre cas, insignifiante.

Il faut encore remarquer la périodicité avec laquelle les pertes de sang ont eu lieu chez cette malade. La dernière s'est faite le 23 septembre. Les précédentes portent la date du 20 au 25 août, du 20 au 25 juillet. Ne reconnaît-on pas clairement là la preuve du phénomène que nous énoncions en commençant, c'est-à-dire de la rupture vésiculaire et de la ponte périodiques, avec une congestion portée au delà des limites normales?

NOUVEAU PROCÉDÉ POUR OPÉRER LES POLYPES DE MATRICE; par M. GENSOUL.

Le *procédé* de M. Gensoul mérite-t-il cette modeste, mais rassurante dénomination? N'y a-t-il pas plutôt, dans l'invention de notre ingénieux confrère, toute une méthode? C'est ce que nous examinerons, après avoir exposé le manuel opératoire qu'il propose.

Pour reconnaître l'existence de certains polypes intra-utérins, ainsi que pour agir sur eux, M. Gensoul recommande d'abord de choisir l'époque des règles. Le col se dilate alors et rend fructueuses des explorations qui, hors de cet état, exposeraient celui qui les pratique à méconnaître l'existence de la masse morbide.

Quel que soit le lieu d'implantation de leur pédicule, qu'il siége dans la cavité utérine ou aux lèvres du col, voici comment M. Gensoul conseille d'attaquer les polypes.

On introduit l'indicateur gauche sur le polype; puis on prend une très-forte pince à polype nasal, coudée légèrement à son extrémité. On engage avec le doigt le polype entre les mors de la pince, de manière que sa base seule soit étranglée. S'il a un pédicule, le doigt l'incline, et la pince presque droite suffit. S'il a un pédicule plus large, on prend une pince plus coudée et on la porte jusqu'à la base, qu'on étreint en fermant la pince. Pour maintenir cette constriction, on noue les anneaux l'un à l'autre à l'aide d'un cordon. « Par ce moyen, dit M. Gensoul, le polype est étranglé par toute la puissance d'élasticité dont jouit une très-forte pince. »

La malade reste couchée à la renverse, les anneaux, hors de la vulve, soutenus par un petit linge. La présence de l'instrument détermine quelquefois de la douleur et donne naissance à de la fièvre après huit à dix heures de constriction. A cette époque la matrice s'est déjà entr'ouverte, et avec des ciseaux courbes, on coupe le polype très-près et au-dessous des mors de la pince; puis on enlève la pince. Quand il n'y a ni douleur ni fièvre, on laisse la pince deux ou trois jours, et alors quelques mouvements de torsion qu'on lui imprime suffisent pour détacher le polype à sa base.

Pour les polypes situés sur le col ou très-près de lui, ils peuvent être étreints par une forte pince recourbée non-seulement à son sommet, mais encore dans toute la longueur de ses tiges, afin de s'accommoder à la forme du vagin et de ne pas appuyer sur la commissure recto-vaginale (1).

On peut encore placer isolément chaque branche, et les articuler ensuite ensemble, comme les cuillers du forceps.

Si les injections ne suffisent pas pour enlever l'odeur fétide et prévenir l'absorption des matières putrides, on devra couper la plus grande partie des tissus mortifiés au-dessous de leur étranglement.

M. Gensoul cite d'une manière extrêmement sommaire deux cas de réussite par l'application de sa pince, qui, du reste, est employée par lui avec un succès constant depuis douze à quinze ans.

Il termine en faisant ressortir la supériorité de cette manière d'opérer sur l'excision. Elle prévient sûrement l'hémorrhagie. En second lieu, on peut en venir à bout sans aide, et sans placer les femmes dans une position dont leur pudeur soit choquée (ce qui les détourne quelquefois de toute opération). Enfin elle dispense d'abaisser l'utérus jusqu'à la vulve, manœuvre toujours douloureuse et qui peut donner lieu à une péritonite.

— Ces avantages sont très-réels, et ils assurent certainement au mode opératoire de M. Gensoul une prééminence méritée pour les cas de polypes d'un petit volume, ceux qu'on peut sans crainte abandonner ensuite dans l'utérus jusqu'à ce qu'ils se détachent. Mais s'ils ont une grosseur plus considérable, si la juste appréhension des accidents qu'entraînerait la putréfaction sur place de cette masse, engage le chirurgien à en faire la section dès les premiers jours, il nous semble que la ligature ordinaire reprend pour ce cas tous ses avantages. En effet, lorsqu'on coupe le polype au-dessus du corps qui l'étreint, on a besoin, on désire que la striction persiste après la section faite. Or un fil reste aisément et sûrement en place autour du pédicule tronqué. En sera-t-il de même d'une *très-forte* pince, incessamment sollicitée par son poids à sortir, quelque exact que soit le repos gardé par la patiente?

D'autre part, un fil, à mesure qu'on le serre, glisse et remonte naturellement jusqu'à ce qu'il se soit mis en contact avec la partie la plus amincie du testicule, tandis que la pince saisit et coupe aveuglément la portion de la masse polypeuse où le doigt l'a dirigée. A la vérité, M. Gensoul ne tient pas beaucoup à ce que le pédicule soit divisé très-haut; car il défend toujours aussi résolument qu'en 1831 l'opinion de Levret et de Ségard, que le polype, comme le cordon ombilical, se détache de son point d'origine, quel que soit le lieu où la ligature l'ait coupé. Mais cette manière de voir n'a point été adoptée dans le sens absolu que notre confrère voudrait lui donner, et la façon dont il en explique aujourd'hui le mécanisme ne nous paraît guère plus propre à la faire admettre. « Cette exfoliation, dit-il, tient à deux causes : la première est l'atrophie de la base du polype qui se flétrit, et la seconde la dilatation du col de l'utérus qui est déterminée par la turgescence inflammatoire, résultat inévitable de l'action des instruments, de l'étranglement ou de la ligature. » A moins que *dilatation* ne soit ici, par erreur typographique, pour *resserrement*, comprend-on comment la turgescence inflammatoire des lèvres du col dilate l'ouverture qu'elles circonscrivent, et comment cette dilatation peut contribuer à l'exfoliation du polype? Que M. Gensoul se décide à reprendre un sujet qu'il peut traiter en maître; car ses secrétaires, nous devons l'en avertir, rendent sa pensée méconnaissable.

A. Dechambre et P. Diday.

(1) M. Gensoul recommande de faire étamer la pince avec un mélange d'étain et de bismuth pour la préserver de la formation d'un sulfure de fer, qui la noircirait et la rongerait profondément.

TRAVAUX ACADÉMIQUES.

ACADÉMIE DE MÉDECINE.

SÉANCE DU 30 SEPTEMBRE. — PRÉSIDENCE DE M. LOUIS.

Le procès-verbal de la dernière séance est lu et adopté.

La correspondance officielle comprend :

1° Une lettre du ministre de l'instruction publique qui consulte de nouveau l'Académie sur un remède anticholérique présenté par M. Leduc Duhamel, médecin et pharmacien à Montpellier.

2° Une lettre du ministre du commerce, transmettant trois rapports de M. le docteur Fleury, médecin-vaccinateur du canton de Rochefort, sur l'épidémie de variole qui a régné récemment dans les communes de Saint-Laurent de la Prée Fouras et du Breuil-Magné. (Comm. des épidémies.)

3° Lettre du même ministre transmettant, avec divers certificats et lettres explicatives, la recette d'un spécifique contre les douleurs rhumatismales. (Comm. des remèdes secrets.)

4° Lettre du même ministre transmettant l'échantillon d'une plante, proposée pour le traitement de diverses maladies, telles que phthisie, catarrhe, anévrisme, etc.

— M. Leroy-d'Étiolles adresse la lettre suivante :

Monsieur le président,

Lorsqu'il y a deux mois j'eus l'honneur d'adresser à l'Académie un mémoire contenant une série de faits relatifs à l'emploi des bougies tortillées dans les rétrécissements de l'urètre très-difficiles à franchir, je disais qu'un médecin étranger exerçant à Paris cherchait à s'approprier cette idée dans deux brochures de quelques feuillets, ayant pour titres : l'une, Dilatation des rétrécissements par la méthode du traitement du docteur Philips; l'autre, Traité de la goutte militaire. J'ai dédaigné et je dédaignerais encore aujourd'hui cette tentative de plagiat, si un acte récent de l'autorité, en donnant à l'auteur de ces opuscules une importance non motivée, ne m'engageait à déférer au jugement de l'Académie la question de priorité d'invention et d'application de la bougie tortillée, de la bougie coudée et de la bougie à boule qui forment la base de la méthode d'emprunt du docteur Philips.

J'ai l'honneur, etc.

Cette lettre est renvoyée à la commission du prix d'Argenteuil.

HYDROTHÉRAPIE.

M. Gibert, au nom d'une commission, donne lecture d'un rapport sur divers travaux adressés à l'Académie.

Lorsque, dit M. le rapporteur, pour la première fois en France, il y a plus de dix ans, un médecin allemand, le docteur Wertheim s'efforça de nous initier aux pratiques d'une méthode déjà célèbre et assez répandue dans le Nord, il crut devoir soumettre à l'Académie, par la voie ministérielle, les données scientifiques sur lesquelles cette méthode pouvait s'appuyer.

Se défiant avec raison des importations germaniques qui déjà nous avaient valu les mystifications du magnétisme et les rêveries de l'homœopathie, le rapporteur chargé de l'examen du mémoire de M. Wertheim dut, à cette époque, montrer beaucoup de réserve et quelque sévérité dans l'appréciation de procédés thérapeutiques dont l'agent principal, l'eau pure, n'offrait assurément à la première vue rien de bien neuf ni de bien remarquable.

Sans se laisser abattre par un échec que les circonstances expliquaient suffisamment, le docteur Wertheim, plein d'une foi juvénile dans une méthode dont il avait pu étudier les effets en grand à Graeffemberg, vint à l'hôpital Saint-Louis me prier d'ouvrir un refuge à l'*hydrothérapie*.

Familiarisé déjà depuis longtemps avec les nombreux avantages de l'eau froide appliquée si souvent sous mes yeux avec succès, tant à l'intérieur qu'à l'extérieur, par l'un de mes maîtres, le docteur Récamier, employée en douches ascendantes dans les maladies des femmes par mon prédécesseur Alibert, remise en vigueur sous cette forme par moi-même, tant à l'hôpital de Lourcine qu'à l'hôpital Saint-Louis....., je n'hésitai point à accueillir la demande de M. Wertheim.

Nous retirâmes d'incontestables avantages des procédés hydrothérapiques, tant contre les affections rhumatismales que contre les maladies de la peau. D'autres après nous, et notamment le docteur Guillebert d'Hercourt, aujourd'hui directeur d'un établissement important à Lyon, le docteur Lubanski à

Pont-à-Mousson, le professeur Scoutteten à Metz, le docteur Guettet à l'Abbaye-de-Saint-Seine (près Dijon), les docteurs Robert Latour, Couttelenc et autres dans l'établissement de M. Monchy à Auteuil, près Paris, etc., etc., appliquèrent avec succès l'hydrothérapie au traitement des scrofules, de la syphilis des névroses et de beaucoup de maladies chroniques mal déterminées dans lesquelles la perturbation et le renouvellement des humeurs, le rétablissement de toutes les excrétions, surtout la transpiration cutanée, l'impulsion fortifiante et pour ainsi dire rajeunissante, provoquées par les procédés hydrothérapiques, opéraient les changements les plus avantageux portés quelquefois jusqu'à une guérison complète et durable.

Dès lors, cette méthode prit droit de domicile en France, et elle y est aujourd'hui assez connue pour que, négligeant son histoire générale, son origine, ses développements, ses théories et ses procédés, nous nous restreignions à un simple compte rendu des travaux adressés à l'Académie par quelques-uns des médecins que nous venons de nommer.

Ne négligeons pas cependant de faire remarquer, à l'avantage de la méthode, qu'elle a été adoptée et mise en pratique par beaucoup de médecins honorables et que, bien différente de l'homœopathie, elle n'a jamais revêtu les livrées de l'ignorance ou du charlatanisme.

N'oublions pas non plus de mentionner l'une des conditions les plus importantes dans tout établissement hydrothérapique, condition si bien remplie à Graeffenberg et qui a tant contribué aux succès obtenus par Priessnitz, c'est l'abondance, la pureté et une température basse constante de l'eau employée, condition qui, généralement, ne peut être obtenue que dans les établissements où existent des sources d'eau vive.

Sous ce rapport, M. le docteur Wertheim a signalé avec raison l'importante lacune qu'offrent certains établissements où les sources n'existent que sur les prospectus, et où parfois l'eau de rivière elle-même fait défaut dans la saison chaude.

L'une des affections sur lesquelles les procédés hydrothérapiques ont l'action la plus puissante et la plus décisive, c'est sans contredit le rhumatisme chronique.

— A cette occasion, M. Gibert donne une analyse succincte du mémoire adressé par M. le docteur Guettet (de Saint-Seine), qui dirige en ce lieu, avec un grand succès, un établissement hydrothérapique fort bien situé.

Mais ce n'est point seulement dans les maladies chroniques que l'hydrothérapie a été conseillée et appliquée avec succès par un assez grand nombre de praticiens. Elle offre aussi de précieuses ressources dans les maladies aiguës, et un médecin étranger, le docteur Halmann, dont le remarquable travail a été communiqué à l'Académie par les soins de M. J. Guérin, n'hésite point à proposer comme but aux efforts des praticiens, la substitution à la saignée et aux sangsues des procédés hydrothérapiques.

M. Gibert expose les parties principales de ce mémoire et semble partager les opinions de l'auteur relativement à l'action directement antiphlogistique (par soustraction du calorique) de l'eau froide appliquée de diverses manières au corps des fébricitants.

Suit l'analyse d'un autre mémoire adressé par M. le docteur Padioleau (de Nantes), élève, ainsi que l'honorable rapporteur, de M. Récamier, et qui expose le résultat de ses observations sur les affusions tièdes et froides dans les maladies aiguës.

A ce propos, M. Gibert entre dans quelques considérations historiques relatives à l'emploi de l'eau en médecine. Il cite avec éloge un mémoire adressé en 1820 à l'Académie de Berlin par le docteur Fiselich, doyen de la Faculté de Vienne. Ce savant démontre, dans un travail fruit de trente-cinq années de pratique, que le premier et le principal remède des maladies aiguës est l'eau, soit en affusions soit en lotions.

Toutefois M. Gibert ne pense pas que l'on trouve dans ces pratiques la véritable origine de la méthode hydrothérapique dont les procédés d'emmaillottement, de sudation, d'immersion, de lotions, douches, applications diverses et variées de l'eau froide, constituent réellement une médication nouvelle. Il emprunte à un mémoire adressé par M. le docteur Gillebert d'Hercourt, directeur d'un établissement important à Lyon, les preuves principales de ce point de doctrine. L'auteur, dans ce travail, a exposé avec une grande précision les bases scientifiques de la méthode hydrothérapique.

Avec lui, et avec le docteur Halmann, M. Gibert établit que la cure *hygiénique* des maladies chroniques que l'on opère avec tant de succès dans les établissements hydrothérapiques, diffère sous plusieurs rapports de la cure *antiphlogistique* des maladies aiguës que l'on peut opérer partout à l'aide des procédés variés et modifiés suivant les indications et suivant les individualités, de l'hydrothérapie.

Un fait, remarque M. Gibert, qui a frappé l'attention de tous les observateurs et que j'ai pu constater moi-même dans nos cures de l'hôpital Saint-Louis, où manquaient assurément la plupart des conditions hygiéniques qui viennent assurer le succès de l'hydrothérapie dans les établissements particuliers, c'est la rapide amélioration de la santé générale et la restauration des forces et de l'embonpoint des sujets soumis à cette méthode.

Un médecin, M. le docteur Andrieux (de Brioude), qui propose un procédé spécial pour activer la période de sudation, a constaté sur lui-même ce résultat remarquable, à la suite d'un traitement hydrothérapique entrepris pour dissiper les suites d'une affection de poitrine rhumatismale qui l'avait réduit à un grand état de faiblesse et de dépérissement.

M. Gibert termine comme il suit son rapport :

Nous l'avons dit en commençant, messieurs, la tâche de votre commission devait se borner à un compte rendu des travaux qui vous avaient été adressés.

Si, incidemment, et pour rendre hommage à la vérité, votre rapporteur n'a pas craint de faire ressortir les avantages de la méthode hydrothérapique, c'est une opinion personnelle et qui n'engage nullement la responsabilité de la compagnie.

Nous nous bornons donc, au nom de la commission que vous avez chargée de l'examen des divers mémoires mentionnés dans le cours de ce rapport, à vous proposer :

1° Le dépôt de ces travaux intéressants dans les archives de l'Académie;

2° Des remercîments et des encouragements aux auteurs de ces mémoires, et, en particulier,

A MM. les docteurs Guettet, directeur de l'établissement hydrothérapique de Saint-Seine, près Dijon (Côte-d'Or),

Gillebert-d'Hercourt, directeur de l'établissement hydrothérapique de Lyon,

Et Padioleau, médecin à Nantes.

REMÈDES SECRETS.

M. Bouchardat lit, au nom de la commission des remèdes secrets, une série de rapports sur des demandes d'avis relatives à divers remèdes secrets ou nouveaux.

Parmi ces demandes s'en trouve une relative au remède proposé par M. le docteur Séat, de la Nouvelle-Orléans, et dont la recette n'a pas été donnée par l'auteur. M. le rapporteur, s'appuyant sur les termes des décrets du 18 août 1810 et du 3 mai 1850, propose de répondre au ministre qu'il n'y a pas lieu de donner suite à ces demandes. (Adopté.)

ÉTIOLOGIE DES FIÈVRES INTERMITTENTES DITES A QUINQUINA.

M. Gaultier de Claubry lit un rapport sur un mémoire de M. le docteur Félix Jacquot, médecin des hôpitaux militaires de Rome, sur l'étiologie des fièvres à quinquina, tendant à prouver l'origine miasmatique de ces fièvres. (Comm. : MM. Mélier et Gaultier de Claubry.)

Déjà, dit M. le rapporteur, dans un premier mémoire ayant pour titre : Recherches sur les causes des fièvres a quinquina en général, et particulièrement sur les foyers qui donnent naissance a ces fièvres en Algérie, M. le docteur Jacquot avait mis sous les yeux de l'Académie les résultats de plusieurs années d'observation dans l'Afrique septentrionale, et il s'était forcé de démontrer, qu'outre les marais proprement dits, qu'il appelait du nom de marais-types, il fallait considérer comme autant de petits marais accidentellement produits, ces mares, ces flaques d'eau, résultant du débordement des rivières, des pluies abondantes, et qui, aussi bien que les marais-types, mais seulement sur une plus petite échelle, produisent, sous la double influence de la chaleur et de l'humidité, des fièvres intermittentes périodiques, des fièvres à quinquina, selon une expression qui semble être usitée parmi les médecins français en Algérie.

En d'autres termes, M. Jacquot, dans son premier mémoire, démontrait que, partout où il avait rencontré des sujets atteints de fièvres intermittentes, partout aussi il avait pu constater l'existence d'un petit marais, la double condition d'une eau stagnante et de la décomposition des substances organiques, surtout végétales; d'où naissaient ces miasmes appelés paludéens, si fatalement efficaces pour produire des fièvres intermittentes périodiques réclamant impérieusement l'usage des préparations de quinquina.

Aujourd'hui, dans un second mémoire, M. Jacquot se propose de mettre complétement hors de doute l'origine miasmatique des fièvres à quinquina. Profondément convaincu de l'existence matérielle des miasmes des marais, il a entrepris d'en donner en quelque sorte la démonstration physique par la double voie du raisonnement et des faits nombreux qu'il a observés en Afrique, à Rome, à Civitá-Vecchia, en Toscane, etc.

M. le rapporteur, après avoir reproduit sommairement les principaux arguments de l'auteur, et indiqué les points nombreux de pathologie paludéenne traités dans ce mémoire, termine son rapport en concluant :

1° A ce qu'il soit écrit à M. Jacquot une lettre très-explicite de remercîments, avec invitation expresse de continuer à communiquer les fruits de ses recherches incessantes;

2° A ce que la future commission de nomination des correspondants nationaux soit invitée, en temps et lieu, à porter le nom de ce médecin sur la liste des candidats;

3° Enfin, à ce que le mémoire sur l'étiologie des fièvres à quinquina soit renvoyé au comité de publication, pour être joint au premier mémoire envoyé par M. Jacquot. (Adopté.)

TRAITEMENT DES ABCÈS PAR CONGESTION PAR LES INJECTIONS IODÉES.

M. le docteur Boinet présente trois malades guéris d'abcès par congestion par les injections iodées, et lit un travail sur ce sujet, dans le but de prouver l'efficacité de ces injections dans les abcès symptomatiques, ou autrement dit dans les abcès par congestion.

L'un de ces malades, que M. Boinet avait déjà présenté à l'Académie, est parfaitement guéri, et la guérison, depuis neuf mois qu'elle a été obtenue par cinq injections iodées ne s'est pas démentie (1).

(1) Ce malade est celui dont nous avons parlé dans notre dernière Revue hebdomadaire, comme portant encore une fistule lorsque M. Boinet l'a présenté pour la première fois à l'Académie. Nous avons été induit en erreur par les comptes rendus des journaux qui avaient mentionné la présentation de notre confrère. Nous devons ajouter toutefois que l'extension impropre que M. Boinet donne au mot abcès par congestion doit rendre très-circonspect sur la nature

Le second malade est un enfant de 11 ans, atteint de gibbosité et guéri d'un vaste abcès par enngestion depuis bientôt denx ans.

Le troisième est nn homme qui a été traité dans le service de M. le professeur Velpeau. Ce malade avait nn énorme abcès par congestion s'étendant à la partie snpérieure, externe et postérieure de la cuisse et dans toute la région iliaque gauche, reconnaissant pour cause une carie de l'os des iles ; quatre injections iodées ont suffi pour le guerir. Ce malade est charpentier et travaille toojoors de son état.

M. Boinet cite encore l'observation d'un abcès par coogestion, snite d'une coxalgie guerie par ces iojectioos dans le service de M. Maisonneuve, de même que l'exemple d'uoe malade qui lui a été confiée par M. le docteur Londe, membre de l'Académie, et enfin nn aotre exemple qui appartient à M. Demarquay, et qui a été observé sur noe jeone fille de 11 à 12 ans.

M. Boinet rappelle ensuite qne l'action de la teioture iodiqoe est différente, et suivant qu'elle est plus ou moins concentrée et snivant la composition des tissus qui la reçoivent. Il indique les différents phénomènes observés dans ces différents cas, et jugeant par analogie, il cherche à demontrer les effets produits par ces injections sur les parois des abcès et des surfaces osseuses cariées, qui sont modifiées de telle sorte que les propriétés vitales se développent, que la partie cernée se détache en escarres superficielles, et qne, réduite à l'état de nécrose, elle se sépare des portions saines de l'os, leur donne un autre mode de vitalité et les rend propres à se débarrasser des impuretés et des entraves qui s'opposent à leur retour au mode naturel dans l'état sain. Suivant M. Boinet, ces applications d'iode auraient l'avantage de changer les mauvaises qualités du pus, de rendre louable une suppuration sanieuse et fétide, de modifier avantageusement la surface des plaies et des ulcères, et de donner aux tissus cette fermeté dont ils ont toujours besoin lorsqu'ils tendent à la cautérisation, etc...

Il combat l'opinion de ceux qni pensent qu'il est impossible de faire pénétrer l'injection jusqu'au foyer générateur du pus, et pense que cette pénétration est tonjoors possible lorsqu'on preod toutes les précautions nécessaires pour qu'elle ait lien, comme de placer les malades dans une position telle qne le liquide iodique n'ait plus qu'à descendre, entraîné qu'il est par son propre poids. Il donne de nombreuses raisons pour démontrer ce point.

Il s'élève contre les chirurgiens qui prétendent qu'on ne peut guérir les abcès symptomatiques par ce moyen, et leur reproche de n'avoir pas employé convenablement la méthode qu'il propose, ce qui résulterait, suivant M. Boinet, de toutes les observations qui ont été publiées jusqu'à ce jour contre cette méthode, et les accidents qoi sont survenus ont été la faute, non de la méthode, mais de ceux qni l'ont mal employée. M. Boioet ne dit pas guérir tous les abcès par congestion, mais il affirme qu'un grand nombre qui n'auraient pas guéri par le seul traitemeot général, guériront senlement si l'on sait employer convenablement le traitement général et le traitement local en même temps, et qoe ces deox traitement réunis peuvent beaucoup, qne séparés ils seront souvent inefficaces. Enfin M. Boinet termine son travail par quelques mots sur la question de priorité, qu'il sonmet au jugement de l'Académie. (MM. Velpeau et Larrey soot chargés de faire un rapport sur ce travail.)

La séance est levée à quatre heores et demie.

BIBLIOGRAPHIE.

DE LA CURE RADICALE DU VARICOCÈLE PAR L'ENROULEMENT DES PINCES DU CORDON SPERMATIQUE; par A. VIDAL (de Cassis). — Deuxième édition, corrigée et augmentée. — Un vol. in-8° de 91 pages. — 1850. — Paris, chez J.-B. Baillière, rue Hautefeuille, 19.

La seconde édition de cet opuscule porte le millésime de 1850, date qui nous rappelle bien haut une impardonnable négligence, dont nous rougissons d'autant plus qu'elle était moins justifiée par l'excellent procédé (ce n'est pas encore du procédé opératoire qu'il s'agit) dont M. Vidal a usé envers nous, en ne nous adressant de soo travail qu'une épreuve corrigée et augmentée. Mais il nous excusera, nous osons l'espérer, sur l'iotention ; car l'examen qui va suivre lui prouvera que s'il y a eu involontairement retard de notre part, il n'aura du moins à nous reprocher ni ioattentioo ni défaut de franchise à l'égard de son œuvre.

Et d'abord, un premier fait bien constant, quoiqu'on l'ait modestement laissé dans l'ombre, c'est que cette prétendue seconde est réellement, en grande partie, une *troisième* éditinn ; car jusqu'à la page 18, elle est fidèlement calquée sur le TRAITÉ DE PATHOLOGIE EXTERNE ET DE MÉDECINE OPÉRATOIRE, article *Varicocèle*, du même auteur. Pourquoi cette réimpression d'un ouvrage que, tous les jours, certains prospectus nous affirment être le seul classique maintenant ? L'aurait-on cru déjà oublié, et bon à mettre en pièces ? Je ne sais. Mais dans tous les cas la modestie de M. Vidal a compté sans la mémoire de ses admirateurs : et malgré quelques changements, on reconnaît sans peine daos cette première partie, datée de 1850, le texte primitif de 1841.

En disaot *changements*, je ne veux point parler de ceux qui consistent à remplacer *sur chaque côté*, par *des deux côtés* (p. 8) ; — *dans le plus grand nombre des cas*, par *en général* (p. 14) ; *qui contiennent*, par *contenant* ; — *si on se rappelle*, par *si l'on se rappelle, etc.* (p. 16). M. Vidal est, comme on dit, un homme de style ; et sans donte ces corrections n'ont pas été faites sans dessein. Mais, je l'avoue, leur signification m'échappe ; car je ne puis croire qu'un écrivain si fécood en soit réduit à l'expédient des coquettes de quatrième ordre pour déguiser un vêtement emprunté ou vieilli.

Les rares modifications plus sérieuses qu'on trouve dans cette partie remise à neuf suffisent, à mon avis, pour racheter ces non-sens ; car elles accuseot un progrès aussi sensible qu'inattendu dans la tournure d'esprit de l'auteur. La différence est tranchée. En voici deux exemples.

On connaît la théorie qu'a émise J.-L. Petit pour exprimer la formation du varicocèle par la maniere dont les vaisseaux spermatiques sont *comprimés sur le pubis comme la corde d'un puits l'est sur la poulie.* Eh bien ! en 1841, M. Vidal la citait tout au long, sans un mot de critique. Il faisait plus : empruntant au célèbre chirurgien ses propres paroles, il en profitait pour expliquer à son tour l'influence fâcheuse de la masturbation sur le développement du varicocèle, en disant : « Le crémaster et le dartos sont alors fatigués ; de là une innervatioo qui affaiblit leur puissance contractile, leur ressort ; alors le testicule n'est pas suffisamment soutenu, il est livré à soo propre poids ; le retour du sang est beaucoup plus difficile, car le cordon *se comprime* — (ce n'est pas nous qui soulignons) — sur le pubis. »

Aujourd'hui, 1850, M. Vidal cite encore l'opinion de J.-L. Petit ; mais il se borne à lui jeter dédaigoeusement ces mots : « Cette explication a eu, dans un temps, un certain succès que je n'ai jamais compris. » Je ne sais ce que pensera M. Vidal du rapprochement ; mais il nous paraît, à nous, que *ce temps* n'est pas fort éloigné, et que pour ne plus *comprendre* maintenant ce *certain succès*, il faut, comme nous le disions, que la faculté qui comprend ait chez lui subi en bien peu d'années de notables changements. — Pourtant, si la perturbation mentale existe, elle est du moios encore *raisonnante ;* car la théorie des effets de la masturbation a prudemment disparu de cette dernière édition.

Autre exemple. En 1841, M. Vidal écrivait, toujours à propos de l'étiologie : « Il est des causes dont l'action est tout à fait extérieure. Ainsi : la compression d'un bandage herniaire mal fait, celle même d'un suspensoir mal appliqué, ou d'une ceinture qui entoure l'abdomen, sont plus souvent qu'on ne pense la cause occasionnelle du varicocèle. » Il adoptait dooc franchement la réalité de cette cause, signalée par M. Landouzy, dans sa très-remarquable monographie du VARICOCÈLE (1838, p. 29).

Je ne sais quel tort M. Landouzy a, depuis lors, pu avoir eovers M. Vidal ; mais il lui fait maintenant partager le sort de J.-L. Petit. Et après avoir répété les propres paroles du médecin de Reims — que, en 1841, il avait faites siennes en les citant dans son texte sans commentaire, — il se borne à ajouter : « Ce qui est une exagération ! »

Certes le jugement est sommaire ; et, malgré cette apparente partialité, l'on ne peut pas dire que notre auteur traite ses contemporains pis que les maîtres de l'art ; car il ne fait pas à M. Landouzy (1) plus qu'à J.-L. Petit la faveur d'une réfutatinn. — Je ne comprends pas ! Exagération ! Voilà les seules formules à son usage. Elles paraissent d'autant plus surprenantes dans sa bouche, que, il y a moins de dix ans, il compreoait et trouvait assez peu hyperbolique pour ne faire qu'uo avec ceux qu'il méprise à cette heure. Si peu d'années ont-elles donc produit une telle métamorphose ? Et, à bout de victimes, le malheureux critique en serait-il maintenant réduit à tirer sur ses troupes ou à se mordre lui-même ?

Mais ce scepticisme magistral n'est pas le seul progrès que révèle la réimpression dont nous analysons le contenu. M. Vidal l'a enrichie d'un nouveau signe diagnostique, auquel il attache une grande valeur. D'après lui, pour reconnaître si l'on a affaire à un varicocèle, il suffit de chauffer la tumeur, c'est-à-dire d'y appliquer des linges chauds pendant uoe demi-heure. S'agit-il d'une hernie, son volume ne varie pas ; tandis que la tumeur variqueuse grossira sensiblement. Le moyen ne semble pas très-

---

des résultats qu'il invoque. Ainsi le malade dont nous parlons n'avait aucun signe de carie vertébrale, du moins pas la moindre trace d'excurvation tuberculeuse. Il en est de même de la plupart de ses autres malades, dont un seul jusqu'ici aurait offert les caractères évidents du mal de Pott. Il convient donc d'attendre pour juger en fait de l'efficacité de la méthode, d'autant plus qu'en théorie cette efficacité, qui reposerait sur la pénétration de l'injection jusqu'à la vertèbre cariée, ne paraît pas possible. (JULES GUÉRIN.)

(1) Ce laconisme nous paraît d'autant plus regrettable que, à l'appui de son opinion, M. Landouzy rapporte l'observation très-intéressante d'un jeune homme dont le varicocèle dépendait si bien de l'usage de pantalons trop serrés à la ceinture, que les souffrances et la dilatation veineuse avaient diminué aussitôt après qu'il eut adopté des vêtements plus larges.

expéditif; mais il a au moins incontestablement pour lui — ce que voulait son auteur — d'être neuf. Et j'ajoute qu'il ne perdra pas de sitôt ce privilége. M. Vidal peut demeurer tranquille et se bien persuader qu'on ne lui en contestera pas plus la possession que celle de son secret pour diagnostiquer la blennorrhagie *par l'odeur*. Le vulgaire des praticiens préférera vraisemblablement, en cas de doute, s'en tenir au simple et rapide procédé de A. Cooper, sans vouloir troubler notre confrère dans le fructueux exercice de sa spécialité à *chauffer* le varicocèle!

Passons maintenant à la partie originale de ce travail. Pour faire adopter une opération contre le varicocèle, il ne suffit pas que le procédé soit ingénieux, commode dans son application, prompt dans ses effets immédiats; il faut d'abord — et c'est l'inévitable débat qui se reproduit autour de chaque nouvelle méthobe proposée — il faut prouver :

1° Que l'infirmité est assez grave pour mériter l'intervention de la chirurgie;

2° Que l'opération ne produit pas par elle-même d'accidents sérieux;

3° Qu'elle amène une guérison durable. M. Vidal aborde de front chacune de ces difficultés. En premier lieu, il reconnaît de bonne foi que le varicocèle peut atteindre un volume très-considérable sans donner lieu à aucune incommodité. Ceci est vrai, et je le croirais même sans la preuve un peu suspecte citée par M. Vidal, d'un vieillard de son service qui portait un varicocèle double des plus volumineux, « sans le moindre besoin de se débarrasser de ces tumeurs, même en présence des nombreux succès, etc. » Mais enfin, la dilatation veineuse n'a pas toujours cette innocuité. « Quand la tumeur est douloureuse, continue M. Vidal, quand elle est le siége d'un prurit insupportable; quand elle cause des tiraillements dans les aines, vers les lombes, qui rendront certains travaux impossibles, l'exercice en ne peut plus pénible, les chirurgiens prudents, les opérateurs les plus circonspects trouveront une indication suffisante pour opérer. »

Voilà l'indication clairement posée. J'adopte, quant à moi, très-volontiers ce principe des chirurgiens *prudents et circonspects*; et M. Vidal, que je sache, ne s'exclut point non plus de cette classe. Mais, alors, je dois charitablement l'avertir de se défier des inadvertances et omissions de ses deux secrétaires, MM. Bouteillier et Dumoulin. Je trouve, en effet, dans les histoires cliniques rédigées par ces messieurs :

Une observation de fièvre typhoïde, déclarée le onzième jour de l'opération, qui mit les jours du malade en danger. Et cependant il y est formellement spécifié que *cet épicier* — je prends le style de mon modèle — *ne souffrait pas* de son varicocèle!

Le sujet de la 4e observation « portait depuis fort longtemps, dit le texte, *sans jamais en avoir été gêné*, un varicocèle considérable à gauche; » seulement, le testicule était atrophié. On pourrait donc croire que l'opération fut motivée par cette atrophie. Mais comme on voit que pour saisir tout le paquet variqueux M. Vidal dut comprendre dans la ligature le canal déférent, et qu'il l'y comprit en effet volontairement, on ne sait plus à quoi s'en tenir; car il n'est guère présumable que l'oblitération du conduit déférent soit considérée comme le remède de l'atrophie testiculaire, même par l'inventeur de la suture de la vulve contre les fistules vésico-vaginales. — Il en est de même chez le malade de l'observation 8, dont il n'est point dit que le varicocèle l'eût jamais gêné, et qu'on se hâta un peu, ce me semble, d'enrouler pour des douleurs, suite d'une épididymite blennorrhagique datant d'un mois seulement.

Même remarque pour l'obs. 10. Chez cet homme « le testicule gauche ne descendait que fort peu plus bas que l'autre, et s'il y avait déjà alors varicocèle, il n'était que très-peu considérable ». Je prends une blennorrhagie, puis une épididymite. Un mois après le début de ce dernier accident, on constate que « la bourse gauche pend très-bas, que le malade ne peut marcher sans douleur dans l'aine, dans les lombes, dans la cuisse, qu'il ressent souvent des coliques. » C'est tout. Il entre à l'hôpital, et on l'opère aussitôt, sans avoir essayé ce que la continuation du traitement antiphlogistique aurait produit sur cet état encore aigu, et d'origine si récente.

Notez qu'aucun de ces individus ne réclamait l'opération pour l'un des motifs spéciaux qui vont être indiqués, et dites si M. Vidal n'a pas droit de se plaindre de ses aides, dont la plume distraite l'expose, lui, l'auteur même du précepte, à n'être plus compté parmi ces chirurgiens *prudents et circonspects*, qui n'opèrent le varicocèle que pour cause d'incommodités graves.

Sans occasionner de souffrances, le varicocèle demande parfois un remède radical, en raison de son influence sur les fonctions génitales; car avec l'atrophie du testicule, qui en est la suite, l'impuissance peut survenir. Et M. Vidal fait spirituellement ressortir ce qu'un pareil état peut avoir de fâcheux dans certaines positions sociales « où une famille entière en supporte les conséquences, car elle peut ainsi *s'étendre*. » Pour moi, sans la malice proverbiale de notre méridional confrère, j'aurais soupçonné ici quelque faute d'impression. Mais, quoi qu'il en soit, que par l'impuissance de son chef, la famille risque de s'éteindre ou de s'étendre, on comprend que cette considération puisse devenir la source d'indications thérapeutiques particulières. — Nous n'en dirions pas autant de la nécessité de changer par l'opération le timbre vocal devenu trop flûté.

Le varicocèle, à un certain degré, est un cas de réforme. Pour ce motif, beaucoup veulent le garder jusqu'après 21 ans passés. Mais par cela même, devenant un obstacle à suivre la vocation militaire, il réclame parfois alors, pour cette seule cause, une opération.

Enfin, l'état moral qui accompagne cette infirmité est souvent si grave qu'il justifierait, à lui seul, tous les essais tentés dans le but d'en délivrer la malheureuse victime. Mais, remarque judicieusement M. Vidal, ce n'est pas toujours parce que le sujet a vu, constaté son varicocèle, qu'il est plongé dans une hypocondrie dont l'esprit aurait l'initiative on la plus grande part. Il arrive aussi, quoique plus rarement, que l'esprit souffre dans l'ignorance complète du mal physique. M. Vidal le prouve par l'histoire d'un artiste distingué que tourmentaient des idées mélancoliques. Il fit chez lui la découverte d'un varicocèle peu volumineux de l'existence duquel il ne se doutait pas, et qui ne lui causait aucune douleur. L'opération ramena le calme dans son esprit.

L'enroulement est-il de nature à produire des accidents? Sur ce point, M. Vidal affirme hautement qu'il *n'est jamais survenu un accident qui mérite ce nom après l'application de son procédé*. Voyons ce que répondent à cette assertion la raison et les faits.

La raison? Et qu'a-t-elle ici à faire? va-t-on me dire. Qu'elle préside au dépouillement du registre des entrées, compare la colonne des guérisons à celle des décès, et énoce la conclusion finale de ce parallèle, voilà tout son rôle. Mais la faire intervenir pour incriminer l'opération comme dangereuse, que l'expérience la démontre innocente, n'est-ce pas la manœuvre d'un critique aux abois, impuissant à trouver le défaut de la cuirasse, et réduit aux arguments par l'absence des faits? — A ceci, voilà ma réplique.

Si l'opération de M. Vidal différait des autres procédés par un point fondamental de physiologie pathologique; s'il y avait, par exemple, entre eux et elle quelque chose de semblable à la séparation profonde qui distingue l'innocente action des caustiques de l'effet toujours périlleux de l'instrument tranchant, oh! certes, la raison devrait s'incliner. Mais en est-il ainsi? Examinons. Les procédés par la ligature sous-cutanée (Ricord, Reynaud), réputés par M. Vidal les plus dangereux, comprennent, comme agent possible de désordres généraux :

1° Une ou deux piqûres à la peau;

2° Le contact prolongé d'un corps étranger avec les parois veineuses.

Or, dans celui de M. Vidal, que trouve-t-on? justement ces deux éléments d'inflammation; et, en plus, l'*incision* de la portion de téguments qui séparent les *deux* piqûres. Ainsi, dans les procédés qu'il attaque, on pique la peau, et la phlébite survient. Avec le sien, on pique, puis on incise; et jamais le moindre accident!!

Ce n'est pas tout. Une telle analogie de cause doit naturellement faire pressentir l'identité des effets. M. Vidal, écrivain spirituel et quelque peu subtil, fait un livre pour préconiser son procédé, qu'il croit supérieur; il écrit surtout « pour faire passer la même conviction dans l'esprit de ses confrères ». Or, en sa qualité d'homme d'esprit, il ne peut ignorer qu'on ne le croira pleinement que s'il s'adresse à l'intelligence plus qu'à la foi de ses lecteurs. Eh bien! pas une ligne n'est essayée à faire comprendre le motif pour lequel les piqûres pratiquées par lui guérissent toujours, là où celles que font ses collègues peuvent tuer. C'est son secret; s'il en a la clef, il la garde, et ne paraît point trop désireux qu'on cherche à le pénétrer. Croyez ou ne croyez pas, libre à vous; mais n'attendez pas d'explication. Ainsi retranché, un auteur est bien fort, surtout devant une attaque loyale; car ces faits dont il s'arme, si la théorie les pressent contraires, si la raison les repousse, il est sûr du moins que, par bienséance, on lui en laissera l'usage. Mais si sa tactique le rend inexpugnable, peut-être, je dois l'en avertir, recèle-t-elle un péril supérieur en l'exposant à rester sans alliés.

Voyons donc maintenant ces faits. M. Vidal commence par reprocher à ses adversaires d'avoir dénaturé une observation où des accidents graves survinrent après son opération. Il s'agit d'un épicier—encore un épicier! Est-ce par hasard? ou l'enroulement ne serait-il pas, en effet, particulièrement le bien-venu chez les faiseurs de cornets? — Bref, cet homme avait d'abord été opéré du varicocèle par M. Vidal. Comme il avait aussi un phymosis, il voulut ensuite en être débarrassé; mais l'incision du prépuce fut suivie de phlegmon gangréneux de la verge et du scrotum, qui fit courir des dangers sérieux. M. Vidal, bien entendu, innocente la première opération aux dépens de la seconde; et il a raison, car il doit mieux qu'un autre savoir ce qui s'est passé. — Mais puisqu'il voulait rendre le lecteur juge, il aurait été plus simple et plus habile de mettre les pièces

du procès complétement sous ses yeux; et je ne sais trop pourquoi, lui qui consacre dix longues pages à nous dérouler les phases d'une fièvre typhoïde survenue après son opération, il ne donne ici qu'un court résumé de l'histoire de cet épicier. Sans doute le laconisme est une qualité inestimable, mais tant d'autres passages s'y prêtaient mieux! N'eût-il ajouté qu'une ligne pour dire au juste quel intervalle de temps sépara l'opération du varicocèle de celle du phymosis, j'estime qe c'eût été, dans son intérêt, une ligne *pas mal* employée. Et, puisque je suis en train de lui faire encore des emprunts de style, « pour mon compte, ainsi qu'il le dit lui-même à propos d'un autre fait, rapporté aussi trop sommairement, j'aurais préféré la publication de tous les détails de cette intéressante observation. » M. Vidal dit bien qu'elle a été publiée ailleurs; mais comme il ne cite ni le journal, ni l'année, ni le numéro, ni la page, il daignera comprendre que la critique puisse éprouver quelque hésitation à entreprendre un voyage de vérification sur de tels indices.

Je ne peux non plus, à mon grand regret, analyser les deux cent cinquante observations que M. Vidal possède, de guérisons obtenues par son procédé, sans un accident *qui mérite ce nom*. Mais voici ce qu'on trouve dans les seize qu'il a annexées à son ouvrage :

Sur quatre malades, il y a eu hémorrhagie artérielle, portée chez l'un d'eux jusqu'à 280 grammes de sang. Chez trois, l'écoulement sanguin a été assez abondant et a duré assez de temps pour nécessiter le tamponnement de la plaie et un peu de compression.—Or, comme perte de sang, ç'a été sans doute là un phénomène insignifiant, quoique dans des conditions autres qu'à l'hôpital, il puisse devenir grave; mais si l'on réfléchit que l'engorgement inflammatoire des bords de la plaie est après l'enroulement une complication très-fréquente et fort ennuyeuse; que l'hémorrhagie a toujours parue du quatorzième au quinzième jour; qu'à cette époque les parties sont encore le siége d'une phlegmasie intense, on concevra aisément que le tamponnement, nécessité par l'hémorrhagie, s'exerçant sur des tissus enflammés, ne les dispose pas précisément à la résolution. L'expérience, du reste, vient l'attester; car sur les 16 opérés dont il est ici parlé, on a dû, chez cinq, appliquer vingt sangsues au périnée pour combattre cet engorgement qui ne voulait pas s'éteindre. Or de ces cinq applications, trois ont été faites précisément sur des sujets ayant eu l'hémorrhagie, et chez le dernier on fut obligé d'y revenir à deux reprises.

On peut voir par là jusqu'à quel point les opérés à qui une hémorrhagie survient doivent accepter les félicitations que l'auteur leur adresse « d'avoir obtenu par cette saignée locale, un dégorgement beaucoup plus rapide des parties.» A notre compte, et il est exactement dressé, ce seraient au contraire ceux qui ont saigné, qui demeurent le plus longtemps engorgés, puisque c'est presque à eux seuls qu'on a été obligé d'appliquer des sangsues.

Ainsi, hémorrhagie consécutive, se déclarant vers le quinzième jour; engorgement persistant et réclamant, dans plus du quart des cas, une médication antiphlogistique, qu'on peut appeler énergique, voilà, et d'après des faits choisis, les suites, je ne dirai pas ordinaires, mais enfin fort peu exceptionnelles de l'opération.—Je lis encore (obs. 10) l'histoire d'un malade chez qui l'engorgement consécutif à l'opération devint tel que, d'après le texte, « on ne pouvait plus distinguer le testicule de l'épididyme; c'était une tumeur de la grosseur du poing. » Il y eut réaction fébrile, coliques vives, et enfin un abcès qu'il fallut ouvrir au côté externe de la tumeur.—Un autre opéré (obs. 4) eut, à part l'abcès. absolument les mêmes accid..... Malheureux! n'allais-je pas dire le mot? Que voulez-vous? il se présentait si naturellement sous ma plume! Mais, Dieu merci! je me suis souvenu à temps que, dans le vocabulaire de M. Vidal, rien de tout ceci ne mérite de porter le nom d'accident!

L'opération de l'enroulement amène-t-elle une guérison durable? C'est ici que le talent de M. Vidal apparaît dans tout son lustre. Et véritablement la critique doit s'avouer vaincue devant la supériorité d'un auteur qui, sur le point capital de son sujet, a trouvé moyen de remplir quatre pages sans rien dire. —Aussi il prouve d'abord, par des exemples de récidive, l'insuffisance des procédés rivaux,— sans parler de la cautérisation que comme d'une utopie peu réalisable, malgré les guérisons solides, publiées par M. Bonnet en 1848. Puis, sans doute pour démontrer par des faits la prééminence de son opération, il cite un boulanger redevenu malade après la ligature sous-cutanée, et qu'il a enroulé. Ce malade, dit-il, *va sortir* de l'hôpital, et je le *présenterai* à la Société du 2e arondissement. — Ainsi soit-il! Mais, puisqu'on l'appelle pour témoigner de la solidité de la cure, ne pouvait-on au moins attendre qu'il eût quitté son lit?

A l'égard de ses autres opérés, M. Vidal a adopté un procédé qui mérite d'être signalé à l'admiration générale. A-t-il eu ou n'a-t-il pas eu de récidives?... A cette question, il ne souffle pas le traître mot. Seulement, « après la lecture de mon premier travail à l'Académie de médecine, dit-il, j'ai déposé un certain nombre d'observations, avec les noms et les demeures des opérés qui m'y avaient autorisé. » Que demander de plus? M. Vidal pouvait nous éclairer d'un mot. Mais —le monde est si méchant! On aurait peut-être suspecté sa sincérité; eh bien! il vent aller au-devant du soupçon, le pauvre homme! Il ne vous dira rien. C'est à vous de vous édifier par vos propres yeux. Allez donc; la besogne vous répugne peut-être un peu; mais elle sera d'autant plus facile que les adresses ne sont pas déposées aujourd'hui depuis plus de six ans, et que, en général, les épiciers aiment fort peu à changer de quartier.

Vous comprenez, n'est-ce pas, la commodité de ce système; et vous conviendrez que ce n'est point à tort que j'en recommandais tout à l'heure l'imitation. Pour un inventeur, l'avantage est double : d'abord, il peut à son aise crier très-haut qu'il a tout fait pour la manifestation de la vérité; puis, et surtout, il ne s'expose guère — n'ayant rien dit — à recevoir de démenti. Que ne l'ai-je connu lorsque, en 1849, je publiai la liste de mes inoculés du vaccin antisyphilitique! Pour épargner à mes confrères l'ennui d'une enquête qui demande des qualités plus appréciées rue de Jérusalem qu'à l'Académie, ne me donnai-je pas — triple sot — la peine de constater *de visu* quel était leur état à tous au bout de huit mois? Que l'occasion se représente aujourd'hui; la leçon du maître n'aura pas été perdue pour moi, et je saurai à mon tour, comme M. Vidal, répondre aux critiques trop curieux : Allez-y voir!

Désireux, cependant, de savoir si, après 250 opérations faites en six ans, M. Vidal n'avait rien de plus à nous dire sur la valeur de son procédé, j'ai voulu l'interroger puisqu'il s'obstinait à se taire. J'ai donc compulsé les seize observations ajoutées à la fin du livre; et, je le confesse à son bonneur, ma recherche n'a point été infructueuse. Ainsi, quatre sujets ont été revus consécutivement à l'opération. Malheureusement, pour deux d'entre eux, on ne précise nullement l'époque, et il reste par conséquent douteux, si c'est au bout de six jours, six semaines, six mois ou six ans que la solidité de la guérison a été constatée. On voit assez que l'auteur n'a rompu qu'à regret son parti pris de mutisme.— La troisième observation est, sous ce rapport, un petit chef-d'œuvre. Il s'agit d'un corroyeur qui, outre son varicocèle, avait de temps en temps des attaques d'épilepsie, mais à de très-rares intervalles. Il fut opéré (obs. 13) et sortit de l'hôpital. Par un hasard heureux on put revoir le corroyeur deux ans après. — Ah, pour le coup, vous dites-vous, lecteur, le délai est bien suffisant, et je vais savoir cette fois le résultat définitif de l'opération. — Vous allez le savoir! M. Vidal est plus fin que vous; et je vous trouve un peu indiscret de vouloir forcer ses confidences. Lisez donc : ce sera votre punition : « M. Vidal a vu cet opéré deux ans après l'opération; il n'a plus eu d'attaque d'épilepsie. » Mais le varicocèle? vous entends-je demander. Taisez-vous : on vous dit qu'il n'a plus eu d'attaque d'épilepsie, cela n'est-il pas suffisant? Et l'opération pouvait-elle lui rendre un plus grand service(1)?

Il n'est pas sans exemple, au palais, que pour un client dont la cause lui semble mal présentée, l'organe de l'accusation se substitue au défenseur et plaide lui-même la circonstance atténuante. Il y a, je crois, ici, pour la critique sincère, quelque chose de semblable à faire en faveur de l'enroulement. Nous reconnaissons donc bien volontiers que, quoique douloureux et demandant près de quarante jours pour la guérison, ce procédé, en vertu même de la perte de substance en hauteur qu'il fait éprouver aux veines, offre plus de chances de guérison radicale que les autres modes de ligature. Mais à son tour il doit céder devant la cautérisation; car régularisée comme elle l'a été, notamment par M. Bonnet, elle donne tout autant de garanties contre le retour de la maladie, conserve à la glande séminale et à son conduit leur intégrité, et, point capital, ne fait pas courir le moindre risque de ces accidents que, avec l'instrument tranchant, le malade et le chirurgien, s'il est vrai qu'ils y échappent le plus souvent, ont toujours à redouter.

P. DIDAY.

— M. Planchon, docteur en médecine et ès sciences naturelles, est nommé professeur d'histoire naturelle et de matière médicale à l'École préparatoire de médecine et de pharmacie de Nancy, en remplacement de M. Poirson, démissionnaire.

— ERRATUM. — Nos lecteurs sont priés de rectifier comme il suit le nom d'un médecin de Marseille qui a communiqué un travail sur le mécanisme des contractions utérines, à l'Académie des sciences (séance du 18 août, n° 34), et à l'Académie de médecine (séance du 16 septembre, n° 38). Au lieu de Pirtz écrit au compte rendu de l'Académie des sciences, et de Delpitz écrit au compte rendu de l'Académie de médecine, lisez SPITZER.

(1) Le texte ne renferme effectivement pas d'autres détails sur les effets de l'opération que ceux exprimés par les mots que nous citons.

Le rédacteur en chef, JULES GUÉRIN.

REVUE HEBDOMADAIRE.

ACADÉMIE DE MÉDECINE. — INFLUENCE DE LA GROSSESSE SUR LA MARCHE DE LA PHTHISIE PULMONAIRE.

Que M. Grisolle nous permette de ne pas nous rendre encore à la démonstration itérative par laquelle il essaye d'établir que la phthisie pulmonaire est plutôt accélérée qu'enrayée par la grossesse, et que la délivrance en ralentit la marche loin de la hâter, comme on l'a cru jusqu'à ces dernières années. Il s'agit d'abattre une croyance consacrée par les autorités les plus considérables et par le temps; c'est donc sagesse d'y regarder à deux fois. Le rapport lu mardi dernier à l'Académie de médecine et le travail que le même auteur avait déjà communiqué en 1849 sont assurément d'un grand poids dans la question; la statistique y apporte des éléments précieux, bien capables d'éveiller le doute, de troubler la quiétude où l'on croyait la science endormie pour toujours, mais impuissants de leur nature à procurer une solution positive et irrécusable.

On réunit un certain nombre de cas de phthisie ayant débuté pendant la grossesse ou quelque temps auparavant; on en mesure la durée depuis les premiers signes appréciables jusqu'à la mort; on trouve que cette durée est en moyenne de neuf mois; et comme, d'après un autre calcul, la durée de la phthisie chez les femmes non enceintes est de quatorze ou quinze mois, on en conclut que la grossesse ne ralentit pas, mais au contraire accélère, la marche de la phthisie. Or ce genre de déduction, familier à la statistique, n'est rien moins que rigoureux. Le calcul prouve que la maladie a été, en moyenne, plus courte dans la première série de cas que dans la seconde; c'est déjà quelque chose; mais de là à prouver que cette brièveté relative est directement subordonnée à l'état de grossesse, il y a encore loin. Et par malheur, c'est précisément cet élément indispensable d'une bonne démonstration qui n'est pas du ressort de la statistique. La durée *moyenne* de la maladie chez vos trente ou quarante femmes grosses a été de neuf mois; très-bien; mais chez celle-ci ou celle-là la durée *réelle* a été de quinze mois; c'est ce que disent vos propres observations; d'autres diront dix-huit mois, vingt mois, ou plus. D'un autre côté, la durée *moyenne* de la maladie chez des femmes non enceintes a été de quinze mois; très-bien encore; mais chez celle-ci ou celle-là la durée *réelle* a été de huit ou neuf mois, peut-être moins. Or, pour ces cas particuliers, qui seuls contiennent la réalité, pour les cas où la durée de la phthisie a été plus longue chez les femmes enceintes que chez celles qui ne l'étaient pas, il est impossible, absolument impossible, d'obtenir du calcul seul la preuve que la grossesse n'a en rien influé sur cette différence de durée. Une opération arithmétique ne donne et ne peut donner qu'un rapport de coïncidence, après lequel le rapport de causalité, quelque vraisemblable qu'il puisse paraître, reste tout entier à démontrer. Nous allons plus loin, au risque d'un scandale; nous soutenons qu'une durée relativement courte de la phthisie chez une ou plusieurs femmes enceintes ne prouve pas, pour ces cas particuliers, contre le pouvoir modérateur de la grossesse. La durée de la phthisie est variable; elle ne mesure chez telle femme enceinte que neuf ou dix mois; qui vous dit qu'elle n'en eût pas mesuré huit sans la coexistence de la grossesse? qui vous dit que cette phthisie n'appartenait pas à la catégorie de celles qui d'elles-mêmes se terminent très-rapidement? Le pouvoir de l'arithmétique expire devant cette difficulté, qui est pourtant le nœud de la question.

Nous ne disons pas, encore une fois, que la méthode numérique ne puisse rendre ici aucun service. Nous avons reconnu, au contraire, en 1849, qu'elle était parvenue à ébranler une opinion ancienne et presque universelle; nous le reconnaissons encore aujourd'hui. Mais nous n'estimons pas qu'elle puisse pousser son œuvre beaucoup plus loin. Si le résultat obtenu par M. Grisolle et par l'auteur du mémoire qui a été l'objet du rapport (M. Duhreuilh fils) se trouve un jour établi sur une grande échelle; s'il devient avéré que, aussi loin qu'on étende l'observation, la durée moyenne de la phthisie est notablement plus courte chez les femmes grosses que chez les autres, on en pourra conclure que l'influence suspensive de la grossesse n'est pas constante, ni même très-générale; mais rien de plus. Restera toujours à rechercher si les faits particuliers donnent ou non des témoignages d'une telle influence.

Où puiser ces témoignages? Dans les caractères propres et dans la marche de la maladie avant, pendant et après la grossesse. Une femme devient phthisique; les symptômes de la maladie se succèdent et s'accroissent rapidement; les hémoptysies vont se rapprochant; l'amaigrissement fait des progrès; les sueurs deviennent de plus en plus abondantes, ainsi que l'expectoration; des craquements humides remplacent promptement la rudesse du bruit respiratoire, etc. Cette femme devient enceinte; plus d'hémoptysies; état stationnaire de l'embonpoint, diminution de la toux, des crachats, des sueurs; les craquements n'augmentent pas ou que très-peu. L'accouchement a lieu, et à partir de ce moment, la maladie précipite sa marche jusqu'à la mort. Ce n'est pas une observation que nous rapportons; c'est une supposition pure et simple; mais peu importe pour notre thèse. Eh bien! qu'on accumule les chiffres, qu'on multiplie les catégories, les distinctions d'âge, de constitution, de tempérament; trois ou quatre faits de ce genre auront une signification plus précise cent fois et plus concluante que celle des plus laborieux calculs et des tableaux les mieux alignés.

Voilà principalement ce qui nous rend peu empressé de rejeter en bloc toutes les assertions d'observateurs aussi expérimentés que les Bordeu, les Joseph Frank, les Portal et tant d'autres. Beaucoup n'ont pas rapporté d'observations détaillées; ce n'était pas encore le mode; mais ce n'est pas une faute assez grave pour frapper d'interdit des affirmations positives placées sous la garantie d'un savoir profond et d'une immense pratique. Quelques-uns d'ailleurs ne se bornent pas à affirmer, ils racontent; plus laconiquement, il est vrai, qu'on ne le fait aujourd'hui, mais non moins clairement. Portal dira, par exemple, en relatant un cas de phthisie: « les accidents parurent plus supportables pendant la grossesse. » Encore que pour Portal, la phthisie n'ait pas été anatomiquement ce qu'elle est pour les médecins modernes, le ralentissement d'un travail morbide quelconque dans l'appareil pulmonaire, pendant la grossesse, n'en est pas moins un fait très-proche parent de celui qui est actuellement en discussion. Mais, pour échapper à toute fin de non-recevoir, nous invoquerons M. Andral qui, comme nous l'avons rappelé déjà en 1849, après s'être rangé à l'opinion moderne, s'en est détaché et reconnaît aujourd'hui à la grossesse le pouvoir d'enrayer quelquefois la tuberculisation pulmonaire.

Feuilleton.

LETTRES D'ITALIE.

N° XII.

HISTOIRE MÉDICALE DE L'ANNÉE 1850, A L'ARMÉE D'OCCUPATION DE ROME ET APERÇU DE L'HISTOIRE CHIRURGICALE.

Rome, 20 mars 1851.

A MM. de l'Académie nationale de médecine de Paris.

(Suite. — Voir les numéros 31, 33, 37 et 38.)

Pour que les détails ne nuisent pas aux vues d'ensemble, nous avons suivi l'endémo-épidémie dans ses trois périodes d'augment, d'état, de décroissance, en envisageant seulement le genre paludéen dans son expression la plus générale, les fièvres à quinquina, et dans leur forme la plus commune, la fièvre rémittente gastro-bilieuse. Nous allons maintenant revenir sur nos pas, et dire quelques mots des autres formes moins générales qu'a revêtues le génie endémo-épidémique: nous voulons parler des diarrhées et surtout des dyssenteries, des affections du foie, et des accidents cholériformes.

Les diarrhées et les dyssenteries n'ont pas été plus fréquentes à Rome qu'elles ne le sont communément en France en temps ordinaires; elles n'ont pas non plus été graves, ainsi qu'on s'en assurera en jetant les yeux sur les colonnes de la mortalité pour les trois derniers trimestres de 1850. En 1849, nous avons observé un certain nombre de diarrhées idiopathiques; mais les plus dangereuses ont été ces flux intestinaux symptomatiques qui surviennent chez les cachectiques, surtout dans la période ultime de la maladie. La première espèce a été bien moins fréquente en 1850, et la seconde a également conservé la même infériorité. Nous avons dit, en effet, que les cachexies paludéennes ont été moins profondes; nous ajouterons qu'à intensité égale, elles impressionnaient bien moins vivement le tube digestif en 1850 qu'en 1849.

Les dyssenteries se sont présentées comme des faits rares, isolés; on n'en compte pas plus d'une quinzaine dans le cours de l'été et de l'automne. Elles n'ont pas eu de gravité.

Le peu de flux intestinaux que l'on a observés ont été attaqués par la médication dont l'excellence a été mise hors de doute par l'expérience des médecins militaires en Algérie: nous voulons parler des évacuants, notamment de l'ipéca uni au calomel. Pour nous, il est acquis à la science que ce traitement est le seul bon. Notre *clinique* nous fournira des faits recueillis à Civita-Vecchia et à Rome, qui nous paraissent propres à donner appui à cette vérité thérapeutique.

Dans notre compte rendu pour 1849, nous avons fait ressortir les différences

M. Grisolle en appelle aussi aux vues théoriques. L'état de grossesse lui semble plus propre à activer la marche de la phthisie qu'à la ralentir. Oui et non. Il est possible que la gêne de la respiration, une nutrition imparfaite par suite de vomissements habituels, les saignées qu'on pratique habituellement sans regarder à l'état du poumon, d'autres circonstances encore, activent quelquefois le travail de tuberculisation. Mais il est possible aussi que le grand mouvement organique qui s'établit du côté de l'utérus constitue un puissant dérivatif propre à soulager d'autant les organes pulmonaires. Et c'est précisément la complication de ces éléments divers qui rend infructueuse, dangereuse parfois, l'application d'un procédé de recherches qui, comme la statistique, court d'un fait à un autre sans tenir compte des intermédiaires, enjambant toute la partie logique de la question, ne s'inquiétant ni de la multiplicité et de la diversité des sources étiologiques, ni des produits variables qu'elles fournissent; d'un procédé qui, ne saisissant pas, dans cette course aveugle, le fil par lequel se relient tous les faits, s'expose à s'égarer et à prendre un fait accidentel pour une conséquence, un résultat secondaire pour le résultat principal.

Dans l'espèce, la raison dit que la question est posée entre la phthisie pulmonaire et le travail organique propre à la grossesse, non entre la phthisie et certaines circonstances concomitantes de la grossesse rappelées tout à l'heure. En faisant intervenir ces circonstances comme favorables à l'opinion de la non-influence de la grossesse, on laisse craindre qu'on n'ait pas suffisamment approfondi le sens du problème, qu'on n'en ait pas bien distingué les termes. L'œuvre à accomplir ici, pour qu'elle eût un caractère scientifique, consisterait précisément à retrancher de l'ensemble des influences créées par l'état de grossesse celles qui se rattachent au refoulement du diaphragme, aux battements du cœur, aux vomissements, pour ne considérer que celle de la grossesse elle même. A vrai dire, si la grossesse modérait *quelquefois*, comme le dit M. Andral, mais modérait d'une manière certaine, évidente, la tuberculisation pulmonaire, un pareil résultat ne pouvant guère être attribué à des circonstances dont l'effet connu est de gêner la respiration et la nutrition, il faudrait bien en faire honneur au mouvement dérivatif qui a son origine dans la conception. Mais on pourrait pousser l'analyse plus avant. Comment se comporte la phthisie chez les femmes qui supportent bien leur grossesse, sans étouffements, sans palpitation, sans fièvre? comment chez celles qui offrent des conditions opposées? Certains auteurs, à l'encontre de M. Dubreuilh, ont noté un ralentissement dans la marche de l'affection, surtout *pendant les premiers mois* de la grossesse. Si le fait existe, ne vient-il pas de ce qu'à cette époque l'action dérivative est la principale influence mise en jeu par la grossesse, le diaphragme n'étant pas encore assez refoulé pour gêner la circulation cardiaque et pulmonaire?

Nous n'avons d'autre prétention ici que de restituer à la question son véritable sens et sa portée. Nous serons aisément compris de M. Grisolle, et nous serions heureux qu'il portât ultérieurement ses recherches dans la direction que nous venons d'indiquer.

A. DECHAMBRE.

CLINIQUE MÉDICALE.

RECHERCHES CLINIQUES SUR LE CANCER UTÉRIN; par M. C. FORGET, professeur de clinique médicale à la Faculté de Strasbourg.

Le cancer de l'utérus est une maladie très-commune, laquelle a été fréquemment et soigneusement observée par une foule d'auteurs; et pourtant telle est la variété des œuvres de la nature, que les sujets les plus vulgaires révèlent journellement de nouveaux points de vue, de nouvelles combinaisons à qui veut les observer avec attention. C'est ce qui ressortira, je l'espère, du travail que nous osons produire sur un texte aussi commun que l'est le cancer utérin. Nous rangerons nos faits en trois catégories: la première traitera du cancer isolé du corps de l'utérus, la seconde du cancer utérin comme cause de distension rénale, et la troisième de certaines complications assez rares du cancer utérin.

I. — DU CANCER ISOLÉ DU CORPS DE L'UTÉRUS.

Il est un point de l'histoire du cancer utérin qui nous paraît laisser encore quelque chose à désirer: c'est la détermination précise du siége de la maladie. On s'est beaucoup étendu sur le cancer du col qui est incomparablement le plus fréquent, il est vrai; on s'est moins occupé du cancer de la totalité de l'utérus, qui est le plus souvent, il faut en convenir, la conséquence du précédent; mais lorsqu'il s'agit du cancer *isolé du corps* de l'utérus, les détails graphiques font à peu près complétement défaut, et son histoire spéciale reste à créer.

Quelques recherches bibliographiques nous ont démontré que la dégénérescence isolée du corps de l'utérus est rare, en effet, mais moins rare peut-être qu'on ne le croit généralement, les faits de ce genre se trouvant confondus par les auteurs avec d'autres observations sous des titres collectifs. C'est ainsi que, dans le TRAITÉ DES MALADIES DE L'UTÉRUS de Dugès et Boivin, on trouve, à la page 41 du tome II, un chapitre intitulé: *Quatre cas de squirrhe de tout l'utérus*, parmi lesquels se rencontrent les suivants:

PREMIER FAIT. — Chez une femme où le cancer de l'utérus n'avait pas été soupçonné pendant la vie, voici ce qu'on découvrit à l'autopsie: « l'utérus avait » 3 pouces de longueur; le corps de l'organe affectait la forme d'une poire, » avait 2 pouces de diamètre en tous sens; on n'y reconnut qu'une masse » compacte, dure, blanche, sans la moindre apparence de cavité. *Son col était* » *de volume et presque de consistance naturels.* »

SECOND FAIT. — Chez une autre femme où le cancer passa également inaperçu, « l'utérus était petit, pâle; à la face externe et antérieure de l'organe » s'élevaient deux petites tumeurs pédiculées, charnues, du volume d'une ce» rise, recouvertes par le péritoine. Une autre tumeur de même nature s'élevait » sur le fond de l'organe... L'utérus n'avait pas conservé la moindre trace de » cavité; son tissu était partout de même nature, analogue pour la couleur et » la consistance à du savon blanc. *Le museau de tanche était lisse, uni et du* » *volume naturel.* »

TROISIÈME FAIT. — Dans ce cas relatif à une femme de 50 ans, les pertes sanguines, les douleurs de reins et de l'hypogastre, la maigreur, le teint jaunâtre,

---

qui existent entre la pathologie de l'Agro Romano et de l'Afrique septentrionale. En 1850, elles ont été plus marquées encore. Les flux intestinaux étaient si peu nombreux que M. Lasserre nous écrit avoir noté plus de bronchites que de diarrhées et de dyssenteries.

Dans l'arrière-saison endémo-épidémique, la mortalité, en Algérie et principalement dans sa province occidentale est due surtout aux diarrhées et aux dyssenteries. Rien de pareil dans l'Agro Romano. En 1849, il y a eu un certain nombre de flux intestinaux primitifs et consécutifs; en 1850, ils ont été à peu près nuls. Les fatigues furent pour beaucoup, sans aucun doute, pour la production de ces maladies en 1849; on sait que l'armée campée en plein air avait travaillé aux opérations du siége, et s'était trouvée ensuite, à Rome, dans de fort mauvaises conditions hygiéniques. En 1850, il n'en a pas été de même; nos troupes ont joui du repos de la garnison, et leur casernement a reçu de notables améliorations. On pourrait conséquemment avancer que ce sont les fatigues seules qui établissent, quant aux flux intestinaux, ces différences entre la pathologie algérienne et romaine; mais il n'en est rien. En effet, en comparant soit nos troupes en garnisons en Algérie et à Rome, à Civita-Vecchia, à Viterbe, etc., soit les populations civiles en Afrique septentrionale et dans les villes de l'Agro Romano, on arrive à noter à peu près les mêmes différences. Seulement il reste établi que les fatigues, les privations, la mauvaise hygiène contribuent puissamment à la production des flux intestinaux.

Nous avons déjà dit que les hépatites automnales ne sont pas fréquentes à Rome comme en Algérie. Cette opposition entre la pathologie des deux pays s'est encore vérifiée en 1850. Le foie comme la rate, mais à un bien moindre degré, est le siége d'une certaine congestion dans les fièvres paludéennes ayant présenté un nombre suffisant d'accès. Cette congestion, soit active, soit passive, a été évidente dans plusieurs fièvres rémittentes gastro-bilieuses, mais l'hépatite proprement dite et les abcès n'ont guère été rencontrés que sur cinq à six sujets. Nous avons vu que l'autopsie des individus emportés par les pyrexies paludéennes, avait révélé une pléthore bilieuse bien plutôt qu'une congestion sanguine de l'organe. En Algérie, comme nous l'apprennent MM. Catteloup et Haspel, ce n'est guère qu'après un an de séjour que les affections organiques du foie se développent. A Rome et à Civita, cette localisation du genre paludéen n'existe pas, puisque nos troupes en ont très-peu souffert dans la seconde année de l'occupation, et que la population civile n'en est pas non plus notablement affectée. Ces diverses manifestations de l'infection miasmatique n'ont rien qui doive étonner quand on compare l'Agro Romano à l'Algérie, car elles se font même sentir dans cette dernière région. En effet, les maladies du foie sont beaucoup plus fréquentes dans la province d'Oran que dans les deux autres; ici, en revanche, les pyrexies palustres proprement dites sont plus communes. M. Dutroulau, médecin en chef de la marine, pense qu'on parviendra peut-être à rattacher certaine forme de l'affection paludéenne à certaine forme des foyers générateurs signalés dans notre premier mémoire à l'Académie. C'est là une belle source de recherches.

Une des phénoménisations paludéennes les plus intéressantes à étudier, c'est la forme cholérique, qui a régné avec une certaine extension dans la dernière quinzaine de juillet et a encore présenté quelques cas au commencement d'août. On dirait que cette forme a tenté d'imprimer son cachet à l'endémo-épidémie,

firent présumer une affection cancéreuse des parties génitales internes. A la nécroscopie, on trouva les ovaires dégénérés; « l'utérus avait acquis au moins » trois fois son volume ordinaire....; son tissu en général était analogue à celui » des ovaires (compacte, graisseux); on n'y voyait pas la moindre apparence » de cavité. *Le museau de tanche, du volume ordinaire, était compacte,* » *lisse et sans aucune altération.* »

Il est évident que dans ces trois cas la dégénérescence avait débuté par le corps de l'utérus et n'avait pas encore atteint le col de l'organe ; aussi le cancer utérin fut-il méconnu dans les deux premiers cas et supposé seulement dans le troisième.

Je n'ai trouvé de distinction catégoriquement exprimée à l'égard du cancer isolé du corps de l'utérus que dans l'article UTÉRUS (cancer de l') du DICTIONNAIRE EN 30 VOLUMES, p. 273, où M. Marjolin s'exprime en ces termes : « Le cancer de la matrice affecte presque toujours primitivement » son col; les cas où il envahit d'abord le corps de l'organe, *le col restant* » *intact*, sont extrêmement rares. » Et plus loin : « Le cancer primitif du » corps de la matrice est très-rare; il commence toujours par la surface » interne de l'organe; son diagnostic reste longtemps très-obscur. La tu- » méfaction de la matrice, les pertes utérines, les douleurs pelviennes pen- » vent être produites par plusieurs autres affections. On ne reconnaît avec » certitude la maladie que lorsque les écoulements sanieux et d'odeur can- » céreuse surviennent, et lorsque le col utérin, successivement détruit de » haut en bas, permet l'introduction du doigt dans l'excavation cancé- » reuse, » c'est-à-dire lorsque le cancer du corps a cessé d'être isolé. M. Marjolin continue : « L'ulcération peut réduire l'épaisseur de la matrice en » quelques points à la tunique péritonéale; celle-ci même peut être perfo- » rée quelque temps avant la mort de la malade; mais on trouve plus fré- » quemment la matrice adhérente à l'intestin, à l'épiploon, à la paroi pos- » térieure de la vessie. »

Ceci qui s'imprimait en 1846 peut donc passer pour le dernier mot de la science sur l'objet qui nous occupe. Je ne prétends pas avancer beaucoup cette courte histoire du cancer isolé du corps de l'utérus; je ne veux qu'ajouter quelques traits à cette esquisse, notamment en ce qui concerne les conséquences encore inexplorées de cette affection.

Il y a quelque temps que lisant dans un journal une observation de cancer du corps de l'utérus, donné par l'auteur comme un cas rare, je me rappelai le fait suivant consigné dans le *compte rendu de ma clinique* publié en 1845.

CANCER DU CORPS DE L'UTÉRUS, SANS ALTÉRATION DU COL, MÉCONNU PENDANT LA VIE.

OBS. I. — Une femme de 66 ans, décrépite, entre à la clinique le 31 mai 1843. On ne peut en tirer que des renseignements très-vagues : elle dit avoir souffert pendant tout l'hiver de douleurs abdominales vives avec alternatives de diarrhée et de constipation.

État actuel : Maigreur extrême, facies d'un jaune terreux, prostration. Abdomen élevé, tendu, résonnant à la percussion, sans tumeur profonde appréciable. Diarrhée, point de fièvre. Les adoucissants et l'opium calment la diarrhée, mais le ventre demeure ballonné et sensible. Nous diagnostiquons une entéro-péritonite chronique. Après quelques alternatives, la malade succombe dans le marasme dix jours après son entrée.

NÉCROSCOPIE. — A l'ouverture de l'abdomen, on trouve le paquet intestinal météorisé. En cherchant à pénétrer dans le petit bassin, on le trouve obstrué par des adhérences du péritoine, lequel est épaissi et tapissé de fausses membranes. En détruisant les adhérences, on tombe dans un clapier rempli d'un détritus purulent de matières grisâtres, putrilagineuses, au milieu desquelles on cherche en vain le corps de la matrice. En touchant par le vagin, on trouve le col de l'utérus non altéré. En pénétrant de force par le museau de tanche, on arrive dans le foyer pelvien, et l'on constate ainsi que l'utérus est détruit jusqu'au voisinage de ses attaches au vagin. Une portion de l'intestin grêle en contact avec le magma cancéreux est dégénérée et perforée. Les autres organes sont à l'état normal.

Voilà donc un cancer bien isolé du corps de l'utérus, qui ne pouvait être soupçonné pendant la vie, vu l'intégrité du col et la péritonite concomitante. Ce n'est point une simple adhérence de l'intestin qui existe ici, mais bien une péritonite suppurée et, de plus, une perforation intestinale.

Je considérais ce fait singulier comme une de ces anomalies que les praticiens même les plus répandus ne rencontrent que rarement, lorsque, dans ces derniers temps, le fait suivant est venu se produire à ma clinique.

CANCER ISOLÉ DU CORPS DE L'UTÉRUS; PÉRITONITE CHRONIQUE; KYSTE PÉRITONÉAL PRIS POUR UN KYSTE DE L'OVAIRE; NÉCROSCOPIE.

OBS. II. — Une femme de 62 ans, douée primitivement d'une forte constitution, raconte qu'il y a sept ans environ, et sans cause appréciable, son ventre augmenta de volume graduellement et sans douleur. Elle prit plusieurs purgatifs; mais le mal s'accroissant et la respiration devenant difficile, après deux mois de maladie elle appela un médecin qui reconnut une hydropisie enkystée et pratiqua au flanc gauche une ponction d'où s'écoula un liquide brun et bourbeux.

Au bout de six mois, l'épanchement s'était reproduit aussi considérable et aussi gênant que la première fois. Une nouvelle ponction procura l'écoulement d'un liquide moins épais que précédemment, mais encore trouble et rougeâtre. Cette seconde opération donna lieu à quelques légers symptômes d'irritation péritonéale. Entre autres moyens, des frictions mercurielles furent employées jusqu'à salivation et furent suivies d'une apparence de guérison. Néanmoins, l'abdomen ne tarda pas à enfler de nouveau, de sorte qu'une troisième ponction, devenue nécessaire, fut pratiquée il y a quinze jours, et donna lieu cette fois à un écoulement de sérosité citrine et parfaitement limpide. Enfin, une nouvelle récidive oblige la malade à entrer à la clinique le 1er mai 1849.

État actuel : Amaigrissement, pâleur terreuse des maladies chroniques, abdomen proéminent, formant des saillies inégales dont la plus marquée occupe le flanc droit. A la palpation, cette saillie paraît formée par une tumeur intra-abdominale du volume de la tête d'un adulte, élastique, fluctuante, un peu mobile, mate à la percussion, plongeant dans le petit bassin, s'élevant jusqu'à trois travers de doigt de l'angle des fausses côtes droites, et s'étendant transversalement jusque dans le flanc gauche. Au-dessus de cette tumeur, on perçoit au travers des parois abdominales une surface dure, bosselée, paraissant constituée par le foie auquel elle est continue. L'abdomen mesure 85 centimètres au niveau de l'ombilic. Le toucher vaginal n'indique rien de particulier; le col utérin présente la forme, le volume et la consistance de l'état normal; il est un peu déprimé en bas et repoussé en arrière. Au point correspondant à la paroi antérieure de l'utérus, on perçoit, à travers l'épaisseur du vagin, une saillie élastique qui paraît dépendre de la tumeur iliaque refoulant l'utérus.

Il s'agit donc manifestement d'un kyste abdominal; mais quel en est le siége? Procédant par voie d'analyse, et considérant l'extrême fréquence des lésions ovariques, nous concluons à l'existence d'une hydropisie enkystée de l'ovaire droit, compliquée d'hypertrophie du foie. (Frictions iodées, etc.)

Au bout de quelques jours, le volume du ventre et les prières de la malade nous engagent à pratiquer encore une ponction, qui donne issue à deux litres

---

puis que la forme rémittente gastro-bilieuse a pris le dessus et a continué à dominer pendant toute la saison.

M. Mayer s'exprime ainsi dans son rapport pour le mois de juillet : « Une autre forme pathologique que nous devons rapporter à la même influence, aux mêmes conditions étiologiques et morbides, c'est la diarrhée cholériforme et le choléra sporadique, dont les cas n'ont pas laissé d'être nombreux et quelquefois de présenter un certain degré de gravité. » M. Mayer a perdu, en août, un sujet ayant présenté des symptômes tels qu'en temps d'épidémie on n'eût pas craint de diagnostiquer un choléra indien. MM. Beylot, Lasserre, Molard, Mignot, me signalent également ces accidents cholériformes, aux époques précitées. Nous nous rapprocherons beaucoup de la vérité en portant à une quarantaine le nombre des sujets qui ont présenté soit des accidents cholériformes symptomatiques de pyrexies paludéennes d'ailleurs bien caractérisées, soit le choléra sporadique proprement dit. Comme nous n'étions pas à Rome à cette époque, il nous serait difficile d'entamer ici cette question importante : Jusqu'à quel point ces accidents cholériformes doivent-ils être mis sur le compte de l'intoxication paludéenne (1), et ne serait-il pas possible d'y voir une manifestation mitigée du choléra épidémique qui régnait sur d'autres points de l'Italie? A Cività-Vecchia nous avons eu deux cas de choléra sporadique, dont l'un surtout eût compté, en temps d'épidémie, pour un choléra asiatique de moyenne intensité. Dans nos

(1) En Algérie, dans les localités palustres, on observe tous les ans des accidents cholériformes qui n'ont rien de commun avec le choléra indien. Nous en avons nous-même été témoin.

LEÇONS CLINIQUES, nous montrerons que ces accidents cholériformes n'étaient que le masque d'une fièvre pernicieuse, et que le spécifique les a jugés avec sa rapidité et sa sûreté ordinaires.

Nous avons terminé l'esquisse de l'endémo-épidémie; complétons l'histoire médicale en disant quelques mots des affections sporadiques intercurrentes; elles figurent en petit nombre, comme cela a déjà été dit.

Les dothinentéries ont été très-rares en juillet, août, septembre; on n'en comptait pas plus d'une dizaine pour tout Rome. En octobre et novembre, on en a observé autant que pendant tout le trimestre précédent; et, à cette époque, ce chiffre a acquis une grande importance relative, à cause de la forte diminution du nombre total des malades.

L'an passé, au contraire, les dothinentéries ont été assez fréquentes, surtout dans les premiers mois, même en déduisant de leur chiffre total les fièvres paludéennes à masque typhoïde, qu'on a souvent confondues avec elles par une erreur de diagnostic assez difficile à éviter.

Ces oscillations dans le règne de la dothinentérie s'expliquent parfaitement. L'expérience d'Afrique nous a appris, et M. Haspel vient de le confirmer dans son bon livre, que les dothinentéries ne sont pas rares chez les militaires arrivés nouvellement de France; mais qu'après un an de séjour ces affections ont à peu près disparu. En un mot, l'immunité contre la fièvre typhoïde croît avec la longueur du séjour en Algérie.

Eh bien! la dothinentérie a suivi cette loi, à Rome, avec une remarquable précision. En 1849, nos troupes, fraîchement arrivées, souffrent des atteintes de la fièvre typhoïde; mais en 1850 celle-ci ne fait que de rares apparitions. Bien

d'un liquide transparent, de couleur citrine. Mais bientôt l'épanchement se reproduit de nouveau ; la diarrhée survient, la malade s'épuise. Nous combattons les symptômes à mesure qu'ils se produisent ; néanmoins la malade s'affaisse graduellement et succombe le 21 mai.

A la nécroscopie, nous constatons, à notre grand étonnement, les particularités suivantes : en ouvrant l'abdomen, on découvre une cavité formée antérieurement par le grand épiploon épaissi, adhérent à la paroi antérieure de l'abdomen, et postérieurement par le paquet des intestins grêles, dont les circonvolutions sont agglomérées et tapissées de fausses membranes. Cette cavité contient environ deux litres de sérosité citrine et limpide. Elle affecte la forme ovoïde, une des extrémités de son grand diamètre correspondant à l'ombilic, et l'autre extrémité reposant sur la fosse iliaque droite et s'étendant dans le petit bassin. En allant à la recherche de l'ovaire dans l'excavation pelvienne, on tombe dans un cloaque rempli d'un magma putrilagineux, fétide, dans lequel semblent s'être fondus et les ovaires et le corps même de l'utérus, qu'on ne trouve plus, sauf une portion du segment inférieur terminé par le col utérin, parties restées parfaitement saines, en apparence. La paroi postérieure de la vessie et la partie antérieure du rectum, formant parois à ce foyer cancéreux, sont épaissis, indurés, tendant au squirrhe.

Le foie est considérablement hypertrophié, sans trace de noyaux cancéreux. Il occupe le tiers supérieur de la cavité abdominale. Toutes ces parties adhèrent plus ou moins étroitement au canal digestif par des pseudo-membranes.

Le tube digestif n'offre à l'intérieur aucune lésion notable ; il est plutôt pâle qu'injecté.

Les reins sont à l'état normal.

Rien de particulier dans les autres parties du corps.

Voilà, certes, une observation bien singulière, et l'on ne comprendrait guère *à priori* comment un cancer de l'utérus peut simuler une hydropisie enkystée de l'ovaire. Et pourtant il n'a fallu pour cela qu'une péritonite latente donnant lieu, par des adhérences, à un kyste séreux, le tout comme conséquence très-naturelle de l'inflammation résultant de la fonte cancéreuse du corps de l'utérus. Mais il a fallu aussi que le col utérin demeurât intact et mît dans l'impossibilité de soupçonner le cancer ; car cette femme n'accusait aucun symptôme appelant l'attention vers les organes génitaux que, du reste, l'exploration directe constatait exister à l'état normal. Le moyen de soupçonner même une péritonite chez un sujet qui affirmait n'avoir jamais souffert du ventre, et qui disait avoir suivi les progrès lents et indolents de cette tumeur abdominale, laquelle montrait si bien le kyste de l'ovaire ? Remarquez encore que la ponction, après avoir fourni un liquide épais, rougeâtre, comme on en rencontre dans les kystes multiples de l'ovaire, a fini par produire une sérosité citrine, limpide, et non trouble et floconneuse comme l'est d'ordinaire le liquide sécrété par le péritoine enflammé. A travers tant de circonstances insidieuses, comment éviter l'erreur, comment remonter à la source réelle du mal ? N'est-ce pas le cas de répéter avec Morgagni, qu'en fait d'observation, on est souvent trompé par les circonstances mêmes qui paraissent le plus susceptibles de vous éclairer !

En somme, voici deux cas de cancer primitif, isolé du corps de l'utérus, observés sur un nombre de 33 cas de cancer utérin que j'ai recueillis sur environ 3,000 femmes qui sont passées à ma clinique depuis bientôt quatorze ans.

Ces deux faits de cancer isolé du corps utérin sont remarquables en ce que :

1° Le col de l'organe paraissait intact, bien que le corps fût arrivé au plus haut degré de désorganisation, à celui de la fonte cancéreuse ;

2° Les désordres consécutifs ne se sont pas bornés à des adhérences avec les organes circonvoisins ; ils ont consisté, dans les deux cas, en une péritonite grave, chronique, et de plus :

3° Dans le premier cas, il y a eu complication de perforation intestinale ;

4° Dans le second, la péritonite a donné lieu à cette singulière disposition qui simulait, à s'y méprendre, un kyste de l'ovaire ;

5° En raison de toutes ces particularités, le cancer du corps utérin a dû nécessairement passer inaperçu.

C'est ce qui fait aussi que les observations de ce genre sont plus curieuses qu'utiles à connaître ; car si elles sont appelées à figurer avantageusement dans une collection de cas rares, elles demeurent stériles pour la pratique, vu l'absence de signes qui puissent faire soupçonner le point de départ des accidents ; de sorte que, les mêmes cas échéant, l'erreur serait également inévitable. Cependant, savoir que de tels faits existent suffit déjà pour induire à les supposer lorsque pareilles circonstances viendront à s'offrir. Le cancer isolé du corps de l'utérus ne peut être diagnostiqué que lorsqu'il a cessé d'être isolé, c'est-à-dire lorsque le col participe à la dégénérescence, comme l'a fort bien dit M. Marjolin. Cependant il peut être considéré comme très-probable, alors que coïncident les signes locaux indiquant une altération de tissu du corps de l'utérus, à savoir : l'augmentation de volume, les déformations, les douleurs, les pertes sanguines, etc., et les signes généraux qui caractérisent la cachexie cancéreuse : l'amaigrissement, la coloration pâle et jaunâtre de la peau, etc. Mais on est tellement habitué à voir le cancer utérin débuter par la désorganisation du col, que toutes les fois qu'il procède autrement, il passe presque nécessairement méconnu. Puissent nos observations rendre les praticiens plus attentifs. Ce n'est qu'en surprenant pour ainsi dire la maladie à son degré de simplicité qu'on peut espérer parvenir à débrouiller les cas où, comme dans nos deux observations, les progrès de la dégénérescence utérine ont entraîné la péritonite chronique qui, désormais, masque complétement l'affection primitive.

(La fin au numéro prochain.)

MATIÈRE MÉDICALE.

Considérations chimiques, physiologiques et thérapeutiques sur les sels d'argent ; mémoire présenté à l'Académie des sciences, les 18 novembre et 2 décembre 1850, par le docteur J^re^ Delioux, médecin en chef de la marine, professeur aux écoles de médecine navales.

(Suite et fin. — Voir les nos 34, 35, 37 et 39.)

3° DE LA COLORATION ARGENTINE.

Il est un phénomène extraordinaire dont l'explication rigoureuse n'a pas été donnée jusqu'ici par les chimistes ni par les physiologistes, et qui suit très-fréquemment l'administration interne de l'azotate d'argent : c'est la coloration bronzée de la peau.

plus, MM. Mayer, Molard, Beylot et moi, nous nous sommes assurés que les trois quarts au moins des hommes atteints de dothinentérie arrivaient de France depuis quinze jours, un, deux ou trois mois. L'espèce de petite recrudescence d'octobre et de novembre s'explique très-bien par l'arrivée récente d'un très-grand nombre de recrues, destinées à compléter l'effectif des régiments. A Civita-Vecchia, où j'ai pris soigneusement l'observation de tous mes malades, je ne trouve, sur 5 dothinentéries, qu'un seul homme dont l'arrivée en Italie date de l'occupation.

Il nous semble que la loi pathologique relative à la dothinentérie dans les pays chauds ne peut pas recevoir une plus éclatante confirmation.

Parmi les autres affections sporadiques, nous découvrons peu de chose qui mérite d'être signalé.

Comme l'an passé, on a observé quelques cas isolés de méningite cérébro-spinale. Chez 7 sujets, on a pu vérifier le diagnostic par l'autopsie.

Le nombre des fièvres éruptives a été très-restreint ; l'an passé elles se sont montrées plus nombreuses.

Les phthisies pulmonaires n'ont pas été rares ; elles figurent pour 16 dans le tableau de la mortalité, c'est-à-dire qu'elles ont produit presque autant de décès que les fièvres pernicieuses qui ont causé la mort de 20 sujets. Pour tirer de ces chiffres quelques arguments relatifs à la question de l'antagonisme, il faudrait savoir si ces hommes arrivaient récemment de France, ou séjournaient en Italie depuis la conquête. Mais il est incontestable, et ce fait a plus de valeur, que la phthisie est loin d'être rare à Rome. Les précautions singulières qu'on prend pour empêcher la propagation de cette maladie réputée contagieuse sont là pour le prouver.

Les affections inflammatoires de la poitrine sont des exceptions en été. La bronchite, la dyspnée, les douleurs pleurétiques ne se montrent guère que comme symptômes de certaines fièvres, encore cet épiphénomène a-t-il été rare à Rome en 1850, tandis qu'à Civita-Vecchia, comme nous le verrons dans un autre travail, il a au contraire accompagné un assez grand nombre de fièvres pour imprimer un cachet spécial au genre paludéen régnant.

A propos de la constitution de l'hiver, nous reviendrons sur les affections de poitrine.

Après avoir tracé l'histoire de l'endémo-épidémie de 1850, et avoir indiqué les maladies intercurrentes, résumons-nous en quelques mots, et caractérisons comparativement la constitution médicale de 1849 et de 1850.

1849.	1850.
Développement très-rapide de l'endémo-épidémie ; juillet est très-chargé en entrées : 8,50 sur 100 hommes d'effectif.	Développement moins rapide ; juillet est moins chargé en entrées : 3,79 pour 100.
Apogée de l'endémo-épidémie vers le milieu d'août.	Apogée dans les derniers jours d'août et dans les premiers de septembre.

Ordinairement cette coloration ne se manifeste qu'assez longtemps après le début du traitement ; mais lemoment de son apparition ne peut être prévu, car on l'a vue manquer apres un long usage du médicament, se montrer quelquefois au bout de plusieurs mois, quelquefois au bout de plusieurs années même, après la cessation de l'emploi du sel. On a pensé que la lumière solaire pouvait favoriser et accroître cette coloration, et M. Butini (de Genève), M. Sementini (de Naples) ont engagé à tenir converts le visage et les mains des malades pendant le traitement. Mais si les parties exposées à la lumière sont ordinairement plus colorées, la même altération se produit, non-seulement sur celles qui sont protégées par les vêtements, mais encore dans les organes intérieurs, et notamment dans les plexus choroïdes (Esquirol, Bostan). Enfin, chose plus remarquable et inexpliquée, la mort, dans des cas fort rares du reste, a fait disparaître cé phénomène ; ainsi, Esquirol dit qu'à l'autopsie d'une femme épileptique soumise à l'azotate d'argent, on trouva la teinte bronzée dans les organes intérieurs et les plexus choroïdes, tandis que depuis la mort la peau avait repris sa couleur naturel.

La cause de cette coloration, l'usage interne et longtemps prolongé de l'azotate d'argent, a été révoquée en doute ; mais c'est un fait rendu incontestable par les témoignages de tous ceux qui ont expérimenté ce sel, surtout depuis Fourcroy, qui l'un des premiers a éveillé l'attention sur ce point important de physiologie pathologique (1).

Évidemment ce phénomène est produit par un acte purement chimique, mais quel est-il ?

« Dans un cas où tous les tissus avaient acquis une teinte livide, M. Brandes a reconnu l'oxyde d'argent tant dans les os que dans la peau et les autres parties molles (2). »

Il est bien difficile, pourtant, de concevoir la formation d'oxyde d'argent dans cette circonstance.

On tend généralement à attribuer ce phénomène à la pénétration des tissus par le chlorure d'argent. Les objections ne manquent pas à cette théorie, et en voici quelques-unes qui ne sont pas dépourvues de valeur :

1° Le chlorure d'argent, personne ne le nie, se décompose sous l'influence de la lumière, et se réduisant partiellement en perdant de son chlore, acquiert une coloration violette plus ou moins foncée ; mais il ne se colore pas jusqu'au bronze, et surtout jusqu'au noir, et je demanderai à ceux qui ont été à même d'observer la coloration argentique à son summum d'expression (3), si elle est comparable avec les dégradations ultimes de couleur d'un précipité de chlorure d'argent qu'on laisse exposé à l'action de la lumière solaire.

2° Le chlorure d'argent pourrait bien se réduire dans le tissu cutané sous l'influence de la lumière, mais non pas dans les cavités splanchniques, car ce composé, soustrait complétement à cette influence, conserve sa blancheur ; et comment alors expliquerait-on la coloration des organes intérieurs des plexus choroïdes, par exemple ?

3° Je veux amoindrir la portée de cette seconde objection et faire un moment la part plus belle à l'opinion mise en cause ; j'admets que le chlorure d'argent ne soit pas réduit par la lumière, ou qu'il ne soit pas réduit seulement par elle, et qu'il le soit par la matière organique ; mais je laisse à ceux qui adopteront cette manière de voir le soin de l'étayer sur des faits.

4° Enfin, quelque spécieuses que soient les raisons à l'aide desquelles on cherchera à établir une corrélation entre la coloration des tissus et la formation préalable du chlorure d'argent, il n'en est pas une seule qui puisse tenir devant ce fait, savoir, que l'azotate d'argent, en se mêlant avec toutes les humeurs albumineuses de l'économie animale, sang, lymphe, sérosité, en traversant toutes les membranes à trame d'éléments albuminoïdes, ne peut être transformé en chlorure ; or toute théorie en opposition avec un fait est une hypothese gratuite ; il n'est donc pas admissible que la coloration argentique des tissus ait pour point de départ du chlorure d'argent.

Je dois maintenant dire mon opinion.

J'incline à penser que la coloration spéciale dont il s'agit reconnaît uniquement pour cause la réduction sous l'influence de la matière organique, favorisée et accrue sur les parties découvertes par l'action des rayons solaires, action toute chimique des deux parts, la réduction, dis je, de l'azotate d'argent, par suite de laquelle se dépose, en dernière analyse, non de l'oxyde d'argent, mais de l'argent pur, à l'état d'extrême division, et avec la couleur noire qui lui appartient quand on précipite ce métal d'une dissolution saline. La proportion de plus en plus considérable de ce dépôt dans les couches les plus extérieures de la peau et des organes, coïnciderait avec l'intensité des teintes, et serait aussi en relation avec le degré de saturation de l'économie par ce médicament.

Cette opinion s'accorde avec l'extrême réductibilité des sels d'argent par les matières organiques ; une preuve journalière en est fournie par ces taches que l'attouchement de la pierre infernale laisse sur la peau, taches que je considère également comme le résultat de la pénétration des couches épidermiques par les particules du métal réduit.

Elle est basée sur les deux expériences suivantes :

1° En laissant exposé à la lumière du sérum de sang où l'on a fait dissoudre de l'azotate d'argent, ce sérum se colore de plus en plus en brun noir, et finit par déposer un précipité pulvérulent d'argent. N'est-il pas permis d'en induire que la même réaction s'opère dans le sang vivant, en partie du moins, de telle sorte que ce sang abandonne peu à peu, pendant son parcours dans les dernières radicules capillaires, un précipité identique à celui recueilli dans le verre à expérience ?

Mais l'azotate d'argent arrivant dans le sang à l'état de composé soluble avec l'intervention de l'albumine, une partie non réduite doit se présenter aux voies ordinaires d'excrétion des sels métalliques, et l'on devra alors retrouver dans l'urine des traces du médicament antérieurement absorbé. Sous ce dernier rapport, l'expérience justifie cette prévision ; du chlorure d'argent a été reconnu (1) dans le sédiment de l'urine d'épileptiques traités par l'azotate d'argent. Et qu'on n'aille pas chercher dans les faits de cette nature une objection contre la théorie que j'établis sur le mode d'assimila-

(1) DICT. DE MÉD., t. III. — DICT. DE MATIÈRE MÉDICALE, de MM. Mérat et Delens. — TRAITÉ DE MAT. MÉD., de MM. Trousseau et Pidoux, etc., etc. — V. particulièrement un mémoire très-interessant de M. Lombard (de Genève) : DE L'EMPLOI DU NITRATE D'ARGENT A L'INTÉRIEUR, GAZ. MÉD., 1832.

(2) Citation de M. Lombard, dans le mémoire précité.

(3) M. Lombard cite une femme dont la peau, surtout au visage, devint noir de jais comme celui d'une negresse ; elle en conçut un tel désespoir qu'elle se suicida. (*Loc. cit.*)

(1) JOURNAL DE PHARMACIE, 1842, p. 60.

1849.	1850.
Mortalité très-élevée dès l'origine : 6,50 sur 100 hommes traités, en juillet. C'est la plus forte du semestre.	La mortalité de juillet n'arrive qu'en quatrième ligne dans le semestre.
Gravité beaucoup plus grande de l'endemo-épidémie ; dans le deuxième semestre, 5,40 décès sur 100 hommes traités.	Gravité moindre ; dans le deuxième semestre 1851, 1,02 décès sur 100.
A l'apogée de l'épidémie, 14 hommes hors de service sur 100 valides.	A l'apogée de l'épidémie, 17 hommes hors de service sur 100 valides.
Donc l'épidémie, beaucoup plus grave, a un peu moins d'extension.	Donc l'épidémie, beaucoup moins grave, a un peu plus d'extension.
Beaucoup de fièvres pernicieuses du caractère le plus grave ; fièvres rémittentes gastro-bilieuses ; fièvres subcontinues nombreuses, surtout à masque typhoïde.	Moins de fièvres pernicieuses proportionnellement ; presque toute la pathologie est monopolisée par la remittente gastro-bilieuse ; peu de fièvres subcontinues, peu de complication par l'état typhoïde bien prononcé.
Les fièvres paludéennes laissent tantôt des reliquats, que l'arrière-saison endémo-épidémique empiète sur 1851.	Les fièvres paludéennes laissent moins de reliquats ; l'arrière-saison finit avec l'année 1851.
Fièvres typhoïdes (dothinentéries) en nombre très-notable.	Elles sont fort rares et sévissent presque toujours, non sur les acclimatés, mais sur les nouveaux arrivés.
Diarrhées et dyssenteries idiopathiques en nombre notable.	Beaucoup moins fréquentes.
Diarrhées symptomatiques de cachexies paludéennes nombreuses.	Beaucoup plus rares.
Une influence de typhus nosocomial se fait sentir ; elle aggrave, complique les maladies régnantes, et se manifeste même individuellement.	Rien de semblable en 1850.

Nous avons dit, au commencement de ce travail, que l'arrière saison endémo-épidémique de 1850, rentrant dans la loi commune à laquelle avait fait exception l'épidémie précédente, s'était circonscrite dans les mois de novembre et de dé-

tion des sels d'argent, car ils la confirment; si, en effet, à l'état d'albuminate soluble, l'argent est charrié dans les courants circulatoires, au delà des membranes nro-poiétiques, il doit se précipiter sous forme de chlorure dans l'urine, puisque, dans l'état normal, l'urine ne contient pas d'albumine qui puisse s'opposer à ce qu'un composé de ce métal soit réactionné par les chlorures qu'elle tient en dissolution.

2° Si l'on immerge par sa face cellulaire un morceau de peau, soit dans une dissolution pure d'azotate d'argent, soit dans une dissolution albumineuse, chlorurée ou non, de ce sel, la surface épidermique devient légèrement violacée d'abord, livide, se plombe de plus en plus, et fonçant graduellement ses teintes, finit par acquérir une couleur noire brillante, tout à fait comparable à celle du plus beau nègre.

Cette expérience, dans laquelle la réduction de l'argent est manifeste, ne reproduit-elle pas approximativement, les diverses phases de la coloration argentique de la peau?

Les composés insolubles seraient-ils susceptibles de compromettre également la coloration normale des tissus? Ils ont été trop peu employés à doses prolongées pour que l'on puisse répondre d'une manière formelle à cette question; si l'on en excepte l'iodure d'argent, je crois qu'il serait prudent de se méfier, et que l'oxyde en particulier serait très-susceptible de produire ce genre d'accident, si on l'administrait avec la persistance nécessaire pour triompher des accès d'épilepsie. Quant au chlorure, administré avec succès une fois sur quatre contre cette redoutable névrose par M. Trousseau, s'il n'a dans aucune de ces tentatives amené d'altération dans la couleur des surfaces tégumentaires, il faut attendre des faits plus nombreux pour juger sa valeur sous ce dernier rapport, d'autant plus que je ne saisis aucune raison chimique ou physiologique bien rigoureuse qui l'empêcherait de modifier à la longue les teintes de la peau.

En effet, quelque opinion que l'on se forme du mode d'absorption des substances insolubles, une fois introduites dans le sang, elles peuvent y rester à l'état insoluble ou y être dissoutes; dans le premier cas, leurs particules auront plus de peine à pénétrer dans les réseaux capillaires et à s'approcher des membranes périphériques, mais par contre, elles séjourneront plus longtemps dans l'économie et en seront expulsées avec plus de difficulté; dans le second cas, elles pourront parcourir tous les espaces que traversent les substances primitivement solubles et restées telles. Dans l'une ou l'autre de ces deux alternatives, n'y a-t-il pas, pour les préparations d'argent insolubles, quelques chances de se réduire à des distances plus ou moins rapprochées de la peau? Restons alors dans le doute à leur égard, et ne nous hâtons pas de proclamer leur immunité.

L'expérience, si quelques praticiens jugent un nouveau médicament digne de quelque attention, prononcera sur l'influence que peut avoir l'hyposulfite de soude et d'argent dans la production du phénomène qui nous occupe en ce moment.

La propriété que possèdent les hyposulfites alcalins de dissoudre l'oxyde et le chlorure d'argent pourrait faire supposer à ceux qui attribueraient la coloration argentique à l'un de ces deux derniers composés, que dans cette innovation pharmacologique, le remède a été placé à côté du mal. Mais outre que ces idées théoriques ont été mises hors de cause, on peut craindre que l'hyposulfite de soude et d'argent ne détermine aussi, à un certain degré de saturation de l'organisme, l'altération de couleur des tissus. Voici du moins une épreuve analogue à celle que j'ai rapportée plus haut au sujet de l'azotate d'argent :

1° Si l'on fait dissoudre de l'hyposulfite de soude et d'argent dans du sérum de sang, la dissolution finit par se colorer en brun; seulement cette coloration est moins foncée et se produit plus lentement que lorsqu'on a employé de l'azotate d'argent.

2° Un morceau de peau immergée par sa face cellulaire dans une solution d'hyposulfite de soude et d'argent, se colore lentement, en se fonçant de plus en plus, en brun mat.

Dans ces expériences, le corps colorant ne paraît plus être de l'argent réduit, mais du sulfure d'argent.

Une décomposition pareille de ce sel double s'opérera-t-elle dans le sang et dans les tissus animés par la vie?

Cette question peut être posée, parce que, tandis que l'azotate d'argent détermine sur la peau vivante ou morte des effets identiques, l'hyposulfite de soude et d'argent n'altère nullement, comme je l'ai déjà dit, la peau sur le vivant.

Tous les observateurs ont signalé l'indépendance complète qui existe entre la coloration cutanée et l'action thérapeutique de l'azotate d'argent; la première n'est donc qu'un accident qu'il faut prévenir ou arrêter dans sa manifestation. On comprend que cet accident ne soit point pris en trop sérieuse considération quand il s'agit de guérir une névrose aussi désespérante que l'épilepsie; mais la crainte de le voir inopinément surgir est faite pour rendre très-circonspect dans l'application des médicaments argentiques à la cure de maladies beaucoup moins graves.

Aussi les praticiens les plus hardis dans le maniement de ces remèdes énergiques ont-ils formulé plusieurs préceptes pour tenir leurs imitateurs en garde contre l'imminence de ce phénomène chimico-physiologique.

Je citerai, entre autres, MM. Lombard et Trousseau.

M. Lombard, après avoir soumis 24 malades à l'azotate d'argent pendant un laps de temps qui, pour plusieurs, a dépassé une année, n'a jamais vu survenir chez aucun d'eux la coloration cutanée, et il ne l'attribue pas à l'exiguïté des doses par lui employées, puisque d'ailleurs on a vu l'accident se produire malgré des doses aussi minimes, mais seulement au soin qu'il avait de suspendre de temps en temps le médicament, ce qui rend, dit-il, les malades sensibles ensuite à une faible dose et empêche l'économie de se saturer d'azotate d'argent.

M. Trousseau engage à suivre attentivement les moindres changements dans la coloration habituelle du visage, et à étudier surtout le tour de l'orbite où se traduit la première réaction de l'azotate d'agent sur la peau; il faut, aussitôt qu'un cercle bistre se montre en cet endroit, suspendre le médicament (1).

Ces conseils, et d'autres encore, sont excellents sans doute, mais ils n'arment pas suffisamment contre un accident excessivement insidieux, que l'on a vu éclater parfois dès le troisième mois du traitement, et qu'une fois produit on ne peut plus arrêter dans son irrésistible extension.

Avant de discuter l'irremédiabilité du fait, voyons si l'on ne pourrait pas le prévenir.

(1) Note prise au cours de M. Tronssean à la Faculté de médecine en 1844. Ce précepte, où se révèlent la sagacité et le talent d'observation du savant professur, n'a été, à ma connaissance, reproduit nulle part.

---

cembre, sans empiéter notablement sur l'année 1851. Il nous reste maintenant à esquisser le caractère de ces deux mois; nous terminerons en montrant comment la constitution hivernale s'est établie en janvier 1851, et a duré jusqu'au milieu de mars.

A Rome, chez la population sédentaire, le génie inflammatoire règne moins qu'en France, mais plus que dans les localités chaudes et palustres de l'Algérie. Les phlegmasies ne sont pas purement et nettement inflammatoires, mais bien plutôt catarrhales, rhumatoïdes, membraneuses, rarement parenchymateuses profondes; l'élément douleurs joue un rôle important; le genre nerveux se met facilement de la partie. Les affections se montrent longues à disparaître, comme elles sont souvent lentes à s'établir; les évacuants doivent être employés concurremment avec les antiphlogistiques. La saison endemo-épidémique laisse après elle tant de reliquats, qu'ils étouffent par leur nombre les affections sporadiques de novembre, de décembre, et quelquefois des premiers jours de janvier. Les inflammations ne prennent guère le dessus que pendant ce dernier mois, et leur règne éphémère ne dure que deux à trois mois.

L'état sanitaire de nos troupes a présenté des analogies et quelques différences avec celui de la population romaine. Dans l'hiver de 1849 à 1850, le nombre des cachexies paludéennes persistantes a prolongé jusqu'en mars 1850 l'arrière-saison endémo-épidémique, malgré le haut chiffre des vieux fébricitants envoyés en convalescence en France. La constitution hivernale a bien été catarrhale et rhumatoïde, mais sur ce fond commun, ont été brodées, pour ainsi dire, quelques phlegmasies profondes, bien légitimes et bien franches, avec fièvre vive. C'est que nos soldats, incomplétement modifiés par le climat, réagissaient encore comme dans leur pays natal. Ainsi nous comptons, en janvier et février 1851, 7 décès par suite de pleuropneumonie, et plusieurs de ces affections ont été nettement inflammatoires comme en France.

Les choses se passent différemment dans cet hiver de 1850 à 1851. Les reliquats de fièvres persistent en novembre et décembre; ces deux mois sont essentiellement marqués au coin du genre catarrhal et rhumatoïde. En 1851 s'établit la constitution hivernale avec les caractères qu'elle revêt ordinairement à Rome.

Esquissons rapidement les principaux traits de ces deux époques, savoir, d'une part, novembre et décembre 1850, et, d'autre part, janvier et février 1851.

Dans la première de ces deux périodes, les phlegmasies ont quelque chose de vague, de diffus, d'erratique; la douleur et l'hypersécrétion ont une part presque partout; la réaction, quoique vive dans certains cas, ne cède point franchement aux antiphlogistiques purs; les évacuants comme médecine substitutive, et l'émétique comme hyposthénisant doivent leur venir en aide. La subacuité est fréquente, même pour deux maladies qui sont ordinairement, chez nous, aiguës et rapides dans leur développement; nous voulons parler de la pleurésie et du rhumatisme articulaire. Les parenchymes sont rarement envahis par l'inflammation; les muqueuses et les séreuses constituent leur siége privilégié. Les bronchites, hypersécrétantes, quelquefois dyspnéiques, sont plutôt des catarrhes aigus que des inflammations pures. Les ventouses scarifiées, l'émétique, les vésicatoires composent la médication. On les déracine assez difficilement; elles se prolongent en mourant pendant trois semaines, un mois. L'expectoration demande quelquefois à être aidée par la scille et le kermès. Les rhumatismes articulaires et musculaires restent subaigus; leur durée est longue; ils parcourent

De tous les composés d'argent, un seul offre des garanties réelles contre la coloration qu'il est urgent d'éviter; c'est celui qui résiste le plus à l'action réductive de la lumière et des matières organiques, c'est l'iodure d'argent. Il me paraît donc éminemment logique de substituer ce sel à l'azotate d'argent, au moins dans les longs traitements exigés par l'épilepsie. Qui sait même si l'iode, dont la portée thérapeutique est si longue et si puissante, ne renforcera pas l'action de l'argent? Et si l'on a quelque défiance, justifiable jusqu'à un certain point, contre une substance insoluble, il y aurait en faveur de la solution albumineuse iodo-argentique dont la formule a été précédemment indiquée des présomptions théoriques assez rationnelles pour qu'elle mérite d'être expérimentée.

Si jusqu'à présent la coloration argentique de la peau a été laissée pour incurable, elle apporte souvent un trouble trop sérieux dans l'existence morale des sujets pour que l'on ne recherche pas avec persévérance les moyens de la faire disparaître. Ces moyens, dans l'état actuel de la science, se résument dans l'emploi de l'iodure de potassium, indiqué pour la première fois par M. Guérard, conseillé par beaucoup d'autres, et qui n'a jamais été mis à l'épreuve. Il est probable cependant qu'administré avec insistance, tant à l'intérieur qu'à l'extérieur, en boissons, en bains, en applications prolongées, son efficacité finirait par être constatée.

Les solutions d'iodures alcalins, en effet, transforment au bout de quelques heures de contact l'argent divisé noir en iodure d'argent; en conformité avec cette action chimique, la peau, que l'on a colorée par une longue immersion dans les solutions d'azotate d'argent, finit au bout d'un certain temps par se décolorer complétement quand on la maintient baignée dans une solution iodurée, aussi bien que disparaissent les taches produites par la pierre infernale sous l'influence du même réactif. Mais le but ne serait pas complétement atteint si l'on n'avisait qu'à convertir en iodure d'argent le métal déposé dans la trame de la peau; il importerait, en outre, d'en débarrasser à tout jamais l'économie. Or, du moment que M. Melsens a démontré théoriquement et expérimentalement que l'on pouvait provoquer l'élimination du mercure et du plomb cantonnés dans l'organisme, par l'emploi soutenu à l'intérieur de l'iodure de potassium qui ramène à l'état soluble les combinaisons organiques de ces deux métaux, tout porte à croire que le même sel aurait une action analogue sur l'argent, puisqu'il maintient aussi la solubilité de ses combinaisons organiques, et qu'il parviendrait à l'extraire du corps aussi bien que le plomb et le mercure (1).

L'hyposulfite de soude est incapable de rendre les mêmes services, et c'est à tort qu'on l'a conseillé. En admettant que la coloration fût causée par l'oxyde ou le chlorure d'argent, il faut savoir que les hyposulfites alcalins ne les dissolvent qu'imparfaitement quand ils ont subi un commencement de réduction, et qu'ils ne réagissent nullement sur le sous-oxyde, le sous-chlorure et surtout sur l'argent métallique. Des tissus organiques noircis par l'azotate d'argent ont macéré pendant longtemps dans une solution d'hyposulfite de soude sans éprouver la moindre décoloration.

Enfin la décoloration brune déterminée par l'hyposulfite de sonde et d'argent sur la peau morte ne disparaît ni par l'iodure de potassium ni par l'hyposulfite de soude; c'est qu'en effet le sulfure d'argent n'est attaqué par aucun de ces deux réactifs.

Je n'ai point prétendu, dans ce mémoire, traiter et élucider toutes les questions relatives à la pharmacologie, à l'action physiologique et thérapeutique des préparations d'argent; il ne s'est point agi d'une monographie; mon intention a été seulement de présenter, avec des faits expérimentaux à l'appui et des inductions raisonnées quand l'expérience n'a pu être invoquée d'une manière rigoureuse, des opinions sur l'état général sur le mode d'assimilation à l'organisme de ce groupe de médicaments, et d'appeler l'attention sur de nouvelles formules qui permettraient aux praticiens d'administrer avec plus de confiance et de sécurité un métal dont l'efficacité n'est pas douteuse dans un grand nombre de maladies.

Je ne sortirai pas non plus du cadre que je me suis tracé en me livrant à l'appréciation des cas qui réclament la médicamentation argentique; je ne veux pas jeter des teintes trop spéculatives sur ce travail en cherchant à déterminer quel peut être le mode d'action dynamique de l'argent. Toutefois, s'il m'était permis d'exprimer une opinion sur ce dernier point, je dirais que pour ce métal comme pour beaucoup d'autres agents de la matière médicale, les pharmacologistes français me paraissent s'être trop préoccupés de l'action topique du médicament, qu'ils ont trop souvent et bien à tort subordonné aux effets locaux les effets thérapeutiques, et expliqué les derniers par les premiers. Il y a une différence tranchée entre ces deux ordres de faits; les effets locaux, sensibles seulement quand les sels solubles d'argent ont été administrés à l'intérieur, peuvent et doivent être évités: c'est lorsqu'on ne prend aucune garantie contre l'irritation des muqueuses digestives ou qu'on cherche même à la provoquer, que l'on voit survenir une purgation qui a fait ranger l'azotate d'argent au rang des drastiques; ainsi la quantité de ce sel donnée en pilules, d'après la méthode de Boerhaave, coup sur coup jusqu'à effet purgatif, ne produira rien de semblable si l'on distance les doses, et mieux encore, ainsi que je l'ai éprouvé, si l'on donne le sel dissous dans une grande quantité d'eau albumineuse ou même d'eau pure; alors l'action dynamique n'a qu'à s'exercer dans sa pureté. Or sans faire entrer en ligne de compte une expérience personnelle trop restreinte, en invoquant un nombre considérable de travaux sérieux dont l'azotate d'argent en particulier a été l'objet depuis une trentaine d'années, cette action est franchement hyposthénisante; sous l'influence de l'argent, une sédation puissante est exercée sur le système sanguin et d'une manière plus spécialement élective sur le système nerveux; souvent efficace contre les lésions de la sensibilité, ce métal a été employé avec plus de succès encore contre les désordres de la contraction musculaire; et en somme, comme régulateur de toutes les fonctions du système nerveux, peu de médicaments héroïques ont modifié ou guéri aussi souvent les affections spasmodiques et convulsives réputées les plus graves.

Lorsque les Arabes introduisirent l'argent dans la matière médicale, en le prônant à titre de remède tonique, cordial, *céphalique;* lorsque leurs imitateurs au moyen âge, dans leur mysticisme mêlé d'alchimie et d'astrologie, rapprochaient l'influence de la lune sur le cerveau de la comparaison de cet astre avec l'argent, et formulaient leurs composés lunaires en leur attribuant, en définitive, des vertus spécifiques contre les affections nerveuses, n'avaient-ils pas tous émis en termes figurés une idée juste, et classé l'argent parmi les antispasmodiques? Les expérimentateurs modernes n'ont fait que confirmer ce jugement.

Quant aux propriétés altérantes de ce métal, soupçonnées aussi dès le

(1) MÉMOIRE SUR L'EMPLOI DE L'IODURE DE POTASSIUM POUR COMBATTRE LES AFFECTIONS SATURNINES ET MERCURIELLES, par M. Melsens (ANN. DE CHIMIE ET DE PHYSIQUE, 3e série, t. XXVI.)

---

tout le corps et envahissent plusieurs fois, à diverses reprises, la même articulation. Il arrive parfois que le malade se sente assez bien pour se croire guéri et se permettre la promenade, et que cette courte amélioration soit suivie d'une recrudescence plus vive que la première atteinte. Les alternatives peuvent durer d'un à trois mois. Les rhumatismes finissent, dans certaines circonstances, par s'enraciner tellement, qu'ils constituent une affection chronique dont les recrudescences irrégulières forcent le sujet à prendre le lit de temps en temps. Il est à remarquer que, même devenus chroniques, ils ne sont pas toujours tout à fait localisés, mais se transportent encore, quoique lentement, d'une articulation à l'autre, le plus souvent sans sortir du même membre. Le sang est couenneux. Une, rarement deux saignées, la poudre de Dower, de 0,5 à 1,0, le nitre à forte dose, des vésicatoires volants poursuivant le mal dans les diverses articulations, des cataplasmes, quand celles-ci ne sont envahies que pour un temps trop court: tel est le traitement qui nous a le mieux réussi. Les boissons nitrées doivent être continuées après la cessation du mal, pour éviter les rechutes toujours menaçantes. A Civita-Vecchia, nous avons eu, en plein été, une véritable petite épidémie de rhumatismes subaigus, dont nous dirons quelques mots en temps et lieu.

Les angines sont peu nombreuses, les coryza plus fréquents, les flux intestinaux fort rares et sans appareil inflammatoire.

Le développement des épanchements pleurétiques est des plus insidieux: le malade ne s'adresse souvent au médecin qu'à une époque où le niveau du liquide dépasse déjà le téton, et nous avons sous les yeux deux sujets chez lesquels la matité a atteint la clavicule, sans que nous ayons jamais observé de fièvre un peu notable. Arrivé à ce point, l'épanchement est des plus réfractaires à tous les moyens conseillés en pareil cas. Si la suffocation devient imminente, tout le monde est d'accord sur ce point, qu'il faut pratiquer la thoracentèse. Mais faut-il réellement attendre cette extrémité? Quand on a épuisé toute la thérapeutique sans le moindre résultat, ne doit-on pas opérer? On n'oubliera pas que l'on a, dans ces circonstances, d'autant plus de chances favorables qu'on temporise moins.

Un de nos confrères (le docteur Donzel), affecté d'un épanchement pleurétique insidieux, dont il ne s'est aperçu que trop tard, a dû la prolongation de sa vie pendant plusieurs mois à huit ponctions thoraciques, qu'il réclamait lui-même, comme une planche de salut, quand l'asphyxie le menaçait. Le calme amené par l'évacuation du liquide a été d'autant plus prolongé, et l'épanchement d'autant plus lent à se reproduire qu'on envisage les thoracentèses les plus rapprochées de la première. L'opération en elle-même a été d'une complète innocuité. L'autopsie a montré que la plèvre n'était plus qu'une couenne épaisse. Peut-être eussions-nous sauvé notre confrère en l'opérant avant cette incurable transformation.

Voici le tableau, par genre de maladies, des fiévreux entrés à l'hôpital Saint-Dominique, en novembre et décembre 1850.

seizième siècle, elles ont été plus sérieusement contestées, et les faits récents publiés en leur faveur n'ont pu encore élever la réputation de l'argent au niveau de celle du mercure, de l'or, de l'iode, de l'arsenic dans la thérapeutique des affections cachectiques et virulentes.

REVUE DES JOURNAUX DE MÉDECINE.

JOURNAUX FRANÇAIS DES DÉPARTEMENTS.

(Suite.)

III. GAZETTE MÉDICALE DE LYON.

TRAITEMENT DES HYDROPISIES ASTHÉNIQUES PAR LES PRÉPARATIONS DE NOIX VOMIQUE; par le docteur TEISSIER.

L'infiltration séreuse des membres paralysés se dissipe avec la paralysie, et la paralysie se guérit quelquefois sous l'influence de la noix vomique. La noix vomique n'agit pas seulement sur les nerfs de la vie de relation, mais encore sur ceux de la vie organique, puisqu'elle fait contracter les intestins et constitue un bon remède contre la constipation par inertie du tube digestif. Le même médicament pourrait-il agir sur les racines absorbantes, leur communiquer plus d'activité et amener ainsi la résorption des épanchements liés à une asthénie générale ou locale? C'est la question que s'est posée M. Teissier, dont les ingenieuses vues pratiques sont bien connues des lecteurs de la GAZETTE MÉDICALE. L'expérience paraît jusqu'ici répondre affirmativement. M. Teissier ne rapporte que cinq observations, mais toutes assez significatives. Dans la première, il s'agissait d'un œdème des membres inférieurs, venu après la guérison d'un diabète par l'ammoniaque liquide. Au bout d'un mois, il n'y avait plus trace d'enflure, mais le diabète reparut. Nouveau traitement par l'ammoniaque, nouvelle disparition du diabète; mais retour de l'œdème, qui fut de nouveau traité et guéri par la noix vomique.

Le second cas est relatif à un individu très-débilité par une mauvaise alimentation et atteint d'un œdème considérable des membres inférieurs et d'une ascite commençante. La noix vomique fut employée. Au bout de huit jours, amélioration notable; la guérison était complete au bout de vingt-cinq jours.

Le troisième cas est celui d'un militaire atteint d'ascite et d'œdème des membres inférieurs, suite de fièvre intermittente. Le quinquina et le fer avaient échoué. La noix vomique ayant été employée, l'amélioration fut si prononcée au bout de huit jours, que le malade se crut guéri et voulut quitter l'hôpital.

Enfin, dans la quatrième observation, un œdème des jambes consécutif à une fièvre typhoïde qui avait laissé une grande débilité générale, fut guéri en quinze jours.

La dose de noix vomique a été de 2 à 5 centigrammes par jour.

M. Teissier a soin de rappeler qu'il limite jusqu'ici l'emploi de la noix vomique à des faits particuliers bien définis. L'avenir pourra en augmenter le nombre; mais ils ne permettraient pas encore de s'élever à d'autre généralité que celle de l'appropriation du moyen aux hydropisies asthéniques sans obstacle matériel au passage des liquides dans les vaisseaux, tel que la compression d'un tronc veineux.

IV. GAZETTE MÉDICALE DE STRASBOURG.

Les numéros de juillet 1840 à janvier 1851 contiennent : 1° *Lettres sur les maladies du cœur*; par M. Forget. 2° *Nouveau cas de staphyloraphie, pratiquée par M. Sédillot*; observation recueillie par M. Herrenschneider. 3° *Notice sur un cas d'accouchement prématuré provoqué à la fin du huitième mois de la grossesse, pour cause d'éclampsie*; par M. Steinbreoner. (Opération faite chez une femme affectée d'une désorganisation de la moelle, en voie de progrès. On poussa une éponge préparée entre les membranes et la paroi utérine; puis, la dilatation commencée, on y aida en portant les doigts dans l'orifice. L'accouchement put se faire au bout de neuf heures. L'enfant, né très-faible, mourut le lendemain. La femme n'eut plus de convulsion à partir du moment de l'acconchement; mais elle succomba le seizième jour aux suites de sa maladie.) 4° *De l'isolement considéré au point de vue du traitement de l'aliénation mentale*; par M. Morel. 5° *De l'usage et de l'abus de la belladone dans l'iritis aigu*; par M. Gerhard. 6° *Observation d'un tubercule volumineux développé dans la protubérance annulaire*; par M. Godelier. 7° *Compte rendu du semestre d'hiver (du 5 nov 1849 au 31 mars 1850)*: *prof., M. Sédillot*; par M. Herrenschneider. 8° *De l'inflammation du sein, consécutive à l'ulcération du mameloo chez les femmes qui allaitent, et des moyens de la prévenir et d'y remédier*; par M. Tauflieb. (L'auteur préconise l'emploi immédiat des bouts de sein artificiels, de préférence aux diverses pommades vantées contre les gerçures). 9° *Quelques mots sur la stérilité de la femme, et des moyens propres à y remédier*; par M. Mistler. 10° *Résumé de la clinique médicale de la Faculté de Strasbourg, du 1er avril au 1er août 1850 (professeur, M. Forget)*; par M. Bruch.

LETTRES SUR LES MALADIES DU CŒUR; par le professeur FORGET.

L'idée fondamentale de ces lettres a été plusieurs fois consignée dans la GAZETTE MÉDICALE; néanmoins, comme elle est exposée ici avec plus d'étendue et de force que partout ailleurs et qu'elle n'a jamais été, d'ailleurs, de notre part, l'objet d'une appréciation, nous nous y arrêterons un instant.

Le savant et expérimenté clinicien de Strasbourg établit deux lois : la première, que la dilatation d'une cavité cardiaque s'effectue toujours en arrière de l'obstacle; la seconde, que le rétrécissement s'opère toujours, au contraire, en avant de l'obstacle. Ainsi le rétrécissement isolé de l'orifice aortique amène l'anévrisme du ventricule gauche; le rétrécissement isolé de l'orifice mitral amène l'hypertrophie concentrique du même ventricule. Du rétrécissement simultané des deux orifices résultera tantôt la dilatation, tantôt la coarctation du ventricule, suivant que l'orifice aortique sera plus rétréci que l'orifice mitral, ou l'orifice mitral plus rétréci que l'orifice aortique. Il appelle la dilatation ainsi produite *rétro-dilatation* ou *opistectasie*, et la coarctation, *anté-coarctation* ou *prosténosie*.

Il va sans dire qu'il n'est pas absolument nécessaire que l'altération qui gêne la circulation centrale consiste en une altération valvulaire, ni même qu'elle siége au niveau des valvules. Il suffit qu'une cavité se dégorge moins facilement qu'elle ne se remplit pour qu'elle se dilate; il suffit que la quantité du sang qu'elle reçoit habituellement diminue pour qu'elle se rétrécisse.

Tableau n° 7.

TABLEAU, PAR GENRE DE MALADIE, DES FIÉVREUX ENTRÉS A L'HÔPITAL SAINT-DOMINIQUE, EN NOVEMBRE ET DÉCEMBRE 1850.

Affections endémo-épidémiques.

Fièvres intermittentes de tout type	94
Fièvres graves et pernicieuses	3
Fièvres rémittentes	9
Cachexies paludéennes	20
Fièvre et diarrhée	10
Congestions hépatiques	3
Diarrhées	4
Dyssenteries	2
Total	145

Affections mixtes.

Fièvre avec bronchite ou point pleurétique	13

Affections sporadiques.

Bronchites	10
Pleurésies avec ou sans épanchement	5
Phthisie	3
Affection organique du cœur, asthme	2
Rhumatisme articulaire et musculaire	9
Embarras gastrique	1
Angine	1
Fièvres éruptives	3
Fièvre typhoïde	6
Total	40
Total général	198

Ce tableau est la preuve des propositions que nous avons avancées; complétons-le par quelques réflexions. 1° Les affections endémo-épidémiques, ou plutôt leurs reliquats, sont encore en si grand nombre que la colonne à eux destinée porte le chiffre 145, tandis que les maladies sporadiques ne figurent que pour 40 dans le total général des 198 entrées. 2° Si la population des hôpitaux est encore en très-grande partie formée par les affections d'origine paludéenne, le miasme ne manifeste néanmoins plus guère son activité par des pyrexies de première in-

Ces données anatomiques, M. Forget les fait très-heureusement servir au diagnostic des affections valvulaires. Quand un seul orifice est rétréci, les bruits anormaux sont là pour indiquer, par leur siége, par leurs rapports avec la systole et la diastole, le point précis où réside la lésion. Mais dans le cas de rétrécissement simultané des deux orifices, mitral et aortique, la difficulté se complique et les bruits valvulaires deviennent insuffisants. Mais s'il est vrai qu'une cavité située entre deux orifices rétrécis se dilate quand le rétrécissement *prédominant* siége à l'orifice de dégagement, et revient sur elle-même quand le rétrécissement siége à l'orifice de conduite, il est clair que de l'état anatomique de la cavité elle-même on pourra induire le degré respectif de rétrécissement des deux orifices. « Un rétrécissement, dit l'auteur, existant à chacun des orifices du cœur gauche, le *rétrécissement prédominant* siégera à l'orifice aortique ou à l'orifice mitral, selon que le ventricule gauche sera ou ne sera pas dilaté avec hypertrophie. »

M. Forget montre très-bien, suivant nous, que toutes ces déterminations anatomiques ne sont pas aussi stériles qu'on pourrait le croire tout d'abord pour la pratique. « La détermination du siége précis des lésions valvulaires ne sera plus un simple objet de curiosité ; ces lésions, quel que soit leur siége, n'impliqueront plus fatalement et toujours l'emploi de la saignée et de la digitale. La lésion mitrale étant donnée, on craindra d'affaiblir le ventricule gauche non hypertrophié, lequel aura besoin de toute son énergie pour porter le sang jusqu'aux extrémités ; la lésion aortique étant constatée, on ne craindra pas de débiliter un cœur doué de trop d'énergie, cet excès de vigueur pouvant être un élément d'aggravation. »

Nous le disons avec plaisir, cette théorie générale des affections organiques du cœur nous paraît représenter la réalité. Elle est conforme aux lois de la physique ; elle est rationnelle ; elle élève l'esprit au-dessus de la considération du fait matériel et répond aux objections qu'on a coutume de tirer trop aisément de la coexistence de plusieurs rétrécissements, sans tenir assez de compte de leur mode de distribution et de leur degré respectif. Nous n'avons qu'un scrupule et nous le soumettons au savant professeur de clinique. Il reconnaît, nous l'avons dit tout à l'heure, que l'obstacle à la circulation capable de faire varier la capacité des cavités cardiaques peut résider ailleurs qu'aux orifices, dans l'aorte, par exemple, ou même plus loin ; que cet obstacle ne veut pas dire toujours rétrécissement dans le sens usuel du mot, mais doit être entendu de toute condition susceptible de gêner, d'enrayer le cours du sang. Mais, en fin de compte, il nous paraît que c'est à une gêne matérielle de la circulation qu'il croit pouvoir rapporter *toutes* les dilatations et toutes les coarctations du cœur. Or, dans ces termes, nous craindrions que la théorie ne fût un peu exclusive. Il est certain, par exemple, que le ramollissement des parois de l'aorte, la destruction partielle de ses tuniques, des dépôts athéromateux nombreux, peuvent amener la dilatation de ce vaisseau par le seul effet du choc de la colonne sanguine lancée avec une force même ordinaire et en l'absence de tout obstacle circulatoire au-dessous de la portion dilatée. Or, ce qui est vrai pour l'aorte, nous le croyons vrai pour le cœur ; nous croyons que, dans le cours de certaines fièvres continues, de certains rhumatismes, les parois du cœur peuvent s'altérer dans leur élasticité, dans leur texture même, devenir plus molles, ne réagir qu'imparfaitement contre la colonne sanguine et arriver ainsi à la longue à une dilatation, sans qu'il y ait un obstacle en avant de la cavité dilatée. Il est bien vrai que la lésion musculaire du cœur se résout ici en un *obstacle circulatoire* ; et c'est le mot par lequel M. Forget rend compte quelque part de la coexistence parfois observée d'un anévrisme ventriculaire gauche et de la dilatation de l'aorte. Mais un tel mécanisme diffère évidemment de celui qui est formulé dans la loi de rétro-dilatation. Quand l'aorte se dilate sous les coups d'un flot sanguin trop fortement lancé par un ventricule anévrismatique et hypertrophié ; quand le vaisseau et le cœur lui-même, ramollis par une altération de leurs parois, ne réagissent pas suffisamment contre la colonne sanguine et se laissent distendre, la dilatation n'a pas lieu *en arrière* de l'obstacle, mais sur l'obstacle même.

Pour ce qui est de la coarctation, quelques observations qui nous sont propres nous portent à penser que le raccourcissement permanent des anses musculaires peut résulter quelquefois directement d'une maladie de la fibre elle-même, et ce cas, s'il était aussi réel que nous le supposons, échapperait à l'autre loi de M. Forget, c'est-à-dire à la loi de *anté-coarctation*, puisqu'il n'y aurait pas de rétrécissement en avant de l'obstacle.

Nous avons hâte de le dire, les faits que nous croyons devoir soustraire aux formules de l'auteur ne peuvent les infirmer en rien. Des faits vrais ne peuvent être contredits par des faits également vrais. La théorie que nous avons exposée résume à nos yeux, d'une manière aussi heureuse qu'exacte, le mécanisme le plus fréquent, on pourrait dire le mécanisme habituel, des dilatations et des coarctations des cavités du cœur.

DE L'USAGE ET DE L'ABUS DE LA BELLADONE DANS L'IRITIS AIGU ; par M. GERHARD.

C'est une pratique universelle que l'emploi de la belladone sur tout œil frappé d'iritis. Elle est même devenue banale au point de se soustraire à la discussion ; et beaucoup de médecins, à coup sûr, en usent par routine sans s'être rendu compte des effets directs et indirects qu'ils en peuvent attendre. — M. Gerhard ne vient pas en proscrire l'administration. Il avertit seulement de ne point la commencer tant que l'iritis est à l'état aigu ; et cela pour deux motifs : d'abord parce qu'elle ne peut vaincre, à cette période, les contractions morbides de l'iris ; en second lieu, parce qu'elle a des inconvénients réels.

Il importe donc de distinguer l'état hypersthénique de l'iritis, celui pendant la durée duquel la belladone reste impuissante contre les contractions de la membrane iridienne. Or il se reconnaît à une douleur plus ou moins vive dans le fond de l'orbite, douleur qui revêt la forme pulsative ou celle d'élancements aigus qui se propagent vers le front et les tempes ; à la photophobie et au larmoiement ; à une fièvre, qui peut cependant manquer, surtout chez des personnes peu sensibles. Ajoutez à ce tableau les signes physiques, décoloration, déformation de l'iris.

Lorsque, au contraire, on voit ces symptômes céder, on peut, sans s'inquiéter du changement de couleur de l'iris, essayer l'instillation d'une goutte de solution de belladone exactement filtrée. Mais si la douleur que produit cette application se prolonge au delà d'un quart d'heure, il faut en conclure que l'œil est encore trop surexcité, et différer en conséquence de quelques jours la continuation de cette médication.

Beaucoup de praticiens, craignant l'action irritante locale de la belladone, se bornent à l'employer sur le front et la tempe, sous forme de pommade en frictions. Mais comme elle n'agit alors qu'après avoir été ab-

---

vasion ; on n'observe presque plus que des rechutes et des accidents consécutifs à des imprégnations antérieures. En novembre, nous avons noté, dans notre service, 3 fièvres seulement de première invasion, mais l'intoxication a encore trahi sa haute énergie par deux fièvres pernicieuses suivies de mort ; en décembre, nous avons perdu un homme de fièvre pernicieuse comateuse, mais aucune pyrexie de nouvelle invasion n'a été notée. 3° Le genre catarrhal et rhumatoïde a été évident, non-seulement par l'existence d'affections sporadiques présentant ce caractère, mais plus encore par les complications qui marchaient avec les fièvres.

FÉLIX JACQUOT.

(La suite au prochain numéro.)

— ERRATA. — Le lecteur est prié de vouloir bien rectifier les deux erreurs typographiques suivantes, qui se sont glissées dans le feuilleton du n° 38, et d'où résultent deux *non-sens* difficiles à rétablir sans le secours de ces *errata*.

P. 590, col. 1, l. 15. Dans le passage : Le génie des fièvres de 1850 a consisté en une gravité générale répandue sur toutes les fièvres rémittentes gastro-bilieuses régnantes, bien que dans le grand nombre des fièvres pernicieuses proprement dites ; *lisez :* bien plutôt que dans le grand nombre, etc.

P. 599, col. 1, l. 9. Dans le passage : Que les marins qui ont le plus séjourné à terre qui sont le plus atteints, mais que les fièvres éclatent surtout... ; *lisez :* à terre sont le plus atteints, etc.

— L'empereur de Russie a décerné le grade de commandeur de l'ordre de Sainte-Anne à M. Seutin.

L'empereur de Russie vient également de conférer les insignes de l'ordre de Sainte-Anne (3e classe) à M. le docteur Ambroise Tardieu, pour les soins qu'il a donnés à la publication de l'important ouvrage anatomo-pathologique de M. le professeur Auvert (de Moscou).

— M. Baudens, médecin principal de deuxième classe à l'hôpital de Bourbonne, est désigné pour l'hôpital de Lille.

— M. Mialbe, médecin ordinaire de deuxième classe à l'hôpital de Lille, est désigné pour l'hôpital de Bayonne.

— Un médecin justement estimé de la ville de Chelmsford, le docteur Badeley, auteur de plusieurs ouvrages de médecine, a succombé à un empoisonnement par une dose trop élevée de morphine qu'il avait prise pour calmer un mal de dents ; la dose était probablement très-forte, car, malgré tous les soins qu'il a reçus, il a succombé en quelques heures.

— Une fièvre typhoïde contagieuse a éclaté dans la commune de Boussy (Marne), où elle sévit cruellement. On ne compte pas moins de dix personnes qui ont succombé, et le nombre des malades s'accroît de jour en jour.

A la nouvelle de l'invasion du fléau, le sous-préfet et M. le docteur Landouzy se sont rendus dans la commune pour prescrire toutes les mesures sanitaires que comporte cette situation déplorable.

sorbée, il en résulte qu'elle produit souvent le narcotisme; et la congestion vers la tête qui accompagne cet état augmente nécessairement l'inflammation de l'œil. D'autre part, la dilatation pupillaire, quand elle est provoquée de cette manière indirecte, demande avant de se faire un espace de temps assez long.

—Entièrement d'accord avec M. Gerhard sur l'irritation locale que produisent les instillations de belladone, et sur le peu d'effet qu'elles ont pour combattre la contraction iridienne dans la période suraiguë de l'inflammation, nous devons cependant faire une réserve sur ce qu'il dit du narcotisme. Ce serait, ce nous semble, une opinion exagérée, quoique partant de données rationnelles, que de soutenir que l'effet dilatateur de la belladone appliquée près de l'œil ne saurait s'effectuer si ce n'est par l'intermédiaire d'une intoxication fâcheuse de tout l'organisme. Les praticiens ont trop souvent l'occasion d'observer l'innocuité de cette influence pour se laisser facilement effrayer sur ses suites. — Moins sûre, moins prompte, il est vrai, que l'instillation directe, cette pratique doit donc être conservée justement pour les cas où l'on craindrait les mauvaises suites de l'irritation exercée par le médicament porté sur la conjonctive.

QUELQUES MOTS SUR LA STÉRILITÉ DE LA FEMME ET SUR LES MOYENS PROPRES A Y REMÉDIER; par M. MISTLER.

M. Mistler ne considère, parmi les causes de stérilité, que celle qui dépend d'un rétrécissement des orifices du col. Mais il est juste de reconnaître que c'est de toutes la plus fréquente. Voici le traitement spécial qu'il propose pour ce cas et qui lui a réussi sept fois sur neuf femmes qu'il y a soumises.

Avec une bougie mince, mais un peu roide, on explore l'intérieur de la cavité du col et surtout ses deux orifices, afin de s'assurer de leur dimension. Ceci étant fait, et pour peu qu'il existe de l'érosion, des granulations ou seulement un état inflammatoire chronique de la muqueuse, on pratique une légère cautérisation avec le nitrate d'argent tant sur la surface externe qu'interne du col. Cette cautérisation a pour but de détruire les parties malades et de changer le mode de vitalité des tissus.

Après cela on introduit à travers l'orifice externe une petite éponge préparée, de petite dimension, de forme conique et préalablement enduite d'onguent belladoné. Lorsque le col est chroniquement enflammé et hypertrophié, il faut toujours pratiquer une large friction avec le même onguent sur la partie engorgée. L'éponge est maintenue en place pendant deux à trois fois vingt-quatre heures, mais jamais plus longtemps, car elle pourrait contracter une mauvaise odeur, et partant devenir une cause d'irritation. Au bout du temps voulu, on en opère l'extraction à l'aide d'un fil de soie que l'on avait auparavant attaché à sa base.

Il va sans dire que pendant le temps où le corps étranger est en place, il faut recommander à la femme un repos presque absolu, et ne lui permettre le coït qu'avec beaucoup de ménagement, sinon le lui défendre complétement.

Au bout de cinq à six jours on recommence, et ainsi de suite jusqu'à l'approche des règles. D'ordinaire M. Mistler pratique ces opérations quatre fois entre les deux époques menstruelles, et cela durant cinq à six mois. Mais à chaque nouvelle visite il augmente graduellement le volume de l'éponge, jusqu'à ce qu'elle ait atteint les dimensions d'un tuyau de plume.

Il se peut que l'éponge ne tienne pas et qu'au moindre mouvement elle tombe dans le vagin; on en substitue alors une à double cône qui peut se maintenir en place à volonté; la longueur de chacune d'elles est de 2 c. et demi à 3 c. et demi, suivant qu'il faut les introduire jusque dans l'orifice interne.

On ne saurait procéder dans ces manœuvres avec trop de ménagements; car la matrice, ordinairement peu sensible à l'état normal, s'exalte facilement quelquefois à la moindre irritation pathologique. — Chez quelques femmes nerveuses, l'introduction de ces corps étrangers détermine des douleurs utérines, principalement au commencement du traitement. On doit alors en opérer l'extraction au bout de vingt à trente heures.

C'est pour avoir omis ces préceptes, en voulant pratiquer ce qu'en chirurgie on appelle le cathétérisme forcé (et cela pour céder aux instances du mari qui le priait de hâter le traitement), que M. Mistler vit une fois survenir tous les symptômes d'une métrite aiguë. La femme a conservé depuis lors une irritabilité extrême de la matrice, qui ne permet plus de songer à l'emploi des moyens externes.

A. DECHAMBRE et P. DIDAY.

(La fin au prochain numéro.)

TRAVAUX ACADÉMIQUES.

ACADÉMIE DES SCIENCES.

SÉANCE DU 6 OCTOBRE. — PRÉSIDENCE DE M. RAYER.

ACTION DE LA PORTION CERVICALE DU NERF GRAND SYMPATHIQUE ET D'UNE PORTION DE LA MOELLE ÉPINIÈRE SUR LA DILATATION DE LA PUPILLE.

MM. JULIUS BUDGE, professeur à l'Université de Bonn, et AUGUSTUS WALLER communiquent à l'Académie un exposé de quelques découvertes qu'ils ont faites sur le système nerveux, par suite des travaux communs qu'ils ont entrepris à ce sujet.

La première partie de leurs observations se rapporte à l'action de la partie cervicale du nerf sympathique et d'une portion de la moelle épinière sur la dilatation de la pupille.

La seconde est sur l'influence de la partie intracrânienne du nerf sympathique et de la cinquième paire sur la pupille.

La troisième se compose principalement d'observations sur les effets produits sur la pupille par suite de l'irritation locale du globe oculaire.

Ce mémoire est exclusivement consacré à l'exposition des expériences destinées à établir la première proposition.

Nous laissons parler les auteurs.

« M. Waller avait observé depuis longtemps que lorsqu'un nerf quelconque est coupé, la partie périphérique se désorganise très-rapidement d'une manière très-facile à reconnaître sous le microscope, tandis que la partie centrale reste à son état normal pendant un temps très-considérable.

» Nous avons observé au 5 juillet 1851 sur un chien dont le tronc commun du nerf vague et sympathique était coupé depuis un mois, que la partie centrale du nerf pneumogastrique était dans son état normal, tandis que le cordon du sympathique qui lui était accolé fut trouvé, sous le microscope, désorganisé, et la partie médullaire du tuyau nerveux, complétement granuleuse. Dans la partie périphérique, au contraire, tandis que le tronc et toutes les ramifications étaient désorganisés et granuleux, le cordon du sympathique qui l'accompagnait était parfaitement normal.

» En faisant pour le nerf sympathique le même raisonnement que pour les nerfs cérébro-spinaux, nous en avons tiré la conclusion que le centre nerveux du cordon sympathique cervical était quelque part au-dessous du deuxième ganglion et non pas dans le premier ganglion cervical supérieur, ni au-dessus, ou, en d'autres termes, que la direction de ce cordon était de bas en haut et non pas de haut en bas.

» La même expérience faite sur d'autres animaux, nous a invariablement donné les mêmes résultats. Sur les lapins où le sympathique est un cordon distinct et séparé du nerf vague, l'expérience se trouve réduite à sa plus simple expression. Sur cet animal, la division de ce nerf, soit seul, soit avec celle du nerf vague, nous a toujours donné pour résultat au bout de dix à quinze jours la désorganisation de la partie supérieure, tandis que la partie inférieure conservait son état normal.

» Comme les parties supérieures des nerfs divisés conservent avec leur structure normale les mêmes propriétés qu'à l'époque de leur division, nous avons galvanisé la partie inférieure du sympathique cervical sans jamais exciter aucune douleur. La même expérience faite sur le même récemment divisé, nous a démontré que même avec la plus forte irritation mécanique ou galvanique, l'animal restait complétement impassible et sans douleur.

» Les expériences de Müller et d'autres physiologistes ont déjà démontré que les ganglions n'arrêtent pas les impressions sensitives; il ne restait qu'à lui reconnaître des fonctions purement motrices ou nutritives. L'irritation du bout supérieur devait nous donner une réponse directe pour la première hypothèse.

» Une légère irritation du supérieur au moyen de l'appareil à rotation a donné une réponse immédiate à cette expérience; car à peine avons-nous eu le temps de faire faire quelques tours à la machine que déjà une énorme dilatation de la pupille du même côté a établi d'une manière irréfragable la nature motrice du cordon sympathique cervical.

» Le résultat si remarquable qui est obtenu, soit en galvanisant séparément le sympathique sur le lapin, soit le tronc réuni du pneumogastrique et du sympathique sur le chien, le chat, etc., est aussi invariable que la contraction de la jambe après l'irritation du nerf sciatique.

» En même temps que cette expérience nous démontre la nature motrice du sympathique au cou, elle nous permet de comprendre la vraie cause de la contraction de l'ouverture pupillaire, après la section de ce nerf, fait vu d'abord par Petit en 1712 et resté jusqu'à présent stérile dans la physiologie; car il est évident que, puisque l'irritation de ce nerf produit la contraction de la pupille, sa contraction après la section du même nerf n'était que la conséquence de la paralysie du muscle dilatateur de l'iris, de la même manière que la paralysie des muscles extenseurs qui ouvrent la main, laisse celle-ci fermée, par suite de l'influence exclusive des muscles fléchisseurs.

» Pour surcroît d'évidence, il suffit de galvaniser la troisième paire pendant la vie ou immédiatement après la mort sur le lapin. Par ce moyen, on obtient une contraction de la pupille. En galvanisant ainsi le sympathique cervical et la troisième paire, nous pouvons alternativement rétrécir et agrandir plusieurs fois le diaphragme de l'œil aussi sûrement que si nous avions des agents physiques à notre disposition. En agissant sur ces deux nerfs, nous avons toujours eu occasion de remarquer que l'action du galvanisme sur le premier produit une augmentation graduelle et soutenue de la pupille, et qui prend quelques

instants pour atteindre son effet maximum, comme la plupart des muscles sous l'influence du sympathique, et que le retour de l'œil à son état premier, après que la cause dilatante a cessé, est également lent. L'irritabilité de ce nerf se conserve longtemps aussi après la mort. Avec la troisième paire, au contraire, nous avons vu que la contraction est presque instantanée, que le retour à l'état premier est aussi très-subit, et que le nerf perd son irritabilité après avoir été excité plusieurs fois, et qu'après la mort il se perd très-vite. Cette dernière particularité de ce nerf est probablement la cause que la plupart des physiologistes, tels que Müller, Wagner, Longet, etc., ont déclaré n'avoir pu obtenir la preuve démonstrative de l'influence de ce nerf sur l'iris.

» Pour saisir à sa source le premier moteur des sympathiques, nous avons galvanisé sur le lapin le sympathique non divisé, mais simplement isolé des tissus environnants. Sur le premier ganglion, sur le cordon entier, jusqu'au dernier ganglion cervical, et sur ce ganglion lui-même, nous avons produit la même dilatation de la pupille. Au-dessous de ce ganglion, le cordon qui lie celui-ci au premier ganglion thoracique et toutes les autres branches, excepté la branche rachidienne, n'ont fourni aucun résultat par l'application du galvanisme.

» Pour remonter encore plus loin, la moelle épinière a été dénudée sur un lapin, depuis la partie inférieure de la région dorsale jusqu'à la partie supérieure du cou. En galvanisant vers le milieu de la partie découverte, la dilatation des pupilles n'a pas été moins prompte à se déclarer que dans les autres expériences.

» La partie de la moelle possédant cette propriété est bornée au segment compris entre la première vertèbre cervicale et la sixième dorsale inclusivement.

» Pour fixer les idées, dans ce qui suit, sur la partie de la moelle qui possède la propriété d'agir sur la pupille, nous la désignerons sous le nom de région cilio-spinale ou centre cilio-spinal.

» Au delà des limites sus-nommées, le galvanisme de la moelle ne produit aucun effet sur les pupilles.

» Des extrémités de la région cilio-spinale, l'influence du galvanisme sur les pupilles augmente graduellement à mesure qu'on s'approche de la partie moyenne. Son effet maximum se trouve au niveau de l'articulation intervertébrale des deuxième et troisième vertèbres dorsales. Lorsque les deux sympathiques cervicaux sont intacts, l'irritation galvanique de la région cilio-spinale se porte également sur les deux yeux; mais lorsque l'un est coupé, son irritation ne cause la dilatation que du côté où celui-ci est intact.

» Quand les deux sympathiques sont divisés au cou, l'irritation du centre cilio-spinal ne produit aucun effet sur les yeux. Lorsque la moelle est intacte, le galvanisme, d'un côté seulement de la moelle, dilate les deux pupilles également.

» Si on divise longitudinalement cette partie de la moelle en deux moitiés latérales, et qu'on les isole par une lame de verre, l'une de l'autre, l'irritation d'un côté produit la dilatation de la pupille seulement du même côté.

» Lorsque la région cilio-spinale est coupée transversalement à différentes hauteurs, on trouve que toute partie qui est séparée de son centre, placée au niveau de l'articulation des deuxième et troisième vertèbres dorsales, a perdu toute son influence sur les pupilles, tandis qu'au contraire toute partie en connexion avec celle-ci continue d'exercer son action.

» Si la portion cilio-spinale est toute enlevée et les pôles appliqués à différents points de la dure-mère du canal vidé, on voit que les seuls points qui, possèdent le pouvoir de dilater la pupille, sont situés entre le lieu d'union des deuxième et troisième dorsales. L'effet, en ce lieu, est si nettement limité, que lorsque les pôles en étaient écartés d'une demi-ligne d'un côté ou de l'autre, l'effet sur les pupilles cessait immédiatement de se produire. Ce point était tellement circonscrit, au moyen du galvanisme, qu'une épingle placée dessus pénétra entre les deux vertèbres.

» Sur le même animal, le galvanisme fut appliqué au-dessous du dernier ganglion cervical, et le point inférieur qui présentait de l'influence sur la pupille fut marqué par une ligature. La dissection après la mort prouve que la branche qui agissait sur l'œil provenait de la deuxième paire dorsale.

» Les mêmes causes qui diminuent l'irritabilité musculaire après la mort, telles que la nutrition imparfaite de l'animal, des lésions de la moelle allongée, etc., diminuent aussi le pouvoir de la région cilio-spinale sur les pupilles. Dans des cas pareils, l'irritation de la moelle ne produit aucun effet, même immédiatement après la mort. Après la mort, le pouvoir sur l'œil se perd successivement des extrémités de la région cilio-spinale vers le centre; au centre même, ensuite, du sympathique cervical et enfin du sympathique crânien. La décroissance successive du pouvoir de la région cilio-spinale des extrémités au centre, nous paraît indiquer que, dans certaines conditions de la moelle, on qu'avec le plus de force galvanique, on parviendra à étendre les limites de celle-ci dans la moelle épinière.

ACADÉMIE DE MÉDECINE.

SÉANCE DU 7 OCTOBRE. — PRÉSIDENCE DE M. ORFILA

Le procès-verbal de la dernière séance est lu et adopté.

La correspondance officielle ne comprend qu'une seule lettre du ministre de l'instruction publique qui consulte l'Académie sur un remède fébrifuge, dit quinine d'Europe, que le sieur Ch. Perrin, son inventeur, sollicite l'autorisation de vendre. (Comm. des remèdes.)

— M. Dufresse de Chassaigne transmet une observation d'albuminurie arrivée à un très-haut degré d'intensité guérie par le cyanate d'ammoniaque (urée pure). (Comm., MM. Rayer et Bouchardat.)

— M. le docteur Leidesdorf, directeur d'un établissement d'aliénés à Saint-Pétersbourg, envoie deux rapports sur les maladies mentales traitées pendant l'espace de cinq ans, dans cet établissement. (Comm., MM. Falret et Ferrus.)

— M. Aug. Mercier présente quelques observations à l'occasion des réclamations que M. Leroy-d'Étiolles a adressées à l'Académie dans la dernière séance. C'est à tort, suivant M. Mercier, que M. Leroy s'est attribué l'invention des bougies à boule, qui appartient à Ch. Bell. M. Mercier fait remarquer ensuite que M. Leroy, après avoir longtemps contesté la possibilité d'introduire des sondes coudées, les réclame aujourd'hui pour son compte. Enfin, en ce qui concerne l'invention des bougies tortillées, M. Mercier pense que nul homme sérieux ne les contestera à M. Leroy, l'usage en étant tont à fait irrationnel, ainsi qu'il cherche à le démontrer dans sa lettre.

REMÈDES CONTRE LE CHOLÉRA.

M. Bouchardat lit, au nom de la commission des remèdes secrets, un deuxième rapport sur les remèdes proposés contre le choléra, par M. L. D., pharmacien et médecin.

De l'examen détaillé auquel M. le rapporteur a soumis les formules de M. D., les certificats, pièces justificatives et l'enquête qu'il a soumis à l'Académie, il résulte que les médicaments que M. D. propose contre le choléra peuvent être nuisibles si on les administre ou à dose trop élevée, ou d'une manière inopportune; et qu'ils peuvent nuire encore en empêchant l'application d'une médication rationnelle, et qu'ils sont loin, d'après le vœu de la loi, de ne présenter aucun danger dans leur administration.

M. le rapporteur propose, en conséquence, de répondre à M. le ministre qui, en adressant une lettre de réclamation du sieur D., demandait à l'Académie un second rapport.

Oui, la composition des remèdes de M. D. peut être dangereuse, puisque son auteur les propose indistinctement contre tous les cas de choléra.

Non, il n'est pas prouvé qu'ils aient rendu service à l'humanité.

Non, il n'y a pas lieu d'en autoriser la vente comme étant un spécifique propre à guérir toutes les attaques de choléra.

Ces conclusions sont adoptées.

INSTRUMENTS DESTINÉS A L'EXTRACTION DE CORPS ÉTRANGERS DE LA VESSIE.

M. Ségalas lit un rapport sur une réclamation de M. Leroy-d'Étiolles, relative à l'instrument dont M. Courty s'est servi pour extraire une épinglette de la vessie d'un soldat.

M. le rapporteur s'attache à établir que l'instrument imaginé dans le même but par M. Leroy-d'Étiolles a précédé de dix ans celui dont s'est servi M. Courty. Quant à la question de savoir si l'instrument de M. Leroy-d'Étiolles est préférable d'une manière absolue, c'est ce que M. le rapporteur met en doute s'il s'agit d'un instrument semblable à ceux qui sont figurés dans le mémoire rappelé par M. Leroy; mais si, laissant de côté ce premier modèle, on ne tient compte que du modèle perfectionné que M. Leroy a soumis à l'examen de la commission, M. le rapporteur n'hésite pas à le considérer comme devant être d'une application plus facile, plus sûre, plus générale que l'instrument employé par le chirurgien de Montpellier.

Examinant ensuite, un à un, les nouveaux instruments proposés par M. Leroy d'Étiolles pour extraire de la vessie les corps étrangers autres que les pierres ou fragments de pierre, instruments qui sont au nombre de 7, M. le rapporteur résume cet examen en proposant à l'Académie de déclarer :

1° Que M. Leroy-d'Étiolles a la priorité sur MM. Courty et Duverger pour la construction d'un instrument destiné à plier sur eux-mêmes les corps métalliques déliés et pointus qu'il s'agit d'extraire de la vessie;

2° Que les instruments qui vous sont soumis aujourd'hui par ce chirurgien, instruments qui, pour la plupart, sont de simples et ingénieuses modifications de la pince à pansement, de la pince de Hales et du lithotribe ordinaire, paraissent propres à extraire de la vessie des corps étrangers de différentes formes, de différentes natures;

3° Que dans bien des circonstances, ces instruments pourront faire éviter l'opération de la taille, et par là rendre d'éminents services à l'humanité. — (Adopté.)

INFLUENCE DE LA GROSSESSE, DE L'ACCOUCHEMENT ET DE L'ALLAITEMENT SUR LE DÉVELOPPEMENT ET LA MARCHE DE LA PHTHISIE.

M. Grisolle, au nom d'une commission composée de MM. Louis, Bricheteau et Grisolle, rapporteur, lit un rapport sur un mémoire de M. le docteur Ch. Dubreuilh (de Bordeaux), ayant pour titre : Influence de la grossesse, de l'accouchement et de l'allaitement sur le développement et la marche de la phthisie.

« Dans un travail présenté à l'Académie sur le même sujet et à peu près sous le même titre, il y a deux ans environ (v. Gaz. Méd., 1849, p. 786), M. Grisolle, se fondant sur un certain nombre d'observations dont le résultat s'était montré uniforme, concluait que la grossesse n'avait pas sur la marche de la phthisie le pouvoir suspensif qu'on lui avait généralement attribué jusque-là; que loin de prolonger l'existence des malades en suspendant les progrès de la lésion tuberculeuse, elle l'abrégeait au contraire en précipitant la marche de la maladie. M. Grisolle, en formulant ces conclusions, faisait un appel aux observateurs, exprimant l'espoir que les faits ultérieurs ne feraient que confirmer la vérité de cette opinion. Tel est le but du travail que M. Dubreuilh fils (de Bordeaux) com-

muniquait à l'Académie dans la séance du 24 décembre 1850 et dont M. Grisolle a été chargé de faire l'examen.

Dans les observations réunies par M. Dubreuilh et qui sont au nombre de 13, on voit que la phthisie s'est déclarée on du moins qu'elle s'est caractérisée dans les trois premiers mois de la gestation. Sur ce nombre, 4 femmes paraissaient jouir d'une excellente santé au moment de la conception, tandis que les huit autres presentaient déjà depuis un temps plus ou moins long quelques symptômes plus ou moins suspects. Contrairement aux prévisions qu'on devait avoir, d'après les idées reçues, on vit dans tous les cas les accidents, loin de s'amender, se caracteriser davantage et la phthisie se confirmer. Dans aucun des faits présentés par M. Dubreuilh, comme dans aucun de ceux que M. le rapporteur a recueillis lui-même, on n'a vu la grossesse exercer sur la marche de la phthisie pulmonaire le pouvoir suspensif qu'on lui a si généralement attribué. Loin de là, elle a plutôt joué le rôle tantôt d'une cause determinante, tantôt celui d'une circonstance aggravante.

D'après M. le rapporteur, les cas où les premiers accidents de la phthisie se développent au début d'une grossesse et au milieu d'une santé jusqu'alors parfaite, seraient plus communs que ceux où la grossesse est consécutive aux premiers symptômes de la maladie organique. Il a constaté que les femmes décidément phthisiques deviennent, quoiqu'on ait dit le contraire, assez difficilement enceintes. M. Dubreuilh a également signalé cette circonstance, et, au dire de M. Delafond, il en serait de même chez les animaux.

L'auteur a remarqué, en outre, que la phthisie coexistant avec la grossesse ne subit, dans ses symptômes principaux, aucune modification remarquable, ce qui avait également été signalé par M. Grisolle, qui avait même noté dans ses premières recherches que l'état de grossesse n'avait pas modifié ni rendu plus fréquents certains accidents de la maladie, tels que la dyspnée et l'hémoptysie, ainsi qu'on aurait pu le penser.

M. Dubreuilh a émis, relativement à la marche de la phthisie pendant la grossesse, une opinion que M. le rapporteur ne partage pas; savoir : que dans les dernières semaines de la gestation il y aurait une sorte d'interruption dans le travail morbide. Si cela existe quelquefois, dit M. Grisolle, ce ne peut être que dans des cas exceptionnels. Il est rare, suivant lui, que la phthisie compliquée de grossesse offre dans la marche ces intermittences, ces suspensions momentanées qui sont si communes dans la tuberculisation ordinaire. Il l'a vue suivre invariablement une marche ascendante et se compliquer de tous les accidents qui peuvent survenir dans le cours de la phthisie.

L'auteur a recherché également le rôle que l'accouchement et l'état puerpéral exercent sur la marche de la phthisie. et il semble porté à croire que ces conditions précipitent plus souvent que ne l'a dit M. Grisolle, la marche de la phthisie, quelle que soit d'ailleurs la période à laquelle la maladie est arrivée. Il croit que ces conditions nouvelles peuvent développer la phthisie de toute pièce, pourvu que la prédisposition existe déjà; ou accélérer la terminaison fatale lorsque la maladie est déjà caractérisée. La chose arrive quelquefois, d'après M. le rapporteur, mais pas aussi souvent que le pense M. Dubreuilh. M. Grisolle persiste à croire que l'accouchement est plutôt à désirer qu'à redouter, car si des femmes tout à fait épuisées succombent peu après, il est infiniment rare que la même chose arrive lorsque la maladie n'a pas franchi la première ou la seconde période. Il est plus ordinaire de voir alors les accidents s'amender; il peut même y avoir une suspension telle du mal, qu'on pourrait croire à une guérison.

M. Dubreuilh, voulant éclairer tous les points de la question, a recherché l'influence que la phthisie pouvait exercer à son tour sur la grossesse, il a reconnu, avec M. le rapporteur, comme un fait digne de remarque, que les phthisiques menaient pour la plupart leur grossesse à terme. Il a constaté également que la plupart des femmes accouchent facilement, avec peu de douleurs; il a constaté, enfin, que les tentatives d'allaitement avaient, pour les mères comme pour les nouveau-nés, les plus déplorables résultats.

Après cette analyse de détail, voici en quels termes M. le rapporteur juge l'ensemble du travail de M. Ch. Dubreuilh.

Les questions que M. Dubreuilh a soulevées sont graves et intéressent au plus haut degré la pratique. Il a démontré une fois de plus que le mariage, ce remède banal des familles pour tous les maux des jeunes filles et pour les constitutions débiles, doit toujours éveiller la sollicitude du médecin. Les observations abondent aujourd'hui pour prouver que la grossesse, loin d'être une circonstance heureuse, est trop souvent, pour les femmes qui ont une predisposition innée ou acquise, la cause déterminante de la tuberculisation des poumons. Loin d'être une circonstance heureuse comme on le croit, la coexistence d'une grossesse et de la phthisie ajoute encore au péril et le rend plus prochain. Il n'est donc plus permis de dire aujourd'hui, avec un écrivain du dernier siècle, que de deux femmes phthisiques au même degré, celle qui devient enceinte arrive sûrement au terme de la gestation, tandis que l'autre pourra périr avant ce temps. Nous croyons que, pour être dans le vrai, il faut renverser cette proposition.

M. Dubreuilh a donc bien mérité de la science en contribuant à détruire une opinion erronée et dangereuse. Votre commission vous propose d'adresser une lettre de remercîments et d'encouragement à ce médecin distingué, et de déposer honorablement son travail dans les archives.

Ces conclusions sont mises aux voix et adoptées.

PATHOLOGIE DES BÊTES ÉCLAIRANT LA PATHOLOGIE DE L'HOMME.

M. Audouard lit un mémoire ayant pour titre : La pathologie des bêtes éclairant la pathologie de l'homme sur la contagion.

L'auteur examine et analyse dans ce mémoire les expériences d'anatomie pathologique que MM. Renault et Delafond ont faites récemment à l'École d'Alfort à l'occasion de l'épizootie des gallinacés qui a régné dans le département de Seine-et-Oise, dans le but d'éclairer par l'histoire de cette épizootie celle de certaines épidémies. Des expériences d'inoculation d'Alfort et de leur rapprochement avec les faits connus de transmission de la peste, du typhus, de la fièvre jaune, du choléra, etc., M. Audouard se croit fondé à déduire que toutes ces maladies sont contagieuses qu'elles se propagent par un agent matériel en germe qui s'attache aux personnes ou aux objets, soit immédiatement, soit par l'intermédiaire de l'air, qu'il faut considérer comme un conducteur de leur agent de transmission.

La conclusion générale de ce travail est que les théories existantes sur la contagion sont erronées et qu'il faut les soumettre à de nouvelles expériences. (Comm., MM. Nacquart et Delafond.)

RÉTROVERSION UTÉRINE.

M. Alexis Favrot lit un mémoire sur une nouvelle réduction des déviations de la matrice, et en particulier des rétroversions.

Cette méthode consiste dans l'application d'un appareil que M. Alexis Favrot propose d'appeler *réducteur à air*.

Plusieurs observations intéressantes paraissent démontrer qu'à l'aide de ce procédé, on parviendra à réduire plus facilement qu'avec les moyens employés jusqu'à ce jour.

Les figures qui accompagnent ce mémoire, et que nous reproduisons, feront mieux comprendre que toute explication le but et le mode d'action de cet instrument.

Il consiste :

Dans une tige en caoutchouc vulcanisé, de 20 à 30 centimètres de longueur sur 4 millimètres de diamètre.

Cette tige porte à l'une de ses extrémités un robinet en cuivre, permettant de retenir ou de laisser passer l'air qu'on y a fait pénétrer.

L'autre extrémité présente une sorte d'ampoule qui rappelle les ingénieux appareils imaginés par M. le docteur Gariel pour le tamponnement des fosses nasales et de l'utérus dans la métrorrhagie et l'épistaxis.

Cette extrémité est susceptible d'une dilatation considérable, et beaucoup plus étendue qu'il n'est besoin, même en supposant un enclavement très-résistant de l'organe au-dessous de l'angle sacro-vertébral.

Enfin, il convient d'ajouter à cet appareil si simple une *pelotte-insufflateur*, destiné à s'adapter par son col au robinet extérieur et à remplir l'ampoule, quand le réducteur à air a été introduit dans le rectum ou le vagin, selon le cas.

Le mode d'application de ce petit instrument est des plus faciles : le réducteur, étant vidé d'air et préalablement chauffé dans la main, est trempé dans une eau mucilagineuse et mouillé avec un peu de blanc d'œuf; la femme est couchée sur le ventre, la tête un peu basse; on lui interdit tout effort; on introduit alors un mandrin dans le *réducteur*, qui permet, en lui donnant de la fermeté, de le faire pénétrer dans le rectum jusqu'à la tumeur qu'on y rencontre. Le mandrin est alors retiré; on adapte la *pelote-insufflateur*, et à mesure que le réducteur se distend, on appuie par le toucher vaginal le mouvement que subit la matrice; quand l'organe a repris sa position normale, on ferme le robinet de la tige.

La malade reste couchée quelque temps sur le ventre en évitant tout effort; et quand l'instrument doit être retiré, on le vide graduellement, dans la crainte de voir se reproduire l'accident en enlevant l'appareil tout d'un coup.

Tel est la petite manœuvre qu'exige l'emploi du *réducteur à air*, manœuvre très simple, nullement douloureuse, agissant lentement, sans violence, mais d'une manière continue, et presque infaillible.

Je solliciterai encore l'attention de l'Académie sur un avantage que ne présentent pas les autres moyens employés jusqu'ici, avantage que je crois important.

Il consiste dans l'impossibilité de la reproduction de la déviation utérine après que la réduction en a été opérée.

On objectera sans doute qu'il ne sera guère possible aux femmes de conserver cette ampoule dilatée dans le rectum sans qu'elle amène du ténesme, des épreintes et des douleurs; mais on voudra bien remarquer que la femme pourra elle-même diminuer les compressions dès qu'elles deviendront trop gênantes. Il lui suffira d'ouvrir le robinet de la tige et de laisser échapper quelques portions de l'air contenu dans l'ampoule, pour que le malaise cesse à l'instant même.

Une autre objection plus sérieuse peut m'être faite. Il est des cas où la rétroversion de l'organe gestateur, survenue pendant la grossesse, amène avec elle (surtout à la suite d'efforts brusques) des compressions et un enclavement tels, que des efforts très énergiques ont été impuissants. Tous les médecins savent qu'à l'autopsie même on ne parvient pas toujours à réduire, comme dans cette observation de Hunter où il fallut séparer la symphise du pubis pour désenclaver l'organe rétroversé.

Les deux figures ci-jointes feront facilement comprendre le mécanisme du nouvel appareil. La première le représente appliqué, mais non dilaté, la rétroversion existant; la deuxième le fait voir dilaté et la rétroversion étant réduite.

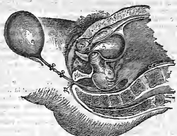


PLANCHE Ire. — *a* utérus rétroversé; — *b* vagin; — *c* vessie; — *d* réducteur à air; — *e* pelotte insufflateur; — *f* symphise du pubis.

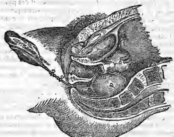


PLANCHE II. — *a* utérus réduit; — *b* vagin; — *c* vessie; — *d* réducteur dilaté; — *e* pelotte insufflateur; — *f* symphise du pubis.

La séance est levée à cinq heures.

BIBLIOGRAPHIE.

TRAITÉ DE L'AFFECTION CALCULEUSE DU FOIE ET DU PANCRÉAS; par M. V.-A. FAUCONNEAU-DUFRESNE, médecin des épidémies du département de la Seine, etc. — 1 vol. format anglais. — Paris, 1851, chez Victor Masson, place de l'École-de-Médecine, 1.

Le TRAITÉ DE L'AFFECTION CALCULEUSE DU FOIE ET DU PANCRÉAS, que vient de publier M. Fauconneau-Dufresne, est une suite des importantes recherches que cet estimable praticien a depuis longtemps entreprises sur la pathologie du foie, et le préliminaire de nouveaux travaux sur le même sujet. Il forme une transition naturelle entre le MÉMOIRE SUR LA BILE ET SES MALADIES, que l'Académie de médecine a couronné en 1846, et le traité général que l'auteur se propose de publier sur les maladies du foie et du pancréas. La notoriété acquise aux travaux de M. Fauconneau-Dufresne, en le faisant en quelque sorte l'aboutissant de toutes les communications et de tous les faits intéressants qui ont paru propres à éclairer quelques points de l'histoire des maladies du foie, l'a mis à même de réunir en peu d'années tous les documents que nécessitait une pareille entreprise. Grâce à ce concours, qui honore à la fois l'auteur et les praticiens qui ont ainsi coopéré avec un si bienveillant empressement à l'accomplissement de son œuvre, la monographie que publie aujourd'hui M. Fauconneau-Dufresne peut à juste titre être considérée comme la plus complète et la plus exacte qui ait été faite jusqu'ici sur cette matière. Rien n'a été négligé, d'ailleurs, de tout ce qui pouvait contribuer à assurer le succès de ce travail : recherches historiques et bibliographiques; exposition de toutes les connaissances acquises en anatomie et en physiologie sur les voies d'excrétion de la bile, sur ses fonctions, sur ses qualités physiques et sa composition chimique; anatomie pathologique et anatomie comparée; recherches cliniques et thérapeutiques; hygiène et étiologie, tout a été mis à profit.

Pour la physiologie, l'auteur a mis à contribution les expériences de MM. Magendie, Duvernoy, Blondlot, Judas, Amussat, Leroy-d'Étiolles, Sandras et Bouchardat, et surtout les belles recherches de M. le professeur Bonisson. Pour la chimie, il s'est étayé des analyses de MM. Berzélius, Thénard, Chevreul, Braconnot, H. Demarçay et des recherches microscopiques de MM. de Blainville, Mandl, Donné, etc. Malgré le concours de tant de lumières, on arrive, après l'analyse de tous ces travaux, à cette triste conclusion : qu'il existe encore une certaine obscurité sur la véritable nature de la composition de la bile, et une obscurité plus grande encore sur son rôle physiologique. Cependant tout n'a pas été stérile, dans ces laborieuses recherches, pour l'éclaircissement de quelques-uns des points relatifs à l'étiologie des calculs biliaires; et si la physiologie et la chimie n'ont été que d'un faible secours pour la détermination des causes de l'affection calculeuse du foie, l'auteur a pu parvenir du moins, par le rapprochement des connaissances acquises sur les divers éléments constitutifs de la bile et la constitution chimique des diverses espèces de calculs, avec l'étude des modifications que la bile éprouve suivant certaines circonstances individuelles et hygiéniques, à jeter quelque lueur sur le mécanisme de la formation des calculs biliaires. Nous reviendrons sur ce point, dont l'importance ressortira mieux de ce qui va suivre.

Par affection calculeuse du foie, M. Fauconneau-Dufresne n'entend pas désigner uniquement l'existence des concrétions connues sous le nom de calculs ou de cholélithes; il comprend également, sous la dénomination de gravelle biliaire, ces petits grains sablonneux, ces grumeaux, ainsi que ces légers dépôts comme graisseux qui ne paraissent souvent qu'une bile épaissie. Parmi les diverses espèces de gravelle biliaire, l'auteur signale une gravelle charbonneuse à laquelle il assigne pour origine, avec M. Bouisson, une altération particulière du pigment ou matière colorante qui transforme cette substance en produit charbonneux. Ce fait est digne d'intérêt en ce qu'il fournit un argument de plus en faveur de la théorie qui considère le foie comme une sorte d'adjuvant du poumon; il tendrait, en effet, à faire admettre que la sécrétion biliaire aide la respiration à extraire du sang les matières charbonnées qu'il renferme. Ce serait en vertu du même ordre de faits pathologiques, qu'à un âge avancé, et sous l'influence d'une hématose incomplète, le charbon se déposerait en nature au sein de la bile, comme il se dépose dans les mêmes conditions à la surface des organes respiratoires.

L'étude de la gravelle biliaire offrait d'autant plus d'intérêt, et c'est avec d'autant plus de raison que M. Fauconneau l'a confondue avec celle des calculs proprement dits, qu'il y a entre ces deux produits morbides une filiation naturelle, telle que le développement des uns s'explique par le développement ou l'existence préalable des autres, et que du rapport des calculs avec la gravelle et de celle-ci avec les éléments constitutifs de la bile elle-même, on arrive à mieux comprendre le mécanisme de la formation de ces calculs. On sait, en effet, par les recherches microscopiques, que la matière colorante n'est pas entièrement dissoute dans la bile et qu'une partie est naturellement précipitée; de plus, que la cholestérine qu'on croyait, d'après les observations de M. Chevreul, exister dans la bile à l'état de dissolution, n'y est qu'à l'état de suspension. Il résulte de là que les matériaux qui composent les cholélithes, formés à l'avance, sont déjà isolés dans le véhicule biliaire; qu'ils y apparaissent avec des caractères distincts et peuvent déjà être considérés, suivant l'expression de M. Bouisson, comme des calculs microscopiques. Ces conditions aident à concevoir la facilité avec laquelle s'engendrent les calculs dans certaines circonstances données. Que sous l'influence de causes générales, la sécrétion de la bile vienne à être modifiée, de manière à ce qu'il y ait augmentation dans la proportion normale des matériaux en suspension; que, par le fait de l'action absorbante, les matériaux de cette humeur soient concentrés, la plus légère cause occasionnelle suffira pour déterminer la cohésion des corpuscules qui y flottent. Resterait à rechercher quelles sont les circonstances physiologiques ou pathologiques susceptibles d'apporter cette modification dans l'état de la bile et de déterminer la cristallisation, si l'on nous passe cette expression, des corpuscules organiques suspendus dans le liquide biliaire. Tel est l'objet des recherches étiologiques dont l'auteur a fait le sujet de l'un de ses chapitres, et auxquelles nous nous trouvons naturellement ramené.

M. Fauconneau-Dufresne a réuni et analysé avec soin toutes les conditions et les circonstances diverses dans lesquelles on a plus particulièrement observé l'affection calculeuse du foie. Il a d'abord cherché à déterminer, à l'aide de relevés statistiques, la fréquence relative de la lithiase biliaire aux différents âges et chez les deux sexes.

Il résulte de ces données arithmétiques que l'existence des calculs bi-

liaires a été constatée à tous les âges de la vie, même pendant la vie fœtale, et que sa plus grande fréquence se trouverait dans l'âge mûr; mais la base de ces calculs est si étroite et les limites d'oscillation si étendues, qu'il n'est possible de rien fonder de constant sur une semblable donnée. Il en est de même de l'opinion qui considère les femmes comme plus sujettes que les hommes à cette affection; bien que cette opinion paraisse également fondée sur le calcul, la différence est si peu sensible qu'on n'en saurait rien conclure au profit de l'étiologie.

L'influence de l'hérédité paraît hors de doute; mais en apprenant que certains individus apportent en naissant une prédisposition spéciale, une sorte d'idiosyncrasie lythique, cela ne nous dit pas, et ce serait là le point important, en quoi consiste cette disposition, quels seraient les moyens prophylactiques à mettre en usage pour en prévenir la manifestation ou en neutraliser les effets ultérieurs. Cette connaissance n'est cependant pas sans valeur au point de vue pratique, car il en ressort une indication utile relativement aux soins que l'on devra prendre pour éloigner, combattre ou neutraliser autant que cela est possible les diverses circonstances que l'expérience a appris à considérer comme des causes déterminantes ou comme des éléments étiologiques accessoires des calculs.

L'alimentation a également été étudiée au point de vue de son influence possible sur le développement des calculs biliaires; mais cette étude, à laquelle la pathologie comparée semblait devoir prêter quelque appui, a été sans résultat sous ce rapport.

En résumé, en étudiant un à un, dans cette analyse étiologique, les rapports d'influence ou tout au moins de coïncidence qu'il a été possible de constater avec les diverses conditions de tempérament, de constitution, d'hérédité, de climat, de profession, d'habitude, etc., l'auteur est arrivé à saisir quelques rapports qui paraîtraient lier l'existence des calculs biliaires avec la prédominance du tempérament bilieux, avec l'obésité, avec certaines dispositions anatomiques anormales des voies biliaires qui auraient pour effet de produire la stase trop prolongée de la bile dans son réservoir, ou avec des conditions propres à ralentir son cours dans ses canaux naturels, telles que l'habitude d'un repos trop prolongé et de l'inaction corporelle, les professions sédentaires qui exigent certaines attitudes forcées, gênantes pour le libre cheminement de la bile, en un mot toutes les causes mécaniques ou organiques d'obstruction des canaux et des voies de circulation biliaire. Nul doute, en effet, que ces diverses circonstances ne puissent avoir une influence plus ou moins immédiate sur le développement des calculs, surtout si on les rapproche de ce qui a été dit plus haut du mécanisme de formation de ces produits morbides. Mais il n'est aucune d'elles dont l'influence se montre assez constante et l'action assez efficace, pour expliquer à elle seule le développement souvent spontané et indépendant de toute cause extérieure appréciable, de l'affection calculeuse; et l'on est obligé d'admettre, avec l'auteur, la nécessité de dispositions individuelles sans lesquelles les principales causes connues ou présumées seraient elles-mêmes le plus souvent insuffisantes pour produire cette affection. C'est là l'inconnue qui se retrouve au bout de la plupart des problèmes étiologiques. Il n'y a à cet égard dans la science que de vagues hypothèses fondées sur de simples coïncidences pathologiques entre lesquelles il est difficile de saisir le lien de causalité. Peut-être trouverait-on quelques renseignements utiles à cet égard dans le rapprochement de l'étude des calculs biliaires avec celle des calculs rénaux et vésicaux, et avec la goutte, dont la coïncidence fréquente avec l'une et l'autre de ces deux affections calculeuses semble constituer entre elles une sorte de trait d'union. M. Fauconneau-Dufresne a bien signalé ce rapprochement, mais sans s'y arrêter assez, à notre avis, faute sans doute de documents suffisants sur ce sujet. Aussi, après avoir soulevé la question, l'a-t-il laissée telle quelle. C'est un point sur lequel nous appellerons volontiers son attention pour l'avenir.

Nous arrivons à la partie essentielle et pratique de l'ouvrage, c'est-à-dire à l'histoire pathologique proprement dite de l'affection calculeuse du foie. Vu l'impossibilité de résumer ou d'analyser les faits et les documents cliniques nombreux à l'aide desquels l'auteur a établi les bases du diagnostic et tracé l'histoire anatomo-pathologique des calculs biliaires, nous devons nous borner à indiquer les chefs principaux des nombreuses subdivisions de ce chapitre. L'auteur étudie successivement les altérations et les symptômes qui résultent de la présence des calculs dans les diverses parties des voies biliaires, dans les radicules et les racines du conduit hépatique, dans ce conduit lui-même, dans la vésicule, dans le canal cystique, dans le canal cholédoque et jusque dans les différentes parties du tube digestif. Vient ensuite l'histoire des fistules biliaires.

Toute cette partie de l'ouvrage de M. Fauconneau-Dufresne est traitée avec grand soin. On y reconnaît partout l'observateur et le clinicien scrupuleux qui ne procède que par voie d'observation et d'expérience. Il n'est pas une lésion, un signe diagnostique, un symptôme qui ne soient établis d'après des faits bien vus et bien circonstanciés. De nombreuses observations réparties dans les différentes sections, suivant le point de vue particulier de l'histoire pathologique des calculs qu'elles sont plus spécialement propres à éclairer, viennent comme autant de pièces justificatives assurer et contrôler l'exactitude des descriptions.

La thérapeutique, but final de toutes ces recherches, occupe le rang et l'étendue que comportait un ouvrage avant tout pratique et destiné principalement à guider les médecins dans les difficultés du traitement. Mais cette thérapeutique, malheureusement, se ressent un peu de l'obscurité qui règne sur l'étiologie, du peu de certitude des théories chimiques à l'aide desquelles on a cherché à expliquer la formation de ces calculs, et surtout de la difficulté de réaliser au sein de l'organisme les réactions qu'en vue de ces théories on serait porté à considérer comme le moyen le plus rationnel de combattre cette affection, en en détruisant la cause immédiate. Deux méthodes principales ont été imaginées pour obtenir la dissolution des calculs biliaires, le traitement de Durande, modifié par Sœmmering, par Haller, de Gardanne, et plus récemment par M. Duparcque, et la méthode alcaline. M. Fauconneau a soumis le traitement de Durande à une discussion approfondie de laquelle il résulte que ce traitement ne peut et ne saurait avoir la propriété catholitique que lui attribuait son auteur. Cependant comme on ne peut nier les heureux résultats que quelques praticiens ont obtenus de l'emploi de ce remède, M. Fauconneau, pour les expliquer, adopte l'opinion de M. Thénard, qui pense que ce remède n'agit qu'en favorisant le transport des pierres dans les intestins, ou en exerçant par la propriété antispasmodique de l'éther qui entre dans sa composition, une action favorable sur la contractilité des conduits où elles se trouvent engagées. Quant à la méthode alcaline, à laquelle l'auteur donne la préférence, elle compte évidemment parmi les observations consignées dans cet ouvrage, des succès qui ne paraissent pas contestables; mais est-ce par une action dissolvante directe sur les calculs, ou par suite de la modification générale qu'elle introduit dans la crase des humeurs et de la bile en particulier? C'est là une question qui est encore loin d'être résolue d'une manière satisfaisante, bien que l'auteur incline sensiblement vers la première hypothèse.

Deux autres modes de traitement répondent à deux indications non moins importantes, la médication purgative pour faciliter le dégagement et l'expulsion des calculs par les voies digestives, la médication antispasmodique ou calmante pour combattre les douleurs. Nous avons été surpris de ne point trouver dans l'énumération des moyens calmants l'emploi topique des anesthésiques (du chloroforme ou de l'éther chlorhydrique chloré), dont nous avons obtenu, dans une circonstance analogue, dans un cas de colique néphrétique, un effet sédatif des plus prompts et des plus remarquables. Vient enfin le traitement prophylactique que l'auteur fait principalement reposer sur le concours de l'usage habituel des alcalins avec un régime diététique approprié.

Sous forme d'appendice, et un peu, à ce qu'il nous a paru, pour justifier le titre donné à son livre, M. Fauconneau-Dufresne a traité ou plutôt esquissé à la fin l'histoire de l'affection calculeuse du pancréas, histoire qui occupe onze pages et qui se compose de la relation de cinq observations empruntées à divers auteurs, et de quelques considérations sur le pancréas et le fluide pancréatique, qui n'ont avec ces faits aucune connexion directe dont on puisse retirer quelque enseignement. Ce n'est là évidemment qu'une pierre d'attente.

Somme toute, nous ne ferons que résumer le jugement implicitement formulé par cette analyse, en disant que le TRAITÉ DE L'AFFECTION CALCULEUSE DU FOIE est un bon livre, une œuvre consciencieuse qui se recommande sous le double rapport scientifique et pratique à l'attention de tous les médecins.

H. BROCHIN.

VARIÉTÉS.

— Une maladie cruelle, le croup, sévit en ce moment à Dinan, avec une intensité fatale, sur les enfants. Les brusques changements de température que nous éprouvons depuis quelques semaines sont une des causes principales de cette maladie.

— On nous écrit de Bassora, le 7 août :

« Le choléra a quitté Bassora, après y avoir tué 800 personnes. Il a gagné la Shit et l'Euphrate. A la date des dernières nouvelles, il avait atteint Souk-Eschouk et était entré dans les murs d'Iman-Aly. On craint pour Bagdad que le terrible fléau n'y pénètre. »

Le rédacteur en chef, JULES GUÉRIN.

REVUE GÉNÉRALE.

MALADIE DES FLANDRES.

A M. LE DOCTEUR DECHAMBRE, RÉDACTEUR DE LA GAZETTE MÉDICALE DE PARIS.

Rome, 24 septembre 1851.

Bien cher confrère et collaborateur,

La discussion lumineuse à laquelle vous vous livrez, dans le but de faire rentrer les maladies des Flandres dans une des espèces reconnues par la pyrétologie moderne, a certes une utilité incontestable. Notre école, qui a assis sa classification sur des bases plus nombreuses, sur une observation plus complète et plus précise, et qui s'est aidée de l'anatomie pathologique, notre école doit défendre son terrain contre les tentatives d'envahissement de toutes ces espèces fébriles artificielles qui encombraient autrefois la pathologie. Vous avez bien raison, les dénominations de fièvre muqueuse, fièvre nerveuse, synochus, synocha, n'ont rien de déterminé, rien de précis. Il faut accepter l'héritage de la saine observation, du tact médical des anciens maîtres; mais leurs matériaux épars ne sont que des pierres qu'on doit utiliser pour une nouvelle bâtisse.

L'écueil contre lequel vous défendez la pathologie moderne m'apparaît plus dangereux encore qu'à vous-même, car j'ai sous les yeux le chaos de l'école romaine. Ici les fièvres ont pris autant de noms qu'il y a d'arrangements possibles dans le groupement des phénomènes et des symptômes : fièvre nerveuse, fièvre gastrique, fièvre gastro-rhumatique, fièvre muqueuse, catarrhale, gastro-bilieuse, synocha, synochus putris et impotris, gastro-vermineuse, etc., etc. Combinez tout cela deux à deux, trois à trois, à l'infini; n'oubliez pas la conversion d'une fièvre dans l'autre, par exemple une intermittente dégénérée en nerveuse, une synocha en gastro-bilieuse, etc., et vous aurez une faible idée de cette étrange confusion. Le mot fièvre typhoïde est à peine prononcé à Rome, par quelques médecins avancés, quoique cette maladie n'y soit pas rare; l'auscultation et la percussion sont inconnues et sont traitées de *vain bavardage français*, de *diableries organiques* (vuoto chiacchierismo, diavolerie organiche) par Puccinotti même, l'un des esprits les plus éminents de l'Italie; enfin, l'anatomie pathologique est méprisée comme un *caput mortuum*, comme un résidu sans signification et sans valeur.

Ce désordre dans la pyrétologie conduit à des conséquences aussi désastreuses en pratique que choquantes en théorie : on classe dans les fièvres nerveuses les typhoïdes, les paludéennes, qui s'accompagnent d'un certain cortége de phénomènes nerveux; on va même jusqu'à y mettre quelquefois la méningite, etc., etc. La dothinentérie est éparpillée dans la nerveuse, le synochus putris ou impotris, etc.; la rémittente paludéenne grave, compliquée ou simple, pernicieuse, est également morcelée, selon ses symptômes superficiels, parmi les gastriques, les gastro-rhumatiques, les gastro-bilieuses, les nerveuses, les synoques, etc.

J'exposerai plus tard, d'une manière complète, la doctrine de l'école de Rome. J'ai seulement voulu, pour le moment, cher confrère et collaborateur, vous montrer que ma position spéciale m'engageait à me mêler à la discussion théorique que soulève la lecture de votre travail. Je vais tout à l'heure établir que les circonstances dans lesquelles je me trouve placé me fournissent aussi des documents propres à élucider la question au point de vue des faits.

Ce que vous avez dit des deux épidémies observées, l'une par M. Wariomont, l'autre par M. Mareska, est trop complet pour que je sente le besoin d'y ajouter la moindre chose. Mais vous n'avez touché qu'un mot de la maladie observée par M. Mersseman. Là où vous avez laissé la tâche, je vais la reprendre.

Voici comment vous vous exprimez :

« L'existence préalable de nombreuses fièvres d'accès dans certaines localités où l'épidémie a éclaté, le siége central de l'épidémie dans une ville qui avait moins souffert que d'autres de la misère, le marche rémittente des symptômes, le gonflement de la rate au début de la maladie, l'efficacité remarquable du sulfate de quinine, toutes ces circonstances témoignent à ses yeux de l'influence d'une *constitution médicale* particulière, et il regarde cette constitution comme étant de nature paludéenne. De plus, comme celle maladie offrait manifestement le caractère typhoïde; que chez l'un des malades dont il raconte l'histoire, il y avait des *taches lenticulaires* sur l'abdomen et des *pétéchies* sur d'autres parties du corps; il joint cet élément au précédent, pour en faire un tout morbide auquel il donne le nom de *fièvre continue paludéenne à forme typhoïde* Cette manière d'interpréter les faits, combattue par plusieurs orateurs, a été acceptée, au moins en partie, par M. Lombard. Nous croyons prudent, quant à nous, de ne pas nous prononcer formellement. »

Cette fièvre paludéenne, subcontinue ou rémittente à forme typhoïde, inconnue à Paris, rare même dans les pays paludéens des zones froides, est un fait si commun dans les contrées palustres chaudes, comme l'Algérie et le midi de l'Italie, que son existence ne peut un seul instant être révoquée en doute. Dans la GAZETTE MÉDICALE (LETTRES D'ITALIE, n° 7, 1850, p. 373 et 376), nous signalons la fréquence des fièvres paludéennes graves et pernicieuses à forme typhoïde, qui ont régné à Rome en 1849. Voici le passage le plus saillant de cette lettre : « Elle est ainsi caractérisée : stupeur, accablement général, décubitus en supination et immobilité, affaiblissement de l'intelligence qui isole à demi le malade des objets environnants, fièvre continue avec redoublements irréguliers arrivant néanmoins préférablement le soir, fuligo, subdelirium, pétéchies, voire même météorisme, diarrhée, gangrènes, râles pulmonaires. » (Le gonflement de la rate a été souvent observé.) Nous ajoutons : « Cette forme de l'affection paludéenne peut certainement en imposer pour une dothinentérie; mais une étude attentive des phénomènes, de leur marche, ne permet pas de persister dans une erreur contre laquelle, d'ailleurs, protestent les autopsies. » Enfin (p. 376), nous disons encore : « que la fièvre paludéenne revêt quelquefois d'emblée cette forme, mais bien plus fréquemment après un accès. »

Dans le numéro même où vous agitez avec tant de distinction la question relative aux maladies des Flandres, et où vous prenez vos réserves au sujet de l'interprétation de M. Mersseman, je rends compte de l'état sanitaire de l'armée d'Italie en 1850, et je reviens encore sur les fièvres paludéennes *à masque typhoïde*. Je signale à peu près les mêmes phénomènes qu'en 1849, et, de plus, les saignements de nez; je constate, chez certains sujets, le gargouillement cœcal avec ou sans diarrhée, les taches rosées lenticulaires, voire même les véritables pétéchies. J'ajoute enfin qu'à Civitá-Vec-

---

Feuilleton.

LES DEUX MÉDECINS, OU LE POUR ET LE CONTRE.

Sit mihi fas audita loqui. (Virgile.)

Forcé de faire un voyage qui dura plusieurs années, je quittai avec regret un ami au sort duquel je prenais le plus vif intérêt. Compatriotes et condisciples, ayant les mêmes goûts scientifiques et littéraires, nous avions suivi la même carrière, conquis nos grades, notre diplôme à la même époque. Enorgueilli avec raison de son titre de docteur, mon ami voulut exercer sa profession à Paris; ce fut sa première faute; la seconde, peut-être plus grave, il se maria. Sa femme, il faut en convenir, avait pour elle la beauté, la grâce, une éducation soignée, mais la fortune manquait pour compléter et orner tant de qualités; il n'y avait pas même pour l'avenir ce qu'on appelle des *espérances*, mot tout à la fois cruel et encourageant qui sert si bien à dorer les contrats de mariage. Deux enfants survinrent, mais la clientèle restait en arrière. Logé à un quatrième passablement mesquin, Édouard C... languissait, vivotait avec sa petite famille. Il espérait, à force de travail, de persévérance et de bonne conduite, attirer sur lui l'attention publique, mais cette voie était longue, obscure et incertaine, les trompettes de la renommée n'étaient point à son service, les faiseurs et les faiseuses de célébrité ignoraient tout à fait son existence; ainsi un mur d'airain s'élevait entre lui et la fortune. J'allai le voir plusieurs fois et je le trouvais tantôt morne, abattu, tantôt plein de colère et d'indignation, maudissant les livres, les cours, les amphithéâtres, les hôpitaux et la profession. A quoi tout cela sert-il en réalité, me dit-il un jour? A nous procurer un vain titre, un savoir plus vain encore, mais au fond, la gêne, la misère, tout an plus à la longue un morceau de pain quand on n'a plus de dents. Tel est le sort du jeune médecin; il est né dans une condition médiocre, la société lui a versé tout enfant le lait de l'instruction, et le lançant ensuite dans un monde encombré avec une intelligence pour tout comprendre, une âme pour tout aspirer, elle lui dit: Va, maintenant tu ne peux plus être manœuvre, artisan, je t'impose l'aisance, l'ambition, pour condition d'existence; tu ne peux t'asseoir qu'à un rang distingué, sons peine d'entendre gémir en toi la conscience de ta propre valeur; va, tu es averti, suis ton chemin, élève toi, enrichis-toi, songe que l'or, ce métal-roi, l'or, cette idole du siècle, fait la destinée des individus et des peuples. Mais voix inutile, conseils fallacieux, ils sont à jamais impraticables, car toutes les avenues sont fermées, les rangs sont pressés, la foule est partout, et avec elle l'égoïsme, la convoitise à tous les degrés de la passion. Il faut alors des travaux surhumains pour n'arriver souvent qu'à un rang inférieur. Titre glorieux et inutile que celui de médecin, ingrate profession que la nôtre; est-ce donc une mère? Non, c'est une marâtre qui n'a pas de mamelles pour tous.

Telles étaient les imprécations d'Édouard C... et son irritante douleur contre une vocation frappée en apparence par la destinée. Tout cela était exagéré, d'un côté par un fond d'orgueil inné en lui, de l'autre par une cupidité assez mal

chia, j'ai perçu du râle sibilant et noté le gonflement de la rate. Enfin, je reviens de nouveau sur une remarque déjà faite l'année précédente, à savoir que cet état typhoïde peut se dessiner d'emblée ou survenir seulement pendant le cours d'une fièvre paludéenne de divers types. Le sulfate de quinine a rendu les plus grands services et a souvent été véritablement héroïque dans ces sortes de fièvres.

En 1849, c'était plus que la fièvre typhoïde qui régnait dans nos hôpitaux encombrés; l'influence du typhus nosocomial s'est fait sentir et a imprimé son cachet aux maladies régnantes. Nous n'avons pas cru devoir signaler ce fait dans notre compte rendu de l'état sanitaire pour 1849 ; il eût pu inspirer des terreurs pour l'année suivante. Aujourd'hui, que deux endémo-épidémies ont suivi leur cours sans que le typhus intervînt, il nous est permis de nous livrer à cette revue rétrospective.

A notre arrivée à Rome, en septembre 1849, nous avons encore observé des affections complexes où le caractère paludéen et le caractère typhique étaient si évidents, que nous nous sommes demandé avec surprise si ces deux éléments ne pourraient pas marcher contemporainement chez le même sujet. Nous voici en plein dans la doctrine des éléments et à mille lieues de l'antagonisme.

La fusion des deux groupes de symptômes typhiques et palustres n'est pas un fait spécial à 1849, car leur développement parallèle chez le même individu a été l'objet d'une intéressante discussion à l'Académie médico-chirurgicale de Ferrare, dans la séance du 4 mars 1849. M. Rosi a déclaré que quand la fièvre typhoïde règne épidémiquement, les maladies existantes, y compris les fièvres paludéennes, peuvent revêtir l'apparence typhoïde, sans être pour cela des dothinentéries. Il pense que c'est peut être à cette complication des dothinentéries par l'élément palustre, qu'est due la marche franchement rémittente des fièvres typhoïdes dans les contrées miasmatiques.

En 1850, aucune influence de typhus nosocomial ne s'est fait sentir; seulement les fièvres palustres ont revêtu la phénoménisation typhoïde dans un certain nombre de cas.

Il nous semble qu'une question des plus importantes se présente ici, et que les années 1849 et 1850 nous offriraient peut-être un type de maladies différentes dans leur fond, quoique assez analogues dans leur apparence.

Ne pourrait-il pas se faire qu'en 1849 les éléments typhus et fièvre palustre se fussent réellement unis pour former un tout morbide? La mortalité a été très-considérable cette année. Chez certains sujets qui avaient offert des signes évidents de fièvres palustres et d'affection typhique, l'autopsie a démontré sinon des ulcérations, au moins les glandes du petit intestin manifestement gonflées. Le sulfate de quinine a rendu d'éminents services, mais dans un nombre très-notable de cas il a semblé ne détruire qu'un élément de la maladie, l'élément palustre, et laisser l'autre, le typhique, poursuivre son cours fatal.

En 1840, les affections dont nous parlons ont certainement été tout autres. Si nous ne sommes explicite pour 1849, nous affirmons pour 1850. Ici ce ne sont plus deux éléments qui se combinent pour former une affection binaire; ce sont des fièvres de nature et d'origine purement paludéenne qui prennent accidentellement le masque typhoïde. tout comme dans d'autres circonstances elles revêtent fortuitement la forme pectorale, abdominale, comateuse, délirante, algide, etc. On voit que la différence est immense : ici, il ne s'agit que d'une forme, que d'un symptôme ; là, nous avons affaire à un élément réel engendré par une cause spéciale.

N'ayant pas sous les yeux la relation de M. Mersseman, nous ne pouvons rechercher dans quelle classe devrait se ranger la maladie par lui observée.

Vous parlez, cher confrère et collaborateur, de la rapidité de la guérison dans les deux cas cités par M. Mersseman ; c'est une analogie de plus qui rattache ces deux cas à quelques autres qui nous appartiennent. Je m'exprime ainsi dans l'HISTOIRE MÉDICALE DE 1850 : « En étudiant avec soin la maladie dans toutes ses phases, on s'aperçoit, lorsqu'elle est consécutive, qu'elle ne consiste qu'en une forme, en un état putride accompagnant la fièvre paludéenne. Quand elle est primitive, elle débute avec une telle rapidité que nous avons vu le fuligo et la stupeur exister déjà les deuxième et troisième jours, à partir de l'invasion elle-même subite et sans prodromes. Dans la dothinentérie, les phénomènes se développent au contraire graduellement. Cette fièvre rémittente à forme typhoïde cède quelquefois *avec une rapidité égale à celle de son développement*, ce qui fournit encore un élément précieux de diagnostic. Enfin, à l'époque dont nous parlons, les militaires arrivés depuis l'occupation n'ont peut-être pas présenté cinq fièvres typhoïdes pour toute l'armée, » ce qui évidemment éloigne l'idée de faire intervenir l'élément typhique et conduit à ne voir qu'une forme accidentelle dans cette phénoménisation typhoïde.

Toutes ces questions demandent à être creusées plus profondément, et les faits sur lesquels nous nous appuyons seront consignés dans notre CLINIQUE DES HÔPITAUX MILITAIRES DE ROME ET DE CIVITA-VECCHIA.

Je termine ici, bien cher confrère et collaborateur, ces esquisses un peu lestement dessinées à cause de la nécessité de se hâter, quand, éloigné de plusieurs centaines de lieues, on veut néanmoins se mêler à une question d'actualité. Vous avez été et vous demeurez sage et prudent, en prenant vos réserves au sujet de la fièvre paludéenne à forme typhoïde de M. Mersseman, cette affection n'étant pas au nombre de celles qu'on rencontre dans la pratique parisienne ; mais nous pensons que plus de hardiesse nous a été légitimement permise, à nous auquel l'Algérie et les États romains ont rendu familières de pareilles affections.

Les épidémies des Flandres décrites, l'une par M. Warlomont, l'autre par M. Mareska, rentrent donc dans le typhus fever des Anglais et des Américains. Quant à l'affection signalée par M. Mersseman, tout porte à croire qu'elle est bien, comme le pense ce médecin, *une fièvre paludéenne à forme typhoïde*. La seule question sur laquelle nous prenons nos réserves est celle-ci : la forme typhoïde dépend-elle d'un élément spécial de nature dothinentérique, ou n'est-ce qu'un accident fortuit? Je vous prie aussi de ne pas oublier que l'existence de cette maladie complexe à deux éléments, palustre et typhique, n'est pas encore bien établie à mes yeux (1).

F. JACQUOT,
Médecin des hôpitaux militaires de Rome.

(1) Notre bienveillant correspondant, en voulant bien louer ce qu'il appelle notre sage réserve, nous dispense de la motiver ici. Nous rappellerons seulement que l'absence de renseignements nécroscopiques dans les observations de M. de Mersseman, quelque confiance que nous ayons dans le talent de ce confrère, ne nous permettaient pas de fixer *d'une manière certaine* leur signification nosologique, du moins dans le sens où l'entend l'école moderne et où l'entendaient la plupart des orateurs qui ont pris part à la discussion de l'Académie belge; que, de plus, les observations de M. de Mersseman, recueillies dans un couvent, ne ressemblaient pas (si nos renseignements sont exacts) à celles d'autres praticiens de la même localité, et ne pouvaient, en tout cas, suffire à déterminer le caractère de *toute l'épidémie de la Flandre occidentale*, qui était seule en

déguisée. Contraint donc de m'absenter, je ne revins à Paris qu'au bout de plusieurs années. A mon retour, je me hâtai d'aller voir mon ancien ami, mais on m'apprit qu'il demeurait dans un des plus brillants quartiers de la capitale. J'y courus plein d'espoir et d'impatience ; mais quel fut mon étonnement, l'appartement qu'occupait Édouard était vaste, meublé avec élégance et un goût très-recherché ; tout y annonçait la fortune et le luxe. Je m'en réjouis d'abord et lui en témoignai franchement ma satisfaction. Mon ami me reçut avec plaisir, et néanmoins quand je lui parlai du changement heureux de sa position, il me fut facile de distinguer un certain embarras que je ne pouvais m'expliquer. Mais le mot de l'énigme ne tarda guère à m'être donné. Je vis des confrères, je les entretins d'Édouard C..., et ma gré leur réserve, leur réticence, je sus bientôt par quelle route fangeuse ce médecin était arrivé à la fortune. Il avait franchi cette île fatale *escarpée et sans bords* de l'honneur médical. J'en éprouvai un amer regret et comme il m'avait invité à l'aller voir, je lui demandai compte sans détour, et au nom de notre ancienne amitié, d'une conduite si peu en rapport avec ses anciens principes. Mais loin d'une certaine humiliation à laquelle je m'attendais, je trouvai au contraire un homme très-aguerri, très-disposé à défendre sa nouvelle position. Plusieurs fois notre polémique à cet égard fut vive et ardente. J'en donne ici le résumé très-exact, le lecteur jugera de la force et de la vérité des argumentations.

— Je prévois, mon ami, me dit Édouard C..., les reproches qui dans votre esprit couvent contre moi; je les lis dans vos regards et sur votre front soucieux. Vous allez monter sur les grandes échasses des devoirs, de ce qu'on doit à la profession, etc, A quoi bon? Pensez-vous que je n'ai pas bien réfléchi avant de me déterminer? Vous seriez dans l'erreur. Longtemps j'ai supporté avec patience la misère où se trouvaient les miens, mais elle augmentait, mais les échéances des billets se précipitaient sur nous, j'étais à bout d'héroïsme; je pris donc mon parti, je voulus mettre un impôt sur la bourse des niais, des crédules, des ignorants ; vous le savez, ils sont les plus nombreux, c'est l'Évangile qui l'a dit.

— Je comprends, lui dis-je, avec une tristesse mêlée de fermeté, vous vous êtes fait empirique, disons-le mot, charlatan ; Édouard, que sont devenus votre fierté, votre orgueil, vos sentiments si élevés? comment avez-vous pu franchir cette limite de l'honneur médical, à porte basse, passant courbé?

— Que voulez-vous ! nécessité fait loi. En entendant les gémissements de mes enfants, en voyant notre dénûment, en écoutant cette voix intérieure qui me disait : *Medice, ale te ipsum*, médecin, nourris-toi toi-même, je renversai tout à coup la barrière des préjugés de profession. Mourir de faim avec du mérite, c'est rebattu comme le bon sens, c'est vieux comme la vérité ; or je me souciais peu d'une pareille couronne.

— Eh bien ! qu'avez-vous fait pour contaminer aussi résolument la robe doctorale?

— Ce qu'on fait ordinairement ; j'inventai des remèdes souverains infaillibles; la pâte de Regnault et les pilules de Morison, etc., ne m'allaient pas à la cheville ; je fis des prospectus, des annonces ; j'expédiai le succès *franc de port* par la poste. Je me fis déclarer grand homme dans la quatrième page des journaux, faisant répéter par tous les échos de la presse, en parlant de mes drogues, que

CLINIQUE MÉDICALE.

RECHERCHES CLINIQUES SUR LE CANCER UTÉRIN; par M. C. FORGET, professeur de clinique médicale à la Faculté de Strasbourg.

(Suite et fin. — Voir le numéro précédent.)

II. — DU CANCER UTÉRIN COMME CAUSE DE DISTENSION RÉNALE.

Le cancer utérin agit sur les organes circonvoisins soit par l'inflammation qu'il provoque, ainsi qu'on l'a vu dans l'article précédent, soit par propagation de la dégénérescence comme cela se voit si souvent à l'égard de la vessie et du rectum, soit enfin par simple effet mécanique. Ce dernier mode d'action, qui paraîtrait devoir se borner aux organes contigus, donne lieu parfois à des effets éloignés; c'est ainsi que la compression des vaisseaux pelviens peut donner lieu à une infiltration des membres inférieurs qu'il ne faudrait pas confondre avec l'œdème résultant de la cachexie cancéreuse.

Un des effets les plus singuliers de cette compression se réfléchissant au loin est sans contredit la formation des kystes rénaux. Ce résultat a été signalé par les auteurs, et M. Rayer s'exprime en ces termes : « La dégé- » nérescence cancéreuse de l'utérus est une des causes les plus fréquentes » de la rétention de l'urine dans les uretères, et par suite de leur dilatation » et de la dilatation du bassinet et des calices, et enfin de l'atrophie du » rein. » (MAL. DES REINS, t. III, p. 486.) Le même auteur rapporte une observation intitulée : « Cancer du rectum et de l'utérus; dilatation des » deux uretères; dilatation des bassinets. » (*Ibid.*, p. 132.) J'ai donc été quelque peu surpris de voir dans un compte rendu des séances de la Société de biologie dont M. Rayer lui-même est président, qu'un fait de ce genre ait vivement piqué la curiosité de cette honorable compagnie. Il s'agit d'une observation présentée par M. Folin, en février 1849, au sujet de laquelle le savant rapporteur, M. Lebert, s'exprime en ces termes : « Les dilatations » considérables du rein, sous l'influence d'obstacles au cours de l'urine, » ne sont pas assez communs dans la science pour ne point en mentionner » un exemple remarquable. » Le fait est celui d'une femme de 40 ans accouchée précédemment, nonobstant un cancer avancé de l'utérus, chez laquelle une tumeur se dessina dans le flanc gauche et fit des progrès jusqu'à la mort. L'autopsie révéla une énorme tumeur du rein gauche distendu par du liquide, ainsi que l'uretère dont l'extrémité vésicale était enveloppée et comprimée par le cancer utérin. M. Lebert ajoute : « Le développement » de cette tumeur, la difficulté de son diagnostic, sa rareté la rendent l'un » des faits les plus curieux de l'histoire des maladies des reins. » (GAZ. MÉD. DE PARIS, 31 mars 1849.)

S'il en est ainsi, nos confrères nous sauront gré peut-être de leur transmettre deux faits analogues qu'il nous a été donné d'observer à notre clinique.

CANCER DE L'UTÉRUS; DILATATION PASSIVE DES URETÈRES ET DES REINS.

OBS. III. — Une femme de 46 ans, primitivement de bonne constitution, couturière, entre à la clinique le 20 octobre 1840. Elle raconte qu'il y a cinq mois qu'elle a commencé à perdre insensiblement l'appétit et les forces. Elle présente actuellement une pâleur jaunâtre généralisée, avec un peu de bouffissure de la face et d'œdème des extrémités inférieures. Anorexie, constipation, urines rares ne précipitant pas par l'acide nitrique. Tuméfaction notable du foie, lequel est douloureux à la pression. Respiration normale; point de fièvre; rien du côté du cœur. Quant aux organes génitaux, la malade n'accuse qu'un peu de fleurs blanches; elle dit que ses menstrues sont régulières (tisane nitrée). Bientôt surviennent des vomissements et de la diarrhée (potion de Rivière, frictions de pommade iodurée sur la région hépatique). Il survient des selles sanguinolentes; les urines coulent involontairement; la malade exhale une odeur repoussante; alors seulement le toucher fait constater un cancer du col utérin. La malade s'affaiblit rapidement et succombe huit jours après son entrée à l'hôpital.

NÉCROSCOPIE. — Maigreur; anasarque. A l'ouverture de la cavité abdominale, on trouve que le foie est énormément développé, recouvrant l'estomac et la rate et descendant jusqu'à la crête iliaque droite; il est simplement hypertrophié, sans vestige d'aucune autre altération; la vésicule est remplie de bile normale. Le tube digestif n'offre pas d'altération appréciable.

Les deux reins sont très-volumineux, décolorés; les calices et les bassinets sont distendus par un liquide abondant qui dilate également les uretères de manière à leur donner le volume du doigt. La matrice augmentée de volume, bosselée, dégénérée dans toute son étendue, occupe la presque totalité du petit bassin. Le col utérin est végétant, noirâtre, friable. La vessie et la terminaison des uretères sont comprimées par la masse squirrheuse de l'utérus. Il en est de même du rectum. Telle est évidemment la cause directe de la rétention des urines dans les voies urinaires supérieures.

On remarquera combien le diagnostic fut insidieux : la malade portait le cachet de la cachexie cancéreuse, mais elle affirmait que les fonctions génitales étaient régulières. Ce n'est que peu de jours avant la mort que les selles sanguinolentes, l'incontinence d'urines et surtout l'odeur fétide *sui generis* appelèrent l'attention vers le siége réel du mal.

Voici la seconde fois que nous trouvons le foie considérablement augmenté de volume; quel rapport établir entre le cancer utérin et cette hypertrophie du foie? N'y a-t-il que simple coïncidence? Mais ce qui nous intéresse le plus pour le moment, c'est cette double hydronéphrose qui dut nécessairement passer inaperçue, les reins se trouvant recouverts par l'énorme développement du foie.

L'observation suivante est remarquable par d'autres circonstances.

HYDROPISIE ENKYSTÉE DU REIN, RÉSULTANT DE L'OBLITÉRATION DE L'URETÈRE PAR UN CANCER UTÉRIN.

OBS. IV. — Le 9 septembre 1838 entre à la clinique une femme âgée de 44 ans. Elle raconte qu'il y a six mois, à la suite d'un refroidissement, elle fut prise de douleurs dans les lombes, puis dans les cuisses. Depuis lors elle a cessé d'être réglée; elle a un écoulement blanc, fétide. Le toucher fait constater une dégénérescence avancée du col utérin qui est ulcéré, végétant. Il n'y a point eu de pertes sanguines. (Injections détersives, bains, narcotiques, régime léger.)

Les téguments prennent graduellement une teinte jaune terreuse, les extré-

---

question. Quant aux fièvres paludéennes à forme typhoïde, nous regardons comme un bonheur pour les médecins militaires de l'Algérie, pour M. Jacquot en particulier, d'en avoir mis l'existence hors de doute.

A. D.

Ce procédé *nouveau*, miracle inespéré,
Par ce savant docteur est enfin retrouvé.

Des fiacres stationnaient à ma porte, des gratifications secrètes furent données à des portiers de bonne maison. J'avais des *allumeurs de chalands* qui soignaient ma réputation; j'eus des prôneuses, des prôneurs, et même quelques compères salariés. Il y avait dans mon salon d'attente des gens bien portants qui non-seulement faisaient nombre, mais assuraient aux consultants qu'ils avaient été très-malades et que je les avais parfaitement guéris. Mon cabinet surtout était resplendissant et somptueux, cela fait toujours bien. Au fait, disais-je, gagner de l'argent en se donnant tant de mal, n'est-ce pas de l'argent bien gagné? Agir autrement, c'est pure duperie, et puis, selon un personnage de comédie : « Dites-moi, mon honneur, en serez-vous plus gras? »

— Quel métier! mon ami, quel effroyable métier! que vous avez dû souffrir pour recourir à de pareils moyens de se faire connaître. N'est-ce pas la voie honteuse et bourbeuse des plus vils histrions?

— J'ai un peu pâti, je l'avoue, dans le commencement, mais je me suis aguerri. D'ailleurs, pour me soulager, je voulus gagner de l'argent sans trop afficher l'empirisme; or c'est là le point délicat et pour ainsi dire idéal; il faut alors un mélange d'audace et de ruse, de profonde et adroite hypocrisie, de faux air de savant qui assurément n'est pas commun. Croyez-le bien, n'est pas grand charlatan qui veut, chaque chose a son génie. Faire non-seulement valoir la drogue, mais aussi le savoir, le talent, de celui qui la débite, tel est le but, et on y parvient en sachant s'y prendre. Criez au public que vous êtes habile, ne vous lassez pas; d'abord on vous écoutera peu, puis vous en imposerez à quelques sots crédules, la foule se grossira peu à peu, et ceux même qui vous méprisaient finiront par être de l'avis de la multitude. N'est-ce pas là de la fine, de la haute flouerie?

— Cette théorie, malheureusement, peut être vraie : c'est la théorie de la fourberie, du mensonge et de la fraude. Édouard, vous n'oserez jamais dire le contraire. Mais quelle idée vous êtes-vous donc faite de notre profession? Le prêtre vit de l'autel, d'accord; mais quand les offrandes sont médiocres, doit-il ruser, tromper pour les augmenter? Nulle exception ne peut être admise dans le code des devoirs, même lorsqu'il s'agit de la lutte contre les obstacles et la nécessité. Cette lutte est de tous les temps, mais elle doit être franche et honnête. Que direz-vous du marchand qui altère sa marchandise, du filou qui escamote votre bourse, etc.? Croyez-vous que la différence soit bien grande?

— Oui, dit Édouard C..., la différence est grande dans ce sens que nous trompons, si cela est en effet, pour l'utilité des gens. C'est tout simplement un art de fascination, non-seulement employé pour les sots, mais aussi pour les hommes d'esprit, et ceux-ci ne sont pas les derniers à s'y laisser prendre.

— Eh qu'importe! il ne s'agit ici ni des sots, ni des gens d'esprit, ni du monde, il s'agit d'être médecin et de l'être dans toute la grandeur et la vérité de l'expression. Décidément faut-il vous compter parmi les infâmes qui déshonorent leur profession en trafiquant de la vie et de la mort des hommes? Êtes-vous de ceux que l'argent console de la honte?

— Tout ce que vous voudrez, mon cher, j'y consens, pourvu que vous pesiez mes motifs avec équité. Mais soyez-en bien convaincu, passer de zéro à dix mille livres de rente, il ne faut pas trop regarder à la planche... .

mités inférieures s'infiltrent, la malade s'épuise graduellement et succombe enfin le 20 janvier, dix mois après l'invasion des premiers accidents.

NÉCROSCOPIE. — Le col et une partie du corps de l'utérus, le vagin, la paroi postérieure de la vessie et la paroi antérieure du rectum sont confondus dans une masse dégénérée, ramollie. On découvre dans l'hypocondre droit une tumeur volumineuse, arrondie, offrant de 6 à 7 pouces de diamètre, refoulant le foie auquel elle est unie par quelques adhérences, ainsi qu'au colon tranverse en avant. Extraite de l'abdomen, on reconnaît que cette tumeur est formée par un vaste kyste du rein divisé en deux loges principales et rempli d'une serosité rougeâtre se continuant dans l'uretère, lequel offre une dilatation du volume du doigt depuis le kyste jusqu'au bas-fond de la vessie où il se perd dans la masse cancéreuse. L'artère rénale est atrophiée; la veine émulgente, au contraire, irradiée en rameaux volumineux sur la tumeur.

Rien de particulier dans les autres organes.

Il est évident que cette hydropisie rénale était le produit tout mécanique de l'oblitération de l'uretère, occasionnée par la dégénérescence cancéreuse.

Dans la premiére de ces deux observations, les deux reins étaient distendus, mais en proportion modérée; dans la seconde, le kyste est bien plus volumineux, mais un seul rein est affecté. La distension rénale sera simple ou double, suivant qu'un seul uretére ou les deux seront affectés. Mais suivant l'un ou l'autre cas les phénomènes physiologiques seront différents : l'oblitération d'un seul uretère ne supprime pas complétement la fonction urinaire, l'organe sain suppléant l'autre; mais lorsqu'il y a oblitération des deux uretères, on ne peut concevoir l'absence de graves accidents et de la fièvre urinaire que par la filtration partielle de l'urine dans la vessie. Toujours est-il que dans les observations de ce genre publiées jusqu'à ce jour aucun des malades ne paraît avoir succombé à la rétention d'urine. La complication rénale ne paraît même pas avoir avancé sensiblement la catastrophe. Cette circonstance est d'autant plus heureuse que nous ne voyons pas trop par quel moyen on pourrait remédier à la rétention complète des urines par oblitération des uretères, si ce n'est par une opération grave et chanceuse, la néphrotomie; et encore faudrait-il que le diagnostic de cette complication fût moins obscur qu'il ne l'est dans la plupart des cas. Ainsi dans notre première observation la distention rénale était complétement masquée par le développement du foie; dans la seconde, la tumeur est passée inaperçue, la malade n'ayant jamais accusé rien d'anormal du côté de l'abdomen; alors même que la tumeur est constatée, l'observateur est assez embarrassé pour déterminer l'organe qui en est le siége, vu l'absence de symptômes patents du côté des voies urinaires.

III. — DE QUELQUES COMPLICATIONS ASSEZ RARES DU CANCER UTÉRIN.

§ Ier.

Il est un fait aujourd'hui constaté par d'assez nombreuses observations : c'est que la femme peut concevoir et accoucher malgré l'existence d'un cancer utérin. Il est probable cependant que ce privilége est borné au cancer du col, car le travail de fécondation qui peut s'effectuer tant que le col est perméable suppose très-vraisemblablement l'intégrité de la cavité utérine pour la descente de l'ovule, la formation de la caduque, etc. Les opérations hasardées de Lisfranc, lesquelles ont donné lieu de constater des conceptions, des grossesses et des accouchements heureux après l'ablation du col utérin, viennent à l'appui de cette opinion.

Quoi qu'il en soit, ce n'est pas chose ordinaire que cette fécondation de l'utérus cancéreux, et un accouchement récent peut très-bien justifier les doutes élevés à l'occasion du fait suivant.

ACCOUCHEMENT RÉCENT; CANCER UTÉRIN AVANCÉ.

OBS. V. — En mars 1841 entre à la clinique une femme de 40 ans environ, d'assez bonne constitution en apparence, laquelle est accouchée à terme et sans accident, il y a seulement trois semaines. Elle accuse de la douleur dans la région génitale; il existe un écoulement assez abondant, blanchâtre et fétide. Une déchirure non cicatrisée existe à la fourchette. Le toucher fait reconnaître une déformation du col dont l'orifice est irrégulier, végétant, comme frangé. La circonstance d'un accouchement recent nous fait concevoir quelques doutes sur la nature cancéreuse de cette affection. La maîtresse sage-femme de l'hôpital civil, mademoiselle L..., est appelée à donner son avis; elle incline en faveur d'une déchirure multiple du col utérin occasionnée uniquement par le passage du fœtus; elle invoque comme preuve la déchirure de la fourchette. Je n'en persiste pas moins dans l'idée que l'altération du col est de nature cancéreuse. En effet, le désordre fait des progrès; bientôt la malade se plaint d'une incontinence d'urines; le toucher et l'inspection au speculum font reconnaître que les urines sortent par le vagin a travers une fistule vésico-vaginale existant près du col utérin et qui est indiquée par une dépression dans laquelle s'engage la pulpe du doigt explorateur (1). La cachexie cancereuse se développe. La malade desespère de ne pas obtenir de soulagement, passe dans une autre salle où elle ne tarde pas à succomber. L'autopsie fait constater les desordres reconnus pendant la vie.

N'est-il pas probable que le cancer utérin existait lors de la conception ou pour le moins lors de l'accouchement? et pourtant la grossesse est arrivée à terme. Cette grossesse et cet accouchement heureux ont pu jeter quelque incertitude sur la nature de la lésion utérine constatée trois semaines seulement après la délivrance; néanmoins les caractères mêmes de cette lésion et la notion de la possibilité de l'évolution normale de la grossesse, nonobstant le cancer utérin, nous ont permis de nous faire une opinion que les événements ont justifiée.

Dans le fait que nous avons extrait des séances de la Société de biologie, la malade était également accouchée malgré son cancer; mais il avait fallu inciser légèrement le col utérin, qui refusait de se dilater.

Faut-il admettre que la grossesse retarde la marche du cancer? Cette opinion me paraît faire trop d'honneur à la nature préservatrice. Est-il vrai que le cancer prend une marche rapide après l'accouchement? Cela me paraît plus rationnel et s'explique suffisamment par la violence exercée sur les parties malades par le passage du fœtus.

§ II.

Les femmes comme les hommes, peut-être plus que les hommes, sont exposées au cancer du rectum; car, indépendamment des causes communes aux deux sexes, il existe chez la femme une cause spéciale, c'est la propa-

(1) Il existe actuellement à ma clinique (août 1849) une femme affectée de cancer utérin avec fistule urinaire; le doigt indicateur pénètre facilement par l'orifice fistuleux et parcourt la surface interne de la vessie revenue sur elle-même.

— Au contraire, il faut y regarder souvent et avec la plus sévère attention, pour voir si cette planche n'est pas souillée, si elle ne conduit pas au déshonneur, si la route n'est pas celle où aucun médecin honnête n'oserait passer. Car ne vous y trompez pas, quand on est dans cette fange jusqu'à la cheville, on s'y enfonce bientôt jusqu'aux genoux; dès que la raison chancelle, il est aisé de la renverser. En effet, à peine a-t-on fait les premiers pas que bientôt s'effacent ces scrupules, ces délicatesses d'âme, cette pureté de conscience si justement résumées dans ces mots, la RELIGION DU MÉDECIN.

— Vous n'appréciez nullement mes motifs à leur juste valeur. Comment ne voyez-vous pas que le cruel, que l'implacable *primo vivere* a été la cause determinante de ma conduite? Mon exemple prouve qu'il y a des cas où la nécessité est véritablement une déesse puissante et tutélaire. Après avoir beaucoup travaillé, beaucoup souffert, beaucoup espéré, quelle était ma position? Au plus bas de l'échelle sociale; or, je l'avoue, le rôle de Décius ne me va en aucune façon. Et puis, qu'est-ce que la vie dans notre monde actuel? N'est-ce pas tantôt un jeu au plus fin, tantôt un combat au plus fort; je me suis décidé pour le premier, et ce parti a été pour moi la *bouée* de sauvetage. Je sais à quoi m'en tenir sur ce qu'on nous dit dans les livres sur le sacerdoce du médecin, sur ces nobles hâbleries d'austère conduite médicale et autres balivernes plus ou moins philosophiques qui n'aboutissent qu'à la misère et à l'abjection. Pour honorer une profession, il faut qu'elle vous honore, il faut qu'elle couronne vos efforts, il faut qu'elle vous aide, qu'elle vous abrite, qu'elle aplanisse certains obstacles; en est il ainsi aujourd'hui de la médecine? Suivre la voie ordinaire, n'est-ce pas suivre la voie douloureuse? J'ai fait autrement et la fortune m'a visité. D'ailleurs, mon intention n'est pas de continuer l'exercice de mon art, je veux me retirer, vivre tranquille avec quelques milliers d'écus qui ne doivent rien à personne.

— Qui ne doivent rien à personne! y pensez-vous? Ils coûtent peut-être la vie à une foule d'individus; ils coûtent à la profession un membre gangrené, un apostat, couvrant son diplôme d'orviétan; ils coûtent à la morale l'infraction de ses lois les plus formelles. Ils ne doivent rien à personne! mon cher Édouard, ne répetez jamais ce blasphème. Vous voulez, dites-vous, par *cessation de commerce*, vous retirer et vivre paisiblement. Permettez-moi de vous le dire en toute franchise, vous ne ressemblez pas mal au marquis de Conflans, disant à Louis XIV : « J'ai volé, j'ai pillé, c'est vrai, sire..... mais depuis que j'ai cinquante mille livres de rente, je ne pille plus..... je me range. »

— Tout cela ne m'émeut point, mon cher et ancien ami, parce que tout cela est mal fondé. Vous dites, avec ces médecins au cœur gonflé d'orgueil, comme leur esprit d'un stérile savoir, que ma méthode, mes médicaments ont coûté la vie à beaucoup de gens. Qu'en savez-vous? Vos remèdes sont-ils plus efficaces que les miens? Vous le dites, mais l'expérience le prouve si peu, qu'on vient à nous quand vous êtes à bout de moyens, que votre thérapeutique a montré toute son impuissance. Au moins savons-nous entretenir, conserver l'espérance non pas avec de grands mots qui font de grandes dupes, mais avec un aplomb, avec une assurance qui charment le malade. Ignorez-vous que, dans les derniers replis du cœur humain, existe une fibre secrète que nous seuls savons toucher? Et puis il est en notre faveur un argument dont la valeur est d'un grand poids. Si le malade guérit, alors le triomphe est complet, éclatant, les cent voix de la re-

gation du mal des parties génitales au rectum. La femme est donc sujette à la fois au cancer primitif et au cancer secondaire ou propagé de l'intestin rectum. Dans les cas de complication de ces deux affections, le point de départ est presque toujours aux parties génitales. Cependant le contraire peut avoir lieu; c'est ce qu'il importe de faire remarquer pour faire éviter l'erreur, peu grave il est vrai, dans laquelle je suis tombé moi-même.

CANCER DU VAGIN ET DE L'UTÉRUS PROCÉDANT D'UN CANCER DU RECTUM.

OBS. VI. — Une femme à l'âge du retour se présente à la clinique en mars 1849; elle souffre depuis plusieurs années de douleurs pelviennes avec écoulement vaginal; elle est amaigrie et d'une pâleur jaune terreuse. Notre attention se porte immédiatement vers les organes génitaux. Le toucher fait constater une dégénérescence avancée du vagin, surtout à la paroi postérieure. La désorganisation s'étend en haut jusqu'à la lèvre postérieure du museau de tanche, qui est ulcérée, végétante. En bas, la dégénérescence se répand du vagin sur le périnée et autour de l'anus, ce qui nous explique les douleurs que la malade éprouve en allant à la selle et les pertes sanguines qu'elle fait alors. Nous diagnostiquons un cancer du vagin s'étendant au col utérin et à l'anus.

Après quelques semaines de séjour à l'hôpital, la malade succombe à l'épuisement et à la douleur, en dépit des moyens rationnels mis en usage.

A la nécroscopie, nous constatons ce que le toucher nous avait permis de reconnaître pendant la vie; mais nous reconnaissons que la dégénérescence du rectum est beaucoup plus avancée et plus étendue que celle du vagin, ce qui nous oblige à reconnaître que le rectum a été le point de départ de la lésion, et que ce n'est que secondairement que celle-ci s'est étendue au vagin, puis au col utérin.

Les végétations cancéreuses de l'anus indiquaient donc le passage du mal du rectum au vagin et non pas du vagin au rectum, comme nous le supposions. Le toucher rectal aurait-il pu faire éviter cette erreur? Mais, indépendamment de la douleur vive, insupportable peut-être, que cette manœuvre eût provoquée, est-il prudent de distendre, de déchirer par l'introduction du doigt le rectum dégénéré? Au demeurant, la pratique eût peu gagné à cette rectification qui n'intéressait guère que le diagnostic. Voilà néanmoins une nouvelle cause d'erreur qu'il importe de prévoir et d'éviter.

§ III.

L'observation suivante met en lumière une complication du cancer utérin à peu près ignorée jusqu'à ce jour, d'autant plus ignorée que cette complication constitue par elle-même une maladie d'invention toute nouvelle, ou du moins dont l'histoire a reçu de précieux développements dans ces dernières années; il s'agit de la phlébite dite spontanée ou de cause interne.

CANCER UTÉRIN RÉVÉLÉ PAR UNE PHLÉBITE SPONTANÉE.

OBS. VII. — Une femme de 39 ans, originairement de bonne constitution, mère de plusieurs enfants, se disant ordinairement bien réglée, prétend avoir toujours joui d'une bonne santé, lorsqu'il y a six semaines elle ressentit des douleurs lombaires qui se propagèrent à l'hypogastre, et plus particulièrement dans la région inguinale gauche. Ces douleurs allèrent en s'aggravant et s'étendirent à tout le membre abdominal gauche dont les mouvements devinrent douloureux, et qui se tuméfia en procédant de haut en bas. Du reste, elle assure que toutes ses fonctions s'exécutent normalement. Des frictions médicamenteuses et quelques ventouses scarifiées sur le membre affecté ont été les seuls moyens mis en usage.

A son entrée à la clinique, le 1er juillet 1849, nous reconnaissons une phlébite spontanée du membre pelvien gauche, lequel est œdématié, douloureux à la pression, surtout dans le trajet des vaisseaux cruraux, où l'on perçoit, dans la région inguinale, un cordon inégal, résistant et volumineux, se perdant sous le ligament de Poupart. Au-dessus et en arrière de celui-ci, on perçoit une tuméfaction obscure, sensible à la pression, due à l'engorgement des glandes et du tissu cellulaire de cette région. La mensuration du membre donne à la partie supérieure de la cuisse 54 centimètres, et au-dessus du genou 39 centimètres (la cuisse droite offrant 40 et 30 centimètres).

A la constation de ces phénomènes se fût borné le diagnostic, si, sachant que la phlébite spontanée est ordinairement liée à quelque affection chronique, nous ne nous fussions pas obstiné à rechercher quelque maladie ancienne. Ne la trouvant pas dans le thorax, dans l'abdomen ou ailleurs, nous eûmes l'idée de pratiquer le toucher vaginal, et à notre grande surprise et satisfaction, nous découvrîmes, en confirmation du principe, un carcinome ulcéré du col utérin, lequel était volumineux, bosselé, végétant, sensible et saignant au toucher. Le col de l'utérus paraît lui-même augmenté de volume, et le mouvement se transmet à la pression de la masse comprise entre le doigt explorateur et la main qui presse sur la tumeur inguinale gauche, laquelle dès lors est reconnue pour un engorgement symptomatique du cancer utérin.

La phlébite spontanée est combattue successivement par des saignées locales à l'aine gauche, des cataplasmes émollients et anodins, des bains tièdes, des lavements, des boissons délayantes et une diète légère. Puis on a recours aux onctions mercurielles et aux doux laxatifs, moyennant quoi la douleur s'apaise, le membre diminue le volume, et la guérison complète de la phlébite spontanée paraît prochaine, lorsque la malade, satisfaite de son état, demande à sortir, onze jours après son entrée, ne conservant qu'un peu d'œdème du membre malade, lequel a diminué de 5 centimètres de circonférence et n'est plus douloureux à la pression. Le carcinome utérin et la tumeur inguinale persistent au même degré.

On a remarqué, dans cette observation, l'absence à peu près complète de signes d'affection utérine, à s'en référer au rapport de la malade, qui se disait bien réglée. C'est la phlébite spontanée qui a mis sur la voie.

Ici surgit la question de savoir s'il y avait phlébite ou seulement coagulation du sang veineux : la douleur initiale et continue, la rénitence, la chaleur du membre, les bons résultats des antiphlogistiques militent en faveur de notre opinion contre celle de quelques auteurs qui, dans les cas analogues, nient l'inflammation veineuse et rapportent tous les phénomènes à la coagulation *spontanée* du sang dans les veines. On pourrait croire, *à priori*, que la tumeur de l'aine a pu comprimer mécaniquement la veine crurale et produire passivement l'œdème; mais les symptômes actifs et la résolution de l'infiltration éloignent cette idée.

§ IV.

Je terminerai ce travail par un fait également rare et curieux, qui paraîtrait appartenir plus particulièrement à la chirurgie, et qui, par cela même, proclame une fois de plus la nécessité pour le médecin de ne pas rester étranger aux notions de cette partie de l'art.

CANCER UTÉRIN; GANGLIONS INGUINAUX; ACCIDENTS D'ORIGINE OBSCURE; TUMEUR HERNIAIRE CONFONDUE AVEC LES GANGLIONS; RÉDUCTION DE LA HERNIE.

OBS. VIII. — Le 25 juillet 1848, une femme de 52 ans entre à la clinique dans un état de cachexie cancéreuse avancée. La malade fait dater de quatre ans l'origine de son affection. Le toucher fait constater une désorganisation considérable du col de l'utérus; les ganglions inguinaux sont engorgés, douloureux, formant une agglomération de petites tumeurs rapprochées à côté les unes des autres. Malgré les résolutifs, les fondants, les narcotiques, la maladie fait des progrès. La malade se plaint souvent de douleurs dans l'aine, qu'on rapporte naturellement aux noyaux glanduleux.

---

nommée l'annoncent dans toutes les coteries; si au contraire le succès ne répond pas à nos efforts, nous disons au malade, souvent avec raison : il n'en pouvait être autrement, vos forces étaient épuisées, vous vous êtes trop longtemps confié à la *vieille médecine*, médecine encroûtée, confinée dans sa routine et son ornière, etc.

— Médecins sycophantes! on sait avec quel art perfide, quelle astucieuse dextérité vous savez vampiriser le public, que la foi aux charlatans est une maladie endémique de l'esprit humain, qu'on exerce impunément ce vil métier, même quand des taches de boue font auréole au front. Mais vous conviendrez qu'il y a dans ce succès même une indélébile flétrissure, parce que vous savez d'une part, et par conviction profonde, que vous trompez, que vous empoisonnez, qu'à l'aide de mensongères promesses de guérison, votre seul but est d'imiter ceux qui ont leurs mains et leurs poches chargées des écus de leurs dupes. De l'autre, vous n'ignorez pas qu'agir ainsi, c'est abandonner le malade aux chances d'un remède banal employé au hasard, sans indication précise, c'est transgresser les règles les plus vulgaires, les mieux établies de l'art, enfin que c'est manquer et forfaire aux lois.

— Les lois! ah! nous y voilà, les lois! Oui, il y a des lois qui contraignent, qui obligent le médecin à de grands sacrifices, à des études longues, pénibles, dispendieuses, à conquérir *trois* diplômes, ce qui n'a lieu dans aucune autre profession. Mais où sont les lois qui lui garantissent en réalité l'exercice de cette même profession, qui la protégent avec efficacité? Celles qui existent ne sont-elles pas absurdes, insuffisantes, frappées d'incapacité? Quant à l'organisation médicale, vieille comédie toujours mise au répertoire et jamais sur la scène, ne savons-nous pas à quoi nous en tenir? Les cancaneries législatives de la chambre des pairs, après le *congrès* médical, ne nous ont-elles pas donné la mesure de ce qu'il fallait espérer? et pourtant il n'y a pas de corporation qui résiste à un défaut de logique dans son institution. Bien plus, la loi actuelle est un *passe-avant* pour ce que vous appelez le charlatanisme et ce que nous nommons la libre-médecine. Il en résulte que ce prétendu exercice illégal ressemble à une persécution, pas autre chose. Il y a *contravention*, non pas délit ni crime; concevez-vous bien la distinction? une amende insignifiante survient, tant mieux, elle fait connaître, elle propage la réputation du condamné martyr; alors la foule accourt et l'argent de l'amende est placé à très-gros intérêts. Faites donc des lois qui aient du sens, de la force, de la vie. En attendant, vous êtes obligés de laisser le champ libre ou à peu près à l'industrie médicale, aux usurpateurs du droit légal du médecin. Cette industrie qui est la nôtre, nous sommes loin de le nier, est vivace, florissante, et cela doit être; vous spéculez sur cette chimère le droit d'exercice; nous autres nous comptons sur la foi en nos paroles, sur l'espérance de guérir, espérance qui ne s'éteint jamais dans l'homme, même sur le bord de la tombe; toutes les chances sont dès lors en notre faveur.

— Raisonnements faux, purs sophismes qu'enfante une conscience troublée, une raison corrompue. Et quand il serait vrai que ces lois sont insuffisantes, est-ce un motif pour les violer? Est-on en droit de prostituer la dignité médicale, de faire descendre les immortels préceptes de l'art aux conditions d'un ignoble métier? Que savez-vous, ces lois n'existant pas, si le mal ne serait pas mille fois plus grand? D'ailleurs quand aucune de ces lois ne serait ni écrite ni

Cependant, un jour ces douleurs sont plus vives, la malade gémit, puis apparaissent des coliques, des nausées, des vomissements; le pouls est petit, fréquent; les extrémités sont froides. Ces accidents ne paraissent plus en rapport avec la cause supposée des douleurs antécédentes. Soupçonnant quelque étranglement, j'examine avec soin les régions inguinales, et je finis par découvrir, au milieu des ganglions engorgés de l'aine gauche une petite tumeur, du volume des tumeurs ganglionnaires, mais lisse, élastique, dépressible. Je soupçonne une entérocèle, j'exerce le taxis et parviens à réduire cette petite tumeur, qui rentre en produisant du gargouillement. Bientôt tous les accidents disparaissent.

Interrogée avec soin, la malade nous apprend que ses douleurs habituelles augmentaient surtout lorsqu'apparaissait cette petite tumeur, dont la réduction spontanée était suivie de soulagement.

Ce fait démontre combien de minutieuse attention réclame parfois le diagnostic; si l'on se fût borné à un examen superficiel, si l'on ne fût parvenu à démêler, parmi ces glandes, la tumeur herniaire qui leur ressemblait au premier coup d'œil, cette femme eût pu succomber à un étranglement de cause ignorée.

Il résulte de l'ensemble de ce travail que certaines obscurités et certaines causes d'erreur assez nombreuses et non prévues par les classiques existent encore à l'endroit du diagnostic du cancer utérin, lequel pourtant paraît, *à priori*, si facile à constater.

Mais, de toutes les causes d'erreur, la plus commune, sans contredit, c'est la timidité, la pudeur intempestive d'une part, et de l'autre la circonspection, quelquefois même la répugnance qui font hésiter la femme à confesser ses maux, et le médecin à constater leur existence au moyen du seul procédé qui puisse fournir des notions positives à cet égard, le toucher. Pour nous, nous ne cessons, par nos exemples et par nos préceptes, d'exhorter les jeunes praticiens à marcher droit au but et à procéder à toutes les investigations nécessaires chez la femme, pour peu que l'attention soit dirigée vers une lésion possible des organes génitaux. On ne saurait calculer combien d'erreurs déplorables sont résultées des omissions à cet égard, et combien de malheurs on préviendrait en ne négligeant jamais cet important élément du diagnostic des maladies du sexe, à savoir l'exploration directe et minutieuse des organes affectés.

LITHOTRITIE.

MÉMOIRE SUR LES PRINCIPAUX ACCIDENTS QUI PEUVENT COMPLIQUER LES OPÉRATIONS DE TAILLE ET DE LITHOTRITIE, ET SUR LES MOYENS DE LES PRÉVENIR OU D'Y REMÉDIER; par J.-E. PÉTREQUIN, professeur à l'École de médecine de Lyon.

(Suite. — Voir les numéros 29, 31 et 35 de l'année 1850.)

DEUXIÈME PARTIE.

ÉTIOLOGIE ET THÉRAPEUTIQUE DES PRINCIPAUX ACCIDENTS QUI PEUVENT COMPLIQUER LA TAILLE.

Nous avons soigneusement étudié la lithotritie dans toutes ses difficultés opératoires, sans dissimuler aucun des accidents qui peuvent s'offrir dans l'application clinique; puis, recherchant leur cause et leur mécanisme, nous avons pris soin d'indiquer à mesure les moyens de les prévenir ou de les combattre chaque fois qu'ils peuvent survenir. Il nous reste maintenant à poursuivre la même étude sur l'opération de la taille.

Parmi les complications intrinsèques, examinons d'abord celles qui dépendent de la nature même du calcul, comme lorsqu'il existe un noyau dur ou métallique. L'introduction accidentelle des corps étrangers dans les voies urinaires constitue une série spéciale de faits dont l'intérêt pratique ne saurait être surpassé que par l'embarras et les difficultés qu'ils suscitent, d'autant plus que, sous ce rapport, il n'est rien formulé de précis ni de général dans les traités classiques de chirurgie; leur présence, comme on le sait, provoque les accidents les plus variés; dans les cas les plus heureux, le malade, après des malaises plus ou moins graves et plus ou moins prolongés, entre dans la catégorie des personnes atteintes d'un calcul vésical.

Dans mon VOYAGE MÉDICAL EN ITALIE, j'ai vu, à Pise, un calcul urinaire dont le noyau était un cure-oreille en ivoire (GAZ. MÉD., 1837, n° 39). A Padoue. j'en ai trouvé 6 qui avaient pour base des épingles dont l'une était également en ivoire (GAZ. MÉD., 1837, n° 42). Sur 166 cas de tout genre que M. Civiale a colligés dans les auteurs (GAZ. MÉD., 1838, n° 17), je ferai remarquer qu'il a fallu recourir 64 fois à l'opération sanglante de la taille, dont les difficultés et les périls ne sauraient alors être comparés à ce qui se passe pour les pierres ordinaires. J'en produirai moi même plus loin des exemples (voy. obs. XXVIII).

Il est vrai de dire que, jusqu'à ces derniers temps, on était peu avancé à l'endroit du diagnostic et du traitement; l'opérateur se trouvait réduit au seul emploi de la sonde comme agent d'exploration. Les instruments de lithotritie ont offert à l'art des ressources précieuses. Toutefois, lorsque M. Leroy-d'Étiolles proposa ses instruments destinés à extraire les corps étrangers tombés dans la vessie ou retenus dans l'urètre, cette proposition parut être repoussée par l'Académie des sciences, on semblait douter de la possibilité de l'application (GAZ. MÉD., 1841, p. 586). Le doute aujourd'hui n'est plus permis; sur les 166 exemples précités, cette méthode peut en revendiquer 26 où l'extraction a été faite par l'urètre sans recourir à une opération sanglante : c'est là une conquête importante de l'art contemporain. De tous les faits rapportés, aucun, à ma connaissance, n'a présenté les particularités de l'observation suivante.

INTRODUCTION ACCIDENTELLE D'UNE LONGUE ÉPINGLE A GROSSE TÊTE, DANS L'URÈTRE, PUIS DANS LA VESSIE; EXTRACTION AVEC LES INSTRUMENTS LITHOTRITEURS; PARTICULARITÉS DU PROCÉDÉ OPÉRATOIRE.

OBS. XIV.—Alice F., âgée de 21 ans, m'est amenée le 23 juillet 1842 par deux sœurs hospitalières de l'Hôtel-Dieu de Lyon, pour extraire un corps étranger qui venait de s'introduire dans les parties génitales. Après de longs préambules, elle me fit l'aveu de sa faute; elle se livrait depuis quelque temps à la funeste habitude de la masturbation; le matin même, une longue épingle à grosse tête dont elle se servait, lui avait échappé en s'engageant dans l'urètre; de vives douleurs ne tardèrent pas à se faire sentir.

L'exploration de la vulve et du méat urinaire ne révélait rien; j'appris que cette épingle, longue comme le doigt, garnie d'une grosse tête à facettes dorées, était de celles dont on se sert pour fixer les châles; elle avait été introduite par la tête, dans la pensée que la pointe pouvait rester encore engagée dans l'urètre, je me servis d'abord d'une pince à pansement; la dilatabilité du canal chez la femme en favorisait le jeu. La pince, en s'ouvrant, ne me fit rien apercevoir,

---

promulguée, il suffit d'avoir reçu les insignes de la profession pour élever son esprit à l'inexorable rigueur d'une sévère moralité. En beaucoup de choses, la loi écrite n'existe pas, mais, comme l'observe Cicéron, *est quædam vera lex*, RECTA RATIO, c'est une sorte de loi qu'une raison droite. Eh bien! par votre conduite. Edouard, vous avez bravé la loi sociale, vous avez attaqué le droit professionnel, jeté de la boue sur votre diplôme. L'odieux *forceps* de la nécessité, passez-moi l'expression, vous a arraché du cœur le grand principe du devoir, vous vous êtes livré aveuglément à la doctrine de l'*utile*, doctrine souvent féconde en conséquences d'un implacable égoïsme. Si tous agissaient et pensaient comme vous relativement à la médecine, elle disparaîtrait à jamais du rang des connaissances humaines, il n'y aurait plus que le suaire à jeter sur cette profession cadavre. Vous dites exercer sur ceux qui osent employer vos remèdes un grand ascendant; je le crois : vous vous adressez à des êtres souffrants, ignorants, et par conséquent crédules, triste motif pour exhausser votre vanité. Qu'en résulte-t-il? D'un côté, vous avez gagné un peu d'argent, mais de l'autre vous êtes tout à fait en dehors de l'honneur de la profession, serpent intérieur qu'on n'étouffe pas aussi aisément que vous le croyez. Vous fuyez vos confrères et vos confrères vous fuient. Ne le niez pas, car ce serait en vain, un sentiment amer de votre position, de votre déchéance, disons la vérité, de votre avilissement, est au fond de votre cœur. sentiment d'autant plus cruel qu'il est éternel, irrémédiable; peut-être même sur la fin de vos jours, arriverez-vous à ce supplice des damnés, le *mépris de soi-même*. Vous vous dites médecin aux gens du monde, quelques-uns le croient, d'autres y ajoutent peu de foi; mais je vous défie de tenir ce langage dans une société de médecins; une clameur universelle de réprobation s'élèverait aussitôt pour vous confondre. Vous êtes à leurs yeux un aventurier, un étranger, un flibustier coureur et happeur de malades. Rappelez-vous ces hautes et solennelles paroles d'Hippocrate: *Sacra sacris communicanda, profanis vero nefas*. Eh bien! on vous compte parmi ces profanes; vous n'êtes plus en communion avec vos confrères, ils vous ont lancé l'anathème et ils ne l'ont pas fait en vain, car je vous connais; la plaie est saignante et ne sera jamais cicatrisée. Mais encore une fois, vous avez de l'argent, grâce à des manœuvres de crécelle en permanence vous pouvez encore augmenter votre pécule; reste à savoir s'il y a compensation entre vos gains et vos pertes; êtes-vous cet homme qui consumé d'une ardeur fixe et dévorante pour le lucre,

« Compte dans son *avoir*, ses recettes de honte. »

Alors je vous plains et n'admire que votre intrépidité d'assurance sur un tel lit d'épines. Ah! vous et les vôtres ne faites que trop voir ce que Pascal appelle le *vilain fond de l'homme*, c'est-à-dire la convoitise toujours en quête de faire des dupes et des victimes.

R. P.

(*La suite prochainement.*)

— L'un des membres assurément les plus âgés du corps médical européen, le docteur Joseph-Simon de la Roche, vient de mourir à Bruxelles, à l'âge de 91 ans. Ce remarquable et respectable vieillard avait été pendant vingt-cinq ans médecin en chef de l'hospice de Saint-Pierre de cette ville.

mais comme elle dilatait le col de la vessie avec le canal, elle laissa échapper l'urine, qui sortit rougeâtre et sanguinolente, ce qui montrait que l'épingle avait déjà piqué la muqueuse : une algalie de femme, pénétrant plus profondément, heurtait contre un corps dur qui, par le frottement et la percussion, rendait un son métallique ; l'épingle était donc tombée dans la vessie. Comment l'extraire? Je procédai comme pour une séance de lithotripsie ; la malade fut couchée sur un divan ; je pratiquai une injection d'eau tiède qui la soulagea beaucoup, et qui devait faciliter le jeu des instruments en développant la poche urinaire. Un brise-pierre courbe à cuillers fut introduit sans douleurs ; j'allai à la recherche du corps étranger pour déterminer sa position et ses rapports ; je le sentis spécialement à gauche, où le choc devenait plus fort et le son plus bruyant ; la malade accusait une sensation de piqûre dans l'aine droite. Je crus pouvoir en inférer que l'épingle était située obliquement dans la vessie, la tête à gauche et un peu en arrière, la pointe en avant et à droite. La position était mauvaise, mais c'était là résoudre un premier problème fort important, car le diagnostic devait beaucoup éclairer la thérapeutique.

Je tirai parti d'une précaution qui m'avait été fort utile dans des séances de lithotritie pour charger de petits fragments de pierre ; elle consiste, lorsqu'on en a reconnu la présence, à déprimer au-dessous, avec les cuillers du brise-pierre, la paroi correspondante de la vessie, de manière à en faire une région déclive en forme d'infundibulum où tombent les débris du calcul ; j'essayai le même procédé à l'égard de la tête d'épingle ; mes essais restèrent stériles à plusieurs reprises : tantôt j'étais trop avancé, tantôt je me trouvais un peu reculé ; d'autres fois les branches du lithotribe, en s'ouvrant, repoussaient le corps étranger au lieu de le saisir. Enfin, après avoir reconnu exactement sa position, j'inclinai sa tige à droite, j'écartai les mors, puis je leur fis éprouver un mouvement de rotation en déprimant le point correspondant de la vessie en guise d'entonnoir déclive, je rapprochai ensuite les deux cuillers, et ma satisfaction fut grande quand je sentis un obstacle qui les empêchait de se fermer.

Toutefois, je n'étais pas encore au bout de mes peines ; quelle partie avais-je saisie? Je constatai que l'échelle du lithotriteur marquait plus de 3 lignes (7 millimètres) ; or la tige seule n'aurait pu produire un pareil écartement. C'était donc la tête qui était prise. Ainsi j'avais réussi complétement dans mes recherches ; mais il eût été irrationnel de se décider à tirer avec violence ; une première traction, faite avec ménagement, provoqua une sensation de piqûre dans l'aine droite. Je relâchai un peu la force compressive, de manière à mettre seulement les branches en contact avec le corps étranger, et à lui permettre de rouler dans les cuillers pendant que je l'attirai doucement à moi ; il s'opéra alors une sorte de version qui donna à la tête une position antérieure à la pointe de l'épingle, et la tige finit par se placer obliquement dans une direction très-voisine de celle du brise-pierre. J'étais arrivé au col de la vessie, mais la branche droite de l'arcade du pubis, contre laquelle arc-boutait le corps étranger, me gênait beaucoup pour l'extraction. J'imaginais d'éviter cet obstacle en déprimant le canal de l'urètre, comme dans la taille chez les femmes par la méthode de Dubois, et faisant ensuite exécuter aux branches des cuillers un mouvement de bascule, de manière à relever le manche et à abaisser la pince, je m'efforçai de dégager l'instrument et sa prise. Toutes ces manœuvres, dont l'expérience m'a révélé l'utilité, me demandèrent moins de temps que de soins et de peines. Je ne saurais dire quelle fut ma joie lorsque je parvins enfin à retirer, au grand contentement de la malade, le corps étranger qui nous avait si fort inquiétés.

C'était une forte épingle en acier, longue de plus d'un pouce et demi (71 millimètres), dont la grosse tête à facettes dorées, d'un diamètre de plus de 8 lignes (7 millimètres) représentait une circonférence de plus de trois quarts de pouce (21 millimètres). Aucune oxydation, ni incrustation saline ne s'était formée sur la tige ; la pointe était très-aiguë ; la tête conservait l'empreinte des mors du lithotriteur.

Après l'extraction, je fis dans la vessie une injection d'eau fraîche, qui fut très-favorable. La malade retourna à pied chez elle ; je conseillai des bains, des cataplasmes émollients et des infusions calmantes, etc. Tout se passa bien ; les règles reparurent régulièrement quelques jours après.

Je vis l'opérée jusqu'au 20 août, et je pus ainsi la surveiller pendant plus d'un mois. Il ne survint pas le moindre accident.

Lorsqu'il s'agit d'un corps étranger tombé dans les voies urinaires, le premier problème à résoudre consiste à en reconnaître non seulement la présence, mais encore la situation et les rapports, ainsi que les dispositions accidentelles qu'il a pu acquérir pendant son séjour, toutes circonstances majeures pour guider dans les moyens curatifs. Ce diagnostic est aussi difficile qu'important : « Il n'est pas aussi facile qu'on pourrait le croire, dit avec raison » M. Civiale, de constater la présence d'un corps étranger introduit dans » la vessie ; nous en avons eu pour preuve une foule de faits anciens con- » signés dans les auteurs, et beaucoup de faits nouveaux. » (Gaz. Méd., 1841, n° 47.) L'exploration veut être faite avec le plus grand soin, mais sans violence ; M. Civiale cite plusieurs cas de mort qui ont suivi des manœuvres peu ménagées ou des extractions opérées avec force (*Ibid.*, p. 746). Il ne suffit point de reconnaître la présence et les rapports du corps étranger, il s'agit de le saisir et de trouver un procédé convenable pour l'amener au dehors sans violenter les organes. La nature, la forme et le volume du corps peuvent beaucoup éclairer à cet égard ; ici, par exemple, il n'y avait que deux hypothèses possibles : l'une qui eût consisté à saisir la tige par le milieu et à la retirer en la recourbant et la pliant en deux, eût été praticable si j'avais eu affaire à une épingle flexible comme celles en laiton qui se faussent aisément ; mais la nôtre était en acier, elle eût résisté fortement, et peut-être n'aurait-on abouti qu'à en enfoncer davantage la pointe dans les parties molles, ou à la briser en deux, et à avoir ainsi deux corps étrangers au lieu d'un, et trois pointes aiguës au lieu d'une seule.

On ne pouvait donc songer qu'à l'extraire par l'une de ses extrémités : la pointe, engagée comme elle l'était dans sa position oblique et supérieure, offrait peu de prise et laissait peu de sécurité à la manœuvre. Je pris la résolution d'aller à la recherche de la tête, placée dans un point reculé mais déclive, et voici comment je formulai mon procédé opératoire : je me proposais, en saisissant la tête, de faire opérer une espèce de version céphalique à l'épingle par un mécanisme en quelque sorte analogue à ce qui se passe pour la tête de l'enfant dans certains accouchements, avec cette immense différence que tous les temps opératoires présentaient ici des difficultés incomparables ; il fallait donc rechercher la tête, la saisir entre les cuillers du lithoclaste, puis l'attirer avec ménagement en avant, de manière à la faire rouler sur son axe, pour lui donner une position antérieure à la pointe, et enfin l'extraire par l'urètre, en la dégageant suivant une ligne courbe en harmonie avec la direction et les dimensions de l'étroite voie à parcourir.

Mon plan était ainsi bien formulé. Je ne me dissimulais point l'extrême difficulté qu'il y avait dans l'exécution, mais il n'y avait pas à balancer. On a vu que le succès fut complet ; il ne fut pas moins satisfaisant dans l'observation qui suit.

INTRODUCTION DANS LA VESSIE D'UNE ÉPINGLE A GROSSE TÊTE, LONGUE DE 6 CENTIMÈTRES ; EXTRACTION AVEC LES INSTRUMENTS LITHOTRITEURS, APRÈS UN SÉJOUR D'UNE SEMAINE DANS LES VOIES URINAIRES.

Obs. XV. — Une femme, âgée de 44 ans, ouvrière en soie à Lyon, se présente à l'Hôtel-Dieu le 2 mai 1846 ; pendant des manœuvres coupables, elle s'est introduit elle-même, dans l'urètre, une longue épingle qui, lui ayant échappé, est tombée dans la vessie. L'accident date de huit jours. Les douleurs qui sont survenues l'ont forcée à venir implorer les secours de l'art. Elle est admise dans le service de M. Pétrequin, chirurgien en chef de l'Hôtel-Dieu, qui procède à l'extraction comme pour une séance de lithotritie. La malade est couchée sur le lit des opérations ; une injection d'eau tiède est pratiquée dans la vessie. M. Pétrequin introduit un lithotriteur courbe, à cuillers, sur le modèle de ceux de M. Heurteloup. Il explore la vessie pour déterminer la position de l'épingle, qu'il trouve située presque transversalement, la tête à droite ; il la saisit d'abord par la tige, alors il pratique, pour s'aider, le toucher vaginal, qui fait reconnaître la pointe à gauche ; il fait aussitôt glisser l'instrument le long de l'épingle jusqu'à sa tête, qui se distingue par un son métallique intense ; il l'attire doucement et réussit à la déplacer vers le col par une sorte de version. Dès lors M. Pétrequin imprime à l'instrument un mouvement de rotation, et met sa courbure en rapport avec la direction du canal sous la symphise qu'on tourne comme un promontoire. Il achève très-heureusement l'extraction du corps étranger. C'est une grosse épingle longue de 6 centimètres, et garnie d'une forte tête en cuivre, à facettes, du volume d'un gros pois.

Le succès des manœuvres opératoires fut complet ; on garda la malade en observation jusqu'au 11 mai, jour où elle sortit de l'hôpital. Il n'était pas survenu d'accidents. (Observation recueillie par M. Chavanne, interne à l'Hôtel-Dieu.)

Pour l'extraction comme pour le diagnostic, M. Civiale accorde la préférence exclusive au trilabe, qu'il a employé avec succès (Gaz. Méd., 1841, p. 744). Sans vouloir déprécier en rien les avantages de cet utile instrument, j'ai cru pouvoir recourir à l'emploi du lithotriteur courbe à deux branches, à l'exemple de MM. Lallemand, Leroy-d'Étiolles, Labbat, etc., j'ai choisi le percuteur à cuiller, qui sa forme me paraissait rendre plus propre à cet office. J'ajouterai qu'à ce même instrument se rapporte l'histoire intéressante d'un passe-lacet extrait de la vessie chez une jeune fille, par M. le docteur Bouchacourt (*Ibid.*, p. 700).

On a remarqué par quel artifice j'ai reconnu la tête de l'épingle, et je suis parvenu à la charger entre les mors, et comment l'échelle graduée nous a servi de guide pour apprécier son volume. La dépression des parois de la vessie, pour y produire un point déclive en infundibulum où tombe naturellement le corps à saisir, constitue une précaution très-efficace quand on a bien su reconnaître sa présence et sa position. Malgré cela, je n'aurais peut-être pas réussi si je n'avais imaginé de faire exécuter à la tête de l'épingle une sorte de version d'arrière en avant, par un mouvement analogue, comme je l'ai dit, à celui qu'on imprime à la tête du fœtus dans certains accouchements. J'y parvins en diminuant le degré de pression des branches, et faisant rouler le corps étranger sur son axe ; je l'amenai ainsi jusqu'au col en lui faisant acquérir une direction très-voisine de celle du percuteur lui-même. On a vu comment je terminai l'extraction, en imprimant à l'instrument un mouvement de bascule sous la symphise.

On ne saurait trop insister sur l'urgence de cette extraction avant que les mouvements des viscères ou les contractions de la vessie n'aient imprimé au corps étranger une situation trop vicieuse, ou que les incrusta-

tions formées par les acides et les sels de l'urine, n'aient augmenté son volume au point d'en rendre la sortie trop difficile ou impraticable (1).

Voilà donc deux cas de corps étrangers où nous avons réussi, grâce aux instruments de lithotritie, à prévenir une opération de taille. Mais on n'est pas toujours aussi heureux, surtout lorsqu'on est appelé trop tard, comme dans l'observation suivante.

INTRODUCTION DANS LA VESSIE D'UN PORTE-PLUME EN CUIVRE; INCRUSTATION DU CORPS ÉTRANGER PAR LES SELS ET LES ACIDES DE L'URINE; TAILLE HYPOGASTRIQUE; PARTICULARITÉS OPÉRATOIRES.

OBS. XVI. — En juillet 1847, M. X... se présente à l'Hôtel-Dieu pour être débarrassé d'un corps étranger dans la vessie; il est admis dans les chambres payantes, service de M. Pétrequin; il est âgé de 37 ans, d'une constitution primitivement forte, mais énervée aujourd'hui; ayant d'abord étudié dans un séminaire pour être prêtre, il s'est ensuite trouvé dans l'isolement et a contracté la funeste habitude de la masturbation. C'est dans cette manœuvre coupable qu'un porte-plume en cuivre fut introduit dans l'urètre, d'où il tomba dans la vessie. L'accident datait de deux mois à son arrivée. Des douleurs étaient bientôt survenues; des besoins fréquents d'uriner se firent sentir; ces besoins devinrent une vive souffrance. Il y avait pesanteur au périnée, ténesme vésical, etc. Il s'y joignit une hématurie. C'est dans cet état fâcheux que le malade vint à Lyon. La présence du corps étranger fut constatée. Comment l'extraire? On ne songea pas d'abord à la taille; car nul doute que l'extraction par les voies naturelles ne soit en tout point préférable à une opération sanglante; deux tentatives furent faites avec les instruments de lithotritie. M. Pétrequin saisit le corps étranger, mais la vessie était tellement irritable qu'on ne pouvait pas manœuvrer à son aise. Le porte-plume ne put être extrait, car il fut impossible de le prendre par une de ses extrémités.

Il fallait donc procéder autrement. M. Pétrequin remarqua que si l'on ne pouvait extraire le corps en le saisissant par un bout, il était du moins facile de le faire saillir à l'hypogastre, et il en tira une modification opératoire propre à simplifier beaucoup la taille sus-pubienne, méthode à laquelle on s'arrêta définitivement, après en avoir soigneusement discuté tous les temps.

Et d'abord il ne pouvait être question de l'incision périnéale préalable du frère Côme qui a l'inconvénient majeur d'ajouter à la gravité de la taille, et d'augmenter les chances d'inflammation, sans être d'aucune utilité contre les infiltrations d'urine vers l'hypogastre.

Dans la plaie extérieure, je m'appliquai à descendre jusque sur le pubis, de manière à diviser complétement le fascia superficialis afin de prévenir l'infiltration urinaire entre l'aponévrose abdominale et lui; j'eus soin pour ouvrir le ventre d'attaquer l'angle inférieur, comme étant le plus éloigné du repli péritonéal. On sait que la sortie d'un flocon cellulo-adipeux annonce qu'on est arrivé près de la vessie. Je n'agrandis l'ouverture qu'après avoir introduit derrière l'aponévrose une sonde cannelée à pointe boutonnée pour refouler le péritoine au devant du bistouri.

Devais-je distendre la vessie? Fallait-il recourir à l'injection préalable de Rousset? rejetée par la majorité des opérateurs, renouvelée par M. Amussat, condamnée de nouveau par M. Baudens, que doit-on en penser? Il me semble qu'elle a l'inconvénient de faire souffrir le malade et qu'elle n'empêche point la vessie de s'affaisser dès qu'on l'a ouverte, le liquide s'écoulant aussitôt. J'ajouterai que Souberbielle que j'ai vu opérer plusieurs fois, et qui est peut-être le lithotomiste moderne qui a le plus souvent pratiqué la taille sus-pubienne, n'y avait point recours. (RAPP. ET DISC. A L'ACAD. SUR LA TAILLE ET LA LITHOT., in-8°, 1835, p. 169.)

Dans les cas ordinaires, je préfère la sonde à dard de Belmas; j'insisterai seulement sur une précaution importante oubliée par Dupuytren et Bégin (DICT. EN 15 VOL., 1831, t. VI, p. 76), comme par la plupart des auteurs. Dès qu'on a ouvert la vessie sur la sonde à dard, elle s'affaisse, la contraction rétrécit l'ouverture et l'éloigne de l'opérateur, ce qui ne laisse pas d'embarrasser beaucoup la manœuvre; en effet dès que le bistouri pénètre dans la vessie, l'extrémité obtuse de la sonde à dard cesse de former un point d'appui, et de soutenir ce viscère au-dessus du niveau du pubis, de sorte que la sonde elle-même franchit l'ouverture de la plaie extérieure; il en résulte à l'instant même un affaissement subit de la vessie qui s'enfonce derrière et au-dessous du pubis, ce qui entrave aussi la terminaison de l'opération, parce qu'il devient difficile d'achever l'incision de la paroi antérieure de l'organe. Scarpa, après avoir avec raison signalé cet inconvénient dans un excellent mémoire SUR LA TAILLE HYPOGASTRIQUE, indique le moyen suivant pour y remédier : « Lorsque le fond de la vessie est relevé par la sonde à dard, il suffit alors de commencer l'incision de la paroi antérieure, non pas exactement le long de la tige de la flèche, mais à une ligne et demie environ du point où elle a traversé la vessie; de cette manière l'extrémité arrondie de la sonde, sur laquelle appuie ainsi une bride formée par la paroi de la vessie, soutient son fond relevé, sans qu'il y ait à craindre que cette poche membraneuse glisse et abandonne l'instrument pendant que l'opérateur incise de haut en bas la paroi antérieure dans une étendue proportionnelle au volume de la pierre à extraire. » (Scarpa, TRAITÉ DE LA TAILLE, trad. d'Ollivier d'Angers. Paris, 1826, p. 60.)

Dans un autre cas de taille hypogastrique, je me suis bien trouvé de mettre ces sages préceptes en exécution tels qu'ils sont exposés; mais ici je m'occupai d'en tirer parti sans employer la sonde à dard, comme on va le voir. J'avais remarqué qu'en saisissant le corps étranger avec le lithotriteur, il m'était facile de le faire saillir à l'hypogastre, et j'imaginai de m'en servir comme d'un conducteur à l'instar de la sonde de Belmas. Dans ce procédé le lithotriteur remplissait à la fois l'office de guide et d'instrument de préhension, et il devait m'aider à faire aisément sortir par la plaie sus-pubienne le porte-plume qui de la sorte se présentait de lui-même à l'extraire. On n'aurait plus qu'à le retirer avec une pince ordinaire, ce qui simplifiait beaucoup la manœuvre en évitant tous les tâtonnements et toutes les recherches.

La modification de Scarpa avait aussi pour but de perfectionner l'incision de la vessie; il faut éviter avec soin de déchirer le tissu cellulo-adipeux qui revêt la paroi antérieure, il importe de la diviser nettement, afin d'éviter l'infiltration de l'urine et les abcès qui en sont la suite. Le procédé de Scarpa permet d'inciser la paroi antérieure de la vessie avec sûreté, et dans une direction qui soit parfaitement en rapport avec celle des téguments. Cela fait, le doigt indicateur gauche glisse dans la vessie, sert à reconnaître le corps étranger et à introduire le *crochet suspenseur* pour soutenir le viscère et empêcher que les intestins ne le dépriment. Cet instrument, perfectionné par Belmas et Leroy-d'Étiolles, facilite beaucoup l'opération en ce qu'il occupe moins de place que le doigt, n'est pas exposé à glisser comme lui et qu'il rend la main gauche de l'opérateur libre pour charger soit la pierre, soit le corps étranger.

Ceci posé, reprenons la suite de l'observation.

Le 20 juillet 1847, l'opération eut lieu. Le malade était préparé par quelques lavements laxatifs dès la veille. On le coucha sur un lit ferme; il fut éthérisé. M. Pétrequin introduisit ensuite un lithotriteur courbe avec lequel il saisit le porte-plume; il attacha alors avec un lien les branches de l'instrument, de peur qu'il ne lâchât le corps étranger; il lui fut ensuite facile de faire saillir ce dernier à l'hypogastre. L'opérateur le confiant aussitôt à un aide, incisa couche par couche sur la ligne blanche en descendant jusque sur le pubis, de manière à diviser complétement le *facia superficialis*. M. Pétrequin ouvrit avec précaution l'aponévrose abdominale en l'attaquant dans l'angle inférieur de la plaie, et il agrandit ensuite l'incision de bas en haut sur une sonde cannelée qui protége et refoule le repli péritonéal; alors imprimant au lithotriteur un mouvement de bascule qui déprimait le manche, il souleva le sommet de la vessie sur la pointe du corps étranger; il incisa la paroi antérieure de ce viscère, en commençant en avant de la pointe de l'instrument, suivant le procédé de Scarpa; mais, attendu qu'il n'avait point de gouttière pour le conduire sur la sonde à dard, il apporta beaucoup de soin dans la pratique de cette incision qui fut heureusement accomplie. On fit ensuite basculer le porte-plume qui fut aussitôt saisi avec une pince à polypes; on le serra fortement pendant qu'on détachait et dégageait le lithotriteur de son côté, et alors la pince amena au dehors un porte-plume en cuivre blanc, long de 7 centim. et déjà fortement incrusté de sels calcaires. Une sonde en gomme élastique fut introduite dans la vessie; après quoi l'opérateur pratiqua par la plaie une injection émolliente qui ressortit par la sonde, et après avoir glissé dans l'incision une mèche de linge effilée, il rapprocha les bords à l'aide d'un pansement à plat. (Tis. violettes et tilleul; potion calmante diacodée; diète; repos.)

Les suites de l'opération furent très-heureuses, grâce au traitement et au régime diététique qu'on mit en usage. Il ne survint pas d'accidents d'infiltration urineuse. La fièvre traumatique fut bénigne; enfin l'urine paraissant devoir reprendre son cours, la sonde en caoutchouc fut retirée après quelques jours, et en effet le malade urina facilement.

Mais plus tard M. Pétrequin remarqua chez l'opéré une agitation insolite, il lui trouva un air ébaubi, l'œil inquiet; il avait une fièvre irrégulière et un état nerveux très-prononcé. Quelle pouvait être la cause de ce changement si inopiné? M. Pétrequin découvrit sur les linges du malade des taches spermatiques; il soupçonna que, n'étant plus sous le coup de la peur et de l'opération, il était

(1) Sans les précautions précitées, on réussira difficilement. Ainsi M. Pamard, ayant à traiter, en 1847, une fille de 30 ans, qui depuis un mois avait un porte-plume dans la vessie, dit : « Nous essayâmes, mais en vain, à l'aide du lithotriteur de Heurteloup, de l'extraire : nous le saisîmes immédiatement, mais lorsqu'on cherchait à l'extraire au dehors, on sentait une résistance invincible accompagnée de violentes douleurs. Il était évident que le corps étranger, de forme longue, s'était placé en travers, et que ses deux extrémités appuyaient sur les parties latérales de la vessie, et qu'on éprouverait probablement des difficultés insurmontables à le faire changer de direction. » (DOCUMENTS STATISTIQUES SUR LA TAILLE ET LA LITHOTRITIE.) Il fut obligé de recourir à la taille. On peut lire aussi, dans le BULLETIN DE L'ACADÉMIE DE MÉDECINE (n° du 5 juillet 1847), un fait parfaitement identique à celui dont nous venons de tracer l'histoire, et qui ne diffère que par le sexe du sujet; car, relativement aux résultats, on y voit, comme chez cette malade, les instruments lithotriteurs rester impuissants. — Les précautions que nous recommandons ont été réalisées dans les tentatives que M. Leroy-d'Étiolles a fait connaître en 1841 et 1851. (Voy. GAZ. MÉD., 1841, p. 605; et 1851, p. 122.)

retombé dans ses vicieuses habitudes d'onanisme; il le fit surveiller, et en effet on trouva à plusieurs reprises la verge dans un état de demi-érection, et les pièces du pansement souillées de sperme. Les recommandations les plus pressantes lui furent adressées; on lui montra tous les périls de son détestable vice. M. Pétrequin eut même recours aux aumôniers de l'Hôtel-Dieu pour ajouter encore l'influence de la religion. Rien ne réussit. Cette habitude dégénéra en passion brutale. Le malade tomba dans une sorte de *délire onanique* au milieu duquel il succomba le 3 août, à une époque où l'on pouvait considérer la guérison comme assurée; car le moment des véritables accidents de la taille hypogastrique était passé (1). M. Pétrequin avait fait voir quelque temps auparavant un autre exemple du même délire chez un jeune scrofuleux qui mourut en se tuant par la masturbation. (Recueillie par M. Bourland, élève interne.)

L'éthérisation préalable est toujours une précaution importante; je rappellerai ici un cas de mort subite occasionnée par la frayeur d'une opération de taille: M. Cazenave (de Bordeaux) rapporte (Gaz. Méd., 1850, p. 878) que M. Dubousquet, médecin-vétérinaire, âgé de 60 ans, affecté depuis un an des symptômes d'un calcul vésical, après avoir accepté la taille comme seul moyen de délivrance, perdit subitement connaissance à l'aspect des préparatifs de l'opération, au moment même où M. Cazenave allait le tailler en présence des docteurs Crebessa, Artigaud et Dupont, et trois quarts d'heure après il était mort, quoi qu'on eût pu faire pour le sauver. L'éthérisation exerce une heureuse influence, non-seulement sur le moral des patients, mais encore sur les suites de l'opération. M. Warren soutient aussi la même thèse. (Gaz. Méd., 1851, p. 23.)

A l'égard de la taille en deux temps proposée par M. Vernière, j'ajouterai que je l'ai mise en pratique dans un cas de cystotomie hypogastrique que j'ai pratiquée en ville avec le docteur Brévard; mais je dois dire que la longueur de l'opération, les souffrances qu'entraînent les applications répétées de potasse caustique (qu'il faut beaucoup multiplier chez les personnes grasses, quand on emploie ce moyen), l'anxiété fébrile dans laquelle on entretient le malade, etc., m'ont paru tout autant de complications fâcheuses (2) qui empêchent de la proclamer toujours préférable à l'emploi du procédé qui précède.

Si je suis entré avec une certaine insistance dans la discussion des principaux détails qui me semblent simplifier et perfectionner la méthode, c'est que je me suis rappelé ces paroles de Dupuytren et de Bégin: « Il est arrivé » trop souvent à des hommes non dépourvus d'habileté, de tailler à côté » de la vessie, au-dessus du pubis, pour qu'on doive rejeter les moyens les » plus assurés d'éviter de semblables malheurs, surtout lorsque ces moyens » ne sauraient présenter le plus léger inconvénient. » (Dict. en 15 vol., 1831, t. VI, p. 81.)

Chez la femme, la *taille vésico-vaginale*, imaginée par Rousset, modifiée par Fabrice de Hilden, enfin proposée par Méry comme méthode générale, paraissait être tombée dans l'oubli, lorsqu'elle a été de nouveau prônée par Vacca-Berlinghieri, Clémot, Flaubert, etc.; Dupuytren et Bégin disent que « ce procédé a pris rang parmi ceux qu'on peut employer avec » le plus d'utilité. » (Dic. cité, p. 130.) Ils ajoutent: « Celle méthode n'ex» pose pas à beaucoup près autant aux fistules urinaires que la taille recto» vésicale, en même temps que le bassin de la femme est conformé de ma» nière à permettre la sortie des plus gros calculs par les voies que la nature » a disposées pour le passage du fœtus. Elle doit donc, si toutefois on s'en » rapporte à l'expérience la plus récente, mériter la préférence, et le pro» cédé le plus convenable pour la pratiquer est celui de M. Clémot. » (*Ibid.*, p. 131.) Le fait suivant est peu favorable à cette doctrine.

CALCUL VOLUMINEUX; COMPLICATION DE DYSURIE ET DE CATARRHE VÉSICAL; TAILLE VÉSICO-VAGINALE; PERSISTANCE D'UNE FISTULE.

Obs. XVII. — Le 24 novembre 1845, je fus appelé en consultation par deux médecins de Lyon pour leur prêter mon assistance auprès d'une dame âgée d'environ 60 ans, qui depuis deux années présentait tous les symptômes rationnels de la pierre. Il y avait pesanteur et douleurs à l'hypogastre, besoins fréquents d'uriner, parfois dysurie, etc.; un catarrhe vésical était venu compliquer cet état. Le cathétérisme faisait reconnaître la présence d'un calcul volumineux, arrondi, etc. Mes deux confrères se déclarèrent pour la taille vésico-vaginale, en s'appuyant sur l'opinion des auteurs précités. Pour moi je reconnus que cette méthode opératoire est moins dangereuse; mais je remarquai qu'elle ne menace pas immédiatement la vie, elle expose davantage aux fistules et à l'incontinence d'urine; ce qui devient une infirmité calamiteuse et dégoûtante.

J'ajoutai qu'on pourrait peut-être par d'autres procédés que je développerai plus loin (voyez 3e partie) arriver à un meilleur résultat. Toutefois, comme j'étais la minorité, je dus céder. L'appareil instrumental étant tout prêt, on procéda immédiatement à la taille, dont nous avions déterminé tous les détails à l'avance.

La malade était couchée sur le dos, les cuisses écartées. Un cathéter cannelé fut introduit dans la vessie; je fus chargé de le maintenir immobile, en pressant avec sa convexité sur le bas-fond du viscère pour le déprimer du côté du vagin. L'opérateur plaça alors dans le vagin un gorgeret en bois dont il appuya le bout contre le cathéter, en même temps qu'avec le manche il déprimait l'orifice vaginal. La cloison vagino-vésicale était ainsi mise à découvert; il y fit une ponction avec la pointe d'un bistouri droit, en attaquant le bas-fond de la vessie en arrière du col; l'ouverture fut ensuite agrandie en arrière avec un lithotome caché dans l'étendue d'environ 2 centim. et demi. Le cathéter avait été retiré; l'index glissé dans l'incision servit à reconnaître la position du calcul et à diriger les tenettes. A la seconde tentative le calcul fut chargé et extrait sans trop de difficulté, malgré son volume. C'était un sphéroïde à peu près gros comme un œuf de dinde, d'ailleurs sans aspérités. Il n'y eut pas d'hémorrhagie. L'opérateur fit dans la vessie plusieurs injections émollientes.

Les suites de l'opération furent simples: la fièvre traumatique bénigne, il n'y eut pas d'infiltration urineuse. La malade fut guérie de la pierre, mais elle conserva une incontinence d'urine; la plaie de la taille avait dégénéré en une fistule vésico-vaginale.

Cet accident n'est point une exception; il est vrai que Fabrice de Hilden a vu deux femmes dont le bas-fond de la vessie, enflammé et ulcéré par le séjour prolongé d'un calcul, lui avait ouvert une voie suffisante à son expulsion, et qui toutes deux étaient parfaitement guéries; mais ce n'est pas la règle générale, comme l'observe judicieusement M. Laugier: « D'après » M. Velpeau, on compte aujourd'hui 25 exemples de taille vésico-vaginale; » mais malgré les faits favorables où la guérison a été obtenue, il faut con» venir que la position déclive de la plaie conduit au moins une fois sur » quatre à une fistule vésico-vaginale incurable ou difficile à guérir. » (Dict. en 30 vol., 1844, t. XXIX, p. 304.) Cette proposition est encore au-dessous de la vérité, comme le prouvent les faits particuliers. En voici un » exemple emprunté à M. Pamard père: « Madame Valentin, 25 ans, » d'Avignon, opérée le 7 octobre 1811; elle portait un calcul très-volumi» neux qui présenta des difficultés pour l'extraction. L'incision fut faite en » bas et à gauche; le vagin fut intéressé. La guérison eut lieu, mais la ma» lade conserva une incontinence d'urine. » (Pamard, Documents statist. sur la taille et la lithot., obs. 48.)

(La suite au prochain numéro.)

REVUE DES JOURNAUX DE MÉDECINE.

JOURNAUX FRANÇAIS DES DÉPARTEMENTS.

(Suite.)

V. JOURNAL DE LA SECTION DE MÉDECINE DE LA SOCIÉTÉ ACADÉMIQUE DE LA LOIRE-INFÉRIEURE.

Les livraisons de 122 et de 132 contiennent: 1° *Études cliniques*; par M. Thibeaud. 2° *Des évacuants dans le traitement de la dyssenterie*; par M. Rouxeau. 3° *Guérison d'une douleur névralgique de la tête par le chloroforme*; par M. Galcier. 4° *Accouchement prématuré artificiel*; par M. Potonnier. 5° *Observations qui font connaître quelques-uns des accidents que peut produire l'abandon des débris placentaires dans la cavité utérine*; par M. Aubinais. 6° *Des inhalations d'éther dans le traitement de quelques affections chroniques de la poitrine*; par M. Rouxeau. 7° *Douleur violente à la région du foie, remplacée brusquement par une sciatique, abcès énorme à la fesse. Suppression de la suppuration, hépatite, guérison*; par le même. 8° *Pneumonie de la base du poumon droit. Difficulté que présente parfois le diagnostic de cette maladie*; par le même. 9° *Études rétrospectives sur le traitement des plaies intestinales*; par M. Gély. 10° *De l'utilité de la belladone dans le traitement de colique de plomb. Réflexions critiques sur quelques points de la thérapeutique des maladies saturnines*; par M. Malherbe. 11° *Des fièvres intermittentes ou rémittentes considérées dans leurs rapports avec la grossesse*; par M. Pitre Aubinais. 12° *Rapport sur l'épidémie de choléra-morbus asiatique observée à Nantes et dans diverses parties du département de la Loire-Inférieure*; par M. Bonamy. 13° *Deuxième mémoire sur la surdité qui survient dans le cours de la fièvre typhoïde*; par M. Hélie. 14° *Des graves atteintes portées à l'innervation par les grossesses difficiles et par les couches laborieuses. Considérations et réflexions pratiques sur ce sujet*; par M. Pitre Aubinais. 15° *Hernie diaphragmatique de l'estomac, du grand épiploon, de la rate et de l'arc du colon*; par M. Sallion père. 16° *Ré-*

(1) M. Pamard, à propos d'une opération de taille pratiquée par son père, en 1808, sur un curé de 68 ans, fait une remarque curieuse: « On sait que l'habile opérateur de l'Hôtel-Dieu de Paris, M. le professeur Roux, a déclaré qu'il avait perdu tous les ecclésiastiques qu'il avait taillés. » (Op. cit.)

(2) On peut objecter encore que M. Nélaton a pratiqué ainsi la taille sus-pubienne et que son malade est mort (A. Thierry, Thèse de concours, 1842, p. 62, et Gaz. Méd., 1842, p. 90). Toutefois je me plais à reconnaître avec M. Vidal (de Cassis) que la taille en deux temps se recommande en principe et qu'elle mérite hautement d'être expérimentée de nouveau.

tention du sang menstruel par imperforation congénitale du vagin; incision de la membrane obturatrice; expulsion d'une énorme quantité de sang; péritonite consécutive occasionnée par un épanchement sanguin intra-péritonéal. provenant des trompes de Fallope; mort; observation recueillie par MM. Marchand et Marcé.

DES ÉVACUATIONS DANS LE TRAITEMENT DE LA DYSSENTERIE; par le docteur CH. ROUXEAU.

Ce n'est pas une dissertation sur la matière que présente l'auteur, mais la narration d'une épidémie de dyssenterie dans laquelle les purgatifs ont eu des résultats véritablement remarquables. Cette épidémie, qui a frappé dans l'automne de 1847 la commune de Conéron, paraît avoir eu sa source dans des alternatives répétées de chaud et de froid, rendues plus sensibles par l'habitude qu'ont les gens de la campagne de rester exposés au froid du soir, la poitrine couverte seulement d'une chemise, après avoir éprouvé de fortes chaleurs pendant les rudes travaux de la journée. Nous partageons l'opinion de l'auteur, qui attribue, du moins dans le cas actuel, une plus grande influence à cette cause qu'aux émanations miasmatiques, et à l'abus des fruits et du vin nouveau. Quoi qu'il en soit, les 34 cas de dyssenterie qu'il a eu occasion de traiter, et qui tous se sont terminés par la guérison, ont été amendés avec une extrême rapidité par l'usage des purgatifs. Vingt-quatre heures ont suffi, dans la grande majorité des cas, pour réduire la maladie à une simple diarrhée. Quelquefois même, cette diarrhée terminale manqua complétement, et une constipation opiniâtre, sans colique aucune, succéda aux abondantes évacuations provoquées par le médicament.

Le purgatif employé était presque invariablement l'eau de Sedlitz.

La maladie offrait-elle un de ces caractères bénins qui laissent supposer une tendance naturelle à la guérison, indépendamment de toute influence thérapeutique? En aucune manière. L'auteur ne trace pas de description générale; mais les observations particulières révèlent un appareil symptomatologique grave, avec une forme très-aiguë et très-douloureuse: frisson initial, coliques qui arrachent des cris, ténesme insupportable, selles glaireuses et sanguinolentes se renouvelant *à chaque instant*; abattement général; face tirée; pouls souvent petit, dépressible; anxiété; enfin tous les signes de la dyssenterie la plus intense. C'est néanmoins au milieu de ces conditions, malgré cette fréquence excessive des selles, qu'on administre 30, 35, 40, 45 grammes de sulfate de magnésie dans quelques verres d'eau chaude. D'abondantes évacuations bilieuses ont lieu, et, *dès les premières*, un soulagement notable se fait sentir. L'effet purgatif terminé, le malade est presque guéri.

De pareils résultats n'étonnent pas trop quand on connaît tout ce qui a été écrit par les épidémistes sur les avantages des laxatifs dans la dyssenterie; et quand on remarque que le soulagement était toujours précédé de la sortie d'abondantes matières bilieuses, on ne peut méconnaître dans ce fait une remarquable confirmation des idées anciennes sur le rôle de la bile dans la production de la dyssenterie. Vraisemblablement ce fluide avait ici des propriétés délétères, et il eût été curieux de répéter une expérience déjà faite dans des cas analogues, et de voir si, avalé par des animaux, il n'eût pas exercé sur eux une action funeste. Faut-il en conclure, avec Van-Swieten et d'autres, que les évacuants, vomitifs et purgatifs, doivent constituer le traitement de toutes les dyssenteries? L'auteur, qui pose celle question, a raison de la résoudre par la négative. Lui-même avait fait, dans les deux étés qui ont précédé l'épidémie, des observations bien capables de le rendre réservé dans ses déductions thérapeutiques. En 1846, des diarrhées aiguës, accompagnées de coliques et de vomissements, plusieurs cas de choléra sporadique, avaient cédé, comme par enchantement, à l'opium. L'année suivante, au mois d'août, mêmes affections, même fréquence de selles. mêmes coliques. mêmes vomissements, même mouvement fébrile dans quelques cas; ajoutez: mêmes conditions étiologiques, mêmes alternatives de chaleur et de froid, mêmes travaux de la campagne. Cependant l'opium échoue constamment; loin de calmer les coliques, il les rend intolérables. Une bouteille d'eau de Sedlitz produit d'abondantes évacuations bilieuses et coupe court à tous les accidents.

Nous ne ferons à cet égard qu'une observation. Les purgatifs nous paraissent indiqués dans tous les cas où les intestins renferment une grande quantité de matières bilieuses. Les diarrhées de 1847, qui guérissaient par ce moyen, étaient bilieuses, ou, si elles ne l'étaient pas, elles le devenaient, on vient de le voir, sous l'influence purgative. Dans celles de 1846, la nature des garderobes n'est pas spécifiée, et, comme elles étaient traitées par l'opium, on ne peut affirmer que l'intestin ait renfermé, comme dans les autres, une quantité anormale de bile altérée. Il arrive souvent, dans la pratique ordinaire, que des diarrhées, non bilieuses en apparence et qui ne cèdent pas à la diète, à l'opium, deviennent très-bilieuses après un purgatif et cessent ensuite tout à coup. Nous conseillons donc, dans les épidémies de diarrhée et de dyssenterie, de faire toujours, dès le commencement, un essai qui n'aura jamais, en tout cas, un grand inconvénient; un laxatif pourra amener une quantité de matières bilieuses abondantes que les garderobes spontanées n'avaient pas fait soupçonner, et non-seulement il en résultera un grand bien pour le malade, mais ce sera une précieuse indication pour la conduite à tenir dans toute l'épidémie.

DOULEUR NÉVRALGIQUE DE LA TÊTE GUÉRIE PAR L'EMPLOI DU CHLOROFORME; par le docteur GALICIER.

On a cité déjà beaucoup de névralgies ou de douleurs rhumatismales guéries par l'emploi du chloroforme en topique ou par inhalation. L'observation de M. Galicier est si frappante par la promptitude des résultats obtenus que nous croyons devoir la rapporter en détail.

OBS. — Une demoiselle de 20 ans, chlorotique, est atteinte le 22 janvier d'une douleur de tete très-vive. Elle tombe aussitôt sans connaissance et reste dans cet état pendant près d'un quart d'heure. A l'arrivée de M. Galicier, à peu près une heure après l'accident, elle se plaignait d'une douleur très-aiguë au sommet de la tête et dans la région frontale; elle éprouvait un froid général; rien de particulier dans le pouls.

On prescrivit seulement des cataplasmes sinapisés aux extrémités inférieures; des bouteilles remplies d'eau bouillante furent placées autour de la malade.

Le lendemain 23, les douleurs continuent avec la même intensité. Douze sangsues sont appliquées à la partie interne des cuisses. Le pouls donne 50 battements par minute.

Le 24, pas de soulagement. Quatre sangsues derrière chaque oreille. Vésicatoire à la nuque.

Le 25, la douleur est des plus vives; la malade demande du secours à grands cris. Il y a de temps à autre des syncopes. On a recours alors au chloroforme employé de la manière suivante: Une rondelle d'étoffe est imbibée de 15 à 20 gouttes de chloroforme, appliquée sur le front et maintenue sous un verre de montre. Au bout de dix minutes, la malade ressent un calme parfait et témoigne le désir de dormir.

Pendant vingt-quatre heures, il y eut cessation complète de douleurs; puis elles revinrent aussi vives que la première fois.

Le chloroforme fut employé de nouveau; mais cette fois la rondelle d'étoffe imbibée fut placée sous le nez. Au bout de quinze minutes, disparition de la douleur.

En considération de l'intermittence qui venait d'avoir lieu, M. Galicier regarde comme prudent d'administrer le sulfate de quinine. La malade en prit 24 grains. Depuis ce moment la névralgie n'a pas reparu.

Ainsi deux applications du chloroforme ont suffi pour faire cesser presque immédiatement une névralgie des plus intenses. Le soulagement de vingt-quatre heures qui a suivi la première application constituait-il une véritable intermittence, telle que celle des véritables fièvres larvées, ou n'était-il que l'effet transitoire de la médication? Est-ce l'administration de sulfate de quinine qui a prévenu le retour d'un autre accès, ou la seconde application de chloroforme avait-elle définitivement enlevé la maladie? C'est ce qu'il serait difficile de déterminer. On ne peut, du reste, que louer la prudence qui a porté l'auteur à ne pas s'abstenir devant cette incertitude et à employer un moyen qui pouvait avoir un grand avantage et n'était susceptible d'aucun inconvénient.

ACCOUCHEMENT PRÉMATURÉ ARTIFICIEL; par M. POTONNIER.

Cette observation offre d'abord le puissant intérêt de tous les faits de ce genre où la mère et l'enfant ont été conservés. Sous ce rapport, rien ne manque à son authenticité, puisque l'enfant jouit d'une santé parfaite depuis deux ans. — Mais, au point de vue du procédé opératoire, ce succès est encore plus heureux, puisqu'il confirme, par un exemple des plus remarquables, l'efficacité d'une méthode très-simple et très-innocente, celle de M. Cohen. Il y eut même tant de régularité dans la manière dont les choses se passèrent chez la malade de M. Potonnier, que les accoucheurs se feront vraisemblablement à l'avenir un devoir d'essayer, avant de recourir à d'autres plus graves, le moyen qui a si facilement réussi à cet honorable confrère.

OBS. — Véronique Lemay, rachitique, se maria à 26 ans. Le 15 juin 1845, M. Potonnier, appelé auprès de cette femme, enceinte pour la première fois et à terme, reconnut au détroit supérieur un vice de conformation qui réduisait son diamètre antéro-postérieur à 2 pouces et demi ou 2 pouces trois quarts. Il lui fallut, pour terminer l'accouchement, écraser entre les cuillers du forceps la tête qui se présentait en première position du sommet.

Quoique avertie, pour le cas d'une seconde grossesse, de s'adresser au médecin dès le septième mois, elle accoucha de nouveau au bout d'un an, et il fallut encore sacrifier l'enfant.

Enfin, devenue enceinte vers le 25 novembre 1846, elle vint consulter M. Potonnier, qui, après avoir fait constater le rétrécissement du bassin par MM. les docteurs Legonais et Thibeand, donna rendez-vous à la malade pour le sixième mois révolu.

En effet, elle arriva le 25 mai 1847, se mettre à sa disposition, et voici comment il procéda, à l'imitation du docteur Cahen.

Il laissa tomber, dans 150 grammes d'eau pure, 25 gouttes de résinéone de goudron, à la place de l'eau de goudron, qui contient une proportion assez sensible d'acide. Puis ayant ajusté à la canule d'une seringue à injections ordinaires une algalie de femme, il versa dans la seringue 75 grammes de ce liquide. Alors, la femme étant couchée sur le dos, il glissa, avec l'index et le medius gauches, l'algalie de manière à la faire pénétrer de 6 à 8 centimètres entre la partie antérieure de l'œuf et la paroi correspondante de l'utérus. Mais, par une cause qui ne fut pas reconnue, le liquide ne pénétra que très-incomplétement. Il fallut donc retirer l'appareil, charger de nouveau la seringue et enfoncer l'algalie un peu plus en avant. Cette fois, et en poussant doucement le liquide, il entra en entier. La quantité introduite fut de 90 à 105 grammes. Il n'y eut pas de douleur.

Au moment de l'injection, 27 mai 1847, à neuf heures et demie du matin, le col paraissait être dans le même état que chez les femmes au terme de sept mois.

A dix heures, la malade ressentait de la pesanteur dans les reins. A dix heures et demie, c'était un engourdissement qui s'étendait jusque dans le bas-ventre. A onze heures, de véritables douleurs de reins existaient. On ne lui permit qu'alors de quitter la position prise pour faire les injections.

A midi, douleurs de reins et de bas-ventre revenant de demi-heure en demi-heure. Elles se rapprochent de plus en plus, au point qu'à deux heures elles se renouvellent toutes les dix minutes. A trois heures et demie, elles sont encore moins éloignées; et M. Potonnier s'assura que l'orifice est entièrement dilaté et les membranes bien tendues par les eaux.

A quatre heures et demie du soir, il rompit les eaux et reconnut une présentation des pieds en première position. Au bout de dix minutes, l'enfant n'avançant pas malgré la continuation des douleurs, il alla chercher les pieds et les amena au dehors ainsi qu'une partie du tronc. Il dirigea alors la tête dans le sens du diamètre transverse du détroit supérieur; mais comme il trouvait de la résistance, dans la crainte de compromettre la vie de l'enfant par des tractions mal calculées, il se décida à appliquer le forceps. La tête éprouva encore de la difficulté à franchir le détroit supérieur; mais ensuite elle sortit très-aisément. C'était une fille qui était violacée et sans respiration; mais au bout de cinq à six minutes de soins elle revint à elle. La délivrance eut lieu au bout d'un quart d'heure; et à cinq heures du soir, sept heures et demie après le commencement de la manœuvre, la femme fut replacée dans son lit, dans l'état le plus satisfaisant, et son cœur bondissant de joie d'avoir près d'elle son enfant plein de vie.

Les suites de couches furent des plus heureuses; presque pas de fièvre de lait. Au bout d'un mois, son mari écrivait: « Ma femme se porte à merveille, ainsi que ma petite fille; depuis le jour qu'elle a pris le sein pour la première fois, elle n'a cessé de teter avec avidité. »

Cette enfant a maintenant deux ans, et elle jouit toujours d'une santé parfaite.

— Est-ce bien réellement à *six* mois que M. Potonnier a opéré l'accouchement artificiel? N'y a-t-il pas là quelque faute d'impression? Nous en sommes persuadés, et avertissons nos confrères de lire septième mois au lieu de sixième.

DIAGNOSTIC DE LA PNEUMONIE DE LA BASE DU POUMON DROIT; par le docteur ROUXEAU.

On admet généralement que la pneumonie de la base du poumon droit, bien que donnant lieu à quelques-uns des signes de l'hépatite ou d'une péritonite locale, peut aisément s'en distinguer au moyen des signes tirés de la percussion, de l'auscultation, de l'expectoration, etc. M. Rouxeau publie trois observations destinées à montrer que le diagnostic différentiel peut devenir alors très-difficile; la plus obscure de toutes, à ses propres yeux, est la troisième. La voici en abrégé.

OBS. — Une femme d'une trentaine d'années, sujette à des coliques violentes, est atteinte le 9 juin 1848 d'une douleur très-intense qui correspond à la face inférieure du foie. La douleur s'étend à l'épaule, au cou et à la fosse iliaque du côté droit. Fièvre, toux, dyspnée; respiration accélérée; pas de sang dans les crachats; quelques nausées. *Dix sangsues sur le point douloureux.*

Le 11, M. Rouxeau constate: douleur fixée au-dessous de l'hypocondre droit, s'exaspérant au moindre attouchement, ainsi que dans les mouvements d'inspiration et les efforts de toux. Continuation des douleurs de l'épaule et du cou. Foie paraissant de volume normal; pas de tension de l'hypocondre; nausées; pas de ballonnement du ventre, ni de teinte ictérique; toux *peu fréquente;* expectoration muqueuse; 35 inspirations par minute; aucun signe plessimétrique ou stéthoscopique; pouls petit, serré, à 120. Saignée; sangsues *loco dolenti*.

Jusqu'au 18, état stationnaire. La douleur est fixée au niveau du foie. Légère teinte ictérique, surtout aux conjonctives. Langue sale; bouche très-amère; toux peu fréquente; expectoration rare, muqueuse; sonorité parfaite, excepté en arrière, en bas et à droite. A ce niveau, rien autre chose qu'un affaiblissement du murmure respiratoire; mais le 18 au matin, on entend dans cette région un souffle tubaire éloigné, entouré de râle crépitant dans les efforts de toux. La pneumonie de la base était alors évidente.

Il faut distinguer dans cette affection deux périodes: l'une d'invasion, l'autre d'état. Nous ne sommes pas convaincu que, au début, alors que la douleur a envahi le côté droit du tronc, la maladie ait eu son siége exclusif dans le poumon. On oublie un peu trop que la pneumonie elle-même est souvent le ***résultat***, l'effet ***local*** d'un état névralgique ou rhumatismal qui la précède souvent de plusieurs jours et déborde de beaucoup l'étendue de l'altération appréciable qui se fixe ultérieurement dans le viscère. La douleur pleurodynique, après n'avoir été que cela pendant quatre ou cinq jours, finit quelquefois par se concentrer dans un point sur lequel se montrent alors les signes de la pneumonie. L'affection parenchymateuse une fois établie dans le cas présent, était-il possible de la reconnaître plus tôt que ne l'a fait l'auteur? Nous n'oserions l'affirmer, surtout en présence des antécédents probablement mal racontés par la malade et consistant, suivant elles, en des *coliques vives*, tandis qu'ils doivent être probablement rapportés à la même maladie que celle dont il s'agit ici. La rareté de la toux, l'absence du sang dans les crachats, l'absence de matité et de bruits anormaux dans toute l'étendue de la poitrine, étaient bien faites aussi pour dérouter le diagnostic. La constance de la dyspnée pouvait donner l'éveil, mais ne suffisait pas à enlever toute incertitude, tant que le noyau central de pneumonie ne s'était pas rapproché de la surface.

On a vu que, dans les jours qui ont précédé l'établissement de la crépitation et du souffle bronchique, la partie inférieure et postérieure droite du thorax était devenue mate, et que *la respiration y était obscure*. Ce phénomène stéthoscopique a lieu, en général, dans les pneumonies centrales, à quelque hauteur qu'elles siégent, et peut être de quelque secours dans le diagnostic. Nous avons également vu un cas de pneumonie de la base, où un médecin expérimenté n'avait constaté aucun râle la veille même de notre visite, et croyait à une affection du foie. A l'auscultation, nous avons constaté un râle crépitant des plus prononcés. Peut-être la veille serions-nous tombé dans la même erreur que notre confrère.

CHORÉE GUÉRIE PAR LA STRYCHNINE; par le docteur THIEBEAUD.

Cette observation fait partie d'un mémoire intitulé ÉTUDES CLINIQUES. Nous la reproduisons en quelques mots, parce qu'elle dépose fortement en faveur d'une médication contre laquelle on pourrait se sentir tout d'abord prévenu, et dont nous avons eu pourtant l'occasion d'enregistrer plus d'une fois les bons effets.

Il s'agit d'une petite fille de 10 ans, très-faible, qui avait eu, à l'âge de 9 ans, des engorgements glanduleux autour des oreilles et un peu de surdité qui ne persista pas. La chorée ne datait que d'un mois. Elle avait commencé par les bras et s'était étendue bientôt aux membres inférieurs. Depuis quinze jours, la marche et la station étaient devenues impossibles; l'enfant ne pouvait manger seule. Un laxatif, quelques bains sulfureux n'avaient amené aucun changement, quand on commença (le 18 novembre) l'usage du sirop de strychnine, contenant 5 centig. de sulfate de strychnine pour 100 grammes de sirop de gomme. Dix grammes de ce sirop furent administrés en cinq doses dans la première journée, soit 5 milligrammes de sel de strychnine.

Chaque jour, la dose de sirop fut augmentée de 5 grammes, de telle sorte qu'on en donna 25 grammes le 21 novembre. Il se manifesta alors un peu de trismus. On continua néanmoins à élever la dose du médicament; au trismus se joignirent des douleurs et de légères roideurs dans les membres inférieurs. Mais en même temps, dès le 24, les mouvements choréiques des bras et des jambes avaient diminué. A partir de ce moment, l'amélioration fut continue. L'enfant est sortie de l'hôpital le 17 décembre, « parfaitement guérie, dit l'auteur, depuis plusieurs jours. » La santé s'était complétement rétablie; la malade avait repris de l'embonpoint, les mouvements musculaires étaient précis.

Ce fait comptera parmi ceux qui déposent le plus sérieusement en faveur du traitement de la chorée par la strychnine. Il devra être ajouté à ceux qu'on doit déjà à M. Trousseau, le promoteur de la médication, à MM. Rougier, Foulhioux et à plusieurs auteurs qui, sans avoir fait, comme ces derniers, des expériences suivies sur la matière, ont néanmoins enrichi la pratique d'intéressantes observations.

A. DECHAMBRE et P. DIDAY.

TRAVAUX ACADÉMIQUES.

ACADÉMIE DE MÉDECINE.

SÉANCE DU 14 OCTOBRE. — PRÉSIDENCE DE M. ORFILA.

Le procès-verbal de la dernière séance est lu et adopté.

La correspondance officielle comprend:

Cinq lettres du ministre du commerce, par lesquelles il transmet:

1° Une caisse d'eaux minérales puisées à diverses sources, que le sieur Rouis,

pharmacien à Perpignan, possède aux Graus d'Olette, et pour l'exploitation desquelles il sollicite l'autorisation du gouvernement. (Commission des eaux minérales.)

2° Une demande en autorisation d'exploitation des sources minérales de Neyrac (Ardèche). (Même comm.)

3° Un rapport de M. Famon, officier de santé à Thérouanne (Pas-de-Calais), sur l'épidémie de fièvre typhoïde qui a régné dans la commune d'Herbelles, du mois de décembre 1850 au mois d'août dernier. (Comm. des épidémies.)

4° Un rapport de M. le docteur Guillotin, médecin des épidémies de l'arrondissement de Montmédy, sur l'épidémie de variole qui a régné à Ville-Cloye en mars et avril derniers. (Même comm.)

5° La recette cachetée et un échantillon d'un remède proposé pour la guérison de la goutte et des rhumatismes aigus. (Remèdes secrets.)

Elle comprend en outre les états de vaccination de la Charente et de l'Hérault.

— M. Barrier (Jean-Annet) (de Celles-les-Bains) adresse un échantillon d'un médicament qu'il propose contre diverses affections.

— M. Chanavat (de Lyon) adresse un mémoire sur le traitement de la fièvre intermittente, au moyen d'un élixir végétal fébrifuge dont il ne donne pas la formule. (Comm. déjà nommée pour divers fébrifuges.)

— M. Leroy-d'Étiolles adresse une lettre en réponse à celle qu'a écrite M. Mercier dans le but de revendiquer, en faveur de Ch. Bell, la bougie exploratrice à boule, et de blâmer la bougie tortillée. Sur le premier point, dit M. Leroy-d'Étiolles, « pour mettre l'Académie à même de juger du degré de loyauté » qui a dicté la lettre de M. Mercier, il me suffira de placer sur le bureau mon » Traité des rétrécissements, publié en 1845, et deux notices publiées en 1847 » et 1849, toutes deux commencent par cette phrase : bougies exploratrices à » boule et en gomme, au moyen desquelles on peut connaître le nombre et la » longueur des rétrécissements; *elles sont un perfectionnement des bougies » métalliques de Ch. Bell.* M. Mercier a publié une critique très-acerbe et très- » malveillante de ces brochures; il en connaissait fort bien le contenu; il a donc » déloyalement porté contre moi une accusation qu'il savait être fausse. »

En ce qui concerne la sonde coudée, M. Leroy-d'Étiolles se plaint de ce que M. Mercier, pour le mettre en contradiction apparente, rapporte seulement à la sonde coudée flexible ce qu'il a dit de la sonde métallique coudée à angle presque droit.

Quant à la bougie tortillée, que M. Mercier déclare irrationnelle, c'est, dit M. Leroy-d'Étiolles, une affaire de pratique et d'expérience; que les médecins, lorsqu'ils trouveront des rétrécissements qui leur sembleront infranchissables, essayent de la bougie capillaire tortillée et coudée à sa pointe, ils apprécieront la valeur pratique de ce que M. Leroy appelle une importante minutie.

« J'ai lieu de m'étonner, dit en terminant M. Leroy-d'Étiolles, de la violence » avec laquelle ne cesse de m'attaquer M. Mercier, lui qui doit à ma seule mo- » dération de n'avoir pas été poursuivi pour calomnie et diffamation. La pres- » cription le met aujourd'hui à l'abri d'une poursuite judiciaire; mais je le cite » devant le tribunal de l'opinion, dont la justice, bien qu'elle marche pour moi » *claudo pede*, finira pourtant, j'espère, par arriver. »

— M. Champouillon, professeur à l'École d'application du Val-de-Grâce, à propos de la substitution de l'huile iodée à l'huile de foie de morue proposée par M. Personne, expose le résultat de son expérimentation sur l'efficacité comparative de l'iode et de l'huile de foie de morue dans le traitement de la tuberculisation pulmonaire.

Dans l'espace de deux ans, j'ai donné, dit M. Champouillon, l'huile de foie de morue à 102 individus tuberculeux. En négligeant les cas simplement améliorés ou demeurés stationnaires, j'ai noté comme effets de cette médication pour la première période de l'affection, comprenant 51 malades, 24 guérisons, pas de décès; pour la seconde, 37 malades, 9 guérisons, 3 décès; pour la troisième, 14 malades, 6 guérisons, 4 décès; 75 autres sujets, phthisiques à différents degrés, ont été amalgamés par éléments similaires en cinq groupes; chacun de ces groupes fut mis au régime de l'iodure de potassium, de l'iodure de fer, de l'iodure de soufre, de la teinture d'iode ou de l'émulsion iodée.

Dans aucun cas, je n'ai observé d'amélioration qui pût être rapportée à l'une ou à l'autre de ces préparations.

Bien que l'iode fût administré avec circonspection, j'ai vu 29 fois cet agent exaspérer violemment la toux, 12 fois provoquer la diarrhée, et 8 fois exciter une salivation importune.

SUR LA NON-CONTAGION DE LA FIÈVRE JAUNE.

M. Londe, au nom d'une commission composée de MM. Magendie, Louis, et Londe, rapporteur, rend compte à l'Académie d'un travail de M. le docteur James Gillkrest, inspecteur général des hôpitaux militaires britanniques, ayant pour titre : La fièvre jaune est-elle ou n'est-elle pas contagieuse?

M. Gillkrest cherche à établir dans ce travail : 1° qu'il y a identité entre la fièvre jaune américaine et l'affection observée dans le sud-ouest de l'Europe, notamment en Espagne; 2° que cette maladie existait aux Antilles et sur le continent américain avant 1793, et dans la péninsule ibérique avant 1764; 3° qu'elle s'est montrée sur tous les points les plus reculés du globe et qu'elle s'y est développée constamment dans des conditions accidentelles ou locales tellement tranchées, qu'elles excluent toute idée d'importation, dans le sens absolu du mot; 4° que des cas sporadiques de fièvre jaune se sont déclarés, à des époques ordinaires, dans les lieux où cette maladie avait régné sous la forme épidémique; 5° enfin que la fièvre jaune n'est contagieuse en aucune circonstance, pas même dans les cas d'encombrement par des cadavres ou par des malades; que la soustraction des individus aux causes locales qui produisent cette affection est le moyen le plus propre d'en empêcher l'extension, et enfin que les cordons sanitaires et les quarantaines, loin d'arrêter le développement de la fièvre jaune, le favorisent, au contraire, en maintenant les individus sous l'influence des causes locales qui la font naître.

M. le rapporteur, approuvant de tous points ces conclusions, propose au nom de la commission : 1° de remercier l'honorable M. Gillkrest de son intéressante communication; 2° de renvoyer son travail à M. le ministre du commerce, afin que, réuni aux nombreux documents que possède déjà l'administration sur cette matière, ce travail contribue à mettre hors de doute l'inutilité des quarantaines appliquées aux provenances des pays où se manifeste la fièvre jaune. (Adopté.)

EAUX MINÉRALES SULFUREUSES D'OLETTE.

M. Boutron-Charlard lit, en son nom et au nom de MM. Pâtissier et Lecanu, un rapport sur un travail de M. Bonis, professeur de chimie à Perpignan, ayant pour titre : Observations sur les eaux sulfureuses d'Olette (Pyrénées-Orientales).

Il résulte du travail de M. Bonis, dont M. Boutron fait une analyse détaillée, que les eaux d'Olette doivent être rangées, sous le rapport de leur température, à côté des eaux salines de Chaudesaigues sortant à 78° des terrains volcaniques, et à côté de l'eau sulfureuse d'Ax, dans l'Ariége, dont la température est de 76°, et que l'eau de la grande source de la cascade d'Olette est le type d'une eau sulfureuse arrivant à la surface de la terre avec la plus haute température. Les eaux d'Olette fournissent abondamment les matières organisées qui sont en général inhérentes aux eaux sulfureuses et auxquelles on a donné les noms de barégine, glairine, sulfuraire. M. Bouis y a découvert, en outre, une petite proportion d'iode. Il a déduit aussi de ses analyses une conséquence qui ne serait pas sans intérêt, à savoir, qu'à mesure que la glairine amorphe s'organise sous l'influence des agents extérieurs pour se transformer en sulfuraire, la proportion d'azote diminue d'une manière sensible. C'est là un sujet d'étude que l'auteur de ces recherches se propose de poursuivre.

M. le rapporteur, après avoir fait un grand éloge du travail de M. Bonis, propose de le remercier de la communication et de déposer son mémoire dans les archives; il propose, en outre, de placer son nom sur la liste des candidats qui aspirent au titre de correspondants de la compagnie. (Adopté.)

MÉCANISME DE L'ÉTRANGLEMENT INTESTINAL PAR NOEUD DIVERTICULAIRE.

M. Malgaigne lit, en son nom et au nom de MM. Jobert (de Lamballe) et Michel Levy, un rapport sur un mémoire de M. Parise, intitulé : Mémoire sur le mécanisme de l'étranglement intestinal par noeud diverticulaire.

Nous avons publié dans le temps un extrait de ce travail, suffisant pour en faire connaître l'objet.

M. le rapporteur, après avoir résumé et apprécié les points principaux de ce travail et rappelé avec éloges les précédents travaux de M. Parise, propose, au nom de la commission, de l'encourager à continuer ses recherches, de renvoyer son mémoire au comité de publication et d'inscrire honorablement son nom sur la liste des candidats aux places de correspondants. (Adopté.)

TRANSFUSION DU SANG PRATIQUÉE POUR UN CAS D'ANÉMIE.

M. Monneret communique la relation d'une transfusion du sang, qu'il a pratiquée pour un cas d'anémie.

Il s'agit d'une jeune femme de 28 ans, en proie depuis son enfance à de fréquentes et abondantes hémorrhagies, qui étaient réduites depuis peu de temps à un simple suintement sanguin vaginal alternant avec des pétéchies, et qui se trouvait réduite au plus extrême degré d'anémie au moment où elle est entrée à l'hôpital.

L'état de la malade s'aggravant de jour en jour, malgré l'emploi d'un traitement tonique, M. Monneret, après s'être assuré de l'intégrité des viscères, se décida à pratiquer la transfusion.

L'opération fut pratiquée le 7 octobre; on injecta 120 grammes de sang défibriné. La malade supporta bien d'abord cette opération; elle n'éprouva aucune sensation particulière pendant toute la durée de l'injection; le pouls s'était même relevé. Néanmoins, quelques heures après, il survint une grande agitation, avec soif ardente, bientôt suivie de refroidissement des extrémités, affaiblissement graduel, et la malade succomba.

A l'autopsie, on constata diverses lésions, telles que la flaccidité, la mollesse et la pâleur de presque tous les parenchymes, de nombreuses pétéchies à la surface de la plupart des organes, qui appartenaient toutes exclusivement, suivant M. Monneret, à l'anémie. Il ne découvrit aucune altération qui pût être attribuée à la transfusion; aucune hémorrhagie intérieure n'avait eu lieu, aucune concrétion fibrineuse ne s'était formée pendant la vie dans le cœur ni dans les gros vaisseaux. Le sang, examiné au microscope pendant la vie et après la mort, n'a offert aucune altération spéciale ni dans ses globules, ni dans sa fibrine.

En présence de ces résultats, M. Monneret se demande s'il faut rapporter la promptitude de la mort aux progrès de l'anémie, ou si la transfusion y a été pour quelque chose.

Nous croyons devoir reproduire la discussion à laquelle il s'est livré sur ce sujet.

Je dois d'abord faire remarquer, dit M. Monneret, qu'il ne s'est manifesté, pendant l'opération et immédiatement après, aucun de ces phénomènes redoutables qui attestent une grave perturbation dans l'organisation, et que l'on trouve indiqués dans la relation d'un certain nombre de faits du même genre. Les symptômes furent, au contraire, assez favorables pour faire croire au succès de l'opération; l'affaiblissement graduel, les plaintes, l'agitation, le collapsus et l'anéantissement de la circulation étaient les mêmes symptômes que ceux qui avaient été observés chez la malade les jours précédents; on peut donc soutenir qu'ils n'étaient, en définitive, que le résultat de l'anémie, et que telle est la seule cause de la mort. Je ne crois pas devoir me ranger à cette opinion, qui a été émise et défen-

due par plusieurs de mes confrères. Le mélange de deux sangs, ou plutôt la pénétration plus intime de ce liquide dans le parenchyme et dans le système nerveux, loin d'y avoir produit une stimulation favorable à l'accomplissement des fonctions, me paraît les avoir stupéfiées, et j'en dirai plus loin la cause.

On peut objecter que le procédé opératoire est défectueux et qu'il est la cause principale de l'insuccès que j'ai subi ; il est donc nécessaire d'insister sur ce point essentiel dans l'histoire de la transfusion. Voici comment j'ai opéré. J'ai extrait 400 grammes environ de sang à un jeune homme âgé de 20 ans qui se plaignait de pesanteur de tête ; sous tous les autres rapports, il jouissait d'une santé parfaite. Le sang, reçu dans une palette dont la température avait été élevée à 40° centigrades, fut soumis au battage jusqu'à ce que la fibrine se fût séparée. Le sang, ainsi défibriné, fut passé à travers un linge et introduit, dans un état de fluidité parfaite, à une température de 38° centigrades, dans la veine céphalique. Celle-ci reçut 120 grammes de sang. Ainsi donc j'ai, après mûres réflexions, transfosé non pas le sang, mais la sérosité du sang avec l'albumine, les sels et les globules.

Les travaux anciens et récents des physiologistes ont mis hors de doute l'action vivifiante des globules sanguins. Ils ont établi que c'est la richesse plus ou moins grande du sang en globules qui détermine le degré de force et d'activité fonctionnelles. Hunter l'a formellement reconnu, et les expériences de MM. Prevost, Dumas, Dieffenbach et Bischaoff ont prouvé que l'injection de la sérosité avec les globules suffit pour rendre la vie aux animaux qui vont succomber. Les recherches plus récentes encore de M. Brown-Séquard sont confirmatives de ces expériences. Enfin, Muller conseille très-expressément, dans les cas où l'on juge la transfusion indispensable, d'employer du sang défibriné.

Dans les divers procédés que l'on suit pour opérer le transfusion, on cherche par tous les moyens possibles à ne faire pénétrer que du sang fluide. Tantôt on fait tomber ce sang dans une palette échauffée, et on vient l'y puiser avec une seringue ; tantôt on le reçoit à la sortie de la veine, et on l'injecte immédiatement. Ce dernier procédé est le seul auquel on doive recourir. Quel que soit celui qu'on adopte, il faut savoir que le sang cesse de posséder ses propriétés normales dès qu'il a abandonné le vaisseau qui le renfermait. La fibrine n'est plus dans son état de dissolution parfaite. Elle commence immédiatement à se séparer sous forme d'un liquide blanc et brillant. On ne l'aperçoit pas encore à l'état solide et sous la forme d'un caillot limité et distinct qu'elle prendra plus tard ; elle ne constitue alors qu'un vaste réseau aussi volumineux que le sang lui-même, parce qu'il n'est pas encore contracté et réduit à sa plus petite dimension ; mais on peut affirmer que cette propriété si remarquable qu'a la fibrine de se contracter existe dans les gouttelettes du sang qui vient de sortir du vaisseau. Il est facile de comprendre le danger auquel expose cette solidification rapide que rien ne peut faire éviter, si ce n'est le battage opéré avec le sang extrait de la veine. Cette fibrine, en passant dans les vaisseaux, ne tarderait pas à y provoquer des obstructions mortelles.

En défibrinant le sang, on se prémunit contre ce funeste accident, mais on ne fait encore pénétrer dans les vaisseaux qu'un sang altéré. C'est là une grave objection que l'on peut diriger contre le procédé que j'ai suivi ; cependant il faut reconnaître que la sérosité et les globules possèdent des propriétés vivifiantes incontestables et que l'élément globulaire est moins susceptible de s'altérer que la fibrine.

Lorsqu'on retire la fibrine du sang, les globules ne subissent pas une altération plus marquée que si l'on employait du sang pur et avec ses divers éléments. J'étais donc fondé à me servir de ce sang, qui, en définitive, était moins altéré que celui que l'on injecte d'ordinaire, puisque je me débarrassai de la fibrine, dont la présence a tant d'inconvénients. La liqueur du sang dont j'ai fait usage n'était pour moi qu'une sorte d'agent momentané de stimulation, et je ne l'ai jamais considéré comme la représentation exacte du sang contenu dans les vaisseaux.

Ce qui rendra toujours la transfusion du sang une opération antiphysiologique, ce n'est pas seulement parce qu'on introduit un sang dont les globules et la fibrine et que probablement d'autres principes immédiats sont altérés, mais parce qu'on ajoute à un organisme un liquide qui a été élaboré, modifié, préparé par un organisme qui ne ressemble pas à l'autre.

Ainsi, tout en considérant comme très-légitimes les efforts qui ont été tentés pour rendre la vie à l'aide de la transfusion, je ne puis m'empêcher de dire qu'un médecin hésitera toujours à la pratiquer lorsqu'il se rappellera que le sang dont il va faire usage pour rendre la vie est un sang privé de vie, altéré, le cadavre du sang normal ; il pensera que ce sang étranger n'a avec les nouveaux organes qui vont le recevoir aucun rapport d'origine, de sensibilité ; enfin qu'il ignore entièrement si ce liquide pourra être supporté sans accidents par les nouveaux vaisseaux qui sont forcés de l'accepter. Mais, dira-t on, cette opération a réussi dans un certain nombre de cas : lorsqu'on examine de près et en remontant aux sources les faits cités par les auteurs ; lorsqu'on se débarrasse des interprétations fournies pour expliquer les insuccès et que l'on juge avec impartialité, on trouve alors que, même dans les cas où la guérison a eu lieu, il n'est pas certain qu'elle ait été produite par la transfusion. En effet, on est frappé tout d'abord de la minime quantité de sang qui a été injectée chez les malades guéris, et l'on se demande si on doit la considérer comme la cause du rétablissement. Tout au plus peut-on dire qu'elle n'a pas été nuisible chez un certain nombre de malades qui auraient guéri si on avait compté davantage sur les ressources offertes par la nature. Pour que la transfusion déterminât une résurrection incontestable, il faudrait que la quantité de sang injectée fût assez grande pour remplacer le liquide absent. Or c'est ce que l'on n'a jamais fait.

(Comm. : MM. Andral, Roche et Laugier.)

SIROP DE CASTORÉUM COMPOSÉ.

M. Lebrou, pharmacien, lit une note sur la préparation du sirop de castoréum composé.

Le but que l'auteur s'est proposé en préparant le médicament qu'il soumet à l'appréciation de l'Académie est de remplir une lacune dans les préparations antispasmodiques officinales. Le sirop de castoréum, tel que M. Lebrou le prépare, ne présente aucun des inconvénients qu'il signale dans la plupart des autres préparations antispasmodiques officinales, notamment les préparations de valériane ; son aspect n'a rien de repoussant pour le malade ; délayé dans un peu d'eau, soit dans une potion, soit pur, le liquide reste parfaitement clair, limpide, incolore. Sous cette forme, les substances qui entrent dans sa composition peuvent être administrées avec la plus grande facilité, et leur action est presque instantanée. Quant à l'association que l'auteur a cru devoir faire de la valériane et du castoréum dans ce sirop, elle a pour but, en réunissant des substances jouissant l'une et l'autre de propriétés efficaces à peu près identiques, d'augmenter l'action du médicament et d'éviter des tâtonnements inévitables en présence de la difficulté de distinguer les nuances que présentent les névroses entre elles, comme de bien déterminer les différents états pathologiques pour lesquels chacune de ces substances aurait une action plus spéciale. (Comm., MM. Chevallier, Soubeiran, Girardin.)

La séance est levée à quatre heures et quart.

BIBLIOGRAPHIE.

ESSAI SUR LES EAUX MINÉRALES D'AIX EN SAVOIE, EMPLOYÉES DANS LE TRAITEMENT DES MALADIES CHRONIQUES ET PARTICULIÈREMENT DANS LE TRAITEMENT DU RHUMATISME CHRONIQUE ; par M. le docteur VIDAL fils. — Un in-8° de 136 pages. Chambéry, 1851, chez Puthod, libraire.

En prenant la plume pour faire connaître le fruit de ses recherches sur des eaux à l'emploi médical desquelles le nom de sa famille est déjà si honorablement attaché, M. Vidal fils n'a point cédé au mobile habituel qui dicte la plupart des publications de ce genre. Aussi le résultat est-il bien différent. Au lieu d'une réimpression de mémoires anciens, *enrichie* de quelques analyses chimiques et d'observations de la saison dernière, l'ESSAI SUR LES EAUX MINÉRALES D'AIX nous offre une étude sérieuse de physiologie pathologique sur celles des maladies qui trouvent principalement leur remède dans l'influence de ces eaux.

Bien que ce fût là le véritable but de son livre, M. Vidal ne pouvait pas — écrivant pour des médecins qui auront à répéter ses essais — les laisser s'aventurer dans cette voie sans instructions et sans guide. Il a donc commencé par décrire sommairement les sources minérales d'Aix, l'établissement thermal, ainsi que le mode d'administration des eaux.

Ces notions préalables succinctement posées, l'auteur indique l'action que les eaux d'Aix, prises soit en boissons, soit en applications extérieures (bains, douches, etc.), exercent sur l'homme sain et sur l'homme malade. Le sujet, comme on voit, était vaste. Pour le mieux embrasser, le scrupuleux investigateur a eu l'idée de décrire les modifications thermales considérées d'abord dans les différents tissus, appareils et systèmes organiques, puis dans l'économie tout entière. Or les affections qui offrent l'exemple de ces influences portant sur la totalité de l'organisme ne sont pas rares à Aix ; elles sont surtout constituées par les rhumatismes chroniques, qui, seuls ou avec diverses complications, forment les deux tiers environ de la population de baigneurs qui fréquente ces sources.

M. Vidal fils passe en revue les théories classiques qui se sont succédé sur la nature du rhumatisme. Mais, toujours praticien, il recherche surtout dans ce coup d'œil rétrospectif l'occasion et les moyens de différencier le rhumatisme chronique d'avec la goutte : distinction plus importante à observer à Aix que partout ailleurs, puisque, presque souveraines contre le premier, ses eaux sont souvent contre-indiquées pendant le cours de la seconde.

Quant au rhumatisme en particulier, M. Vidal nous paraît avoir heureusement démontré l'*appropriation physiologique* de la médication thermale hydro-sulfureuse à la cause morbide qui le produit, en analysant mieux qu'on ne l'avait fait avant lui l'action de cette cause et ses effets sur l'ensemble des fonctions organiques. Lisez à ce sujet l'intéressant chapitre intitulé : *Du rhumatisme tel qu'on l'observe habituellement à Aix.* Dans ce tableau, tracé d'après nature, vous reconnaîtrez aisément les lésions fugitives, souvent méconnues mais constantes qui caractérisent l'affection, et sont évidemment justiciables de la médication thermale spécifique. Deux traits surtout ressortent de cette fidèle esquisse, c'est l'asthénie de la peau, et la chloro-anémie ; phénomènes dignes de toute l'attention du médecin par leur concomitance, et dont la nature ex-

plique admirablement la puissance des agents que, grâce à la composition de ses sources, Aix est en mesure de leur opposer sous toutes les formes.

M. Vidal fils considère, dans le rhumatisme, trois degrés ou formes successives: 1° la diathèse rhumatismale; 2° le rhumatisme chronique; 3° la cachexie rhumatismale. Il en décrit les signes indicateurs d'une manière concise, mais lucide, et il faut bien reconnaître que, favorablement placé pour approfondir pratiquement ce point important de pathologie, il a, plus qu'aucun auteur classique, insisté sur la physionomie propre à chacune de ces trois périodes.

La partie clinique de l'ouvrage complète ces vues théoriques. Conséquent avec les principes qui lui font admettre dans le rhumatisme la présence d'une cause générale, il achève la démonstration en fournissant des observations authentiques de rhumatisme constitutionnel localisé sur les muscles, les articulations, les viscères, les centres nerveux, les bronches, la matrice, le cœur, etc., irréfragable réfutation de l'opinion jadis si accréditée, qui disséquant, isolant ces diverses manifestations, en faisait autant de maladies distinctes avec une dénomination particulière, et des médications spéciales à chacune d'elles. — Ces observations, outre leur mérite d'à-propos et le talent de rédaction qui s'y décèle, présentent encore l'avantage d'avoir pour patrons les noms les plus honorablement connus en médecine. Dans la plupart d'entre elles, ce sont des médecins célèbres qui ont porté le diagnostic, et indiqué l'utilité, vérifiée par l'expérience, des eaux d'Aix. Double, Andral, Rayer, Bouchet, Buttex, telles sont les signatures que M. Vidal a eu l'excellent esprit de choisir comme garant de la justesse de sa manière de voir et de l'exactitude des faits qu'il relate.

Une série de faits montre ensuite la convenance et enseigne le mode d'administration des eaux pour les cas de complication du rhumatisme avec les maladies de la peau, la syphilis, etc.

Cherchant à expliquer le mécanisme intime par lequel les eaux d'Aix réalisent cette action antirhumatismale quasi-spécifique, M. Vidal fils croit qu'il faut, pour le bien comprendre, tenir compte non-seulement de leur thermalité et des éléments salins qui les minéralisent, mais en première ligne, des gaz sulfureux qu'elles contiennent. Il rappelle que Francœur attribue leur principale vertu à leur composition sulfureuse. D'ailleurs, dit-il, le soufre et ses combinaisons sont le remède spécifique du rhumatisme pour beaucoup de médecins. Hufeland, ce grand praticien des temps modernes, conseille le soufre à l'intérieur et les eaux d'Aix-la-Chapelle. Nous avons lu dans le **Traité des maladies rhumatoïdes** de M. Gosse (de Genève) que M. Edwards obtient les résultats les plus remarquables des eaux sulfureuses d'Enghien dans les maladies rhumatismales. « Nous sommes journellement témoin, ajoute-t-il, des services que rendent, dans les mêmes cas, les eaux thermales sulfureuses. Aussi tout nous porte donc à croire que le gaz hydrogène sulfuré est l'élément actif de nos eaux dans le rhumatisme chronique. » — En vertu de cette donnée, très-rationnellement soutenable, on conçoit que pour les cas d'affection rhumatismale générale M. Vidal conseille, de préférence à tout autre mode d'administration, l'étuve ou bain de vapeurs sulfureuses qui pénètrent intimement l'économie et saturent l'appareil pulmonaire.

Cette citation résume assez bien l'opinion que l'auteur développe avec prédilection dans plusieurs autres passages. Il y joint — pour le médecin qui voudra répéter ce traitement et en observer scientifiquement les effets successifs — la description de la tolérance sulfureuse, de l'intolérance, de la saturation sulfureuse, enfin de la réaction ou fièvre thermale. Un point important à noter, c'est le réveil des douleurs qui, chez tout malade incomplètement guéri, résulte du commencement ou de la reprise du traitement thermal. Ce phénomène, tant qu'il se produit, montre que le mal n'est pas détruit dans son principe; il sert par conséquent au clinicien de pierre de touche.

Il est rare qu'une saison suffise pour avoir raison d'une diathèse rhumatismale quelque peu prononcée. Mais autant il importe d'achever la cure et de n'abandonner la naïade salutaire qu'après guérison parfaite, autant il faut se défier de la ferveur exagérée qui fait persévérer certains sujets dans son culte par pure reconnaissance. M. Vidal cite des exemples d'intolérance observée dans cette classe de malades reconnaissants; et il conclut sagement que les eaux d'Aix ont leur place marquée parmi les excellentes choses dont il serait imprudent d'abuser.

Nous n'avons pu mentionner toutes les remarques neuves, tous les préceptes instructifs qui abondent dans cet opuscule; mais nous ne saurions nous dispenser d'appeler l'attention du lecteur sur un travail fort intéressant par sa précision, qui accompagne cet essai. M. le docteur Pétrequin ayant eu à faire personnellement usage des eaux d'Aix au mois de juin 1834, voulut que son traitement servît d'expérience clinique pour constater rigoureusement l'influence des divers moyens thermaux sur la circulation et la calorification. Avec l'assistance de MM. Blanc et Vidal, il vérifia exactement à l'aide du thermomètre le degré de chaleur avant et après la douche, avant et après le bain; des observations analogues furent faites sur le pouls. On ne négligea pas de faire entrer en ligne de compte l'influence des conditions météorologiques, et celle de la température des milieux dans lesquels on expérimentait.

Ces observations, rassemblées sous forme de tableau, ne constituent pas seulement le premier travail sérieux et suivi de ce genre qui ait été fait sur la médication thermale hydro-sulfureuse; elles font plus qu'ouvrir la voie; elles réalisent des résultats dignes de considération, en démontrant et en faisant pour ainsi dire mesurer la sédation manifeste qu'on obtient par le bain de vapeur, la chute du pouls consécutive à la réaction, la dépression du mouvement circulatoire augmentant avec l'intensité et la durée de la douche écossaise, etc. Sous ces divers rapports, l'active coopération de M. Pétrequin est plus qu'un exemple, c'est déjà un service, et nous félicitons M. Vidal d'avoir pu annexer à son ouvrage le procès-verbal de cette intelligente expérimentation.

P. Dmay.

VARIÉTÉS.

— La correspondance de la province d'Oran ne contient plus de bulletin du choléra. On peut considérer le pays comme délivré du fléau.

— On écrit de Heric, sous la date du 5 octobre:

« L'épidémie dyssentérique qui a ravagé plusieurs communes dans le Morbihan et la Loire-Inférieure continue d'exercer les plus affreux ravages dans la commune de Heric. Sur une population de 4,000 âmes, 4, 5 et même 6 victimes sont enlevées chaque jour. Depuis vingt-quatre heures, elle semblait promettre une diminution, aujourd'hui le mal reprend; il est sept heures du matin, et déjà 5 décès!

» Après six semaines d'un dévouement dépassant toutes les bornes, M. Pauhelenx, médecin, est tombé malade lui-même, et tout fait craindre pour ses jours. Ce serait une noble victime et une perte immense dans un pays où il vient de rendre tant de services au péril de sa vie.

» Trois sœurs garde-malades se multiplient partout. L'administration a envoyé un jeune médecin, et M. Bonamy, médecin des épidémies du département est en ce moment sur les lieux, visitant les malades avec les médecins environnants, et particulièrement M. Vangiraud, homme d'un grand talent, médecin à Niort.

» Épuisés, nos prêtres, se multipliant partout, ont été obligés d'appeler du secours.

» Le nombre des victimes, et surtout celui des malades, dépassent toute idée. »

— **Maladie des raisins.** — Le conseil d'hygiène et de salubrité de l'Isère, que le préfet de ce département avait chargé d'étudier l'influence que pouvaient avoir sur la santé publique soit les raisins malades, soit le vin provenant de fruits sains et de fruits altérés, vient d'adresser à ce fonctionnaire le procès-verbal de ses expériences.

Les membres du conseil, après avoir établi par expérience que les grains malades ne produisent aucun résultat fâcheux sur l'économie, ont, en outre, constaté les résultats suivants. Nous empruntons les termes mêmes de leur rapport au préfet.

« La commission a fait apporter au laboratoire de la Faculté des sciences une quantité de raisins écrasés suffisante pour remplir un tonneau d'un hectolitre défoncé et disposé en cuve. On avait choisi des raisins malades, et autant que possible ceux qui approchaient le plus de la maturité, quoiqu'ils laissassent encore à désirer à cet égard.

» La vendange a été mise en cuve le 25 et placée dans une salle chauffée modérément par un poêle, de manière à favoriser la fermentation vineuse, qui s'est en effet établie immédiatement et qui a continué sans interruption jusqu'au lundi soir 29. La vinification a donc été opérée par la méthode ordinaire.

» Pendant tout ce temps, il s'est dégagé une odeur vineuse pure et tout à fait semblable à celle d'une vendange de bonne qualité. Le vin en résultant a été soutiré le lundi soir et a présenté les qualités propres aux vins nouveaux provenant de raisins mal mûrs. Il est peu coloré (rouge pâle), à peine poisseux aux doigts; il a l'odeur caractéristique du vin récemment fait; sa saveur est acerbe et acide, mais franche, ne laissant aucun arrière-goût, ne présentant aucune saveur étrangère au vin. Ses qualités acides se manifestent par son action sur le papier bleu de tournesol qu'il colore fortement en rouge; cette acidité est due à une grande quantité d'acide tartrique libre, et en y versant une solution de tartrate neutre de potasse, il se forme un précipité abondant de tartrate acide de la même base.

» Enfin, chacun de nous a bu la valeur d'une ou plusieurs cuillerées à bouche de ce vin et jusqu'à un plein verre, sans en éprouver d'autres effets que ceux qu'aurait pu produire tout autre vin de même qualité, provenant de raisins au même degré de maturité et non malades.

» Plusieurs des personnes étrangères à la commission qui ont suivi nos expériences ont bu aussi de ce vin sans inconvénient pour leur santé, bien qu'elles en eussent consommé une quantité suffisante pour que ses qualités malfaisantes se fussent manifestées s'il en avait eu. »

Le rédacteur en chef, JULES GUÉRIN.

REVUE HEBDOMADAIRE.

ACADÉMIE DES SCIENCES : INFLUENCE DES DIVERS AGENTS THÉRAPEUTIQUES SUR LA TEMPÉRATURE ANIMALE. — ACADÉMIE DE MÉDECINE : NOUVEL AGENT ANTIPÉRIODIQUE. — QUESTION D'HYGIÈNE PUBLIQUE.

MM. Aug. Duméril, Demarquay et Lecointe ont fait connaître à l'Académie des sciences, dans la séance de lundi, les conclusions générales du travail qu'ils ont entrepris en commun sur les modifications imprimées à la température animale par l'introduction de différents agents thérapeutiques dans l'économie. Un des résultats les plus curieux de leurs expériences, c'est une notable différence de fréquence et de degré entre les élévations et les abaissements de température obtenus. Sous l'action des substances médicamenteuses, la chaleur du corps, qui est fixe à l'état normal, diminue plus souvent qu'elle n'augmente, et la limite extrême de l'augmentation est inférieure à celle de la diminution. Ainsi la température peut tomber de 13 degrés, comme on le voit après l'administration du sulfate de cuivre; l'iode, le sublimé corrosif, l'acétate de morphine la font descendre de 7 ou 8 degrés; l'huile de croton de 5 degrés. Jamais au contraire elle n'a monté de plus de 2°,9; encore ce chiffre n'a-t-il été atteint qu'une fois. Il semble donc que l'économie, par une loi de sa nature, résiste à l'abaissement de la chaleur naturelle.

Que certains agents thérapeutiques aient pour effet d'augmenter la température animale, que certains autres aient pour effet de la diminuer, c'est ce qui n'étonnera personne. Non pas que, sous ce rapport, les expériences des auteurs manquent d'originalité ou d'intérêt; car elles permettent de répartir en connaissance de cause, dans ces deux catégories, un très-grand nombre de substances. Mais elles font plus; elles montrent que certaines substances abaissent la température si on les administre à faibles doses et l'élèvent si les doses sont plus considérables; que certains autres ont un effet directement contraire. Les résultats qui concernent l'émétique et l'ipécacuanha sont à cet égard frappants et, on peut le dire, inattendus. 5 ou 10 centigr. d'émétique amènent une augmentation de chaleur, 50 centigr. une diminution. Avec une dose minime d'ipécacuanha, la chaleur diminue; avec une forte dose, elle augmente.

Enfin il est intéressant de suivre dans les expériences la lutte visible de l'économie contre les causes de perturbation qui lui sont envoyées. Tantôt la température abaissée se relève pour revenir à son degré initial ou même pour le dépasser; tantôt élevée d'abord, elle redescend jusqu'au degré normal ou jusqu'au refroidissement. En général le refroidissement est mortel au delà de 4 degrés; l'augmentation de chaleur est funeste dans des limites plus restreintes encore.

Jusque-là il y a de quoi satisfaire la curiosité; mais la science a d'autres exigences. Les auteurs l'ont compris, et ils ont indiqué plusieurs déductions physiologiques, pathologiques et thérapeutiques à tirer de leurs expériences. Nous avons été heureux de les voir ainsi entrer dans une voie que nous avions expressément signalée en rendant compte de leur première communication. La gravité du pronostic à tirer, dans les maladies, d'une augmentation, même faible, de la température appréciable de l'économie; l'interprétation des effets thérapeutiques du tartre stibié et de l'ipécacuanha; la différence de leurs effets spécifiques à côté de l'action vomitive qui leur est commune, sont des déduction qui ne manquent pas d'importance. Mais celle que nous avons le plus remarquée et sur laquelle les auteurs insistent le plus, est relative aux sources de la chaleur animale. Comme, sur 33 cas où la chaleur a été diminuée, on a constaté 23 fois, à l'autopsie, l'injection des ganglions du grand sympathique, les auteurs, considérant que le foyer de la calorification n'est pas concentré dans l'appareil pulmonaire, mais disséminé dans tout l'organisme, se demandent s'il ne faut pas voir, dans l'altération anatomique des ganglions, une confirmation de la théorie qui accorde à l'action du grand sympathique une grande part dans la production de la température. Cet aperçu mérite d'être pris en grande considération. Il est conforme à l'opinion de physiologistes éminents, et peut s'étayer de beaucoup de considérations et d'expériences directes empruntées tout à la fois à l'anatomie, à la physiologie et à la pathologie. Nous ne sommes préoccupé, en ce qui concerne le nouvel élément qu'apportent à la question MM. Duméril, Demarquay et Lecointe, que d'une chose: l'absence de toute lésion ganglionnaire dans les cas où la chaleur a été augmentée. Si les ganglions contribuent à la production de la chaleur, nous accordons volontiers que le refroidissement soit le résultat d'une hyperémie aussi bien que d'une hypoémie, la présence d'une injection vasculaire ne représentant pas nécessairement à nos yeux un excès d'activité fonctionnelle. Mais il est assez singulier (si le résumé général des auteurs ne renferme pas de lacune) qu'une action déprimante sur les ganglions nerveux s'y traduise dans les deux tiers des cas par une hyperémie, et qu'une action excitante leur laisse constamment leur intégrité matérielle.

Encore une fois, les auteurs ont témoigné, dans plusieurs parties de leur travail, qu'ils avaient le sentiment de la perspective ouverte par les résultats de leur expérience. L'ont-ils embrassée dans toute son étendue? C'est ce que nous ne saurions dire. Nous aurions préféré qu'ils ne donnassent aucun prétexte au doute, en s'exprimant plus explicitement sur les applications possibles. Quoi qu'il en soit, nous croyons que du point où ils se sont arrêtés, et en s'éclairant des lumières qu'ils ont eux-mêmes fournies, on peut parcourir encore un champ assez vaste dans le domaine de la physiologie et de la pathologie. Voici, par exemple, grâce à eux, un fait avéré. L'économie laisse plus facilement abaisser qu'élever sa température propre. Mais pourquoi? La chose n'est pas facile à dire, sans doute, ni même à chercher; mais enfin n'y a-t-il aucune explication possible, aucune hypothèse à vérifier? Admettons comme démontrée cette action hématosique des ganglions dont il était question tout à l'heure; la combinaison du carbone et de l'oxygène dans les capillaires va se ralentir en proportion du degré d'influence stupéfiante exercée par l'agent thérapeutique sur la fibre ganglionnaire. Il n'y a pas dès lors de raison pour que le refroidissement ait d'autre limite que l'extinction de la vie. Mais il n'en est plus de même pour le phénomène inverse. Pour que l'hématose soit activée et la température augmentée par une excitation des ganglions, il faut que les capillaires contiennent, pour ainsi dire, en disponibilité une certaine quantité des deux éléments indispensables de l'hématose, c'est-à-dire d'oxygène et de carbone. Mais la source de l'oxygène en circulation n'est pas inépuisable; elle est donnée par l'endosmose pulmonaire. A l'état normal, les artères en apportent-elles aux capillaires beaucoup plus qu'ils ne doivent en consommer? En d'autres termes, revient-il par les veines une quantité d'oxygène assez considérable pour que, si cet oxygène vient à être brûlé sous une

Feuilleton.

LETTRES D'ITALIE.

N° XII.

HISTOIRE MÉDICALE DE L'ANNÉE 1850, A L'ARMÉE D'OCCUPATION DE ROME ET APERÇU DE L'HISTOIRE CHIRURGICALE.

Rome, 20 mars 1851.

A MM. de l'Académie nationale de médecine de Paris.

(Suite. — Voir les numéros 31, 33, 37, 38 et 41.)

Un mot, maintenant, sur la constitution médicale de janvier et février 1851; nous ramènerons ainsi notre histoire au point où nous l'avons prise; nous compléterons le cercle des phases que parcourt chaque année médicale.

Voici le tableau des entrées à l'hôpital en janvier et février 1851. Un seul hôpital existait alors. Notre relevé porte donc sur toutes les entrées fournies par la garnison.

Tableau n° 8.

TABLEAU, PAR GENRE DE MALADIES, DES FIÉVREUX ENTRÉS A L'HÔPITAL MILITAIRE DE ROME, EN JANVIER ET FÉVRIER 1851.

Affections endémo-épidémiques.	
Fièvres intermittentes de tout type.	103
Fièvres rémittentes	2
Fièvres graves et pernicieuses.	3
Fièvre et diarrhée	1
Cachexies paludéennes.	23
Congestions hépatiques	1
Diarrhées	2
Dyssenteries légères.	4
Total.	139
Affections mixtes.	
Fièvre avec bronchite ou point pleurétique	28

influence accidentelle et pathologique, sa température doive en être notablement augmentée? Voilà donc une application à faire des expériences de Magnus sur les gaz que charrient les artères et les veines, expériences qui ont jeté, comme on sait, une vive lumière sur la théorie de l'hématose. Pour ce qui concerne la pathologie et la thérapeutique, même remarque. Il ne nous paraît guère douteux que, si l'on étudiait les phénomènes spontanés des maladies, diarrhée, vomissement, stupeur, etc., dans leurs corrélations avec les modifications de la chaleur animale, et comparativement aux mêmes phénomènes artificiellement produits par des agents médicamenteux, on ne pût arriver à des notions importantes. Le résultat serait plus assuré encore si l'on faisait sur une large échelle et d'une manière suivie une application des données acquises aux maladies dans lesquelles la température du corps éprouve des variations notables. Peut-être, au surplus, en exprimant ces *desiderata*, ne faisons-nous que devancer la pensée des auteurs, et, croyant être donneur d'avis, ne sommes-nous qu'indiscret.

— A l'Académie de médecine, on a vu apparaître un nouveau fébrifuge: nouveau, non; car l'auteur de la communication, M. le docteur Aran, l'a exhumé d'une dissertation écrite en 1716. Les succédanés du quinquina pullulent depuis quelques années. Beaucoup de ceux qui s'annonçaient de la façon la plus brillante sont rentrés dans l'obscurité. Le sel marin est, dit-on, abandonné à Paris de ceux-là mêmes qui le patronnaient avec une sorte d'enthousiasme. Nous publiions naguère des expériences tout à fait défavorables à l'hydro-ferro-cyanate de potasse et d'urée. Qu'adviendra-t-il du sel ammoniac, préconisé par Guillaume Muys en 1716, et actuellement par M. Aran? Nous devons dire que les essais de notre confrère sont entourés de toutes les garanties qu'exige l'observation en pareille matière, et qui le plus souvent n'avaient pas été prises à l'égard des autres fébrifuges ou soi-disant tels. Avant d'en venir au chlorhydrate d'ammoniaque, on a essayé l'influence du repos, du régime, des vomitifs et des purgatifs; si bien que, sur 28 cas, il n'en est plus resté que 14 décidément persistants et nécessitant l'emploi d'un antipériodique. On verra, au compte rendu de la séance, les résultats très-encourageants de la médication.

Nous nous proposions de dire aussi quelques mots d'un rapport de M. Grisolle sur les conditions hygiéniques de la commune de Gargenville; mais l'occasion devant bientôt s'offrir à nous de traiter, plus amplement que nous ne pourrions le faire ici, les questions d'endémologie et d'épidémologie soulevées par ce rapport et par la courte discussion qui s'en est suivie, nous nous en abstiendrons pour le moment.

La séance s'est terminée par une lecture de M. Dubois faisant suite aux intéressantes communications de l'honorable secrétaire perpétuel sur l'histoire de l'ancienne Académie de chirurgie.

A. Dechambre.

MALADIES NAVALES.

Études sur les maladies maritimes; par M. Dutroulau, médecin en chef de la marine (service colonial).

Fièvre jaune.

(Suite. — Voir les numéros 33, 37 de l'année 1850, 18, 34 et 40 de l'année 1851.)

Troisième question. — *Y a-t-il une incubation pour la fièvre jaune? Peut-on en déterminer les caractères?*

Nous entendons ici par incubation non-seulement la période qui précède la manifestation des symptômes et qui ne se rattache qu'à la maladie, mais encore la période qui précède l'épidémie à bord, et qui s'observe sur l'équipage pris collectivement. Incubation de l'épidémie, incubation de la maladie, telle est donc la manière dont nous envisageons cette question.

La relation succincte que nous avons faite de plusieurs cas nous a suffisamment démontré que ce n'était pas tout à coup et sans une préparation plus ou moins longue qu'un navire pouvait devenir le théâtre d'une épidémie. S'il faut, en effet, qu'il change pour cela l'atmosphère qu'il portait avec lui contre une atmosphère nouvelle; que cette atmosphère pénètre les parties les plus profondes du navire et imprègne matériel et personnel, on comprend qu'avec les moyens imparfaits d'aération qui existent, ce renouvellement sera assez longtemps à se faire. Cette nécessité, prouvée par le temps qui s'écoule entre l'arrivée du navire et l'invasion de l'épidémie, l'est encore par ce fait que le navire qui ne fait que passer à travers la zone des pays à fièvre jaune, s'arrêtant seulement quelques jours sur une rade infectée, peut voir la maladie se déclarer sur quelques hommes qui ont été la puiser à terre, sans que pour cela il éprouve la moindre influence épidémique. C'est ce qui est arrivé à la corvette *la Boussole*, pendant une courte relâche à Saint-Domingue, lors de son retour du Brésil en France: trois officiers seulement qui firent une longue course à terre contractèrent la maladie.

Cet état de l'atmosphère propre du navire ne suffit pas toujours cependant au développement de l'épidémie, et les frégates *l'Armide*, *la Néréide* et *l'Andromède*, qui se sont succédé dans la station des Antilles pendant l'épidémie de 1838 à 1844, ne faisant que de rares appareillages, séjournant le plus souvent sur la rade de Fort-Royal, avec le soin pourtant d'aller hiverner au mouillage des Trois-Ilets, sont des exemples très-remarquables de cette insuffisance.

Néanmoins une influence marquée se manifeste presque toujours sur les équipages, et bien qu'elle ne soit pas nécessairement suivie d'épidémie, il est bon de bien l'observer pour être averti de ce qui peut lui succéder. On ne pourrait attribuer aucun caractère constant à cette influence, et c'est tantôt la fièvre paludéenne, tantôt la diarrhée qui se manifeste sur un grand nombre d'hommes; ailleurs des embarras gastriques, des angines. Mais pourtant une manifestation plus constante et qui se rattache plus directement à la fièvre jaune est celle qui consiste dans un cortége de symptômes très-semblable au premier degré de cette maladie, comme nous l'avons déjà dit, et qui pourrait bien être pris pour lui s'il ne s'arrêtait pas

Affections sporadiques.

Bronchites	12
Pleurésies avec ou sans épanchement	20
Phthisie	2
Pleuropneumonies	4
Pleurodynie	1
Affections organiques du cœur	2
Angines	2
Embarras gastrique	4
Ictère	1
Péritonites aiguës spontanées	3
Hématurie	1
Congestion cérébrale	3
Méningite cérébro-spinale	2
Manie furieuse	1
Fièvres éruptives	10
Fièvre inflammatoire	10
Fièvre typhoïde	2
Rhumatismes articulaire et musculaire	10
Érysipèles	2
Total	101
Total général	268

On voit que les affections sporadiques qui, en novembre et décembre 1850, n'ont été qu'au nombre de 40, tandis que les affections endémo-épidémiques atteignaient le chiffre 145, ont, en janvier et février 1851, presque égalé les maladies endémo-épidémiques, les premières ayant été de 101, les secondes de 139. De plus, les affections que nous appelons mixtes, c'est à dire ces fièvres accompagnées de bronchite ou de pleurésie ont également augmenté de fréquence. La constitution hivernale a exercé une influence plus étendue encore: une grande partie des accès de fièvre s'accompagnaient, comme épiphénomène, de toux sèche qui se montrait en même temps que l'accès et ne lui survivait que d'une heure ou deux. Cette toux symptomatique ne nous a semblé exiger aucun traitement spécial.

L'absence presque complète des flux intestinaux est assurément un fait fort remarquable, surtout si on compare cet état sanitaire avec celui qui existe en Algérie à pareille époque.

Les rhumatismes musculaires et surtout articulaires conservent les mêmes caractères et la même fréquence; ils se montrent tout aussi rebelles et sortent aussi rarement de la sub-acuité; plusieurs s'accompagnent d'amaigrissement du membre affecté, de gêne dans les mouvements, de déformation des jointures. Les pleurésies deviennent plus communes et revêtent un caractère plus franchement inflammatoire. Elles exigent des évacuations sanguines locales répétées et quelquefois la phlébotomie. Les inflammations sont plus profondes et gagnent les parenchymes; nous observons 4 pleuropneumonies. Les fièvres éruptives prennent de l'extension; ce sont presque toutes des varioloïdes, et 2 varioles confluentes. Les fièvres typhoïdes demeurent rares; nous en comptons seulement 2.

presque seul et sous l'influence du traitement le plus insignifiant. Ces symptômes sont le masque de la maladie, la céphalalgie, le coup de barre et le mouvement fébrile plus ou moins développé.

D'ailleurs, nous le répétons, toutes ces manifestations, qui précèdent ordinairement les épidémies à bord, existent souvent aussi sans elles; mais elles doivent toujours éveiller l'attention du médecin, et le porter à prendre les mesures préservatrices qu'il peut mettre en usage.

S'il est utile de reconnaître les signes généraux par lesquels peut s'annoncer une épidémie, il ne l'est pas moins d'apercevoir quand un homme est sous le coup de la maladie, et on comprend que, de même qu'une épidémie peut être prévenue quand on peut employer à temps les moyens convenables, de même on pourrait arrêter le développement de la maladie quand on aurait reconnu qu'elle n'est encore qu'à l'état d'incubation. Du moins la marche que suit-la nature elle-même semblerait-elle indiquer cette possibilité, et M. Berthulus, à bord de *la Caravane*, a cru voir que des malades chez qui il avait reconnu tous les signes qu'il rapporte à l'incubation, sentaient, à la suite d'une diarrhée survenue naturellement, s'arrêter cette disposition à la maladie. Ce serait donc un avertissement utile pour le médecin, et même une indication de la conduite qu'il a à tenir. Les faits malheureusement ne sont pas assez nombreux pour servir de base à une appréciation, ou n'ont pas été signalés par un assez grand nombre d'observateurs. M. Berthulus est le seul qui ait étudié sérieusement ce point important, et qui ait signalé comme manifestant cette incubation non-seulement plusieurs phénomènes communs aux intoxications miasmatiques en général, comme le frisson, la suppression de transpiration, le sentiment de plénitude, le dégoût des aliments, mais encore la constipation, le coup de barre et l'odeur toute particulière exhalée par les malades. M. Maher a aussi insisté sur cette odeur particulière qu'exhalent les malades atteints de fièvre jaune, mais les autres observateurs n'en font aucune mention. Il est néanmoins utile de diriger son observation vers ce fait, pour s'assurer s'il n'aurait échappé à l'attention du plus grand nombre que pour n'avoir pas été suffisamment étudié.

Comme on le voit, il est utile au médecin navigateur de bien reconnaître les signes de l'incubation de la fièvre jaune non-seulement sur le malade qui va être frappé, mais encore sur l'équipage qui est menacé d'épidémie, et les développements dans lesquels nous sommes entré nous autorisent à répondre à cette question de la manière suivante :

Tout porte à croire qu'il y a une période d'incubation pour la fièvre jaune observée chez un malade en particulier, comme chez tout un équipage menacé d'épidémie. Les signes caractéristiques n'en sont pas encore bien déterminés.

Quatrième question. — *Peut-on éviter l'invasion d'une épidémie de fièvre jaune à bord, et par quels moyens?*

La solution de cette question se trouve implicitement comprise dans les deux précédentes. En effet, si un grand nombre de navires, par des précautions identiques, ont pu traverser une ou plusieurs épidémies sur des points différents sans en être atteints, c'est que ces précautions ont rempli leur but. Si encore les phénomènes qui précèdent habituellement les épidémies ont pu rester à l'état d'avertissement, d'influence, et s'arrêter, sans être suivis d'épidémie, par l'emploi de moyens presque toujours les mêmes, on est autorisé à penser qu'on a prévenu l'invasion de cette épidémie, surtout si cette influence reparaît chaque fois que les précautions cessent, et que l'épidémie s'établit enfin quand il n'est plus possible de les mettre en usage.

Or ces faits sont très-nombreux, et concernent le plus grand nombre des navires qui ont été exposés aux épidémies de fièvre jaune pendant ces dernières années, soit que la nature de leur mission leur permît de ne s'arrêter que peu de jours sur chaque rade infectée, soit qu'étant destinés à une longue station, il leur ait été permis de faire de fréquents appareillages dès que l'influence épidémique se manifestait à bord, ou bien lorsqu'ils étaient obligés de prolonger leur séjour sur les rades, comme pendant l'hivernage, qu'ils aient pu choisir un mouillage où le foyer morbide est reconnu pour avoir peu d'activité; car heureusement l'observation a démontré que l'intensité de la cause de la fièvre jaune se montrait très-différente, suivant les lieux, et ces lieux sont si bien limités qu'un pourrait dire qu'à côté d'un point malsain où la maladie frappe indistinctement tous les navires, se trouve presque toujours un point plus sain où l'on est le plus souvent préservé. On sent dès lors de quelle utilité il est pour les médecins de connaître ces points salubres où les bâtiments peuvent hiverner sans danger. Pour ceux de la station de nos Antilles, il en est un trop bien connu pour qu'on puisse se dispenser de le nommer : c'est le mouillage des Trois-Ilets, dans la baie de Fort de France, dont la salubrité n'a jamais été mieux sanctionnée que pendant la dernière épidémie, surtout en l'année 1839, dont l'hivernage fut si funeste à tous les bâtiments qui étaient mouillés dans le carénage, tandis que ceux qui s'étaient réfugiés aux Trois-Ilets étaient épargnés. Comme nous l'avons vu, il suffit même à plusieurs navires en proie à l'épidémie de changer leur mouillage contre celui-là pour voir la maladie s'arrêter. A Saint-Domingue, la rade des Gonaïves est un refuge salutaire contre l'influence si pernicieuse de celle de Port-au-Prince. La frégate *la Thétis* et presque tous les bâtiments faisant partie de la même station qu'elle en ont fait l'expérience. A la Havane, à Vera-Cruz, dans les différents ports des États-Unis, il existe à côté des foyers malsains des points plus salubres qu'il est du devoir du médecin de connaître et dont il doit tout d'abord s'informer, quand il arrive sur une rade où règne la fièvre jaune.

Mais nous rappellerons que, pour tous les navires, la mesure la plus importante, celle à laquelle tous les médecins attribuent le bonheur d'avoir évité l'épidémie, est le soin qu'ils ont eu de se débarrasser de leurs malades en les envoyant à l'hôpital au fur et à mesure qu'ils se présentaient. Avons-nous besoin de mentionner l'exécution rigoureuse des règles de l'hygiène navale? On sait que c'est le premier préservatif de toute épidémie à bord.

On peut donc répondre à cette quatrième question :

Oui, on peut éviter l'invasion à bord, d'une épidémie de fièvre jaune, en appareillant souvent, en évitant les lieux malsains, en envoyant les malades à terre, en observant enfin toutes les règles de l'hygiène.

Cinquième question. — *Une fois déclarée à bord, peut-on arrêter l'épidémie, et par quels moyens?*

En exposant les faits particuliers, nous avons vu qu'on avait pu arrêter une épidémie déjà commencée, et cela par des moyens analogues à ceux qui sont employés pour la prévenir. Il nous suffit donc, pour répondre à cette question, d'insister davantage sur l'emploi de ces moyens.

Comme l'an passé, on observe quelques cas isolés de méningite cérébro-spinale. Nous appelons l'attention sur 3 péritonites spontanées, affection fort rare. L'une a été peu aiguë; le sujet a guéri. Les deux autres ont été suraiguës et générales : un sujet a succombé le quatrième jour, le second a guéri, grâce à 320 sangsues, à 3 phlébotomies et à des frictions mercurielles à haute dose. Le symptôme douleur a été excessif, persistant, lorsque l'inflammation avait déjà cédé; nous l'avons fait disparaître avec peine, en donnant la teinture d'opium à 60 et 80 gouttes par jour, et en faisant onctionner l'abdomen avec une pommade dans laquelle entraient 10 grammes d'extrait de belladone. L'individu atteint de manie furieuse, avec prédominance d'idées religieuses, a succombé le quatrième jour. Les méninges commençaient à s'enflammer.

En février, nous avions encore des cachexies paludéennes profondes, avec anasarque énorme, ascite, anémie, état, scorbutique, quoique les envois au dépôt du corps ou en France nous eussent débarrassé de 50 malades chaque mois. Ici se vérifie donc cet énoncé qui a trouvé place plus haut : les reliquats de l'endémo-épidémie d'une année sont si nombreux et si persistants, qu'ils encombrent encore la pathologie de l'année suivante, remplissent les hôpitaux tout l'hiver et ne s'effacent guère qu'au printemps. En février, les reliquats de l'endémo-épidémie passée égalent encore en nombre les affections sporadiques, malgré les évacuations sur France, qui s'effectuent chaque mois. Chez les individus profondément attaqués, la cachexie et les lésions organiques persistent continuellement, pendant longues années; chaque nouvelle saison endémo-épidémique les ranime, les entretient et les perpétue. Il faut alors quitter le pays définitivement, ou pour deux ou trois ans, si l'on ne veut se laisser entraîner au tombeau par la dissolution sans cesse progressive de son économie.

Les quinze premiers jours de mars 1851 se rangent dans la même catégorie que les deux mois précédents; nous observons, dans le cours de ce mois, 3 méningites cérébro-spinales, toutes trois mortelles; les bronchites continuent à compliquer les rechutes de fièvre; nous recevons une dizaine de pneumonies. A cette époque, au froid sec avaient succédé l'humidité et des pluies abondantes. Il est à remarquer qu'à Rome, c'est plutôt avec ces dernières conditions qu'avec la première, que coïncident les pneumonies.

La plupart des pneumonies que nous avons observées à Rome, par les temps humides, étaient catarrhales ou lobulaires; il nous semble utile d'en dire un mot. Elles paraissent quelquefois succéder à une bronchite catarrhale occupant les deux côtés du thorax, et n'en être, pour ainsi dire, que la localisation et la concentration. Des bruits ronflants et des râles muqueux s'entendent dans les deux poumons; la sibilation aiguë est un peu plus rare; les bronches semblent trop humides pour produire ce dernier son. Quand l'affection tourne à la pneumonie lobulaire ou catarrhale, une fièvre vive s'allume, la respiration et la circulation s'embarrassent, il y a de la dyspnée, la face est vultueuse, le pouls large, plein, fréquent ou concentré par suite de l'oppression des forces, et les crachats deviennent rapidement rouillés, safranés. L'auscultation du côté malade fait entendre des bruits ronflants, sonores et bruyants, répandus dans tout le poumon, et souvent dans des espaces plus circonscrits, des râles muqueux gros ou fins. L'oreille ne perçoit quelquefois, à cette époque, aucun râle crépitant. C'est un point sur lequel nous insistons. Avec une attention extrême et une exploration de chaque point en particulier de la région pectorale, on découvre parfois, mêlés aux autres

Ce n'est plus une question, dans la marine, que de savoir s'il est préférable de garder les malades à bord ou de les envoyer à terre, dans un hôpital, quand une épidémie de fièvre jaune s'est déclarée. Chez presque tous les médecins, la même ligne de conduite est tellement constante, dans ce cas, qu'il semble que c'est autant par instinct que par l'expérience déjà acquise que les malades sont envoyés à l'hôpital. En effet, si on met à l'écart toute subtilité de raisonnement, on ne pourra s'empêcher de reconnaître qu'il ne peut pas être sans de graves inconvénients d'accumuler les malades entre les murailles si rapprochées d'un navire frappé par une épidémie de fièvre jaune, surtout si on est bien convaincu, ainsi qu'il est établi par l'expérience du plus grand nombre, que la maladie bien confirmée ne trouve plus d'aggravation dans le séjour à terre, et que le traitement de l'hôpital ne lui est pas plus funeste que celui du bord. Aussi, quand l'épidémie sera déclarée, faudra-t-il plus que jamais mettre tout en œuvre pour se débarrasser le plus promptement possible des malades. C'est par cette mesure que *la Thisbé*, *le Bisson*, *la Thétis*, *le Génie* et beaucoup d'autres navires, ont pu arrêter une épidémie déjà bien établie. Quelquefois même, quand l'encombrement paraît être la cause aggravante, il faut débarquer une partie des hommes valides, comme l'ont fait *le Berceau*, *l'Euryale* et quelques autres.

A ce débarquement des malades, la plupart des médecins ont ajouté le nettoyage en grand et la purification du bord par tous les moyens usités. La mesure est utile, mais il ne faudrait pas y ajouter une confiance trop absolue; car souvent elle a été impuissante à prévenir ou à arrêter une épidémie, comme l'a particulièrement fait remarquer M. Berthulus. Le désarmement en grand serait surtout superflu; car on pourrait, après avoir mis beaucoup de temps et de peine à faire ce désarmement, être forcé de reconnaître, comme l'a fait l'amiral Duperré pour une précédente épidémie du brick *l'Euryale*, que les fonds du navire sont aussi propres et le matériel d'armement aussi intact que si le navire venait d'être armé.

Répétons aussi qu'après avoir débarqué ses malades, le navire devra s'éloigner des lieux infectés, soit en gagnant la pleine mer, s'il le peut, soit en allant mouiller sur un point plus salubre.

Disons donc qu'une épidémie déclarée peut encore être arrêtée par l'emploi plus rigoureux encore des moyens propres à la prévenir.

(*La suite prochainement.*)

LITHOTRITIE.

MÉMOIRE SUR LES PRINCIPAUX ACCIDENTS QUI PEUVENT COMPLIQUER LES OPÉRATIONS DE TAILLE ET DE LITHOTRITIE, ET SUR LES MOYENS DE LES PRÉVENIR OU D'Y REMÉDIER; par J.-E. PÉTREQUIN, professeur à l'École de médecine de Lyon.

(Suite. — Voir les numéros 29, 31, 35 de 1850 et 42 de 1851.)

Abordant maintenant la *taille périnéale*, nous allons passer en revue les principaux accidents qui peuvent la compliquer; nous commencerons par les cas les plus simples.

CALCUL VOLUMINEUX, DE DIX-SEPT LIGNES SUR DOUZE, CHEZ UN ENFANT; TAILLE LATÉRALISÉE; GUÉRISON.

OBS. XVIII. — En 1845, un garçon de 12 ans me fut amené de la Voulte (Ardèche), pour être traité d'une maladie de la vessie. Il souffrait du côté des voies urinaires depuis l'âge de 4 ans, et les souffrances allaient en empirant. Il offrait tous les symptômes rationnels de la pierre: besoins fréquents d'uriner, dysurie, pesanteur au périnée et à l'hypogastre, arrêt brusque du jet urinaire, etc. La sonde fit reconnaître en effet la présence d'un calcul assez volumineux.

Le 25 février 1845, je procédai à l'opération après un traitement préparatoire. Incision périnéale d'environ 15 lignes, commençant sur le raphé, à 10 lignes en avant de l'anus; ouverture de l'urètre sur le cathéter dans la région membraneuse; débridement oblique de la prostate avec le lithotome caché, armé au n° 8. Je saisis la pierre avec des pinces à polype, et j'en opérai heureusement l'extraction.

Elle était plus grosse qu'un œuf de pigeon, de forme allongée, avec des incrustations latérales en relief, offrant 17 lignes de long sur 12 de large.

Je pratiquai immédiatement dans la vessie des injections émollientes à jet continu; une mèche de charpie longue fut introduite dans la plaie d'où on la retira après quelques heures. Les suites de l'opération furent très-heureuses, le résultat complet; l'opéré put sortir de l'hôpital le 23 mars.

CALCUL VOLUMINEUX, COMPLIQUÉ DE CATARRHE VÉSICAL, AVEC INCONTINENCE D'URINE, ETC.; TAILLE LATÉRALISÉE; GUÉRISON.

OBS. XIX. — Le 23 septembre 1849, on présenta à M. Pétrequin à l'Hôtel-Dieu, un garçon, âgé de 13 ans, de Rive-de-Gier (Loire), qui offrait depuis plusieurs années tous les symptômes rationnels de la pierre; mais depuis trois mois surtout il existait une aggravation de l'état morbide; ainsi il y avait dysurie, parfois rétention brusque du jet de l'urine, besoins fréquents de miction; chaque nuit il était obligé de se lever dix à douze fois pour uriner; les douleurs étaient quelquefois assez vives pour arracher des cris au malade; les urines étaient sédimenteuses, catarrhales; souvent elles coulaient involontairement; elles forment un dépôt graveleux; il y a perte d'appétit, soif, fièvre irrégulière, tristesse, etc.

M. Pétrequin, après avoir introduit une sonde en argent, nous fit reconnaître par la percussion la présence d'un corps dur et rugueux. Le diagnostic d'un calcul étant établi et les préparatifs de l'opération une fois achevés, M. Pétrequin procéda à la taille, le 19 octobre 1849, de la manière suivante, après éthérisation préalable: Incision oblique au périnée à 10 lignes en avant de l'anus; ponction de l'urètre sur le cathéter cannelé, derrière l'aponévrose moyenne; débridement de la prostate suivant son diamètre oblique avec un lithotome caché, armé au n° 8 1/2. L'opérateur explore la vessie avec l'index qui, après avoir reconnu la position du calcul, dirige l'introduction d'un gorgeret boutonné; sur la crête de cet instrument on fait glisser des pinces à polype qui chargent et retirent dès la première tentative un assez gros calcul, inégal et rugueux, dont le volume et les aspérités opposent quelques difficultés dans l'extraction. On constate ensuite par un nouvel examen que la vessie est libre, et alors on y pousse des injections émollientes multipliées. Le pansement est terminé par l'introduction d'une longue mèche de charpie dans la plaie, où elle reste à demeure une partie de la journée, et que M. Pétrequin destine à tenir l'ouverture libre de tout caillot et à la conserver béante après qu'on a retiré le tampon.

Grâce au traitement consécutif, l'opération fut exempte d'accidents; le dixième jour, l'urine sort en grande partie par le canal; la plaie est déjà presque cicatrisée le 31 octobre; l'opéré peut sortir guéri de l'hôpital le 5 décembre. Ce qui a retardé son départ, ce n'est pas l'opération elle-même, mais un engorgement lymphatique des glandes de l'aine qui a réclamé un traitement de plusieurs semaines. (Recueillie par M. Louis Gubian, interne des hôpitaux de Lyon.)

Dans ces deux cas, je n'ai pas hésité à recourir à la taille; chez les enfants, je la crois généralement préférable à la lithotritie, à l'exemple de

bruits sonores, quelques râles crépitants. Il est rare que celui-ci soit net, sec, comme cela s'observe dans nos pneumonies franchement inflammatoires de France; il est ordinairement humide, et se rapproche du râle sous-crépitant de la bronchite capillaire, ou bien ses bulles sont mêlées à d'autres bulles de râle muqueux; dans d'autres circonstances, enfin, c'est plutôt un bruit de taffetas qu'un véritable râle crépitant, les bulles étant rapprochées, peu distinctes l'une de l'autre, presque confondues. Ainsi, dans cette pneumonie catarrhale, la dyspnée et les crachats sanglants apparaissent hâtivement; la nature des crachats indique déjà bien postérieurement une pneumonie, alors que l'auscultation la plus attentive ne découvre tantôt aucune espèce de râle crépitant, tantôt un râle crépitant dénaturé. Le râle crépitant n'a donc pas, dans les pneumonies catarrhales de Rome, et ce sont les plus nombreuses, la même valeur séméiologique que dans nos pneumonies de France. Cela n'excuse que bien peu les médecins romains, qui ne connaissent le premier mot ni de l'auscultation ni de la percussion, et ne peut certes légitimer cette parole étrange prononcée en pleine clinique médicale: que *Laënnec n'était qu'un charlatan.* Il reste à l'auscultation un vaste champ d'utile application dans la bronchite, dans la pleurésie avec et sans épanchements, dans la phthisie pulmonaire, qui certes n'est pas rare, enfin dans les maladies du cœur, affections dont le diagnostic est déplorable à Rome.

Dans trois cas de pneumonie, le souffle bronchique et même tubaire s'est manifesté trois à quatre jours avant le râle crépitant, et la pneumonie avait elle-même trahi sa présence par des crachats safranés, quelques jours avant l'apparition du souffle bronchique. Dans ces cas, il faut admettre une de ces trois suppositions: 1° que la pneumonie, d'abord centrale, n'est devenue superficielle que consécutivement; 2° que l'affection, d'abord disséminée dans quelques lobules et ne se trahissant que par des râles crépitants rares et étouffés par d'autres bruits, a envahi plus tard tout le parenchyme d'un lobe; 3° que la pneumonie catarrhale peut exister sans râle crépitant, et que celui-ci se manifeste quand l'affection éprouve des modifications dans ses caractères. L'examen attentif de la maladie dans ses diverses périodes, la percussion, les caractères de ce râle ne nous ont pas permis de le considérer comme un râle crépitant de retour.

Ces trois pneumonies se sont accompagnées d'un état typhoïde et délirant fort grave qui a mis obstacle au large emploi des antiphlogistiques, dans l'emploi desquels, du reste, il faut toujours être réservé quand il s'agit de pneumonies catarrhales.

La pneumonie catarrhale nous a paru céder généralement, avec assez de rapidité, au double traitement antiphlogistique et émétique. Quelques cas ont été néanmoins assez longtemps réfractaires. Les crachats cessent très-vite d'être sanguinolants, mais la dyspnée et la fièvre persistent davantage. On doit insister six à sept jours sur l'émétique, qui est d'ordinaire bien supporté. Il ne faut pas non plus trop tarder de placer un vésicatoire; ce révulsif, les boissons nitrées, l'émétique à petite dose et uni à l'opium, ou le kermès, achèvent la guérison commencée par les antiphlogistiques et l'émétique à forte dose. On devra quelquefois agir sur le tube intestinal, surtout quand il existe un état typhoïde. Il est d'autant plus nécessaire d'attaquer vivement cette pneumonie, quand elle se prolonge, qu'elle marche alors insidieusement vers l'état chronique, contre lequel nous possédons peu de ressources.

MM. Velpeau (RAPPORTS ET DISCUSSIONS A L'ACADÉMIE SUR LA TAILLE ET LA LITHOTRITIE, 1835, in-8°, p. 9), Sanson (*ibid.*, p. 100), Roux (*ibid.*, p. 70, 72), Delmas (*ibid.*, p. 145), Souberbielle (*ibid.*, p. 150), A. Thierry (THÈSE DE CONCOURS, 1842, p. 149), Gorgone de Palerme (1° RAPP. DELLA CLINICA CHIRURG., 1839, p. 14), Bouisson (CLINIQUE CHIRURG. DE MONTPELLIER, 1846, p. 28), etc.; il est bien entendu qu'il ne s'agit pas ici de la possibilité (elle a été démontrée par MM. Ségalas, Leroy-d'Étiolles, Amussat, etc.), mais de l'opportunité de la méthode. L'étroitesse du canal, son extrême contractilité, la sensibilité excessive de la vessie et la disposition des jeunes sujets à l'inflammation, aux spasmes et à la fièvre urétrale, etc., me paraissent des contre-indications majeures pour la lithotritie.

Chez les enfants, je me sers habituellement de pinces à polypes, comme plus commodes pour l'extraction que les tenettes qui sont toutes trop grosses eu égard à l'étroitesse du canal à franchir; elles exposent moins à meurtrir le périnée. Scarpa les mentionne dans ses opérations, et je remarque que M. Pamard d'Avignon les préfère également (DOCUMENTS STATISTIQUES, p. 7). Je puis dire qu'elles m'ont aussi rendu des services chez les adultes.

Après l'opération, j'ai soin de pousser dans la vessie des injections émollientes; je les pratique avec une seringue aspirante et foulante, comme celle dont M. J. Guérin se sert dans la ponction sous-cutanée des abcès; on a l'avantage d'abord de pouvoir faire des injections multipliées, sans avoir l'inconvénient de retirer et de replacer la canule dans la plaie, puis de nettoyer la vessie de tous les caillots de sang et débris de pierre qu'elle peut contenir, c'est en outre un moyen antiphlogistique.

Mon pansement consiste dans une mèche de charpie longue qu'on introduit jusque dans la vessie; elle n'a pas seulement pour but de filtrer l'urine, comme on l'a dit, mais elle empêche la plaie de s'obstruer de caillots, elle en nivelle les parois; et quand on enlève le tampon au bout de quelques heures, il a formé une voie béante, perméable à l'urine qui, trouvant alors un écoulement facile, a beaucoup moins de tendance aux infiltrations.

Toutes ces pratiques s'appliquent aussi aux cas qui vont suivre, de même que l'éthérisation dont l'influence heureuse a été manifeste chez le malade dont voici l'histoire :

CALCUL VOLUMINEUX DONT L'EXISTENCE EST MÉCONNUE PENDANT PLUSIEURS ANNÉES; COMPLICATION DE CYSTITE CALCULEUSE, DE BRONCHITE ET DE FIÈVRE, ETC.; TAILLE LATÉRALISÉE; GUÉRISON.

OBS. XX. — Le 27 septembre 1848, A. O., âgé de 35 ans, ouvrier en soie à Lyon, est adressé à M. Pétrequin pour une maladie chronique de la vessie qui a porté une atteinte profonde à sa constitution. Il y a amaigrissement, débilitation générale, perte du sommeil et de l'appétit, constipation, etc. Souvent il se développe des exacerbations fébriles; il y a complication d'une bronchite chronique très-fatigante. Quant aux urines, elles sont sédimenteuses, catarrhales, et se décomposent rapidement, de manière à exhaler une odeur fétide; les besoins d'uriner sont très-fréquents; il y a gêne et douleurs dans la miction, avec pesanteur au périnée, etc. Cet état maladif dure depuis plusieurs années, mais il s'est aggravé surtout depuis quatorze mois, et même le malade se trouve depuis deux mois condamné à garder le lit; il s'est vu forcé depuis longtemps d'abandonner son état.

On l'a traité pour un catarrhe vésical chronique; son premier médecin ne l'ayant pas soulagé, il l'a quitté au bout d'un an pour se mettre entre les mains d'un autre médecin qui n'a pas mieux réussi. Il est alors entré dans un hôpital d'où, après un séjour de plusieurs mois, il a dû repartir sans amélioration. M. le docteur Goujon consulté alors l'adressa immédiatement à M. Pétrequin à l'Hôtel-Dieu.

L'existence d'un catarrhe vésical chronique est évidente, mais n'y a-t-il pas autre chose? C'est la question que se posa d'abord M. Pétrequin, et il en chercha la solution dans ce précepte de Lisfranc que nous l'avons vu souvent mettre en pratique : « Dès qu'un malade accuse des douleurs dans la vessie, il faut explo- » rer cet organe par le cathétérisme. » L'opérateur diagnostiqua et nous fit diagnostiquer la présence d'une pierre volumineuse, que l'instrument lithotriteur mesura sous un diamètre de 36 millim. Après un traitement préparatoire destiné à combattre les principales complications, comme la fièvre, la bronchite chronique et le catarrhe vésical, M. Pétrequin pratiqua la cystotomie le 16 novembre 1848, en présence des docteurs Barrier, Desgranges, Foltz, Vernay, Baumers, Lavirotte, Bonnarie, Carmouche, Barudel, etc. Il fit remarquer que les ischions étaient très-rapprochés et le périnée étroit, ce qui, rendant l'anus enfoncé, lui fit supposer que le col de la vessie serait très-profond, ce qui fut vérifié. Éthérisation préalable. Incision oblique à partir de 11 à 12 lignes en avant de l'anus, ouverture de l'urètre sur la rainure du cathéter, où l'on fait glisser le bistouri au niveau de la région membraneuse. On lui substitue aussitôt le lithotome caché qui, appuyé par son manche contre la branche droite du pubis, sert, dès que le cathéter est retiré, à faire une incision oblique au col de la vessie et de la prostate avec l'armure n° 10. Il s'écoule un peu d'urine mêlée de sang; l'index est introduit, reconnaît la position du calcul, et sert à introduire un conducteur boutonné sur l'arête duquel on fait glisser les tenettes. Le volume de la pierre ne permet de la charger qu'en la brisant, ce qui nécessite plusieurs introductions de l'instrument. M. Pétrequin termine par la curette, car plusieurs fragments étaient adhérents aux parois vésicales en divers points. Des injections émollientes font sortir en grande quantité les derniers débris. L'organe une fois bien nettoyé, on place dans l'incision une longue mèche de charpie qu'on doit retirer dans la journée. (Tisane de violettes et tilleul; potion calmante diacodée; diète; silence.)

17 novembre. La mèche de charpie a été changée hier à trois heures. Il y a eu un peu de sang de rendu par le canal et un refroidissement général intense qu'on a eu grand'peine à maîtriser au moyen de linges et de cruches d'eau chaude. Au total, ce matin tout va bien.

18 novembre. Même état satisfaisant; les urines sont moins infectes.

19 novembre. Le sommeil est un peu revenu; les urines coulent un peu par la verge; la plaie seule est un peu douloureuse; il y a un peu d'embarras gastrique, sans fièvre.

21 novembre. Même état. (Bains de siége.)

22 novembre. Quelques frissons après le bain de siége. (Bain de siége.)

23 novembre. La plaie est diminuée d'un tiers; constipation. (Lavement et bain de siége.)

24 novembre. Presque toute l'urine passe par la verge; un peu de toux. (Bouillon de poulet; vésicatoire.)

26 novembre. Douleurs le long du canal quand l'urine passe. (Injection d'eau tiède; lavement; lait pour boisson.)

28 novembre. Toux fréquente qui retentit péniblement au périnée. (Injections tièdes tous les jours dans la vessie.)

1er décembre. La toux persiste et fatigue le malade. La plaie se rétrécit toujours, mais laisse encore passer les urines qui sont toujours fétides. (Boissons béchiques; cautère au bras; continuer les injections.)

8 décembre. Amendement de la toux; l'urine coule toujours par la plaie. (Injection tiède par le canal; pilules hypnotiques; potion antimoniée.)

13 décembre. Les forces et l'appétit se relèvent; le sommeil revient. La plaie se rétrécit de plus en plus; les bords prennent un bon aspect. L'urine coule en partie par le canal. (Même prescription; potion balsamique.)

17 décembre. Amélioration croissante dans l'état du malade; les urines sortent en abondance par le canal. Les douleurs du périnée ont disparu, ainsi que celles de l'hypogastre.

Les saignées ont été le plus souvent couenneuses au plus haut degré. Chez un de nos malades, la couenne avait 1 centimètre d'épaisseur; nonobstant, le caillot n'était pas beaucoup rétracté. Nous n'avons jamais été obligé de dépasser 4 phlébotomies chez le même sujet. Les ventouses scarifiées ont presque toujours accompagné les évacuations générales. Dans l'administration de l'émétique, nous n'avons jamais franchi 6 décigrammes; le sujet auquel nous avons prescrit cette dose l'a parfaitement toléré. Le plus souvent, mais pas toujours, nous aidons à la tolérance par l'adjonction de 12 gouttes de teinture d'opium.

Nous terminerons cet aperçu médical, en jetant un coup d'œil sur les probabilités de l'endémo-épidémie de 1851. La salubrité relative des diverses casernes est aujourd'hui parfaitement connue; le danger des gardes montées aux portes et surtout à certaines portes de la ville est également une vérité acquise. A l'aide de quelques boissons alcooliques supplémentaires, de prescriptions hygiéniques rigoureusement observées, de la défense de dormir hors du corps-de-garde, enfin avec le secours de manteaux de factionnaires, même en plein été, manteaux dont le port ne serait pas facultatif, mais ordonné pour la nuit; enfin en choisissant avec discernement le local destiné au corps-de-garde, on diminuerait certainement le danger de ces portes. Il ne serait pas non plus sans utilité de faire monter alternativement la garde des portes les plus insalubres par les différents corps de la garnison; en examinant la question de près, on ne tarde pas à se convaincre que cette mesure n'aurait pas seulement pour résultat de disséminer l'intoxication sur un plus grand nombre de régiments, ce qui ne constituerait réellement pas un grand bénéfice, mais aussi de rendre l'imprégnation moins profonde, puisque la cause morbide agirait moins souvent sur le même individu.

D'autre part, en abandonnant, autant que cela est permis au point de vue militaire, les casernes dont l'insalubrité est prouvée par l'expérience, on réduirait certainement de moitié, peut-être des deux tiers, le nombre des hommes atteints par l'endémo-épidémie. Ainsi donc, avec 500 hommes de moins à l'effectif de l'armée, on disposerait d'un pareil nombre de bayonnettes, et on serait surchargé de moins d'*impedimenta*. C'est donc un problème à la fois économique, politique et militaire, que la médecine peut résoudre ici. Eh bien ! le croirait-on, un chirurgien et médecin en chef d'armée n'a pas trouvé de place dans la commission de *logement et casernement*? La salubrité ne serait-elle plus une des conditions les plus importantes à étudier quand il s'agit d'asseoir une habitation? Ou bien le premier venu, malgré son ignorance complète dans la matière spéciale et des connaissances générales le plus souvent insuffisantes, serait-il plus apte que l'homme de l'art à juger une question médicale? Non, ce n'est rien de tout cela. Nous sommes une dépendance, une annexe de la haute administration militaire, et c'est elle qui nous représente, même en tant que médecins. Elle s'approprie notre expérience, notre observation et les transmet plus ou moins dénaturées à l'autorité supérieure, en lui en réclamant souvent la récompense pour elle-même.

Parmi les améliorations qu'ont successivement introduites dans le régime hospitalier, les soins éclairés de plusieurs intendants et surtout la sollicitude incessante de M. Lacanchie, nous citerons la mise en usage d'effets d'habillements spéciaux, capotes et pantalons. Les premières sont des capotes d'infanterie hors de service; les seconds sont confectionnés avec des manteaux de cavaliers également réformés. Chaque malade a, en outre, un bonnet de coton, des chaus-

25 décembre. La plaie est toujours ouverte; ses bords sont un peu pâles. L'urine passe encore en partie par la plaie; du reste état général bon.

28 décembre. L'urine devient limpide et inodore; elle passe en plus grande quantité par la verge. État général très-bon.

5 janvier. La vessie garde un peu mieux l'urine. Il est survenu un peu de fièvre; l'appétit est troublé. (Sirop de quinquina; potion calmante.)

8 janvier. La vessie garde un peu mieux l'urine; cependant le malade urine encore sept ou huit fois par nuit et autant le jour. L'urine passe presque entièrement par le canal; elle a repris ses caractères normaux, et le malade ne la rend plus involontairement et ne mouille plus son lit.

9 janvier. Le malade part avec une plaie d'un demi-centimètre de longueur, en voie de cicatrisation; l'urine a repris sa couleur et son odeur; elle sort en totalité ou à peu près par le canal; la miction est volontaire, mais encore douloureuse quelquefois. La constitution de l'opéré se restaura peu à peu. M. Pétrequin eut occasion de le revoir plus tard, la guérison était complète et la cure ne s'est pas démentie. (Recueillie par MM. Gautier et Jacquemet, internes des hôpitaux de Lyon.)

Sans l'éthérisation, les souffrances de cette laborieuse opération eussent imprimé aux nerfs un tel ébranlement et à la fièvre traumatique une telle intensité, que la gravité des complications aurait pu devenir funeste. Les balsamiques et l'oxyde blanc d'antimoine furent d'un grand secours contre la bronchite; les injections quotidiennes tantôt par la plaie, tantôt par l'urètre, soulageaient beaucoup en débarrassant la vessie des urines mucoso-purulentes qui séjournaient dans le bas-fond; on les rendit d'abord émollientes, puis détersives. Après l'emploi des analeptiques et des corroborants, la cicatrisation s'obtint par des lotions et des pansements au vin aromatique, qu'on aida de quelques cautérisations avec la pierre infernale pour modifier la vitalité des tissus. Enfin ce cas des plus compliqués arriva de la sorte à une terminaison heureuse.

On sait que le rectum est renflé en ampoule au-dessus de l'anus, surtout chez les vieillards et les sujets habituellement constipés; il s'avance ainsi près du bulbe et le triangle recto-urétral est rétréci. Sa lésion comme chez notre malade est alors fort à craindre, d'autant plus que cet accident est arrivé une fois à M. le professeur Roux (DISC. A L'AC. SUR LA TAILLE, 1835, p. 71); une autre fois à M. Pamard père. Voici ce dernier fait: « Lossigeve, 47 ans, pierre énorme, taillé le 3 fructidor an VIII. Guérison, mais avec une fistule recto-vésicale qui provenait évidemment d'une lésion du rectum. » (Pamard fils, DOC. STAT. SUR LA TAILLE, obs. 28), etc. J'ai fait voir dans mon ANATOMIE MÉDICO-CHIRURGICALE (p. 451, 454) qu'on évite le rectum en n'élevant pas trop haut le manche du lithotome, afin que sa pointe ne se fourvoie pas en bas; qu'autrement on risquerait même de perforer le bas-fond de la vessie, comme cela est arrivé à M. Roux (*ibid.*, p. 71); qu'il faut tenir ferme l'instrument sous un angle de 69° pour le débridement de la prostate, et ensuite incliner le poignet en bas en même temps qu'on le retire pour éloigner le tranchant du voisinage de l'intestin (1).

En outre, suivant le conseil de Dupuytren, on déprimera à mesure avec l'indicateur gauche l'angle postérieur de la plaie pour repousser le rectum en arrière et le sauver du danger.

Arrivons à d'autres écueils à éviter.

CALCUL AMMONIACO-MAGNÉSIEN, VOLUMINEUX, GARNI D'ASPÉRITÉS COMME LE FRUIT DU DATURA; COMPLICATION DE CYSTITE CHRONIQUE, D'AMAIGRISSEMENT, DE FIÈVRE, ETC.; TAILLE BILATÉRALE; PARTICULARITÉS OPÉRATOIRES; GUÉRISON.

OBS. XXI. — Barthélemy T., âgé de 23 ans, de Moulins (Allier), ouvrier serrurier à Lyon, entre le 31 mai 1850 à l'Hôtel-Dieu de Lyon, service de M. Pétrequin. Dès l'âge de 2 à 3 ans, il a commencé à présenter les symptômes de la pierre, comme: difficulté à uriner, prurit au gland, miction irrégulière, besoin instinctif de tirailler la verge, etc. Tous ces malaises ont augmenté avec l'âge et les fatigues de son métier, et depuis la fin de 1849 il a été forcé à peu près d'interrompre ses travaux.

A son entrée, M. Pétrequin fait constater ce qui suit: douleur à l'hypogastre et dans le canal; émission des urines difficile et douloureuse; elles forment un dépôt blanchâtre, muqueux; elles sont faiblement acides. Besoins d'uriner fréquents, se répétant la nuit presque toutes les demi-heures; par suite défaut de sommeil, et de là éréthisme nerveux, mouvements fébriles, etc. Le jet de l'urine est souvent interrompu brusquement. M. Pétrequin pratique le cathétérisme et nous fait constater l'existence d'un calcul à l'entrée de la vessie. Le malade, d'un tempérament lymphatique, est amaigri et affaibli par les longues souffrances qu'il a eu à subir. L'opération est décidée. M. Pétrequin l'y prépare par des bains, des lavements émollients, des injections narcotiques dans la vessie et un régime diététique approprié; enfin un laxatif est administré la veille et le matin même de l'opération, que M. Pétrequin pratique le 11 juin 1750, en présence du docteur Conti (de Turin) et d'une foule d'élèves.

Incision oblique au périnée d'environ 2 pouces, commençant à 11 lignes en avant de l'anus; dissection couche par couche à la recherche de la région membraneuse qu'on ouvre avec le bistouri sur la cannelure du cathéter, laquelle sert ensuite à guider un lithotome caché jusque dans la vessie. Le cathéter retiré, M. Pétrequin incise la prostate dans son diamètre oblique avec l'armure préalablement marquée au n° 9. Les tenettes conduites sur la crête du gorgeret boutonné saisissent la pierre du premier coup; mais celle-ci est trop volumineuse pour être extraite sans délabrement. Alors M. Pétrequin, plutôt que de s'abandonner à des efforts qui auraient pu devenir préjudiciables au succès, se décide à pratiquer de suite avec le lithotome caché une seconde incision à droite sur la prostate, ce qui donne lieu à une *taille bilatérale*. Extraction immédiate d'une pierre volumineuse, rugueuse, semblable à une pomme épineuse; on pousse dans la vessie des injections tièdes multipliées, jusqu'à ce que l'eau ressorte nette et limpide. Introduction dans la plaie d'une mèche de charpie. (Diète; tis. de violettes et tilleul; potion calm. diacodée avec 1 gramme de teinture de castoréum.) La nuit est assez bonne; il y a quatre heures de sommeil. On enlève la mèche de charpie. (Lavement laudanisé et camphré.)

Le 13, sommeil satisfaisant, langue humide, fièvre modérée.

Le 14, l'opéré souffre peu, si ce n'est de la plaie. On prescrit un bain de siége et l'on permet deux soupes. L'amélioration continue le 15 et le 16. On réitère les bains de siége et les lavements médicamenteux, et l'on commence les injections émollientes dans la vessie, ce qui le débarrasse d'un dépôt d'urines catarrhales.

Le 20, le mieux progresse, la plaie s'est beaucoup rétrécie. On commence l'usage des grands bains. L'opéré urine par le canal dans le premier bain. L'appétit est faible, le ventre paresseux.

Le 24, on administre un lavement avec miel et manne; la plaie a diminué des trois quarts; la moitié de l'urine passe par le canal; elle est de moins en moins catarrhale. L'appétit revient, les forces aussi; le régime est augmenté, l'état général est satisfaisant. On continue les bains, les lavements, les injections, etc.

A la fin de juin, les urines sortent en grande partie par le canal.

(1) Dans un PARALLÈLE DE LA TAILLE ET DE LA LITHOTRITIE de M. Longhi (Pavie, 1839, p. 28 et 41), j'ai trouvé deux cas de lésion du rectum: le premier chez un enfant de 5 ans, taillé le 6 mars 1837 pour un gros calcul mural; la fistule stercorale, attribuée à la contusion du rectum, fut reconnue le cinquième jour et réussit heureusement à guérir à la fin de juillet, c'est-à-dire après cinq mois. Le second cas chez un enfant de 3 ans, taillé le 29 avril 1837; la fistule était cicatrisée avant sa sortie de l'hôpital qui eut lieu le 29 juin, etc. Cet accident par sa fréquence mérite une attention particulière.

---

settes de laine et des pantoufles. En traçant l'histoire des hôpitaux militaires de Rome, nous avons fait sentir l'utilité de ces effets.

Les hôpitaux Saint-Dominique et Saint-André étaient les seuls ouverts au commencement de l'endémo-épidémie. Le couvent Sainte-Thérèse, déjà occupé l'année dernière, a été mis à notre disposition le 13 août. Mais le nombre des malades croissant avec une si grande rapidité que ces trois établissements se sont bientôt trouvés trop étroits. M. Lacauchie n'en dut pas moins faire les instances les plus vives, pour qu'on ouvrît Saint-Bernard, autre établissement également occupé par nous en 1849. L'état d'infimité dans lequel est reléguée la médecine militaire est tel, que l'élément administratif domine de beaucoup l'élément médical. Il n'est pas toujours facile de faire admettre cette vérité si simple et pourtant si souvent méconnue: un hôpital est un établissement destiné à traiter des malades, et non pas un local où l'on conserve des meubles et où l'on remplit des registres.

Saint-Bernard, ouvert le 6 septembre, a été fermé le 20 du même mois; Sainte-Thérèse le 24 octobre. La réduction a été poussée plus loin encore à la fin de l'année 1850: Saint-Dominique a été fermé et Saint-André restera le seul hôpital de Rome jusqu'à la prochaine saison endémo-épidémique. L'administration s'est trouvée ainsi singulièrement simplifiée, et l'on a réalisé une notable économie; mais dès février 1851 le nombre des malades ayant dépassé les prévisions de l'autorité administrative, non pas les nôtres, il a fallu mettre des lits dans des corridors froids, malsains, dans des chambres glaciales et mal exposées, tandis que Saint-Dominique possède une foule de cellules qui réunissent les meilleures conditions.

Le personnel médical s'est composé de MM. Mayer, Molard, Beylot, Jacquot, Lasserre, médecins de l'armée. MM. les chirurgiens Pétronelli, Mignot, Bernet et Renard ont été provisoirement chargés du service des fiévreux.

L'année 1850 s'est ouverte sous la présidence de MM. Faure-Villard, Lacauchie et Rollin, officiers de santé en chef; puis cette triple direction s'est réunie dans les mains de M. Lacauchie, dont le pouvoir médical s'étendait sur le personnel des hôpitaux et des régiments. Au 1er janvier 1851, on a décapité notre pauvre corps toujours si maltraité, en supprimant les fonctions de son seul chef direct et normal. Adieu la centralisation scientifique, adieu le rapprochement des officiers de santé des corps et des hôpitaux, adieu les échanges d'observations qui faisaient profiter même des fautes d'autrui, adieu nos réunions hebdomadaires dans les salons de notre président, véritable petite académie dont les séances étaient si bien remplies! L'élément administration a encore ici étouffé, absorbé, annihilé l'élément médecine.

F. JACQUOT.

(*La suite à un prochain numéro.*)

— ERRATA. — La lettre de M. C. Sperino, sur la *syphilisation chez l'homme*, insérée dans la GAZETTE MÉDICALE, n° 40, portait la date du 12 septembre 1851. La même lettre contient encore les erreurs suivantes: p. 629, 2e colonne, lig. 8, au lieu de M. *Flaver*, lisez Flarer; même page, lig. 18, au lieu de M. *Gulligo*, lisez Galligo; et lig. 20, au lieu de M. *Nottini*, lisez Mottini.

Le 7 juillet, M. Pétrequin quitte momentanément son service, considérant le malade comme guéri; la plaie est à peu près cicatrisée; toutefois il survient encore quelques accidents qui prolongent le séjour du malade jusqu'au 17 août, époque où il quitte l'hôpital parfaitement guéri. (Recueillie par MM. Chadmier et Lacuire.)

Ce calcul me paraissait intéressant à connaître chimiquement; j'en confiai l'analyse à M. le docteur Lambert, répétiteur de chimie à l'école de la Martinière; il le traita successivement par la voie sèche et par la voie humide; il résulte de ces essais que le calcul contient: 1° de l'urate d'ammoniaque; 2° du phosphate ammoniaco-magnésien; 3° du phosphate de chaux; 4° un phosphate de soude et de chaux soluble sous l'influence de l'urate d'ammoniaque; 5° des traces de fer qui font supposer que la substance noire du calcul, semblable à du sang desséché, provient en effet de cette origine.

La pierre était volumineuse et dure, elle résistait à l'action des tenettes, et je n'avais pas sous la main des instruments lithotriteurs pour en opérer le broiement. (Voy. obs. 27 et suiv.) Je pratiquai la taille bi-latérale en deux temps, n'ayant pas dans ce moment à ma disposition un lithotome double; d'ailleurs cet instrument est passible de reproches graves, comme je l'ai fait voir dans mon ANATOMIE MÉDICO-CHIRURGICALE (*Périnée*, p. 452): « Ce serait une erreur de vouloir, d'après l'écartement présumé des branches et le numéro de l'armure, conclure qu'on a dépassé les limites de la » prostate. En effet, opère-t-on avec le double lithotome? J'ai reconnu à » l'amphithéâtre, non-seulement que l'incision n'a pas toute l'étendue » qu'indique le numéro du manche, mais encore qu'elle n'est pas identique » à droite et à gauche, soit que le tissu prostatique résiste inégalement, soit » qu'une des lames ait cédé davantage. » M. Thierry est allé jusqu'à dire: « Le lithotome double, seul, me fait rejeter la taille bilatérale. » (Thèse de concours, 1842, p. 57.) M. Gorgone, professeur de chirurgie à Palerme, regarde cet instrument comme infidèle dans sa manière d'agir. (Rapports sur la clinique chirurgicale de Palerme, 2e édit., 1839, p. 13.) Je me décidai donc à faire la taille bilatérale en deux temps. C'est aussi le conseil que formule le professeur de Palerme, d'après les vues de Béclard et sur les indices déjà donnés par Ledran; il ajoute que Dupuytren lui-même aurait conseillé d'opérer ainsi s'il n'était pas l'inventeur du lithotome double. Il veut qu'on ne fasse la seconde incision qu'après avoir reconnu que la première est insuffisante pour l'extraction de la pierre, et il proclame cette méthode comme beaucoup plus avantageuse. (*Ibid.*, notes, p. 13.) De son côté, M. Thierry dit aussi: « Les deux débridements pratiqués par Dupuytren sont un véritable progrès dans les tailles périnéales; seulement, au » lieu de les faire à la fois, on pourrait les faire successivement. » (*Ibid.*, p. 57.) Ces détails opératoires mériteraient bien d'être discutés, nous en avons fait avec avantage l'application dans le cas qui précède. Tous ces préceptes se rapprochent beaucoup de ceux que Panizza et Scarpa professaient dans leur cours (1), en conseillant des débridements multiples autour du calcul pour le dégager. (Longhi, DE LA TAILLE ET DE LA LITHOTRITIE, Pavie, 1839, p. 40.) La théorie de ces débridements multiples a été généralisée en France par M. Vidal (de Cassis), qui a proposé la taille quadrilatérale.

(*La suite au prochain numéro.*)

REVUE DES JOURNAUX DE MÉDECINE.

JOURNAUX IRLANDAIS.

THE DUBLIN QUARTERLY JOURNAL OF MEDICAL SCIENCE.

Les numéros d'août et de novembre 1850 contiennent les travaux originaux suivants: 1° *Considérations sur l'emploi du chloroforme, simultanément avec l'ergot de seigle, dans les accouchements*; par M. Beatty. 2° *Cas d'ulcère chronique de l'estomac, avec remarques*; par M. Lees. 3° *Sur l'origine constitutionnelle de l'érysipèle et sur son traitement*; par M. Walsh. 4° *Sur le traitement du tétanos traumatique*; par M. Ricci. (L'auteur préconise les lavements de tabac.) 5° *Considérations sur les empoisonnements supposés*; par M. Kidd. 6° *Des inflammations et des autres affections de la langue*; par M. Fleming. 7° *Sur une forme particulière de gonorrhée*; par M. Colles. (Il n'est question que de l'inflammation vésicale qui complique parfois la blennorrhagie.) 8° *Considérations sur le choléra et spécialement sur son mode de propagation*; par M. Graves. 9° *Cas de tumeur du bassin, mettant obstacle au travail, où l'opération césarienne fut proposée; avec réflexions*; par M. Shekleton. (On parvint à extraire l'enfant par morceaux; mais la patiente succomba presque immédiatement.) 10° *Sur la gangrène des membres inférieurs, consécutive à une maladie des valvules du cœur*; par M. Power. 11° *De la fracture intracapsulaire du col du fémur avec rotation du membre en dedans*; par M. Bevan. 12° *Sur la pneumonie chronique*; par M. Popham. 13° *Sur les maladies chroniques de la membrane muqueuse du larynx*; par M. Watson. 14° *Considérations sur la dyssenterie chronique*; par M. Mayne.

CONSIDÉRATIONS SUR L'EMPLOI SIMULTANÉ DU CHLOROFORME ET DU SEIGLE ERGOTÉ DANS LES ACCOUCHEMENTS; par M. BEATTY.

M. Beatty commence par justifier l'usage du chloroforme administré pour prévenir les douleurs de l'enfantement. Selon lui, il est, dans ce cas particulier, tout à fait exempt de dangers; et cela pour deux motifs. D'abord la malade est toujours alors dans la position horizontale, situation où l'on observe que les accidents suite de la chloroformisation arrivent le moins fréquemment, et où il est nécessaire de consommer moins du liquide anesthésique pour produire le sommeil. En second lieu, on sait que l'action du chloroforme est mieux supportée lorsque l'estomac est en état de vacuité. Or, quand on emploie le chloroforme chez les femmes en couches, ce n'est jamais dès les premières douleurs, et par conséquent l'estomac a déjà eu, en général, le temps de se vider des aliments qu'il contenait.

Nous ne craignons pas, vu la timidité de nos compatriotes à cet égard, de reproduire ici les règles que M. Beatty trace pour l'application du chloroforme à l'obstétrique. D'ordinaire, il ne commence les inhalations que lorsque le col utérin est presque complétement dilaté. Il verse alors 2 grammes du liquide sur un mouchoir qu'il tient à 5 ou 6 pouces de la figure de la patiente; il l'approche peu à peu de plus près en plus près jusqu'à ce que les bords du mouchoir couvrent les joues. Dans les cas de travail simple, il ne va jamais jusqu'à produire l'insensibilité; mais, dès que la respiration devient embarrassée, il éloigne le mouchoir, et attend pour le rapprocher que ces effets se soient dissipés; de cette manière la malade ne perd jamais la conscience de ce qui se passe; seulement elle est débarrassée des douleurs utérines, ainsi que de celle des reins.

S'il est arrivé en chirurgie des accidents par suite de l'emploi du chloroforme, on peut, dit-il, les rapporter soit à l'impureté du liquide, soit à une dose excessive, soit à l'état de plénitude de l'estomac, soit enfin à la position verticale du malade.

Dans beaucoup de cas le travail, sans aucune cause qui lui mette absolument obstacle, est long, fatigant, *tedious labour*. L'indication du chloroforme y devient donc très-justifiée; mais comme il a pour effet de ralentir les contractions expultrices, ce résultat de son action augmenterait encore la cause qui constitue ici une complication. En pareille circonstance, M. Beatty recommande d'administrer simultanément le seigle ergoté. Cet agent active alors les contractions que l'influence du chloroforme rend moins fortes. Voici quelques-uns des faits cités par lui comme exemples des avantages de cette association.

OBS. I. — Mrs. W., déjà mère de plusieurs enfants, était très inquiète et redoutait de succomber durant sa couche actuelle. Elle désirait beaucoup d'être soumise à l'action du chloroforme. Le travail commença dans la matinée; mais à dix heures du soir, il avait fait très-peu de progrès. M. Beatty donna alors 4 grammes d'ergot de seigle, en deux doses, à un quart d'heure l'une de l'autre. Bientôt après les contractions devinrent énergiques; au bout de vingt minutes, la patiente agitée, sans repos, était en plein travail. Elle demandait avec instance le chloroforme, et on l'employa de la manière qui a été indiquée précédemment. Presque immédiatement après, le calme s'établit, sans qu'elle cessât d'avoir conscience de ce qu'elle éprouvait; elle continuait à parler raisonnablement, témoignant la plus grande satisfaction du résultat des inhalations.

A minuit et demi, elle accoucha d'un enfant mâle bien portant. Elle fit alors savoir qu'elle avait eu conscience de chaque contraction, ainsi que des efforts qu'elle faisait pour pousser, mais qu'elle n'avait point souffert.

L'auteur fait remarquer avec raison que, en dissipant l'inertie utérine, le seigle ergoté a créé ici une indication à l'emploi du chloroforme, ou du moins a permis d'y recourir.

(1) Tout cela s'éloigne beaucoup de certains procédés expéditifs que le docteur Langhi n'a pas craint de proposer pour exécuter d'un seul trait la cystotomie, soit périnéale, soit hypogastrique, c'est-à-dire en un seul temps, par ponction. (CISTOTOMIA PERINEALE ED IPOGASTRICA AD UN SOL TRATTO. Vercelli, 1844.) Tous les chirurgiens prudents se sont élevés avec raison contre ces témérités opératoires. Nous répéterons, avec M. Mouliore (de Bordeaux): « Les tours de force en chirurgie sont déplorables..... L'homme de l'art devrait, par la pensée, se placer dans la triste position d'un infortuné malade, interroger sa propre conscience, et se demander s'il consentirait, dans cette position, à supporter les souffrances et encourir les dangers qu'entraîne telle opération. » (DU BONHEUR EN CHIRURGIE, 1842, p. 36.)

Obs. II. — Mrs. F. était enceinte pour la première fois. Très-désireuse de profiter des avantages du chloroforme pour son accouchement, elle avait obtenu la promesse de se le faire administrer. Les douleurs commencèrent très-faibles, de telle sorte que, au bout de vingt heures, le col n'était dilaté que comme une pièce d'une demi-couronne. Le bassin était spacieux et les parties molles relâchées.

La malade pressait beaucoup pour qu'on commençât les inhalations; mais les douleurs n'étant pas suffisamment fortes pour justifier ce parti, on donna l'ergot de seigle qui activa le travail de manière que, au bout de vingt minutes, il était pleinement établi. On put alors pratiquer les aspirations de chloroforme qui furent continuées deux heures, au bout desquelles elle mit au monde un enfant vivant.

Jusqu'ici l'on voit que l'ergot a mis le travail en train, dans des cas où sa lenteur n'eût pas permis la chloroformisation. Il manquait un exemple où l'action *anti-contractile* trop puissante du chloroforme eût été visiblement corrigée par le seigle ergoté. Voici un fait où les choses se sont effectivement passées ainsi.

Obs. III. — Mistriss P..., grosse pour la seconde fois, ent, à terme, des douleurs vives, et si bien prononcées que, en quatre heures, le col était presque entièrement dilaté. Comme elle avait exprimé le désir d'être chloroformisée, on jugea le moment venu d'y procéder. On poussa tes inhalations jusqu'au point de produire le sommeil, qui dura une heure. En sortant de cet état, les contractions ne recommencèrent point, ce qui détermina M. Beatty à ordonner le seigle ergoté. Elle en prit 4 grammes de la façon ordinaire; les douleurs redevinrent en peu de temps plus fortes et plus fréquentes; et lorsqu'elles se furent établies de nouveau, on reprit l'usage du chloroforme.

Il n'y ent dès lors plus d'interruption dans la suite des contractions. Tout se passa de la manière la plus satisfaisante. Une heure après avoir recommencé le chloroforme, l'accouchement se termina heureusement.

— On ne peut qu'applaudir à l'idée de cette utile association, et garder le souvenir des cas où M. Beatty s'en est servi avec succès, pour l'appliquer, à son imitation, lorsque l'occasion s'en présentera. Le seul écueil à éviter dans cette pratique serait, à notre sens, la tentation de la généraliser outre mesure. En ayant sous la main d'un côté un agent excitant, de l'autre un moyen de dépression, l'accoucheur se croira peut-être en mesure de doser à son gré la force contractile dont il a besoin. Mais l'organisme humain n'est ni une équation qu'on puisse maintenir exacte au moyen de modifications correspondantes à chacun de ses termes, ni une palette où la teinte trop claire se corrige à l'instant par l'addition d'un peu de couleur plus foncée. Réservons donc ce secours pour les cas où, contre toute prévision, l'un des deux agents aurait été employé inopportunément ou poussé trop loin, mais ne nous faisons pas de l'art de les atténuer l'un par l'autre une habitude banale, dont quelques succès ne sauraient en aucune manière autoriser la vulgarisation.

DE L'ULCÉRATION CHRONIQUE DE L'ESTOMAC; par le docteur Lees.

Il s'agit uniquement ici de cette forme d'ulcération qui a été décrite par MM. Cruveilhier, Rokitanski, Baillie et Abercrombie, et qui, malgré quelques analogies extérieures, diffère essentiellement de l'ulcère cancéreux et par les symptômes et par le traitement. L'auteur rapporte deux observations dans lesquelles l'ulcère a amené la perforation de l'estomac et l'épanchement des liquides gastriques dans la cavité péritonéale; puis il relate brièvement quelques cas non suivis de perforation, et présente quelques considérations tirées non de l'ensemble des faits observés jusqu'ici, mais uniquement de sa propre pratique. Voici celles qui nous ont paru mériter le plus d'être relevées.

A l'occasion de la perforation intestinale, l'auteur croit pouvoir donner l'explication des différences qu'offrent les malades dans le degré de résistance aux désastreux effets de l'épanchement; différence aperçue et signalée avec étonnement par M. Louis. Il l'attribue à la nature des matières épanchées. Dans un des deux cas qu'il rapporte, le malade avait pris de l'huile essentielle de térébenthine un peu avant la perforation; on retrouva une partie de l'huile dans le péritoine. Les symptômes de péritonite furent très-aigus et marchèrent rapidement. Dans un autre cas emprunté au docteur Hugues, le sujet venait de dîner et n'avait pris que du gruau; les accidents furent moins violents, et la guérison eut lieu; mais une seconde rupture ayant eu lieu pendant que l'estomac était rempli, et des matières solides ayant été répandues dans la cavité péritonéale, la mort ne tarda pas à s'ensuivre. Voilà les faits; mais il faudrait tenir peu de compte de la diversité des organismes et des degrés variables de la résistance vitale pour croire tout expliqué par quelques différences de qualité ou de nature dans les matières épanchées.

L'ulcère chronique de l'estomac peut rester latent pendant des années et ne se manifester même par aucun symptôme saillant jusqu'à ce que le danger soit tout à coup révélé par la rupture des parois de l'estomac. Il peut même arriver que le malade meure sans avoir jamais présenté de symptômes bien sérieux. Ces faits ont été signalés; mais M. Lees leur donne plus d'importance en les appuyant de ses propres observations. Il a présenté à la *Société pathologique* deux exemples de cette forme insidieuse. L'un est relatif à un individu mort aliéné à 36 ans. Observé avec soin pendant les quelques mois qui ont précédé la mort, il ne présentait que de la flatulence et une émaciation graduelle. L'appétit était très-développé. Il mourut d'épuisement bien qu'il eût pris une nourriture abondante jusqu'au dernier jour. Un large ulcère chronique occupait la petite courbe de l'estomac près du pylore, et reposait sur le péritoine. Dans un autre cas observé dans la pratique de M. Shannon, le sujet, âgé de 60 ans, était soigné pour une hydrocèle quand il fut subitement pris d'une vive douleur abdominale, suivie de défaillance; il mourut neuf heures après. Une large ulcération chronique avait détruit les parois de l'estomac, et il s'en était suivi une péritonite générale. Nous devons dire toutefois que des observations de ce genre auraient besoin, du moment où l'on croit devoir en raconter quelques particularités, d'être appuyées de détails plus circonstanciés et plus précis. La manière dont les deux faits précédents sont racontés inspire involontairement la crainte que les sujets n'aient pas été rigoureusement observés avant l'explosion des accidents, et que des troubles du côté des fonctions digestives aient passé inaperçus.

Il est dit que l'un des sujets avait un appétit très-développé. Ce cas n'est pas commun, mais nous en avons vu des exemples. Nous avons vu aussi une véritable boulimie chez une femme atteinte en même temps de douleurs épigastriques atroces, qui ne se calmaient que par l'ingestion d'aliments, et à l'autopsie de laquelle on trouva les traces d'une ancienne ulcération gastrique parfaitement cicatrisée.

Rien de nouveau quant au diagnostic et au traitement. L'auteur a raison d'affirmer que cette affection ne se révèle par aucun symptôme pathognomonique; peut-être seulement n'attribue-t-il pas assez d'importance à la nature particulière des vomissements (flocons noirâtres), sur laquelle M. Rokitanski a appelé l'attention des praticiens.

DE L'ÉRYSIPÈLE; par le docteur Walsh.

Les préceptes thérapeutiques qu'essaye de faire prévaloir le docteur Walsh n'ont que le défaut d'être un peu trop absolus. Admettant que l'érysipèle non traumatique est une affection constitutionnelle dépendant d'un état morbide du sang, et que l'exanthème aussi bien que la fièvre révèlent un effort de la nature pour évacuer la matière morbigène, il veut qu'on institue toujours et partout la même médication, consistant dans l'administration de l'émétique en lavage pendant vingt-quatre heures, puis dans l'emploi des toniques, tels que le sulfate de quinine. Dans les cas où le sujet est très-débilité, il recommande de donner à la fois et le tartre stibié et les toniques. Il proscrit d'ailleurs toute application locale.

Ces préceptes n'étant appuyés que de quelques observations, nous n'avons qu'à les consigner ici, en faisant nos réserves sur l'application d'un traitement tonique à certaines formes d'érysipèles où l'appareil symptomatologique, non moins que l'expérience, commande au moins pour un temps l'emploi de moyens débilitants.

DE LA FRACTURE INTRA-CAPSULAIRE DU COL DU FÉMUR, AVEC ROTATION DU MEMBRE EN DEDANS; par M. Bevan.

En ajoutant une nouvelle application à toutes celles qui ont été imaginées pour rendre raison de ce singulier phénomène, M. Bevan ne pense point qu'elle puisse s'appliquer à tous les cas de fracture où il a été noté; mais, selon lui, elle est la plus capable d'en faire comprendre le mécanisme pour l'observation qui lui est propre et que nous allons rapporter.

Il s'agit d'un cadavre de femme, de près de 50 ans, qui fut apporté à l'école pour être disséqué. L'une des cuisses était un peu tournée en dedans; le membre était raccourci d'un demi-pouce, le grand trochanter moins proéminent qu'à l'état naturel, le pli de la fesse aplati et un peu allongé.

En pressant sur le talon, le raccourcissement augmenta d'un pouce, et en même temps la rotation en dedans devint plus prononcée, au point que le pied reposait sur la table par son bord interne. Pendant qu'on exerçait la rotation, le haut de la cuisse paraissait comme tordu. La rotation en dehors pouvait être portée jusqu'à sa limite naturelle; et dans cette position, on voyait une ligne saillante étendue de l'épine iliaque antérieure au grand trochanter, évidemment constituée par le tenseur de la capsule fémorale et le bord antérieur du moyen fessier. Pas de crépitation, quels que fussent les mouvements imprimés au membre.

En tirant sur le membre, la distance entre le grand trochanter et l'épine iliaque antérieure était, dans la rotation en dehors, de 5 pouces, et dans la rotation en dedans, de 3 pouces et demi. En laissant aller le membre, la même distance était, dans la rotation en dehors, de 4 pouces et demi, et dans la rotation en dedans, de 3 pouces, tandis que, mesurée sur le mem-

bre sain, cette distance y était, dans la rotation en dehors, de 4 pouces, et dans la rotation en dedans, de 3 pouces.

Il résulte de cette mensuration que le trochanter se trouvait au-dessus et en arrière de sa situation naturelle, principalement dans la rotation du membre en dedans.

A la dissection, on constata que tous les muscles étaient intacts et avaient conservé leur insertion normale. Le bord antérieur des moyen et petit fessiers était seul un peu épaissi.

Avant d'ouvrir la capsule, on remarqua que lorsqu'on pressait en haut sur l'os, le grand trochanter passait en haut et en arrière vers la crête iliaque, rendant ainsi plus tendue la partie antérieure de la capsule. Ceci limitait la rotation en dehors, et favorisait la rotation en dedans.

Après avoir ouvert la capsule, on reconnut que le col de l'os avait entièrement disparu par l'absorption. Les surfaces de la fracture étaient transversales, régulières, et seulement unies entre elles par des bandes de lymphe plastique, sans apparence de tissu fibreux. Point de dépôt osseux de nouvelle formation. — C'était donc une fracture intra-capsulaire de date ancienne.

Voici maintenant l'explication que l'auteur donne de la rotation du membre en dedans.

Les muscles rotateurs en dehors peuvent être divisés en deux classes. L'une comprend les jumeaux, les obturateurs et le pyramidal, qui s'insèrent dans la cavité digitale. L'autre, les adducteurs, qui vont s'attacher en dedans et en arrière du corps du fémur. La première perd entièrement son pouvoir rotateur quand le col est rompu, et tire alors le trochanter en haut et en arrière. La seconde conserve son effet sur la rotation, mais agit principalement en raccourcissant le membre et en le portant en dedans. Il résulte de là que leur action combinée, insignifiante comme une puissance rotatrice, attire spécialement le trochanter en haut et en arrière, ainsi que cela existait dans le cas ci-dessus.

L'effet produit par la rupture du col sur les rotateurs en dedans est très-différent; car, pendant que, d'une part, s'insérant sur le côté externe du corps de l'os, ils perdent peu de leur pouvoir rotateur, d'autre part, la distance entre l'épine iliaque et le trochanter étant augmentée par le changement d'action des rotateurs en dehors, déjà indiqué, ceci augmente le pouvoir du tenseur de la capsule et du moyen fessier comme agents de la rotation en dedans. Ainsi, dans l'observation qui précède, le col de l'os étant absorbé, les principaux rotateurs en dehors perdant la plus grande partie de leur action rotatrice avaient porté le grand trochanter en haut et en arrière de sa situation naturelle. Mais de cette manière ils tendaient les rotateurs en dedans et la partie antérieure de la capsule fémorale, et augmentaient leur pouvoir, de façon à le rendre supérieur à celui des rotateurs en dehors.

DE LA PNEUMONIE CHRONIQUE; par le docteur POPHAM.

Les exemples de pneumonie chronique, c'est-à-dire d'induration lente du poumon, avec ou sans suppuration, sont trop rares pour que nous ne nous emparions pas du cas que publie sous ce titre M. Popham, avec des détails suffisants pour en faire apprécier la valeur. Donnons tout de suite les caractères de la lésion anatomique, puisque c'est elle qui est en cause ici. Le poumon gauche ne revient pas sur lui-même après l'ouverture du thorax. Il reste au contraire très-volumineux, repoussant fortement le médiastin à droite. Le lobe supérieur, dans sa partie la plus élevée, était hépatisé et contenait deux ou trois petits abcès. Le reste de l'organe était infiltré de sérosité sanguinolente. Aucune adhérence. Le poumon droit était recouvert, dans toute sa partie antérieure, par une épaisse membrane fibro-cartilagineuse. Il ne descendait guère au-dessous du mamelon droit et n'occupait que les trois cinquièmes environ de sa cavité. Le foie pourtant n'était pas remonté. De la cavité qui le séparait de la face inférieure du poumon, on ne vit s'échapper aucun gaz (on avait constaté pendant la vie un son clair dans cette région); le fond seulement de sa cavité était occupé par *un peu* de sérosité. Le poumon détaché avait la forme d'un ovoïde de 5 pouces de long, dans lequel toutes les divisions lobaires étaient confondues. *En essayant de détacher le lobe supérieur*, on pénétra dans une cavité qui contenait environ 2 onces de pus louable, et dont les parois n'étaient pas tapissées d'une fausse membrane. Le reste du poumon était induré, carnifié, d'une coupe sèche et ne donnant pas trace de sang. La surface de la portion incisée était comme marbrée de gris et de bleu ardoise. Dilatation considérable de la bronche droite. Pas la moindre apparence de tubercules dans l'un et l'autre poumon.

Pour compléter l'observation et montrer que les lésions ne sont pas le résidu d'une affection aiguë, mais bien l'effet d'un travail lent et continu, l'auteur entre dans quelques détails circonstanciés qui laissent en effet peu de doute. L'affection datait de six semaines quand le sujet (c'était une femme de 44 ans) entra à l'hôpital; elle avait toujours été en augmentant, et il en fut de même encore pendant les six semaines qu'elle resta dans les salles.

— Bien que les altérations notées du côté droit de la poitrine l'emportent de beaucoup en étendue et en intensité sur celles du côté gauche, nous sommes beaucoup plus disposé à reconnaître les caractères de la pneumonie chronique dans les secondes que dans les premières. Ou nous nous trompons fort, ou il ne s'est agi à droite que d'une pleurésie ayant donné lieu à la formation du pus, lequel s'est en partie résorbé et en partie enkysté. L'abcès a été découvert en essayant de détacher le lobe supérieur; il est très-probable qu'il siégeait en effet entre les deux lobes, circonscrit par les adhérences intimes des feuillets pleuraux. Les traces si visibles d'une pleurésie ancienne et étendue à la totalité de la poche donnent une grande vraisemblance à cette conjecture, et nous ajouterons que, dans les cas de ce genre, c'est surtout dans le fond des scissures interlobaires qu'on voit le pus s'enkyster, probablement parce que là les feuillets en contact ne glissent pas l'un sur l'autre comme font les feuillets viscéral et costal. La forme d'altération subie par le parenchyme pulmonaire lui-même ne donne pas l'idée d'une pneumonie chronique, mais plutôt celle d'une condensation ayant aplati les vaisseaux et chassé le sang du parenchyme. L'auteur se sert lui-même du mot carnification : c'est une expression qui convient parfaitement à l'état du poumon, tel qu'il nous est souvent apparu après des pressions longtemps exercées, soit par des épanchements de liquide, soit par des déformations de la poitrine.

Dans le poumon gauche, au contraire, l'hépatisation, l'augmentation de volume, la présence de petits abcès au sein même du parenchyme, le tout sans trace de matière tuberculeuse, sont bien des caractères qui conviennent à l'affection que M. Popham a eu l'intention de décrire.

DES AFFECTIONS LARYNGÉES; par M. WATSON.

L'intention de l'auteur est de montrer, par quelques observations assez brièvement rapportées, que la phlegmasie chronique du larynx n'est pas aussi souvent granuleuse qu'on pourrait le croire d'après les travaux de M. Horace Green (de New-York); qu'à en juger par l'état de la membrane pharyngée, duquel on est forcé d'induire celui de la muqueuse du larynx, la phlegmasie de cette dernière consisterait, dans un grand nombre de cas, en un ramollissement et un relâchement, avec rougeur et injection vasculaire. C'est, disons-nous, dans cet état que s'est fréquemment présentée à ses yeux la muqueuse qui tapisse le fond du pharynx, le voile du palais et les piliers chez des sujets dont la voix était plus ou moins éteinte, et qui accusaient de la douleur au niveau du larynx. Le relâchement, le ramollissement de la membrane, étaient appréciables au doigt. On n'apercevait pas de ces granulations qui indiquent l'altération chronique des follicules.

Quant au traitement, M. Watson insiste beaucoup sur l'emploi des applications caustiques, portées aussi loin que possible dans le pharynx et à l'entrée du larynx. On sait que cette pratique est assez généralement employée aujourd'hui, et elle constitue certainement un des remèdes les plus efficaces contre les engorgements de la muqueuse laryngée, qu'ils soient ou non accompagnés de granulations, pourvu qu'il ne s'y joigne pas d'ulcération de mauvaise nature ou de carie des cartilages.

A. DECHAMBRE et P. DIDAY.

TRAVAUX ACADÉMIQUES.

ACADÉMIE DES SCIENCES.

SÉANCE DU 20 OCTOBRE. — PRÉSIDENCE DE M. RAYER.

MODIFICATIONS IMPRIMÉES A LA TEMPÉRATURE ANIMALE PAR L'INTRODUCTION, DANS L'ÉCONOMIE, DE DIFFÉRENTS AGENTS THÉRAPEUTIQUES.

MM. AUG. DUMÉRIL, DEMARQUAY et LECOINTE présentent dans un cinquième mémoire les considérations générales de leurs recherches expérimentales sur ce sujet.

Dans quatre mémoires successifs, les auteurs ont exposé les résultats relatifs aux variations de la température constatées par l'emploi des agents thérapeutiques dits excitants, des évacuants, soit vomitifs, soit purgatifs, des sédatifs et enfin des stupéfiants. Ce cinquième mémoire comprend les conclusions générales et des considérations sur les causes de la température animale déduites de leurs expériences.

1. Un grand nombre de médicaments portés dans les voies digestives ou dans le torrent de la circulation impriment des modifications évidentes à la température animale. Sous l'influence des uns, elle est déprimée; sous l'influence de certains autres, elle est augmentée, et le plus souvent, dans des limites assez étendues, pour en permettre une facile constatation à l'aide du thermomètre.

II. De ces deux phénomènes : augmentation ou diminution franche et graduelle de la chaleur dès le début de l'expérience jusqu'à sa fin ; le premier a été plus rarement noté que le second.

III. Souvent des oscillations sont venues, pendant le cours de plusieurs expériences, donner en quelque sorte la mesure tantôt du progrès de l'action produite par les médicaments sur l'économie, tantôt de la résistance plus ou moins énergique opposée par la force vitale au trouble qui lui était apporté. Ainsi la température, après avoir augmenté d'un degré, peut diminuer d'une quantité semblable ou supérieure, puis revenir à son chiffre initial, ou même le dépasser. Ces oscillations sont une preuve manifeste de l'influence que les médicaments exercent sur la température animale.

IV. Après avoir signalé, comme il vient d'être dit, la marche souvent irrégulière des phénomènes qui démontrent cette influence, les auteurs étudient ses effets définitifs, afin de résoudre cette question : Jusqu'à quelles limites la température propre des animaux peut-elle varier ?

A. Les conclusions relatives à sa *diminution* sont les suivantes :

1° Elle a été, dans une observation, de 13 degrés, après l'emploi du sulfate de cuivre ; 7 à 8 degrés ont été notés avec l'iode, le sublimé corrosif et l'acétate de morphine, 5°,3 avec l'huile de croton tiglium et 3 degrés avec l'atropine. Comme il est facile de le comprendre, la mort a été la conséquence inévitable de ces expériences. Ainsi, au delà de 4 degrés, le refroidissement est mortel.

2° Il l'est le plus souvent à 3 degrés, quand la réaction vitale n'est pas assez puissante. Au contraire, l'animal résiste si cette réaction est franche et rapide ; elle produit alors des effets aussi heureux que ceux auxquels le médecin doit souvent le salut presque inespéré de ses malades, et dont la manifestation a été plus d'une fois provoquée avec succès dans les épidémies de choléra où la perte du calorique est précisément l'un des symptômes les plus redoutables.

3° Si le poison est très-énergique, la mort peut survenir malgré cette réaction à laquelle succède alors un nouvel abaissement.

4° Enfin la violence et la rapidité des phénomènes d'intoxication peuvent être telles, que la mort ait lieu avant la manifestation complète du trouble de la température animale. Aussi, dans des circonstances semblables, mais vraiment exceptionnelles, l'animal a-t-il succombé avec une diminution de 2 degrés à peine et dont les effets n'auraient point été à craindre si la substance avait été moins active ou donnée à plus faible dose.

B. Relativement à l'*élévation de la température*, voici quelles sont les conclusions :

1° Jamais elle n'a été comparable à sa diminution. Ainsi l'administration des médicaments les plus variés et aux doses les plus diverses n'a, dans aucun cas, fait monter la colonne de mercure de 2°,9 au delà du chiffre initial : cette élévation n'a même été notée qu'une fois. 11 fois seulement, dans les 125 expériences que ce travail renferme, elle a varié entre 2° et 2°,7, mais souvent elle est restée au-dessous de ces nombres. La calorification ne peut donc pas être activée autant qu'elle peut être déprimée.

2° Un faible accroissement de la température a plusieurs fois précédé la mort ; il est donc un signe alarmant, puisque dans des limites encore plus restreintes que celles de son abaissement, il peut faire prévoir une issue funeste.

V. En ne tenant compte que de l'action des médicaments sur la chaleur animale, on peut les diviser en trois catégories.

a. La première comprend ceux qui, à toute dose, l'augmentent, tels sont, par exemple, parmi les substances dites altérantes, l'iodure de potassium et tous ceux qui appartiennent à la classe des excitants, comme s'en sont assurés les auteurs par des essais fréquemment répétés avec la strychnine, le seigle ergoté, le phosphore, les cantharides, le sulfate de quinine et l'acétate d'ammoniaque.

b. A la deuxième catégorie, il faut rapporter tous les produits pharmaceutiques dont l'effet constant, à doses variées, est de diminuer la chaleur, c'est-à-dire au nombre des altérants, l'iode et le sublimé corrosif ; parmi les évacuants, le sulfate de cuivre qui est un vomitif énergique et tous les stupéfiants, tels que le cyanure de potassium, la codéine, l'acétate de morphine, le laudanum, la belladone et son principe actif l'atropine, la jusquiame et le datura stramonium.

c. Dans la troisième catégorie enfin, on doit réunir les substances qui exercent sur la calorification une action variable, selon les doses employées. Les purgatifs dont l'action est le plus prompte (coloquinte, gomme-gutte, huile de croton tiglium), administrés à doses nontoxiques, augmentent la température après l'avoir déprimée pendant les deux ou trois premières heures ; mais cette dépression est permanente et graduelle jusqu'à la fin, avec des quantités nécessairement mortelles. Il en est de même avec l'acide arsénieux.

Les substances qui, dans cette catégorie, offrent le plus d'intérêt sont l'émétique et l'ipécacuanha. 5 ou 10 centigr. du premier de ces vomitifs augmentent la chaleur, qui est fortement déprimée au contraire lorsque ces nombres sont dépassés et qu'on en donne jusqu'à 50 centig. Avec l'ipécacuanha, les résultats sont opposés. Il est vrai que son mode d'action, quoique ce soit aussi un vomitif, est certainement différent, comme le prouve l'usage que le médecin en fait dans bien des cas spéciaux.

VI. Parmi les médicaments qui modifient la caloricité, soit en l'excitant, soit en la déprimant, il en est dont la rapidité d'action est très-frappante : ce sont particulièrement les stupéfiants, dont l'influence sur l'innervation est si remarquable.

VII. Il convient de rapprocher de cette observation un fait révélé par les nombreuses autopsies cadavériques pratiquées à la suite des expériences. Ce fait, qui nous semble bien digne de fixer l'attention des physiologistes, consiste dans l'aspect particulier offert par les ganglions nerveux du grand sympathique. Après cinq expériences avec le sublimé corrosif, toutes caractérisées par le refroidissement souvent fort considérable de l'animal, et toutes suivies de mort, le tissu de ces ganglions était manifestement injecté. De même, d'autres médicaments qui ont fortement déprimé la calorification ont produit une hypérémie des ganglions nerveux. Elle a été notée 23 fois sur 33 cas où cette dépression fut constatée.

En trouvant, 2 fois sur 3 environ, un état spécial et toujours identique des ganglions chez les animaux où le refroidissement a été l'un des symptômes consécutifs à l'administration de certains médicaments, les auteurs se demandent si le système nerveux ne joue pas un rôle important dans la production de la chaleur animale.

En considérant, comme cela doit être, que le foyer de la chaleur animale n'est pas concentré dans l'appareil pulmonaire, mais qu'il est disséminé dans tous les points de l'organisme où il se fait, dans le sang, un échange continuel d'oxygène et d'acide carbonique, on doit nécessairement reconnaître que cet acte qui s'accomplit dans l'intimité des tissus ne peut s'exercer dans sa plénitude que sous une influence nerveuse. Or, d'où cette influence indispensable pourrait-elle émaner, si ce n'est du système nerveux ganglionnaire qui peut et doit être considéré comme le régulateur des fonctions de la vie de nutrition ? Si les ganglions d'où émargent les nombreux filets accolés à chacune des ramifications artérielles, subissent une altération pathologique propre à enrayer leur rôle fonctionnel relatif à la nutrition interstitielle à laquelle ils président et qui occupe une place si importante dans l'accomplissement des actes vitaux, la calorification ne pourra sans doute plus se produire que d'une façon imparfaite.

ACTION DES MUSCLES OBLIQUES DE L'ŒIL.

M. CLAVEL adresse un second mémoire sur les muscles obliques de l'œil.

Dans un premier mémoire présenté à l'Académie sur les muscles droits, M. Clavel a cherché à démontrer comment ces muscles en se contractant ont pour objet, non-seulement de dévier les pupilles vers tous les points de l'orbite, mais encore de faire subir diverses modifications au globe oculaire, de l'allonger ou de le raccourcir selon la distance des objets à examiner, de contribuer aux mouvements de l'iris, des procès ciliaires et du cristallin, enfin de donner au moi les moyens d'apprécier l'ouverture de l'angle optique, et par suite les distances.

Ce second mémoire, complément de l'autre, traite de l'action des muscles obliques, action plus controversée, peut-être, que celle des muscles droits.

Portal dit que le grand oblique tourne l'œil de dehors en dedans, d'arrière en avant et de haut en bas ; que le petit oblique tourne l'œil de dedans en dehors et le retire vers l'angle interne de l'orbite en le portant en avant, si bien que la pupille est tournée en haut et en dehors. M. Clavel a cherché à combattre cette opinion, qui a rallié le suffrage d'hommes éminents, par ces considérations : 1° que les mouvements attribués aux muscles obliques sont déjà produits par les muscles droits et forment un double emploi parfaitement inutile ; 2° que chez certains animaux tels que le lapin et le mouton, les muscles obliques au lieu de s'insérer sur le segment postérieur du globe de l'œil, s'insèrent sur son grand diamètre transversal et ne sauraient alors dévier les pupilles ; 3° que ce dernier mode d'insertion se présenterait également chez l'homme si le grand oblique ne passait sous le droit supérieur qu'il gênerait ou soulèverait incessamment dans ses contractions, et si le petit oblique ne devait s'insérer sur la même ligne que son antagoniste ; 4° enfin que sur le vivant, quand l'orbite contient des veines et des artères distendues par le sang, l'œil est poussé en avant et l'attache des muscles obliques sur lui, n'a pas lieu, par rapport à leur point sur un plan aussi postérieur que cela nous apparaît sur le cadavre.

Il n'est pas jusqu'au mode d'insertion des muscles obliques sur la sclérotique, qui ne lui ait paru un moyen de neutraliser ce qu'elle a de trop postérieur : elle représente un V dont la pointe est tournée vers le nerf optique ; il s'ensuit que les fibres postérieures sont plus longues que les fibres antérieures et tombent d'autant plus dans le relâchement que l'œil se porte davantage en avant. Dans ce cas, la traction principale s'opère sur les fibres les plus voisines du grand diamètre transversal et les moins aptes à faire basculer le globe de l'œil. Il est vrai que lorsque celui-ci est porté en arrière, les fibres postérieures des muscles obliques se tendent et retrouvent toute leur efficacité, pour dévier la pupille ; mais l'œil ne s'enfonce dans l'orbite que par la contraction des muscles droits qui, seuls alors, sont en possession d'opérer des déviations pupillaires et opposent un obstacle insurmontable à l'action des muscles obliques.

M. Clavel a cherché de même à démontrer que la contraction simultanée de ces muscles se borne à produire une légère traction en avant. Il établit avant tout que la contraction et le relâchement des obliques sont entièrement soustraits à la volonté et ne peuvent contribuer à des mouvements volontaires ; puis que l'action de ces muscles a principalement pour objet d'opérer un acte indispensable à la vision, la rotation de l'œil sur son axe antéro-postérieur.

Chacun peut constater l'exactitude de ce mouvement. Il suffit pour cela de se mettre en face d'une glace, de fixer sur la sclérotique une tache ou un vaisseau sanguin et d'incliner la tête sur l'une ou l'autre épaule ; on voit alors la tache ou le vaisseau changer de position par rapport aux paupières, mais se maintenir dans la même situation par rapport à l'horizon.

Si l'on veut, par un procédé analogue, constater l'utilité de cet acte de rotation, il suffit de recommencer l'expérience en immobilisant l'un des yeux au moyen d'une pression latérale exercée avec le doigt ; au moment où la tête se renverse sur le côté, on se sent atteint de diplopie ; mais les images, tout en se confondant sur un point, divergent par leur base ou par leur sommet, de telle sorte que l'une étant droite, l'autre s'incline de côté.

Au contraire, dans la diplopie produite par le défaut d'harmonie dans les muscles droits, les deux images peuvent être placées à côté ou au-dessus l'une de l'autre, mais elles conservent la même direction et leurs lignes droites se maintiennent dans le parallélisme.

En se bornant à la stricte observation, il est facile de constater que les deux

pupilles fixées sur un objet ont, par les muscles droits, le moyen de rester dans la même position relative, quand la tête se tourne à droite et à gauche, en haut et en bas; puis qu'avec les muscles obliques le diamètre vertical de la rétine reste le même, par rapport à l'horizon, lorsque la tête s'incline sur les épaules. Cette disposition offre beaucoup d'analogie avec l'appareil qui soustrait la boussole aux mouvements des navires.

Quand un mouvement de rotation sur l'axe antéro-postérieur s'opère dans un œil, le même mouvement, sous peine de diplopie oblique, doit s'opérer dans l'autre œil; mais pour que cela ait lieu, le muscle grand oblique droit est tenu d'entrer en contraction avec le petit oblique gauche, et réciproquement. Si l'on suppose en effet les deux grands obliques se contractant simultanément, ils inclinent forcément en dedans les diamètres verticaux des deux yeux, il y a diplopie et les images confondues par leur base se renversent en dehors, par suite de l'action croisée de tout ce qui concerne la vision.

Chacun a entrevu déjà quelle application de ces notions physiologiques peut être faite à la ténotomie oculaire. Nul raccourcissement ou contracture d'un muscle droit ou oblique ne peut exister sans qu'il y ait diplopie; en bouchant alternativement les yeux, il est facile de voir celui dont les fonctions sont altérées; si la fausse image reste droite, c'est un muscle droit qui doit être coupé; de même l'opération doit s'adresser à un muscle oblique, si la fausse image est inclinée.

Reste à décider jusqu'où peut aller le mouvement de rotation de l'œil sur son axe antéro-postérieur. D'après l'expérience directe, ce mouvement a paru à M. Clavel ne pouvoir atteindre 90 degrés pour chaque muscle oblique et rester au-dessous de 180 degrés pour les deux muscles réunis.

Privé des muscles obliques, l'homme ne pourrait pencher la tête de côté sans voir les objets s'incliner du côté opposé; cela seul suffit pour démontrer qu'à ces muscles se rattache la faculté de juger de la position verticale ou oblique des objets, ainsi qu'une partie du sentiment de l'équilibre.

ACADÉMIE DE MÉDECINE.

SÉANCE DU 21 OCTOBRE. — PRÉSIDENCE DE M. ORFILA.

Le procès-verbal de la dernière séance est lu et adopté.

La correspondance officielle comprend :

1° Deux lettres du ministre du commerce :

La première avec envoi de quatre rapports de M. Picard, médecin en chef de l'hospice de Louviers (Eure), sur l'épidémie de fièvre typhoïde qui a régné dans la commune d'Aiky, en 1850 et 1851. (Comm. des épid.)

La deuxième pour demander avis à l'Académie sur la question de savoir s'il y a lieu d'ajouter de nouvelles dispositions à l'ordonnance du 29 octobre 1846, relative aux embaumements et à l'emploi de substances toxiques pour la conservation des corps. (Comm. : MM. Orfila, Bussy, Caventou, Chevallier et Poiseuille.)

2° Une lettre du directeur des Beaux-Arts annonçant à l'Académie que, sur sa proposition, M. le ministre de l'intérieur vient de décider qu'une statue en marbre du baron Larrey serait exécutée aux frais de son département et destinée à l'Académie.

3° Le relevé statistique des décès, dans la ville de Paris, pour les mois de juin et juillet derniers.

— M. MARCHANT (de Charenton) adresse un mémoire sur l'insufflation pulmonaire dans le traitement de l'asphyxie des nouveau-nés après l'accouchement naturel ou artificiel, lorsque le fœtus a présenté le pelvis ou les extrémités pelviennes, ou qu'on a fait la version. (Comm. : M. P. Dubois et Danyau.)

— M. TAVERNIER (de la Nièvre) adresse une observation de choléra sporadique de forme asphyxique, suivi de mort quatre jours après l'invasion des prodromes et trente-deux heures après les secours du médecin.

ENQUÊTE HYGIÉNIQUE SUR LA COMMUNE DE GARGENVILLE.

M. GRISOLLE, au nom d'une commission composée de MM. Fréd. Dubois, Bouvron-Charlard et Grisolle (rapporteur), lit un rapport fait à la demande de M. Baroche, ministre des affaires étrangères, sur les conditions hygiéniques de la commune de Gargenville.

On se rappelle que, dans la séance du 5 août dernier, M. Baroche transmit à l'Académie une lettre du maire de Gargenville, l'informant que ce village a été désolé depuis dix-neuf ans par plusieurs épidémies meurtrières, notamment le choléra et la fièvre typhoïde, et la priant de chercher les moyens propres à prévenir le retour de semblables fléaux ou d'en atténuer au moins les effets.

Après avoir rendu compte à l'Académie de la manière dont la commission a rempli sa mission, et avoir exposé le résultat des investigations auxquelles elle a dû se livrer sur la topographie de cette localité et sur les causes d'insalubrité qui s'y trouvent réunies, M. le rapporteur examinant la question de savoir si les conditions fâcheuses qu'on trouve réunies à Gargenville (le défaut d'écoulement suffisant de la source dite des Lombards, la situation centrale d'un abattoir, le voisinage trop proche du cimetière, etc.) expliquent d'une manière suffisante le développement des deux principales épidémies qui ont affligé ce village, le choléra en 1832 et la fièvre typhoïde en 1851, dit que telle n'est pas la pensée de la commission, surtout pour le choléra, maladie accidentelle qui reconnaît une cause plus générale. Mais elle croit que les conditions locales, si elles n'ont pas créé la maladie, ont pu lui donner une activité plus grande et l'avoir rendue plus meurtrière. Cela serait vrai également pour la fièvre typhoïde. Les conditions d'insalubrité signalées plus haut n'ont pas été, cette année, ni meilleures, ni pires, et aucune circonstance fâcheuse n'est venue accidentellement les aggraver. Cependant M. le rapporteur ne pense pas que ce soit un motif de regarder l'épidémie de Gargenville comme s'étant développée entièrement sous l'influence de causes occultes. Il pense qu'on pourrait plutôt admettre avec quelque fondement que la maladie engendrée par les conditions locales chez des individus plus particulièrement prédisposés, s'est ensuite propagée dans la localité par une véritable contagion, opinion qu'il appuie de plusieurs exemples et de documents recueillis sur les lieux.

M. le rapporteur conclut, en définitive, de cet exposé, que :

1° Le ruisseau des Lombards, le cimetière, l'abattoir et les habitations nécessitent l'emploi de certaines mesures. Le ruisseau dit des Lombards devra être creusé et parfaitement canalisé pour empêcher les eaux de se répandre sur la voie publique. Il faudra également diriger dans son lit la petite source voisine qui se perd sur la route et contribue à y entretenir une humidité qu'il importe de faire cesser.

2° Mettant à exécution le décret de 1804, le cimetière devra être déplacé et transféré au nord du pays, dans un terrain uni, bien ventilé, dans un point éloigné du lieu d'où sortent les sources qui alimentent le village.

3° L'abattoir établi dans le pays doit fixer toute la sollicitude de l'autorité....

4° On devra faire disparaître ces amas de fumier, ces mares infectes qui sont dans la cour d'un grand nombre d'habitations, et qui, durant toute l'année, dégagent des gaz méphitiques, cause permanente d'insalubrité.

Après quelques observations présentées par M. Villermé et dont il ne nous a pas été possible de bien saisir le sens, ces conclusions sont adoptées.

EAU SULFUREUSE.

M. CHEVALLIER lit une note sur une source d'eau sulfureuse découverte impasse Saint-Laurent, 6, à Belleville (Seine). Il rappelle qu'en 1843, il a trouvé, en faisant des fouilles dans la rue de Vendôme, une source d'eau sulfureuse qui donnait 12 à 1,500 litres par heure, mais qui fut épuisée, et qui depuis a été perdue; plusieurs opinions furent émises sur les circonstances de sulfuration de cette source; celle qui lui parait la plus probable, et qui d'ailleurs semble justifiée par les faits qu'il apporte à l'Académie, est celle de M. E. Barruel, qui pense que cette source est une eau sulfureuse accidentelle qui doit ses propriétés au sulfure de calcium, qui est lui-même le produit de la désoxygénation d'une partie du sulfate calcaire qui renferme cette eau, qui provient sans aucun doute des environs de Belleville ou de Ménilmontant.

Dernièrement, dans l'établissement de M. Lapostolet, M. Guieux, puisatier très-habile, fut chargé de faire des forages pour construire un puits nécessaire à l'usine; à la suite de plusieurs forages successifs, il a pu constater que, dans l'usine Lapostolet, trois nappes d'eau, la première, qui est à une profondeur de 33m,33, et qui est formée par les eaux qui s'infiltrent, est une eau convenable pour les usages alimentaires. La deuxième est formée par une eau sulfureuse très-abondante qui pourrait facilement être conduite à l'hôpital Saint-Louis. La troisième pourrait être employée dans les usages économiques.

EMPLOI DU SEL AMMONIAC (CHLORHYDRATE D'AMMONIAQUE) DANS LE TRAITEMENT DES FIÈVRES INTERMITTENTES.

M. ARAN, médecin des hôpitaux, lit une note sur ce sujet. C'est après avoir lu, dans une collection de mémoires publiés dans le dernier siècle, une dissertation adressée par G. Muys en 1716 à la Société royale de Londres, que M. Aran s'est décidé à expérimenter de nouveau le sel ammoniac dans les fièvres intermittentes. Muys a consigné en effet dans cette dissertation, intitulée : DE SALIS AMMONIACI PRÆCLARO AD FEBRES TERTIANAS ET QUOTIDIANAS INTERMITTENTES USU, 28 observations détaillées de fièvres tierces, doubles quotidiennes et quotidiennes, guéries en deux ou trois jours par l'administration du sel ammoniac à la dose d'un gros, un gros et demi donnés en une seule fois, très-peu de temps avant l'accès, et sur ces 28 fièvres ainsi guéries, 2 seulement ont récidivé.

M. Aran a employé le sel ammoniac dans 14 cas de fièvres intermittentes seulement; il en avait réuni un plus grand nombre; mais sur 25 fièvres reçus dans ses salles, il en eut 11 chez lesquels la fièvre n'a pas résisté au repos ou aux vomitifs. Des 14 autres fièvres, il faut encore en défalquer une (fièvre rémittente symptomatique d'une tuberculisation intestinale et d'une néphrite albumineuse), dans laquelle les accès ont été suspendus; mais la fièvre a persisté. Restent donc 13 cas de fièvres intermittentes traités par le sel ammoniac, à savoir : 5 tierces, 7 quotidiennes et 1 irrégulière; 10 étaient compliquées d'état cachectique, 6 avaient été contractées en Afrique. De ces 13 fièvres, 7 avaient résisté aux vomitifs; 2, coupées par l'arsenic, avaient récidivé deux fois pendant le séjour à l'hôpital; 4 autres malades n'ont pu être traités par les vomitifs, parce que leur état de malaise ou de faiblesse semblait contre-indiquer l'emploi de ce moyen; 1 parce qu'il était près de quitter l'hôpital.

Le mode d'administration du sel ammoniac suivi par M. Aran a été le suivant dans presque tous les cas : les malades ont pris, à l'époque la plus éloignée de l'accès, tous les jours, pendant deux, trois, quatre, cinq jours, six et sept jours même dans quelques cas plus rebelles, la potion suivante en deux fois, à deux heures d'intervalle :

Hydrochlorate d'ammoniaque. . .	8	grammes.
Eau distillée de menthe	50	—
— de fleurs d'oranger. .	50	—

Après chaque prise, on donnait au malade une petite tasse de café sucré, suivant le précepte de Muys, afin de faire disparaître le goût amer, salé et cuivreux que laisse la potion. M. Aran a renoncé à donner le sel ammoniac à l'approche

de l'accès, comme le faisait Muys, parce qu'il a observé deux fois des vomissements. L'efficacité de la médication n'est nullement modifiée par ce changement dans le mode d'administration.

Contrairement à ce qui a été écrit sur les effets physiologiques des sels ammoniacaux, M. Aran n'a observé aucune modification dans l'état général ou local des malades soumis à ce traitement; les effets physiologiques ont été absolument nuls, et dans 2 cas seulement il y a eu des vomissements, la potion ayant été administrée très-près de l'accès. Tous les malades ont accusé une augmentation d'appétit Muys avait fait la même remarque.

Les résultats thérapeutiques ont été on ne peut plus satisfaisants : les 13 fièvres ont été coupées, 7 au premier accès, 4 au deuxième, une au troisième et une autre au quatrième accès. Le premier accès a été sensiblement modifié dans sa durée et dans son intensité dans les 4 cas où la fièvre a été coupée au deuxième accès; dans les deux autres il n'en a pas été ainsi, et l'une de ces fièvres a passé, avant de guérir, du type tierce au type quotidien. Quant aux recidives, M. Aran n'en a encore observé qu'une chez un jeune homme en proie à la cachexie paludéenne et affecté d'un énorme gonflement de la rate. M. Aran n'a pas constaté que l'hydrochlorate d'ammoniaque eût une influence bien marquée sur ce gonflement.

M. Aran n'a pas eu à traiter de fièvre quarte; mais une jeune femme du service de M. Guillot, affectée d'une fièvre quarte rebelle au quinquina, n'a pu être guérie par le sel ammoniac.

Ces faits, dit en terminant M. Aran, rapprochés de ceux de Muys, sont bien de nature à encourager les praticiens à reprendre les expérimentations avec le sel ammoniac. Le prix peu élevé de ce médicament, son administration facile, son innocuité, le recommandent surtout aux médecins qui pratiquent parmi les populations rurales. Reste à savoir si le sel ammoniac comptera autant de succès dans les contrées marécageuses, où les fièvres sont endémiques, qu'il en a eu dans le climat parisien. C'est à l'expérience à nous l'apprendre.

— M. Fr. Dubois lit un nouveau fragment historique sur l'Académie royale de chirurgie.

La séance est levée à quatre heures et demie.

BIBLIOGRAPHIE.

De l'appareil du sens génital des deux sexes dans l'espèce humaine et dans quelques mammifères, au point de vue anatomique et physiologique; par le docteur Kobelt, professeur à Fribourg; traduit de l'allemand par le docteur H. Kaula. — 1 vol. in-8°, avec cinq planches lithographiées et coloriées. — Strasbourg et Paris. — 1851.

Depuis très-longtemps les anatomistes et les physiologistes ont saisi les rapports d'analogie qui existent entre les organes sexuels de l'homme et ceux de la femme, non-seulement dans les parties qui président à la sécrétion des produits fournis par chacun des deux sexes, mais aussi dans les organes extérieurs qui ont pour mission de mettre ces produits en contact. Cependant cette dernière analogie se bornait à peu près au parallèle qu'on établissait entre le clitoris et la verge; on n'avait pas encore fait une étude approfondie de l'un et de l'autre organe, afin de mieux faire ressortir leur ressemblance et de déterminer d'une manière plus exacte le siége de la sensation voluptueuse qui accompagne l'acte de la copulation.

M. le docteur Kobelt, professeur d'anatomie à l'Université de Fribourg, a comblé cette lacune en étudiant avec soin les deux appareils dans l'homme et dans plusieurs mammifères, et en démontrant leur structure à l'aide de magnifiques injections. Son ouvrage, qui a paru à Fribourg en 1844, a été jugé d'une manière très-favorable par les journaux allemands, et il vient d'être traduit dans notre langue par M. le docteur Kaula, déjà connu du monde médical par son ouvrage sur la spermatorrhée.

M. Kobelt étudie successivement l'appareil copulateur du mâle et celui de la femelle, et il divise chacun de ces appareils en organes passifs ou de réception comprenant un organe principal, le gland, et un appareil auxiliaire, le corps spongieux de l'urètre, son bulbe et le muscle bulbo-caverneux, et en organes actifs ou de transmission, qui se composent du corps caverneux et du muscle ischio-caverneux.

Dans ses recherches sur la composition du gland, l'auteur fait voir que s'il n'est pas soutenu par un os particulier comme dans la plupart des mammifères, il existe une disposition qui atteint le même but : le bord supérieur de la cloison des corps caverneux fait saillie dans l'intérieur du gland et forme un prolongement compacte, tendiniforme, duquel descendent deux autres prolongements ailés qui servent de base et de soutien au bourrelet du gland. Les nerfs de cet organe appartiennent aux nerfs sensitifs. L'auteur représente leurs plexus nombreux et tellement serrés qu'on pourrait croire à l'existence de ganglions; mais il n'a pu y découvrir les cellules ganglionnaires qui caractérisent ces derniers. Les nerfs paraissent former des anses terminales; du moins M. Kobelt n'a-t-il pu découvrir d'autres terminaisons. L'abondance des nerfs à la surface du gland explique son extrême sensibilité. L'auteur rappelle à cette occasion les expériences de Günther, qui prouvent que leur section abolit subitement et à un plus haut degré que la castration tout appétit vénérien. Ce fait mérite d'être pris en considération, et permettra peut-être de remplacer la castration des animaux par la section des nerfs du pénis.

Si le gland est le siége principal de la sensation dans l'acte vénérien, il doit cette propriété non pas seulement à sa structure, mais encore à un ensemble de parties que l'auteur désigne sous le nom d'appareil auxiliaire. Cet appareil se compose du corps spongieux de l'urètre, du bulbe urétral et du muscle bulbo-caverneux. Le corps spongieux est constitué par un système de conduits vasculaires contenus dans une enveloppe tendineuse; celle-ci, connue sous le nom de couche fibreuse, n'existe pas seulement, comme on l'enseigne, sur les parties inférieures et latérales, mais bien, suivant l'auteur, tout autour des plexus veineux. C'est sans doute ce qui explique la remarque faite par l'auteur qu'après une bonne injection, l'ouverture de l'urètre est toujours béante. Les rapports des vaisseaux de l'urètre avec ceux du corps caverneux se voient à la simple inspection des planches; l'auteur décrit, entre autres dispositions nouvelles, un réseau situé dans la gouttière des corps caverneux, au-dessus du corps spongieux proprement dit, réseau qui rend plus facile la communication entre les deux réservoirs vasculaires.

Le bulbe urétral n'est pas, comme on le croit généralement, un renflement simple; il est formé, même dans l'homme, par deux renflements symétriques séparés par une légère dépression, et l'auteur décrit de plus une troisième éminence beaucoup plus petite. Ce bulbe n'est pas dû à un élargissement du canal, mais uniquement aux vaisseaux qui le composent. Ces vaisseaux forment un lacis veineux qui se continue à travers la portion prostatique jusqu'au col de la vessie. La réplétion de ces vaisseaux a pour résultat de fermer l'entrée de la vessie, le véru-montanum formant alors comme un obturateur au devant de cette poche; circonstance qu'il est bon d'avoir présente à l'esprit quand il y a rétention d'urine, puisque cette rétention peut être, et est en réalité, souvent produite par un engorgement de la prostate ou par une trop grande plénitude des vaisseaux de cette région.

Suivant M. Kobelt deux paires d'artères pénètrent dans le bulbe, l'une destinée à la protubérance postérieure, l'autre appartenant plutôt au corps spongieux. Ces artères du bulbe sont surtout remarquables par les nombreux diverticulum dont elles sont munies (artères hélicines de Müller). L'organe passif reçoit donc six artères, les deux bulbeuses, les deux bulbo-urétrales et les rameaux principaux des deux dorsales de la verge.

Les recherches de M. Kobelt l'ont conduit à attribuer au bulbe urétral un usage différent de celui qu'on lui suppose généralement. Voilà pourquoi il décrit avec beaucoup de détail et de soin le muscle bulbo-caverneux, dont la disposition éclaire la fonction du bulbe lui-même. Ce muscle est formé de deux couches, une superficielle et une profonde. La première se divise en deux portions, une postérieure plus considérable qui embrasse le bulbe sous forme de gaîne musculo-fibreuse et doit le comprimer d'arrière en avant, et une antérieure qui contourne la racine de la verge. L'auteur appelle *compresseur propre du bulbe* la première portion qui forme les trois quarts postérieurs de la couche superficielle, et *constricteur de la racine du pénis* la deuxième portion. La couche profonde est bornée à la protubérance postérieure du bulbe; elle est formée de deux moitiés latérales symétriques, qui embrassent les hémisphères du bulbe à la manière d'une fronde; l'auteur la nomme *compresseur des hémisphères* du bulbe.

On est habitué généralement à regarder le bulbo-caverneux comme servant à l'expulsion de l'urine, d'où la dénomination d'*accélérateur de l'urine* sous laquelle ce muscle est connu. M. Kobelt combat cette manière de voir, et nous pensons comme lui que son usage est tout différent. Pendant l'émission de l'urine il ne saurait être question de la contraction du bulbe, l'urine s'écoule sous la pression des muscles propres de la vessie et de son col. Ce n'est que lors de l'expulsion des dernières gouttes que l'on perçoit la sensation d'une contraction musculaire dans la région périnéenne; mais cette contraction semble appartenir aux muscles du périnée et au releveur de l'anus, bien plus qu'au bulbo-caverneux. Pendant l'érection, au contraire, la contraction de ce dernier muscle est manifeste, et, comme le dit M. Kobelt, cette contraction a pour effet de pousser le sang vers le gland et d'augmenter ainsi la turgescence de cet organe. Sur des chiens près d'être asphyxiés par la strangulation et sur lesquels on avait mis à nu la racine de la verge, l'auteur a vu que chaque fois qu'il excitait le gland plus ou moins turgescent, le muscle bulbo-caverneux se contractait par saccades sur le bulbe rempli de sang et poussait le liquide jusque dans le gland qui arrivait ainsi à un développement complet. Souvent une seule excitation

»était suivie de plusieurs de ces contractions régulières rhythmiques. Durant »ces alternatives de contraction et de dilatation, on voyait le sang affluer »par les artères dans le bulbe, en être expulsé et porté vers le gland : on »ne saurait méconnaître une ressemblance frappante de ce mode d'action »avec la *systole* et la diastole du cœur. » Aussi l'auteur est-il porté à regarder le bulbe comme un *cœur des organes sexuels*. Il n'est pas nécessaire d'ajouter que la contraction du bulbo-caverneux, en même temps qu'elle pousse le sang artériel à travers le corps spongieux, empêche le retour du sang par les veines et augmente ainsi la rigidité du membre viril. Quant à la sensation voluptueuse, l'auteur l'explique, comme de raison, par la compression et la tension des nerfs du gland qui résultent de l'accumulation du sang dans cet organe, de même que les sensations subjectives de la lumière et du son se produisent lorsqu'une congestion a lieu vers l'œil ou vers l'oreille.

Dans la description du corps caverneux que l'auteur désigne sous le nom d'organe actif ou de transmission, M. Kobelt signale à chaque racine, avant leur réunion, la présence d'un renflement bulbiforme, véritable *bulbe du corps caverneux de la verge*, qui ne devient apparent qu'après une injection complète. Ce bulbe qui n'avait pas encore été signalé, est très-développé dans le hérisson et dans le chien.

Nous renverrons à l'ouvrage lui-même pour la lecture des détails anatomiques qui expliquent l'écoulement du sang provenant de l'intérieur des deux corps caverneux.

Quant à la signification morphologique de ces derniers organes, l'auteur se borne à faire remarquer qu'ils représentent, à l'état d'érection, une apophyse temporaire de l'os pubis; et il rappelle que chez un grand nombre d'animaux le corps caverneux, devenu os de la verge, de même que l'os marsupial, fait partie intégrante de l'os du bassin auquel il est attaché. On sait que le célèbre auteur de la *Philosophie anatomique* regardait les os marsupiaux comme les analogues de l'os pénial.

Les usages physiologiques des corps caverneux, consistent principalement à donner au pénis une consistance qui lui permette de réveiller chez l'autre sexe la sensation voluptueuse, mais nous ne connaissons pas les moyens mécaniques par lesquels le sang est retenu dans l'intérieur de ces corps fibreux ; l'auteur n'a pas été plus heureux dans ses recherches; les grosses veines profondes qui passent sous la symphise pubienne suivant partout leur cours sans obstacle. Ne pourrait-on pas regarder les ischio-caverneux comme jouant un grand rôle dans cette rétention du sang veineux? Ces muscles ne sont pas de simples bandelettes appliquées contre les racines des corps caverneux; l'auteur a vu, après de bonnes injections, les fibres musculaires s'épanouir sur toute la surface arrondie du bulbe caverneux, en même temps que ce dernier s'arrondissait et se développait lui-même; la contraction musculaire, pendant l'érection, doit donc, ce nous semble, comprimer le bulbe et contribuer pour une bonne part à empêcher le retour du sang. L'auteur a vu dans les expériences dont nous avons parlé plus haut, le muscle ischio-caverneux se contracter brusquement à chaque excitation pratiquée sur le gland. Ce muscle agissait toujours de concert avec le bulbo-caverneux, sans doute pour lui venir en aide et concourir au même but, le maintien de la réplétion de l'organe viril.

La partie la plus intéressante et la plus neuve du travail que nous analysons est celle qui traite de l'appareil génital de la femme. L'auteur est parvenu à démontrer l'analogie complète de toutes les parties qui composent l'appareil copulateur, grâce surtout à ses belles injections et à l'esprit philosophique qui a présidé à ses recherches.

Un premier fait à signaler tout d'abord, c'est que, après une injection bien faite des vaisseaux artériels et veineux du petit bassin, le doigt introduit dans le vagin rencontre un obstacle semi-annulaire inattendu qu'on ne trouvait pas auparavant et qui est dû à la réplétion de réseaux veineux dont on ignorait l'existence. En effet, si l'on met à nu, par une incision pratiquée suivant la longueur des grandes lèvres, cet obstacle semi-annulaire, on rencontre sous le réseau connu qui appartient aux grandes lèvres un lacis veineux formant une éminence allongée, bosselée, recouverte dans toute son étendue par le *constrictor cunni*. Ce lacis veineux est un véritable corps spongieux renflé, que l'auteur appelle *bulbe du vestibule*; il émet vers le haut des conduits veineux entortillés qui se rendent au gland du clitoris et que M. Kobelt désigne sous le nom de *réseau intermédiaire*. Il suit de là que le gland du clitoris, le réseau intermédiaire et le bulbe du vestibule représentent parfaitement le gland de la verge, le corps spongieux de l'urètre et le bulbe urétral.

L'auteur expose en détail la structure du gland du clitoris; il montre l'analogie qu'il présente avec le gland du pénis, sous le rapport de sa forme, de sa composition et de sa structure. Il l'a trouvé beaucoup plus riche en nerfs que le gland de la verge; aussi faut-il le regarder comme le siége principal de la sensation voluptueuse.

Cette dernière circonstance peut avoir une application utile dans la pratique. Lorsque, pour cause de nymphomanie ou de masturbation poussées jusqu'à produire l'idiotisme, on a pratiqué l'extirpation de tout le clitoris, on aurait, il me semble, dit l'auteur avec raison, obtenu les mêmes résultats en enlevant seulement le petit gland de cet organe, opération beaucoup moins grave sous tous les rapports.

Dans l'étude des vaisseaux du gland, M. Kobelt n'a pas trouvé d'artères hélicines, malgré des recherches réitérées.

De même que chez l'homme, l'appareil auxiliaire de la femme se compose du réseau intermédiaire, analogue au corps spongieux, du bulbe vestibulaire et de son muscle. Mais cet appareil, chez la femme, est dédoublé et symétrique; les deux moitiés qui le composent embrassent le vestibule et l'entrée du vagin. Un simple coup d'œil jeté sur les planches montre l'exactitude de cette interprétation. Du reste, on peut s'en faire une idée exacte en supposant que la muqueuse ferme la gouttière qui s'étend de l'orifice de l'urètre au gland, et que les deux réseaux intermédiaires, avec les renflements auxquels ils aboutissent, soient réunis sur la ligne médiane. Les nymphes, qu'on s'accorde à regarder comme les analogues du corps spongieux, ne sauraient en tenir lieu; l'auteur les a injectés jusque dans leurs capillaires, sans jamais y trouver une texture caverneuse.

L'auteur complète la démonstration de cette thèse par une anatomie très-détaillée du bulbe du vestibule, que quelques anatomistes français et allemands ont déjà comparé au bulbe de l'urètre : sa forme, sa texture intime, sa continuation immédiate avec le réseau intermédiaire, sa connexion avec le tissu spongieux de la partie membraneuse de l'urètre et du col de la vessie, ses vaisseaux afférents et efférents, ses nerfs, ses rapports anatomiques avec la glande de Cowper, et enfin le muscle compresseur qui l'entoure, sont des faits évidents qui font prévaloir d'une manière indubitable cette manière de voir. Nous trouvons inutile de reproduire la description de ce dernier muscle (le *constricteur du vagin* des auteurs), que l'auteur a étudié sur la femme et sur les femelles de plusieurs mammifères; qu'il nous suffise de dire que sa disposition est analogue à celle du muscle bulbo-caverneux et en fait aussi, par conséquent, un organe moteur, ou, pour être plus exact, un appareil chargé à la fois d'activer l'impulsion du sang dans l'organe érectile et d'empêcher le retour de ce liquide par les veines. La dénomination de *constricteur du vagin* n'est donc pas exacte, puisque la constriction du vagin n'est pas sa véritable destination.

M. Kobelt décrit avec le même soin le corps caverneux du clitoris et le muscle ischio-caverneux, ainsi que le vagin, et il termine son intéressant travail par un coup d'œil physiologique sur les fonctions des appareils sexuels.

Le livre de M. Kobelt doit être considéré comme une excellente monographie anatomique et physiologique sur une partie déjà étudiée par un grand nombre d'auteurs, mais dans laquelle il a su trouver des faits nouveaux et des considérations pleines d'intérêt. On doit des remercîments à M. le docteur Kaula d'en avoir enrichi notre littérature.

Les planches sont bien exécutées et donnent une très-bonne idée de la disposition des organes décrits dans le texte.

A. LEREBOULLET.

VARIÉTÉS.

AU RÉDACTEUR.

Monsieur,

Je lis au compte rendu de l'Académie de médecine, séance du 24 juin, une note de mon honorable confrère M. le docteur Archambaut sur la réforme des gâteux.

Permettez-moi, monsieur le rédacteur, de rappeler qu'en 1847 et 1848 j'ai indiqué, dans les ANNALES MÉDICO-PSYCHOLOGIQUES et dans les ANNALES D'HYGIÈNE (1), les moyens employés par M. le docteur Archambaut pour supprimer

(1) Déjà, en 1847 (ANNALES MÉD.-PSYCH., t. IX, p. 92), en parlant des infirmeries établies à l'asile d'Auxerre, nous écrivions, § Ier : « Les latrines sont en outre disposées de façon qu'on puisse, à des heures réglées, faire passer les déments sur le siége; on leur crée de la sorte des habitudes d'excrétions qu'on observe chez les organismes sains, si la vie est bien régulière:

» Propreté des salles et des malades, tels sont les avantages qu'on en retire. »

Plus tard, même année, dans nos considérations sur l'asile d'aliénés du Rhône (ANNALES MÉD.-PSYCH., t. VIII, p. 86), nous écrivions, en parlant du quartier des gâteux proposé par le docteur Bottex : « Il est certaines salles et certaines précautions qui nous ont paru inutiles, je dirai même d'un effet fâcheux : telle est la salle des fauteuils percés; tels sont les enduits de bitume, que l'on conseille de pratiquer au rez-de-chaussée. Nous adopterions de préférence le planchéiage en chêne ciré, et frotté même dans la section des gâteux.:

Nous supprimerions ces fauteuils percés; car de deux choses l'une : ou l'aliéné est capable de se tenir debout, et alors à quoi bon ces fauteuils hideux et infects? Ou il est privé de cette faculté, et alors pourquoi le garrotter sur un siége?

Pourquoi l'emprisonner dans des liens irritants et entamer ses chairs par une

les gâteux, et que depuis plus d'un an (et non depuis le 20 mai de cette année) comme le peuvent affirmer MM. les docteurs Bérard, Bally, Trélat, Frollet, etc., qui ont visité l'asile d'Auxerre, nous avons enlevé à ces malheureux tous les vêtements spéciaux dont on les avait affublés, pour leur restituer des vêtements ordinaires; que, depuis trois ans, ils couchent dans les dortoirs cirés, frottés, et tenus avec une extrême propreté, ainsi qu'ont pu le constater MM. Ferrus et Lasègue.

Cette réforme, qui avait réduit considérablement le nombre de ces infortunés, n'empêchait pourtant pas, malgré toute la sollicitude des gens de service, un certain nombre d'excrétions urinaires involontaires pendant la nuit et quelquefois pendant le jour.

C'est afin d'obvier à cet inconvénient que, indépendamment des moyens précités, nous avons tonifié le système nerveux par l'emploi du sulfate de strychnine à très-faible dose, comme nous l'avons mentionné dans notre dernière note envoyée à l'Académie, sur l'invitation de plusieurs de nos confrères.

Le système nerveux ainsi fortifié permet de percevoir le besoin d'excrétions, et d'y satisfaire volontairement.

Cela est si vrai que les mêmes malades qui, primitivement, devaient être régulièrement placés sur le siége par leur surveillant pour ne point souiller leurs vêtements, s'y rendent d'eux-mêmes, sans appel, à la suite de l'administration du sulfate de strychnine. Cela est si vrai encore, que les malades qu'une surveillance de nuit pouvait seule empêcher de gâter, cessent de le faire sans surveillance, par l'usage de ce médicament. Cela est si vrai que ces malades soumis à l'influence de la strychnine sont moins apathiques et se livrent à des travaux simples et faciles.

Aussi, pour nous, l'hygiène et la régularité dans les habitudes de propreté, doivent d'abord constituer le traitement, et souvent, en fortifiant l'organisme, guérissent l'infirmité; mais en cas d'insuffisance de l'hygiène et des habitudes régulières de propreté, l'addition du sulfate de strychnine devient un moyen ordinairement héroïque.

A l'aide de cette combinaison, nous avons dit que nous étions parvenus à réduire à 5 et quelquefois 2, sur une population de 275 malades, le nombre des gâteux; mais il faut ajouter que sur ces 5 ou sur ces 2, les excrétions urinaires *seules* sont involontaires, et cela uniquement pendant la nuit: le cas contraire est excessivement rare.

Il est essentiel de faire observer que ces réformes, introduites depuis longtemps dans le service de l'asile d'Auxerre, n'ont pas nécessité la moindre augmentation du personnel de l'établissement, qui s'élève à 6 surveillants pour 170 femmes, et à 5 surveillants pour 105 hommes.

Agréez, etc. H. GIRARD.

— Par décret du président de la République, M. Gohas, chirurgien de marine de première classe, a été nommé chevalier de la Légion d'honneur.

— MUTATIONS DANS LE CORPS DES OFFICIERS DE SANTÉ MILITAIRES. — M. Godefroy, chirurgien aide-major soumissionné au 43e de ligne, est replacé chirurgien sous-aide à l'hôpital militaire de Sedan.

M. Behin, chirurgien-major de deuxième classe au 8e hussards, est désigné pour passer au 23e léger.

M. Ollagnier, chirurgien-major de deuxième classe au 14e léger, est désigné pour passer au 8e hussards.

M. Heysch, chirurgien-major de deuxième classe au 2e chasseurs, est désigné pour passer aux ambulances de la division d'Oran.

M. Pau-Saint-Martin, chirurgien-major de deuxième classe aux ambulances de la division d'Oran, est désigné pour passer au 2e chasseurs.

M. Bonduelle, chirurgien-major de deuxième classe au 25e de ligne, est désigné pour passer au 12e de ligne.

M. Lenoir, chirurgien aide-major de première classe à l'hôpital de Strasbourg, est désigné pour passer à l'hôpital de Mont-Louis.

M. Laforêt, chirurgien aide-major de première classe à l'hôpital de Belle-Ile-en-Mer, est désigné pour passer à l'hôpital de Lyon.

M. Herbin, chirurgien aide-major de première classe à l'hôpital de Mont-Louis, est désigné pour passer à l'hôpital de Belle-Ile-en-Mer.

— Par arrêté de M. le ministre de l'agriculture et du commerce, les médecins des épidémies qui n'auraient pas été nommés membres des conseils d'hygiène publique et de salubrité d'arrondissement assistent de droit aux séances de ces conseils avec voix consultative.

Les médecins des épidémies continueront d'adresser au préfet du département un rapport détaillé sur chacune des épidémies dont ils auront été appelés à constater la nature ou à diriger le traitement. Une copie certifiée de ce rapport, qui doit être transmise au ministre et communiquée à l'Académie de médecine, sera adressée au conseil d'hygiène de l'arrondissement pour être conservée dans les archives et consultée au besoin.

— On lit dans le COURRIER DE NANTES:

« Depuis notre dernier bulletin, la dyssenterie semble avoir pris de nouveaux développements. Dans un grand nombre de petites localités voisines de Nantes, c'est une véritable *dépopulation*; aussi est-ce le cas ou jamais de répéter ce mot de Fournier: La dyssenterie est le fléau le plus épouvantable qui sévisse sur l'espèce humaine. Les médecins sont épuisés de fatigue et ne savent où donner de la tête; aussi un grand nombre de malheureux atteints par la maladie meurent faute de soins, et souvent même viennent en aide à la maladie en suivant les conseils d'empiriques.

» Nous faisons des vœux pour que de prompts secours, de jeunes élèves de nos hospices et des religieuses soient envoyés dans les communes les plus maltraitées par l'épidémie. Nous disons des religieuses, car nous apprenons que la mortalité doit être également attribuée à l'inintelligence avec laquelle on applique les conseils des médecins.

» A Nantes, la dyssenterie a fait à peine quelques victimes; quand nous disons Nantes, c'est de l'intérieur de la ville que nous voulons parler, car la maladie sévit assez cruellement dans la banlieue, sur la route de Clisson et sur la route de Rennes. »

— La petite vérole qui s'était déclarée, il y a quelque temps déjà, dans la commune du Bouloire, y sévit dans ce moment avec plus de gravité. L'épidémie s'étend dans les campagnes, et nous apprenons qu'elle prend chaque jour un caractère plus inquiétant; plusieurs malades sont actuellement en danger. M. Dagoreau, médecin à Saint-Calais, vient d'être appelé à donner des soins à quelques-uns d'entre eux et pour apprécier les progrès de l'épidémie.

— Le cratère de la Montagne-Pelée (Antilles) répand en ce moment des vapeurs nauséabondes.

La ville de Saint-Pierre et ses environs sont sous l'influence épidémique d'une espèce de grippe qui fait de nombreux malades. Heureusement l'affection n'a rien de grave, et quelques jours de soins et de repos la mettent à la raison, malgré le nom formidable de *volcan* dont l'a baptisée l'imagination populaire.

D'après les journaux des colonies voisines, cette maladie a frappé avant la Martinique, Sainte-Lucie et la Barbade. A Sainte-Lucie, on l'appelle le *raz-de-marée*, et l'*influenza* à la Barbade.

— Il résulte d'une communication adressée à M. le gouverneur général par M. le ministre de la guerre, que la junte de santé des îles Baléares, vient de prescrire à l'égard des provenances du nord de l'Afrique, de l'Algérie conséquemment, des mesures sanitaires analogues à celles déjà adoptées dans les ports de Cadix et de Valence, en sorte que tous les navires venant d'un point quelconque de l'Algérie, devront aller purger leur quarantaine dans le lazaret de Mahon.

— On annonce qu'un de nos principaux médecins, membre de l'Académie de médecine, vient de partir pour Tiflis, afin d'étudier une épidémie très-grave qui sévit à l'armée du Caucase, où elle fait beaucoup de ravages.

— M. de Savigny, membre de l'Académie des sciences, section de zoologie, vient de mourir. M. de Savigny était connu par ses travaux pendant l'expédition d'Egypte, par de belles recherches sur l'anatomie des insectes, des crustacés, etc. Eloigné depuis de longues années des séances de l'Institut par une névrose cruelle compliquée de cécité, il s'était retiré à Versailles où il a succombé le 5 octobre.

— La mort vient d'enlever à la science, à sa famille et à ses amis le docteur Alfred Lembert, médecin des épidémies au département de la Seine, et l'auteur de la MÉTHODE ENDERMIQUE, couronnée par l'Académie des sciences.

— M. Chavane, médecin des hospices et des pauvres de Mirecourt, ancien chirurgien-major des armées de l'empire, vient de mourir subitement à l'âge de 68 ans.

— M. le docteur Feroault, médecin en chef honoraire des hospices de Bourges, est décédé à la suite d'une fièvre inflammatoire.

— Par suite du nouveau numérotage de la rue des Saints-Pères, l'Académie de médecine est maintenant au n° 39.

— Une question grave intéresse la santé publique à Constantine. Dans le cours de ces trois mois, on a dû arrêter et enfermer, pour cause de démence, 11 musulmans, presque tous jeunes et de bonne famille. Ils avaient perdu la raison par suite de l'abus du *hachich*. Les beys turcs l'avaient proscrit avec la plus grande sévérité. Le temps n'est pas loin où le fumeur de hachich était puni de mort. Dans les derniers temps du gouvernement turc, il n'y avait que quelques hommes perdus de mœurs qui osassent se livrer à cette déplorable passion. On compte en ce moment, à Constantine, vingt-deux cafés ou boutiques où le hachich se consomme ou se débite. Il n'en faudrait pas davantage pour empoisonner la population. Des mesures très-énergiques vont être prises par l'administration, afin de couper court à un mal si désastreux.

— MM. les docteurs en médecine qui désirent faire un cours à l'École pratique, pendant le semestre d'hiver, sont prévenus que la réunion pour la distribution des heures et des amphithéâtres aura lieu lundi 27 octobre, à midi, à la Faculté de médecine.

pression funeste? Heureusement l'expérience moderne a généralement proscrit des hôpitaux d'aliénés ces instruments du dégoût et de la paresse, à part quelques rares exceptions sollicitées par des infirmes; elle a substitué à ce régime des moyens plus doux et mieux appropriés à la situation des malades, une liberté sagement surveillée, et une propreté réglée avec autant de soin que les gens de service ont plus d'intérêt à prévenir les souillures des malades et à maintenir les vêtements et les salles dans ce constant état d'extrême propreté. On obtient ce résultat en faisant rougir, cirer, frotter les dortoirs et les lieux de réunion des gâteux, et en exigeant cette apparence luxueuse de l'hygiène.

Et à la page 80 nous faisions ressortir que le nombre des gâteux placés dans les infirmeries ne devait s'élever qu'à 6 sur 275 malades.

Enfin, en juillet 1848, nous écrivions dans les ANNALES D'HYGIÈNE PUBLIQUE, tome X:

« *On suspendra des horloges dans chaque section de gâteux, pour donner à la surveillante la possibilité de faire passer régulièrement les malades sur le siége*, et d'éviter ainsi la souillure des parquets, de leurs vêtements, et les odeurs infectes qui en sont le résultat.

Le rédacteur en chef, JULES GUÉRIN.

REVUE HEBDOMADAIRE.

ACADÉMIE DES SCIENCES : PRINCIPE DES MOUVEMENTS RESPIRATOIRES. — ACADÉMIE DE MÉDECINE : DILATATEUR DE LA TRACHÉE DANS LA TRACHÉOTOMIE. — PHIMOSIS CONGÉNITAL.

L'Académie des sciences a entendu lundi dernier une courte, mais importante communication de son savant secrétaire perpétuel. On sait que M. Flourens a démontré l'existence, sur une certaine partie de la moelle allongée, d'un point qui préside à tous les mouvements de la respiration, qui y préside d'une manière si exclusive et si nécessaire qu'il suffit de détruire ce point pour les anéantir tous instantanément, et de maintenir la continuité entre ce point et la moelle au milieu de la destruction de toutes les parties environnantes pour les conserver tout entier. Dans ses premières recherches, l'auteur fixait ainsi le siége et l'étendue de cette petite portion de la moelle allongée qu'il a appelée *point central* ou *premier moteur* : « La limite du point central se trouve immédiatement au-dessus de l'origine de la huitième paire, et sa limite inférieure, 3 lignes à peu près au-dessous de cette origine. » (RECHERCHES EXPÉRIMENTALES SUR LES FONCTIONS ET LES PROPRIÉTÉS DU SYSTÈME NERVEUX.) Aujourd'hui, à force de précision et de délicatesse dans l'expérience, M. Flourens est parvenu à montrer que le nœud a tout au plus une ligne. Un petit emporte-pièce, plongé au niveau de la substance grise contenue dans le calamus scriptorius, à la pointe du V, anéantit tout à coup et les mouvements respiratoires de la face et ceux du thorax. La mort a lieu sur-le-champ. On peut détruire toutes les parties environnantes, tout le reste de la moelle allongée, les pyramides, les corps restiformes ; la respiration continue pendant un certain temps pourvu qu'on ait ménagé une continuité entre ce petit noyau de substance grise et la substance grise de la moelle.

C'est le dernier terme de cette grande expérience qui se poursuit depuis Galien, et que Legallois avait déjà fort avancée. Néanmoins on n'aurait qu'une idée incomplète, ou même inexacte de la part prise par M. Flourens à cette découverte physiologique, si l'on croyait qu'il n'a fait qu'assigner un siége moins étendu et plus exact à un centre nerveux déjà connu. Le résultat de ses recherches va plus loin. En rectifiant et complétant les idées de Legallois, il en modifie la signification. Evidemment, pour Legallois, la destruction d'un certain segment de la moelle allongée ne tuait que parce que ce segment comprenait l'origine de la huitième paire. L'expérience de M. Flourens, dans laquelle la huitième paire reste intacte et conserve ses rapports avec la moelle, prouve irréfragablement qu'il y a un moteur plus direct, plus central, plus nécessaire, du mécanisme de la respiration. On sait très-bien, d'ailleurs, que les animaux sur lesquels on a coupé la huitième paire survivent plusieurs jours.

— L'Académie de médecine n'a pas non plus chômé. Un rapport de M. Jobert, un autre de M. Larrey, et deux lectures : la première, de M. Devilliers fils ; la seconde, de M. Fleury ; c'était de quoi employer et bien employer la séance.

M. Jobert, dans son travail substantiel et empreint de sens pratique, a dirigé, contre un nouveau procédé de dilatatation de la trachée employé par M. Maslieurat-Lagémart, quelques critiques d'une justesse déjà très-vraisemblable pour qui n'a pas répété les expériences, et dont on ne peut plus guère douter après les raisons de fait allégués par le rapporteur. La pince dilatatrice de M. Maslieurat-Lagémart est certainement plus facile à introduire entre les bords d'une plaie trachéale sur le cadavre que sur le vivant. On sait combien la rétractilité des tissus, la contraction involontaire des muscles du cou, l'écoulement du sang, apportent quelquefois d'obstacle à l'introduction d'une simple canule. La difficulté doit être plus grande pour une tige en fil de fer, tournée en spirale vers son milieu, qu'il faut placer transversalement et fixer à ses deux bouts, au moyen de petits crochets dont ils sont munis, sur la face interne de la trachée. Eh bien ! M. Jobert déclare que la force du ressort, nécessaire pour vaincre la résistance des parois trachéales, rend difficile l'introduction et la mise en place de l'instrument, même sur le cadavre, surtout si la peau est doublée d'une certaine quantité de graisse. C'est là, comme il le remarque très-bien, un inconvénient très-sérieux dans une circonstance où toute la promptitude, toute la sûreté de mouvements possible, ne suffit pas toujours à conjurer le danger de l'obturation incomplète de la plaie et de l'emprisonnement du sang dans le tube aérien. En outre, il paraît que les crochets, tels qu'ils sont, permettent aisément le déplacement du dilatateur.

Nous nous faisons néanmoins un devoir d'ajouter que l'instrument de M. Maslieurat-Lagémart, quelque imparfait qu'il puisse être en soi, nous paraît conçu d'après un principe excellent et très-applicable. L'idée de transporter à la trachée incisée le procédé d'écartement déjà en usage pour les paupières est naturelle ; on ne voit pas en quoi elle serait contraire aux dispositions particulières de la région ou à la nature de l'opération. C'est donc à perfectionner l'instrument qu'il importerait de s'appliquer.

Nous signalerons aussi d'une manière spéciale, parmi les communications de lundi, la lecture de M. le docteur Fleury sur le phimosis congénital. Quoi qu'on ait pu dire sur les inconvénients du phimosis, sur l'inflammation qu'il provoque et entretient à la surface du gland par l'accumulation des matières sébacées, sur l'engorgement des ganglions inguinaux, la fréquence des érections, les ardeurs d'urine, etc., il est certain qu'on ne trouve nulle part un tableau des conséquences possibles du phimosis pareil à celui que l'auteur a déroulé. La partie de son travail qui traite d'une espèce particulière d'anaphrodisie et de troubles divers du système nerveux, est aussi neuve qu'intéressante. Les doutes qui pourraient venir assez naturellement à l'esprit devant tant de désordres locaux et généraux rapportés à une cause d'aussi mince apparence, sont arrêtés par ce grand argument que tous les accidents, après s'être joués des traitements les plus variés et les plus soutenus, ont disparu graduellement après l'opération du phimosis. Il y a là un curieux sujet d'études ouvert au pathologiste.

A. DECHAMBRE.

PATHOLOGIE INTERNE.

DE LA PARALYSIE ESSENTIELLE CHEZ LES ENFANTS ; par M. le docteur RILLIET, médecin de l'hôpital de Genève.

HISTORIQUE.

L'introduction de cette maladie dans le cadre nosologique est d'une date assez récente. D'après M. West, Underwood serait le premier auteur qui

Feuilleton.

LES DEUX MÉDECINS, OU LE POUR ET LE CONTRE.

Sit mihi fas audita loqui. (Virgile.)

(Suite et fin. — Voir le nº 42.)

A quelques jours de notre dernière et vive conversation, j'eus l'occasion de me retrouver avec mon pauvre égaré, le docteur *industriel* dont j'ai parlé, et je m'aperçus bien vite qu'il était loin d'être converti.

— En vérité, me dit-il ironiquement, mon cher et ancien ami, je n'y comprends rien ; êtes-vous bien réellement un de nos contemporains, et ne revenez-vous pas des jardins d'Académe ? Ne vous êtes-vous pas longtemps promené sous le portique, à écouter Zenon le stoïque ? Ne peut-on vous prendre pour quelque échappé d'un monastère du moyen âge ? En un mot, avez-vous fait serment d'humilité, de pauvreté ? Votre fier mépris de l'argent me le ferait croire. Non, vous n'êtes pas de notre siècle, où cet argent âme, ressort, puissance et souverain universel, fait tout et gouverne tout. Il n'y a qu'à ouvrir les yeux et les oreilles pour s'en convaincre. Dans tout ce que vous m'avez dit, qu'ai-je vu ? Des figures de rhétorique, des effets de phrase, des recoupes d'érudition perdue. Certes, vous le savez, j'ai aimé la science, je l'ai cultivée avec ardeur, je ne lui ai demandé qu'une chose, de me faire vivre : eh bien ! elle a été sourde et muette. Alors j'ai changé de conduite comme de moyens de guérison. Quant à la plaie, qui, dites-vous est au fond de mon cœur, n'en soyez point en peine, ce sont de ces plaies qui guérissent facilement en appliquant dessus pour compresses de bons billets de banque, procédé très-efficace, le plus généralement employé aujourd'hui.

—Édouard... vous ne m'avez pas compris, répliquai-je, je suis de mon temps, de mon siècle, et ne me vante nullement de stoïcisme. Je connais le prix et la puissance de l'argent ; il n'y a que les moyens de l'acquérir sur lesquels nous différons complétement. En médecine, comme ailleurs, pour s'enrichir, faut-il donc exploiter cet arrière-fonds de corruption dont tout corps humain est infecté ? Il n'y a ici ni lieux communs de philosophie, ni de ces phrases de morale rebattue qui pourtant ont leur portée, leur valeur. Combien voit-on de médecins et de chirurgiens grandement enrichis par l'exercice de leur profession ? Or personne ne s'avise de leur en faire reproche. Ils ont creusé, ils ont labouré, sarclé le champ de la science, et la moisson a répondu à leurs efforts ; ils ont acquis cette richesse par leurs talents, leur habileté, et ce je ne sais quoi qui dit à la fortune : *J'irai à toi,* mais *je choisirai le chemin.*

— Que voulez-vous ? il n'est pas donné à tout le monde d'aller à Corinthe, au moins par le même chemin. Je vous le répète : *Dura necessitas cogit.* La vie est un voyage qu'on ne fait pas toujours en train de plaisir, surtout quand la bourse est vide ; j'en ai fait l'expérience ; dans cette idolâtrie générale du po-

aurait fait mention de cette forme de paralysie, dans la quelle le cerveau n'est pas matériellement malade. Depuis Underwood, M. Shaw, dans son ouvrage sur les difformités de la colonne épinière, a clairement indiqué la variété de paralysie essentielle qui débute instantanément; suivant lui, la maladie se manifeste à l'époque du sevrage, et souvent elle est la conséquence d'une affection des premières voies. M. Schaw avait reconnu que la paralysie partielle entraine une difformité consécutive de l'épine. Mais c'est aux docteurs Badham, Heine de Cannstadt, Kennedy et West que l'on doit les travaux les plus complets. Au docteur Badham revient le mérite d'avoir publié des observations pleines d'intérêt. Ce médecin s'est borné à citer des observations, tandis que le docteur Heine de Cannstadt a publié une monographie complète. Il n'y a pas un point de l'histoire de la paralysie, depuis les causes jusqu'au traitement, sur lequel cet habile médecin n'ait porté une investigation attentive. Il a surtout remarquablement bien décrit la seconde période dans laquelle la température de la partie paralysée s'abaisse et l'atrophie du membre commence. D'excellentes et nombreuses observations, des planches représentant l'état des malades avant et après le traitement, la description des différents appareils orthopédiques complètent cette remarquable monographie. En analysant les faits publiés par le docteur Heine, j'ai pu me convaincre que la plus grande partie étaient des exemples bien caractérisés de paralysie essentielle; mais il en est d'autres où l'on peut soupçonner l'existence d'une maladie cérébrale *cum materiâ*. Cette remarque ne diminue en rien le mérite du travail du docteur Heine, et surtout l'exactitude de ses conclusions prises dans leur ensemble. Une année après Heine, le docteur Kennedy, qui ne connaissait pas le travail de son devancier, a publié un premier mémoire fort intéressant; il a particulièrement insisté sur la forme aiguë de la maladie, à laquelle il donne le nom de temporaire, et sur le diagnostic différentiel. Dans un second mémoire postérieur au premier de plusieurs années, il a sanctionné par de nouveaux faits l'exactitude des résultats auxquels l'avaient conduit ses précédentes recherches. Le docteur West est venu plus tard apporter sa part de matériaux, pour la description de la paralysie; il a particulièrement insisté sur le mode du début, et a dressé un tableau analytique de vingt cas de paralysie, fort intéressant à consulter. Je ne dois pas oublier dans cette énumération de mentionner les noms des docteurs Marshall-Hall qui dit quelques mots de la paralysie provenant de la dentition; Colmer qui s'est occupé de la même maladie; Cormath de Belfast (cité par le docteur West) auquel on doit la description de deux cas de paraplégie. Enfin le docteur Richard (de Nancy) a publié dans le BULLETIN DE THÉRAPEUTIQUE deux observations fort intéressantes dont l'une m'est commune avec lui, car j'ai eu l'occasion de lui adresser une consultation écrite, au sujet de la jeune malade qui fait le sujet de sa première observation. En France nous sommes les premiers, M. Barthez et moi, qui, en 1843, ayons attiré l'attention des médecins sur la paralysie essentielle, et appuyé notre description d'un exemple incontestable, puisqu'il a eu pour lui la sanction anatomique. Depuis cette époque, j'ai pu consulter les principaux travaux que je viens d'énumérer, j'ai recueilli moi-même plusieurs observations nouvelles. C'est avec l'ensemble de ces faits que j'ai composé ce mémoire.

BIBLIOGRAPHIE.

Underwood. TRAITÉ DES MALADIES DES ENFANTS.
Schaw. NATURE AND TREATMENT OF THE DISTORSIONS TO WHICH THE SPINE AND THE BONES OF THE CHEST ARE SUBJECT. 1822.
Badham. THE LONDON MEDICAL AND SURGICAL JOURNAL, 1835. Dans GAZ. MÉD. DE PARIS, 1835, p. 325; et dans l'ouvrage de Heine, p. 40.
Heine. BEOBACHTUNGEN UEBER LAEHMUNGS. ZUSTANDE DER UNTERN EXTREMITAETEN UND DEREN BEHANDLUNG. Stuttgard, 1840.
Kennedy. DUBLIN MEDICAL PRESS, 29 sept. 1841.
Rilliet et Barthez. TRAITÉ CLINIQUE ET PRATIQUE DES MALADIES DES ENFANTS, t. II, p. 335.
Kennedy. DUBLIN QUARTERLY JOURNAL OF MEDICINE, février 1850. Traduit dans les ARCHIVES DE MÉDECINE de juillet 1850.
West. ON SOME FORMS OF PARALYSIS INCIDENT TO INFANCY AND CHILDHOOD. THE LONDON MEDICAL GAZETTE, 1845. Et dans son TRAITÉ DES MALADIES DES ENFANTS, p. 135, 1848.
Richard (de Nancy). BULLETIN DE THÉRAPEUTIQUE, février 1849, p. 120.

§ I. — DÉFINITION.

Nous donnons le nom de paralysie essentielle à une maladie caractérisée par la perte absolue ou restreinte du mouvement et quelquefois du sentiment, dans une ou plusieurs des parties du corps, sans que l'examen attentif de l'appareil de l'innervation révèle aucune lésion matérielle des centres nerveux ou de leurs ramifications.

Il ne sera pas question, dans ce chapitre, de la paralysie du nerf facial et de celle des organes des sens, de la mydriase, de l'amaurose, de la surdité nerveuse. Dans la grande majorité des cas, la paralysie du nerf facial est, chez les nouveau-nés, le résultat d'une cause externe; chez les enfants plus âgés, la conséquence de tumeurs glandulaires ou de la carie du rocher. Quant à la paralysie des organes des sens, nous renvoyons aux traités d'oculistique et aux monographies sur la surdité; nous nous occuperons exclusivement ici de la paralysie des membres.

L'existence de la paralysie, correspondant à la définition que nous avons donnée plus haut, est mise hors de doute par l'investigation nécropsique; mais si l'on se contentait, pour l'étudier, des observations où la preuve anatomique a pu être fournie, on serait réduit à une grande disette de faits. La paralysie essentielle est souvent incurable, mais elle n'entraîne jamais la mort par elle-même; il est donc bien rare de pouvoir rechercher ses causes organiques; d'ailleurs l'examen du système encéphalo-rachidien pratiqué à une époque très-éloignée du début de la maladie, fournirait peut-être des données erronées. Il serait possible, en effet, que la moelle épinière, les nerfs, et peut-être le cerveau lui-même participassent en partie à l'état d'atrophie qui constitue la seconde période, et l'on aurait alors sous les yeux le résultat et non la cause de la maladie. Il faut donc des cas où la maladie soit récente; je le répète, ils sont extrêmement rares, je n'en connais que deux recueillis par M. Barthez et par moi; dans l'un de ces faits, il s'agissait d'une paralysie essentielle du bras; dans l'autre, d'une paraplégie. L'examen le plus attentif du cerveau, de la moelle et des nerfs ne nous révéla aucune lésion appréciable à nos sens dans l'état actuel de la science.

La preuve anatomique étant exceptionnelle, nous sommes, dans bien des cas, obligés d'admettre l'existence de la paralysie essentielle par exclusion. Pour une certaine catégorie de faits, la détermination de l'espèce n'est pas difficile; dans cette classe rentrent tous les faits de paralysie primitive partielle, instantanée, permanente ou temporaire; ces mots s'expliquent d'eux-mêmes. Mais le diagnostic devient plus délicat, quand il s'agit de paralysie secondaire, et surtout quand la perte du mouvement a été précédée, ce qui

---

sitif et du sensuel, moi je ne gagnais que des dettes et des années; enfin j'ai pris mon parti. Jetant un coup d'œil assez juste sur notre société, qu'ai-je vu? Que tout se fait pour l'argent et par l'argent, que celui qui n'en a pas n'est rien, ne compte pas. J'ai regardé en bas, et je vis Lazare misérable et dédaigné; puis en haut, je reconnus le mauvais riche à peu près sur un trône; le rôle du premier me sembla par trop dur. Je vous le demande, est ce moi qui ai fait que les choses soient ainsi? Vous vous montez au ton de la phrase académico-morale, moi je prends le temps comme il vient, le monde comme il va, le soleil quand il luit, la brise quand elle souffle. Quant à l'argent, le grand Racine a dit : « Tu l'emportes, Dieu des Juifs, » et je suis de l'avis du grand Racine.

— O serviteur-valet du veau d'or! votre cœur tend au sphacèle; prenez garde, la maladie est sur le point de devenir incurable. Vous dites toujours que le *res angusta domi* vous a poussé dans la fatale voie où vous êtes maintenant. Je pourrais vous opposer les paroles de Bonaparte, alors général, à un officier excusant la bassesse de sa conduite par sa triste position : « Monsieur, lui dit le général, quand il en est ainsi, on ferme sa porte au verrou, on mange en famille du pain et des raves, et l'on sauve l'honneur de son habit. » Je ne suis pas aussi sévère; un médecin doit faire de constants efforts pour améliorer sa position, c'est son droit; je dis plus, c'est son devoir; et puis, quand on a de la sagesse, de la modération, avec un peu on ne manque de rien. Mais lever l'étendard du charlatanisme, mais *coquinifier* la profession, je maintiens mon expression, mais tromper sciemment pour mettre hardiment ses mains dans la poche des dupes, mais se faire médecin bateleur, expert en calomnies pratiques, mais insulter la science et le mérite, tout cela pour vivre, pour subtiliser quelques écus, oh! voilà du pain bien cher.

— Comme vos pareils, toujours pédants et glorieux, vous exagérez, vous colorez à votre manière, puis vous dites, la raison et le bon sens sont pour nous; il n'en est rien cependant. Ce que vous appelez charlatans et ce que je nomme, comme je vous l'ai dit, les libres penseurs en médecine, ne sont pas tels que vous vous avisez de les peindre en caricature. Ils gardent le silence et ils continuent, fidèles qu'ils sont à l'ancien proverbe arabe : « Nous laissons les chiens aboyer et la caravane passe. » En deux mots, leur réputation se soutient, le monde croit à leur savoir, et ils s'enrichissent.

— Oui, ils s'enrichissent à coup de mépris public!

— En tout cas, il n'y paraît guère; laissez donc là, mon cher, vos vieilleries de collége et vos contes de curé, tout cela n'a plus cours dans notre société actuelle, et manque de *valeur commerciale*. Quoi que vous en disiez, les écus gagnés à la manière de Vespasien ont leur poids et leur puissance; notez bien que je ne compte pas parmi ces écus ceux que nous gagnons, car ils sont de tous points légitimement acquis. Quel reproche peut-on adresser, par exemple, à Audin-Rouvière, pour son *toni-purgatif*; à Leroy, pour son *vomi-purgatif*, et à tant d'autres? Ils ont rendu des services, ils ont été habiles, le public les enrichit; n'est-ce pas en quoi consistent le trois termes du grand problème de la vie?

— Mon cher Édouard.... *tuam turpitudinem narras*, vous publiez vous-même votre propre honte, d'autant plus que vous ne comprenez pas bien votre position. Elle est si misérable que vous êtes forcé de vous enrichir pour en dé-

arrive très-fréquemment, d'une ou plusieurs attaques d'éclampsie. Dans ce cas, il faut faire la critique des observations, se diriger d'après la marche et la nature des symptômes cérébraux précurseurs ou concomitants, et d'après la marche de la paralysie elle-même. Ainsi, lorsqu'on ne peut logiquement admettre ni une méningite, ni une hémorrhagie méningée, ni une affection tuberculeuse du cerveau, ni en un mot aucune lésion organique du système encéphalo-rachidien, il est permis de conclure que la paralysie est essentielle. Ce sont les principes que nous avons suivis dans le dépouillement des nombreuses observations que nous avons analysées. S'il s'est glissé quelques erreurs dans notre appréciation, elles ne sont pas nombreuses et ne diminuent en rien l'exactitude de la description qui va suivre.

§ II. — MODE DE DÉBUT ET SIÉGE.

La maladie débute de différentes manières :

Tantôt la paralysie est instantanée ; dès le début, elle atteint son apogée; rien n'a pu la faire prévoir, et le plus souvent rien ne peut l'expliquer ;

Tantôt elle est précédée d'accidents cérébraux convulsifs ou non convulsifs, ou d'un dérangement de la santé générale, en particulier des symptômes d'une dentition difficile; mais, comme dans le cas précédent, la perte du mouvement est soudaine, et d'emblée elle atteint son maximum ;

Tantôt enfin la maladie apparaît graduellement, lentement, à la manière des maladies chroniques, non instantanément, à la façon des affections aiguës; ce mode de début est très-rare.

Quand la paralysie est instantanée et primitive, elle est d'ordinaire partielle et atteint plus souvent le bras que l'une des extrémités inférieures, mais elle n'est presque jamais sous forme para ou hémiplégique. Un enfant se couche bien portant, et le lendemain on le trouve paralysé d'un bras; un autre reste longtemps assis sur un banc de pierre, et l'une des extrémités inférieures perd ses mouvements ; un troisième passe la nuit en voiture, et le lendemain on s'aperçoit que la jambe n'exécute plus aucun mouvement, sans que l'on observe aucun autre dérangement dans la santé générale; la maladie est tout à fait locale et externe, et les grands viscères de l'économie ne sont nullement affectés. Le docteur Kennedy a donné à cette forme le nom de temporaire; nous verrons plus tard ce qu'il faut penser de l'exactitude de cette dénomination. Quand la paralysie est instantanée, mais précédée de symptômes non cérébraux ou cérébraux légers; elle est tantôt partielle, tantôt hémiplégique, tantôt paraplégique. Quand elle est précédée de convulsions, elle est le plus souvent paraplégique. Quand le début est lent, la paralysie peut être hémiplégique, paraplégique ou partielle.

Quand le début a été marqué par des symptômes cérébraux non convulsifs, c'est de la somnolence, du strabisme, de la dilatation de la pupille, de la pesanteur de tête, de la céphalalgie, que l'on observe le plus ordinairement. Ces symptômes précèdent d'un ou deux jours seulement la paralysie, et disparaissent rapidement.

Quand ce sont les convulsions qui sont le point de départ de la paralysie, elles se montrent, dans la grande majorité des cas, pendant le travail de la dentition et sous forme éclampsique, précédées ou non des symptômes indiquant une dentition laborieuse. Le plus souvent les attaques sont violentes et répétées, mais elles ne s'accompagnent pas des symptômes qui indiquent une affection cérébrale. L'éclampsie guérie, la maladie est terminée, mais on s'aperçoit bientôt qu'une paralysie a été la conséquence de la convulsion.

On doit rapprocher du début par les convulsions le début par la contracture; M. Kennedy (1) en a rapporté un exemple remarquable.

OBS. I. — Un enfant de 3 ans et demi, parfaitement bien conformé, commença à boiter au mois de mars 1847. Ce fut d'abord peu de chose; on s'en aperçut un matin; dans la journée, il boita davantage, et avant la fin du jour, le membre inférieur gauche était devenu si douloureux, que l'enfant, couché sur un sopha, poussait des plaintes continuelles; le membre inférieur était fortement fléchi sur le tronc, et tout contact déterminait une douleur vive dont le siége principal était le genou. L'enfant avait un peu de fièvre ; la peau était un peu chaude, la langue chargée; il y avait de la constipation. Je lui prescrivis un bain chaud et un purgatif léger. A peine le petit malade eut-il été plongé dans le bain, qu'il s'endormit profondément; le sommeil dura toute la nuit, de sorte que l'on remit l'administration du purgatif au lendemain matin, époque à laquelle les douleurs se montrèrent de nouveau. Un nouveau bain produisit du calme et du repos pendant la nuit, mais moins complet que le jour précédent.

» Le lendemain matin (troisième jour de la maladie) toute douleur paraissait avoir disparu. En revanche, le membre était paralysé; l'enfant se laissait déplacer et mouvoir dans tous les sens sans se plaindre.

» Pendant deux jours, le petit malade resta étendu sur un sopha, sans qu'on remarquât le moindre mouvement dans le membre inférieur, mais le troisième jour, on parvint, en lui promettant des joujoux, à l'engager à mettre le pied à terre; il y réussit; il marcha en boitant pendant un jour ou deux, et les accidents disparurent. Pendant toute leur durée, la langue était demeurée chargée, mais aussitôt les douleurs vives disparues, il y avait eu un peu d'appétit. »

La paralysie succède quelquefois à la chorée. Les docteurs Kennedy et Sée en ont cité des exemples.

Les symptômes non cérébraux qui précèdent la paralysie sont le plus souvent liés au travail de la dentition; ce sont des cris, de l'excitation, de la fièvre, de la soif, une constipation opiniâtre, de la salivation.

D'autres fois, la perte des mouvements succède à une fièvre exanthématique, gastrique, rémittente ou typhoïde. Dans ces cas, c'est seulement dans la convalescence, au moment où l'on sort l'enfant de son lit que l'on s'aperçoit de la perte des mouvements.

Quand le début est lent et insensible, l'affection peut être congénitale, mais les parents ne s'en aperçoivent qu'à l'époque où l'enfant doit exécuter ses premiers pas.

§ III. — SYMPTÔMES ET MARCHE.

Quel qu'ait été le mode de début, la maladie une fois confirmée peut présenter deux périodes : l'une aiguë, l'autre chronique ; l'on peut appeler aussi l'une la *période de paralysie*, l'autre la *période d'atrophie*. La maladie, dans quelques cas heureux, ne dépasse pas la première période.

Au moment où le médecin est appelé pour examiner un enfant atteint de paralysie essentielle, il constate une série de symptômes qui varient suivant la partie qui a été atteinte; dans la grande majorité des cas, quelle que soit la marche que la maladie doive suivre ultérieurement, au début ou à une époque rapprochée du début, la paralysie est complète ou à peu près complète. Les symptômes locaux varient suivant la partie qui est affectée.

(1) *Loc. cit.*, p. 313.

---

guiser tant soit peu l'opprobre. Un médecin, et cela n'est que trop fréquent, peut bien rester dans une grande médiocrité de fortune ; néanmoins ce médecin pressera hardiment la main d'un confrère ayant cinquante mille livres de rente; tous les deux ont le caractère sacré de médecins et de dignes médecins; car bien des dons, bien des vertus sont cachés sous ce titre. Mais supposez qu'un charlatan ayant tendu en vain ses filets, ses gluaux, multiplié ses mensonges, tombe dans l'indigence, est-il assez de sifflets, assez de risées pour l'accabler? Et c'est justice, car c'est le trompeur qui a été trompé ; c'est le joueur filou qui a perdu la partie avec des dés pipés ou des cartes biseautées.

— Qu'est-ce que cela prouve? Que c'est un maladroit; qu'il a été sans tact, sans habileté, ou bien qu'il a été touché par la torpille d'une ridicule modestie. De l'audace, encore de l'audace, toujours de l'audace, telle est notre devise, celle même de Danton. D'ailleurs, dans *notre partie*, tous les gens de mérite ne réussissent pas. Qu'y faire ? Il y a le juste périssant par la ciguë, par la croix, par l'échafaud ou par la faim.

— Fausse et odieuse comparaison ! Le véritable juste a au moins sa conscience pour lui ; il peut dire : La fortune a dit non, mais je marche le front haut : j'ai ma propre estime et celle des honnêtes gens.

— Cela est possible, c'est un succès d'estime; mais avec une pareille ressource, on ne va pas loin. Quant à ceux qui l'emploient exclusivement, je ne sache pas que la fortune ait jamais versé sa corne d'abondance dans leur entreprise.

— Cela est possible ; combien est grande néanmoins la différence entre le médecin resté dans la gêne et le charlatan madré, cupide, enté sur un diplôme bien légal, mais ruiné et séparé de ses confrères de toute la largeur d'un principe honnête !

— Ne le savez-vous pas, rigide censeur de ma conduite? la réputation est une loterie où l'on fait souvent fortune en fabricant de faux billets. L'essentiel par-dessus tout est de s'en faire une d'habile médecin ou chirurgien ; car infailliblement cette réputation vous conduit à la richesse : c'est une Californie que vous avez en main; la veine trouvée, tout va bien. Or, une fois la richesse obtenue, vous savez ce qu'elle peut; aussi est-ce une divinité qui ne connaît ni hérétiques ni incrédules. Ses autels ont partout de fervents adorateurs.

— En vérité, vous confondez toutes les notions du vrai, et peut-être à dessein. Je sais, d'une part, que le champ de la fortune est rude à défricher pour le savant ayant un peu de cette pudeur qui porte les âmes fières à se replier sur elles-mêmes; je connais ce rocher de Sisyphe, retombant éternellement sur l'homme de mérite sans fortune et qui manque d'adresse. D'un autre côté, je n'ignore point la puissance de la richesse avec nos mœurs actuelles; mais, sons ce dernier point, vous allez trop loin. Cette puissance est grande, mais elle a des bornes, même à notre époque. A l'or, sourires, protections, égards, flatteries, tout excepté l'estime, quand cet or vient d'une source impure. Soyez-en sûr, la recherche de la paternité des écus n'est pas défendue comme la recherche de la paternité naturelle. Vous vendez vos drogues à tout venant et pour une infinité de maladies; les sots, les niais, la foule vous croient. Votre bourse s'emplit, et pourtant vous êtes jugé au fond ce que vous êtes non-seulement

Si c'est le bras qui est atteint, on le voit pendant le long du corps ; si on le soulève, il retombe de son propre poids ; il en résulte un aspect particulier que rien ne peut rendre, mais qu'on n'oublie jamais une fois qu'on l'a vu, dit M. Kennedy. L'immobilité de l'extrémité supérieure est quelquefois absolue, le membre ne répond à aucune excitation ; d'autres fois la paralysie ne porte que sur les muscles qui font mouvoir le bras et l'avant-bras ; le petit malade peut exécuter quelques mouvements avec les doigts, mais ils ne sont jamais si complets, si énergiques que dans le membre sain. Dans d'autres cas, au contraire, les doigts sont fléchis sur le pouce de la main (Richard, de Nancy). Quand on offre à l'enfant des jouets ou des objets qui piquent sa curiosité, il les saisit rapidement avec l'extrémité saine, tandis que le bras malade reste complétement immobile, ou bien pour obéir à l'ordre qu'on lui donne de bouger le bras droit ou gauche, il saisit le bras malade avec la main saine et le porte sur l'objet qu'on lui présente ou qu'on lui dit de toucher.

Si une seule des extrémités inférieures est atteinte, tantôt la paralysie porte sur tout le membre, tantôt seulement sur la jambe ou sur le pied. Si l'enfant ne marche pas encore, il agite dans son berceau sa jambe saine, tandis que s'il commençait à se traîner autour de la chambre, il reste immobile ; s'il marche, il se sert de la bonne jambe pour sauter à clochepied (docteur Kennedy). Mais avant que cette habitude ait été prise, l'enfant ne peut se tenir debout sur sa bonne jambe ; dès qu'il détache le pied du sol, l'extrémité malade fléchit et la chute est imminente, s'il n'est pas soutenu. Si la paralysie est incomplete, le petit malade traîne la jambe comme les adultes hémiplégiques. Quand on saisit avec la main la jambe et la cuisse, on lui fait exécuter tous les mouvements naturels au jeu de l'articulation sans résistance et sans douleur.

Quand on abandonne le membre à lui-même, il retombe ; aucun mouvement volontaire ne peut lui être imprimé ; si l'enfant est assis sur un siége élevé, la jambe pend dans un état de demi-flexion : il lui est impossible de la tendre et de la mettre en ligne droite avec la cuisse ; le plus petit mouvement même dans le sens de l'extension lui est refusé, malgré ses efforts pour le produire (Richard, de Nancy). Dans le cas où les deux membres inférieurs sont atteints, l'enfant reste immobile dans son lit ; il ne peut ni se soutenir, ni faire un pas, à moins que la paralysie ne soit incomplete.

L'examen attentif des membres paralysés ne fait, dans la grande majorité des cas, reconnaître d'autres symptômes que ceux mentionnés plus haut. Les extrémités malades (sauf dans les cas où la paralysie a été précédée de contracture aiguë) ne sont le siége d'aucune douleur ; la peau a sa température et le plus souvent sa couleur normale. M. Richard (de Nancy) a cependant noté (sur un enfant de 4 mois, atteint d'une paralysie du bras, une contracture des doigts avec léger degré d'engorgement, accompagné d'une nuance ardoisée de la peau de l'avant-bras. La sensibilité est presque toujours conservée.

La paralysie est toute la maladie ; les symptômes concomitants sont nuls ou insignifiants si le début a été instantané.

Si la perte du mouvement a succédé à des symptômes nerveux, convulsions, contractures, etc., ces symptômes ont disparu une fois que la maladie est établie, ou bien il reste encore de la dilatation de la pupille (Badham) et la contracture des doigts (Richard). Si la dentition laborieuse ou le dérangement des voies digestives sont la cause de la paralysie, on voit les symptômes propres à ces maladies, en particulier la constipation, persister pendant quelques jours (Kennedy-West). Il est bien important de noter que les viscères ne participent en rien à la maladie ; on n'observe ni rétention ni incontinence d'urine.

Marche. — La paralysie essentielle est loin de suivre toujours la même marche ; deux cas peuvent se présenter : ou bien elle disparaît complétement et rapidement, ou bien elle persiste avec ou sans amélioration. Quand la paralysie disparaît rapidement et complétement, on n'observe pas d'autres symptômes que ceux que nous avons décrits et qui constituent la *période de paralysie*. Mais quand elle dure pendant quelques semaines ou quelques mois, alors même que le retour des mouvements commence à s'effectuer, il survient une seconde série de symptômes (*période d'atrophie*) qui a été surtout fort bien décrite par Heine : ce sont l'abaissement de la température, l'atrophie musculaire, le raccourcissement ou plutôt l'arrêt de la croissance des extrémités, des déformations de la colonne vertébrale et des membres.

La température des parties paralysées baisse peu après le début, et à mesure qu'on s'en éloigne, à mesure aussi le refroidissement devient plus considérable. Heine cite un cas où dans le jarret le thermomètre Réaumur ne marquait plus que 14 degrés. Ce refroidissement a été noté dans les cas de paralysie d'une des extrémités inférieures et dans la paraplégie, mais nous ne le trouvons pas mentionné dans la plupart des observations de paralysie du membre supérieur publiées par les auteurs et dans celles que nous avons recueillies nous-mêmes. A mesure que le refroidissement fait des progrès, à mesure aussi on voit la peau changer de couleur : la teinte d'abord ardoisée devient ensuite d'un violet de plus en plus foncé. Comme pour le refroidissement, le changement dans la coloration ne s'observe qu'aux extrémités inférieures.

De nouvelles observations sur l'état de la circulation dans les membres refroidis et atrophiés sont nécessaires, mais il est évident que le calibre des vaisseaux participe à l'atrophie générale. Le docteur Heine a noté, dans un cas de paralysie du bras qui durait depuis trois ans, que l'on pouvait à peine sentir les battements du pouls radial ; j'ai fait la même remarque dans un cas pareil : les battements de l'artère brachiale avaient très-peu d'amplitude. J'ai aussi constaté sur une jeune fille dont la paralysie instantanée de toute l'extrémité inférieure droite datait de trois ans et demi, que les battements de l'artère fémorale étaient faibles et frémissants, tandis que du côté sain ils avaient l'amplitude et l'énergie normales. Sur un autre enfant atteint d'une paralysie de la jambe survenue insensiblement, j'ai noté que les battements de l'artère pédieuse étaient très-peu appréciables, tandis que ceux du côté opposé étaient énergiques.

L'atrophie des membres porte sur tous leurs éléments constituants, y compris les os. C'est ce que la mensuration prouve d'une manière évidente ; le diamètre et la longueur sont également diminués. L'atrophie est bien plus considérable dans l'enfance que dans l'âge adulte, parce que à la diminution du volume de la partie frappée de paralysie se joint l'arrêt de la croissance que le développement normal et progressif du côté opposé rend plus apparent encore. Voici un exemple remarquable du degré auquel l'atrophie peut parvenir ; je cite avec d'autant plus de confiance que j'ai été témoin du fait :

Obs. II. — Sur une jeune fille, atteinte de paralysie instantanée de l'extrémité inférieure droite et pour laquelle j'ai été consulté à Genève, M. Richard (de Nancy), médecin ordinaire de l'enfant, a constaté, quatre ans après le début, à quel degré l'arrêt de développement avait rendu les membres inégaux. Voici les détails de cette mensuration :

---

par vos confrères, mais par ce public qui vous paraît si léger, si inconséquent. Bien plus, la malédiction s'étend jusqu'aux enfants ; car si le malheur les frappe, s'ils perdent leur fortune, on en rit : la flûte retourne au tambour, dit-on. Le père fut marqué du fer chaud de la réprobation publique, les enfants en ont le reflet : c'est leur part d'héritage de honte.

— Cela est merveilleusement dit, mon ancien ami, rhétoriquement parlant et pour les besoins de la cause ; mais cela manque de base, et savez-vous pourquoi ? Par le nombre des coupables, nombre infiniment plus grand que vous ne croyez. Je ne m'effraye nullement de ce que vous me dites de mes enfants : c'est à eux à se défendre. D'ailleurs, le temps fait oublier bien des choses ; le temps est le médecin homœopathe par excellence, car il guérit par l'emploi de lui-même.

— Je ne vous comprends pas sur cette multitude d'industriels en médecine dont vous parlez. J'avoue qu'il en est qui s'aident de leur diplôme pour s'affubler ensuite d'une robe avilie ; d'autres, vils frelons, usurpent le titre de médecin, mais encore une fois, il y a des différences...

— Pas autant que vous le croyez. Êtes-vous donc sourd et aveugle ? Ignorez-vous qu'il y a parmi les médecins des formules et recettes pour *se faire une position*, c'est-à dire une grande clientèle ? Sous une certaine dignité extérieure, véritable étiquette roide et fardée, certains hommes, très-capables de donner des leçons à Figaro, ont une stratégie d'intrigue consommée. Quand donc ce stras médical ne brillera-t-il plus ? Qu'est-ce au fond que le savoir-faire ? Plaire aux femmes et tromper les hommes. Or comptez si vous pouvez tous ceux qui s'efforcent d'atteindre un pareil but. Il existe dans notre profession certaines médiocrités qui, par une affectation de rigorisme, une modestie hypocrite, une opiniâtreté insinuante, par ce je ne sais quoi de doucereux, de rampant, d'aplatissant, finissent par aller très-loin. Comme dit le proverbe espagnol : *La capa todo tapa*, « le manteau couvre tout. » Alors quel nom donnez-vous a une pareille conduite ? Allez, mon cher confrère, croyez que le nombre de ceux qui spéculent sur les préjugés, sur la crédulité publique, est infini. Votre vieil ami Gui-Patin, dont vous avez si largement commenté la fougue et les sarcasmes, l'a dit avec raison : *Si l'on pendait tous les charlatans, la corde serait bien chère.*

— Et qui vous dit que le cœur humain n'est pas disposé à se livrer à ses convoitises ? n'est-il pas le même partout, en haut, en bas, au milieu de l'échelle sociale ? Seulement vous confondez tout à plaisir. Ainsi vous vous servez à tort du principe : « Quand tout le monde est coupable, il n'y a plus de coupables. » Folle et transcendante erreur ! Prétendez-vous qu'il n'y a pas de moyens légitimes de se faire connaître ? est-il défendu à l'honnête médecin de parler de ses succès ? ne peut-il invoquer à l'appui la voix et les secours de ses amis ? y a-t-il dans cette conduite rien qui ressemble aux basses intrigues, aux ovations de carrefour, à la coutume de monter sur le tréteau d'un journal pour sonner soi-même son éloge et vanter ses drogues ? C'est là une limite que quiconque a de la dignité dans l'âme, de la vie dans l'esprit, de l'espérance dans l'avenir, ne franchira jamais. Vous m'avez cité Gui-Patin ; eh bien ! pénétrez vous de ses paroles : ***Artem profitemur salutarem et beneficam, non prædatricem et lo-***

	Membre droit.	Membre gauche.
1° Du grand trochanter à la malléole externe	49 cent.	54 cent. 5 mil.
2. De la rotule à la malléole	29	32
3° Longueur du pied, du talon au gros orteil	14 3 mil.	18

J'ajouterai que cinq mois auparavant, j'ai constaté moi-même, outre le raccourcissement, une notable diminution dans l'épaisseur du membre. A droite, trois travers de doigt au-dessus de la rotule, 20 cent.; à gauche, 16. Au milieu de la cuisse, 29 cent. à droite; 22 à gauche. La taille de l'enfant mesurait 116 cent.

La paralysie entraîne, soit dans les membres eux-mêmes, soit dans la colonne vertébrale des déformations qui, déjà signalées par Schaw, ont été spécialement étudiées par le docteur Heine. Quand c'est le bras qui est atteint, il résulte de la paralysie et de l'atrophie du deltoïde une déformation indiquée par les docteurs Heine, West et Richard. « Deux fois, dit le docteur West, j'ai vu le bras complétement disloqué; l'humérus pendait en dehors de la cavité glénoïde, et en mesurant depuis l'acromion jusqu'à l'extrémité des doigts, j'ai vu le membre allongé de trois quarts de pouce. » M. Richard qui a observé un fait analogue explique l'allongement apparent par le relâchement de l'articulation de l'épaule déjà signalé par Heine. « Le poids du membre, dit-il, a allongé le deltoïde et le ligament capsulaire. On trouve au-dessous de la saillie acromiale un espace libre; la tête humérale n'est plus au niveau de la cavité glénoïdale; cette tête est amoindrie et se tourne un peu en arrière, vers la fosse sous-épineuse. Le bras tout entier semble avoir subi un mouvement de rotation sur son axe perpendiculaire; mesurés au compas, le bras et l'avant-bras sont plus petits que du côté opposé. »

J'ai moi-même observé un fait offrant beaucoup d'analogie avec le précédent, et comme c'était le premier de cette espèce qui se présentait à mon examen, je fus tenté d'abord de croire à l'existence d'une luxation de l'épaule.

Obs. III. — Un enfant de 2 ans était atteint depuis l'âge d'un an d'une paralysie essentielle du bras gauche. Au début, la paralysie avait été complète et de toute l'extrémité; quatre mois plus tard la motilité s'était peu à peu améliorée; au bout d'un an il pouvait facilement porter la main à son visage, prendre et retenir les objets qu'on lui présentait. Mais les mouvements étaient encore limités, et il ne se servait jamais spontanément de l'extrémité malade. Le membre était atrophié, les muscles étaient flasques, sans ressorts; la température n'était pas abaissée. En examinant avec soin l'épaule, je fus frappé de la saillie que faisait l'acromion; au-dessous il y avait une dépression en coup de hache, comme dans la luxation en bas et en avant; la partie postérieure de l'épaule était aplatie. Cette dépression différait de celle de la luxation, parce que celle-ci est beaucoup plus prononcée, ainsi que la saillie acromiale; en outre, la ligne qui s'étend de l'acromion est verticale dans la luxation, tandis que chez mon malade elle était oblique de haut en bas, de dedans en dehors, à peu près comme à l'état normal. En appuyant d'une main de haut en bas sur l'acromion, et de l'autre en remontant le coude, la dépression anormale disparaissant ainsi que la saillie, l'épaule recouvrait sa rotondité, et ne différait plus de l'autre que par un volume moindre dû à l'atrophie musculaire. Les mouvements passifs de l'épaule étaient conservés dans toute leur intégrité, sans roideur, sans obstacle, sans douleur, ce qui n'a jamais lieu dans une luxation.

Deux ans plus tard, l'atrophie persistait, mais le relâchement articulaire était moins marqué; le cercle des mouvements s'était étendu, car l'enfant pouvait en levant son bras le faire arriver sur sa tête, tandis qu'autrefois il avait peine à atteindre son nez.

La déformation des extrémités inférieures indiquée par le docteur Heine consiste dans la flexion de la cuisse sur le bassin, et de la jambe sur la cuisse, dans l'incurvation du membre. Dans les pieds-bots de différentes formes, ces déformations sont la conséquence, les unes de la rétraction musculaire dans les muscles antagonistes de ceux qui ont été paralysés, les autres des efforts pour marcher que l'enfant fait prématurément. La colonne vertébrale participe elle-même à la déformation, et on observe une scoliose bien prononcée.

Les déformations en sont d'autant plus considérables que la maladie dure depuis plus longtemps. Je choisis au hasard dans les observations de Heine un exemple dans lequel plusieurs de ces difformités sont réunies.

Obs. IV. — Un enfant, âgé de 9 mois, est atteint d'une paraplégie, à la suite de trois crises d'éclampsie survenues dans l'intervalle d'une demi-heure, sans d'autres symptômes cérébraux. A l'âge de 5 ans, lorsqu'il fut conduit dans l'établissement du docteur Heine, il était dans l'état suivant: « La colonne vertébrale, dans sa partie inférieure, dorsale et supérieure lombaire, dévie à gauche; la pression sur les vertèbres n'est pas douloureuse; les extrémités inférieures sont atrophiées, surtout du genou au pied, elles sont dirigées en dehors, elles sont froides, ne peuvent être réchauffées et ne transpirent jamais; leur teinte est violette. On observe une forte contraction dans les articulations de la hanche et du jarret et deux pieds-bots, les tendons sont raccourcis, très-tendus, résistant à tout essai pour les allonger; les muscles du bassin sont imparfaitement développés et sans force; la saillie des trochanters est à peine marquée; les rotules sont très-petites, les os longs très-amincis. La paralysie n'est pas absolue; le malade peut encore un peu plier les articulations de la hanche et du genou, et les redresser autant que les contractures le permettent; il peut aussi faire les mouvements d'adduction et d'abduction et fléchir légèrement les orteils; les pieds ne sont pas capables du moindre mouvement volontaire; l'enfant ne peut pas se tenir debout et marcher même avec des béquilles. Quand on le soutient au-dessous des épaules, il peut avancer l'extrémité inférieure gauche. »

Quoique la paralysie musculaire soit portée à un haut degré et ait entraîné toutes les conséquences que nous venons d'énumérer, la sensibilité persiste intacte. Le docteur Heine fait observer que les malades, même à une époque très-éloignée du début, jouissent d'une santé générale satisfaisante, que les fonctions digestives et urinaires sont normales, et que l'intelligence et les organes des sens ne présentent aucun dérangement appréciable.

(La fin au prochain numéro.)

THÉRAPEUTIQUE.

ESSAI SUR LA MÉTHODE STIBIO-DERMIQUE; mémoire lu à l'Académie de médecine de Belgique, séance du 26 juillet, par le docteur Jules Guérin, membre honoraire.

Lorsque Rasori imagina la méthode qui porte son nom, l'usage du tartre stibié à l'intérieur était très-répandu. On faisait vomir et on purgeait avec l'émétique. Cependant l'introduction de ce médicament dans l'estomac n'était pas toujours suivie de l'un ou de l'autre de ces effets physiologiques. Dans certains cas, il ne provoquait aucune réaction de la part du ventricule, et on avait même déjà remarqué que l'absence de

---

culorum emunctricem, « nous professons un art salutaire et bienfaisant, et non cet art qui vole et fouille dans la bourse (1). »

— D'où provient, mon cher, cette bilieuse déclamation? Des préjugés que vous et vos pareils nourrissez contre les libres penseurs de la médecine. Non, la ligne de séparation n'est pas aussi évidente que vous l'affirmez. A dire vrai, tout est charlatanisme dans le monde, c'est une vérité généralement avouée. Cela est, si vous voulez, une sale feuille à ajouter au grand livre du cœur humain, mais il en est ainsi; et vous voudriez, messieurs les médecins classiques, être les seuls purs, les seuls couverts d'une robe d'innocence? En vérité, vous n'y pensez pas. Vous avez l'air de dédaigner la philosophie du succès, et au fond, vous n'en connaissez pas d'autre. Habiles peseurs au faux poids du siècle, estimez-vous un homme autrement que par sa fortune, par ses places et son pouvoir? N'est-ce pas un des vôtres qui, blanchi sous le harnais, a osé dire « que le désintéressement était une maladie aiguë de la jeunesse, mais qu'on en guérissait avec l'âge; que la conscience et la probité, ces idoles de bois, devaient être respectées en public et insultées en secret? » Certes, pareil au reptile tentateur, l'or vous fascine, vous attire, vous séduit tous les jours; seulement vous vous gardez d'en convenir: un peu de dignité, beaucoup de morgue doctorale s'y opposent.

— C'est une erreur complète; ce déguisement n'est pas possible; bientôt les actions soulèveraient le masque et l'on connaîtrait le personnage et la vérité. Mais comme il est honteux d'être habile à la manière de certaines gens, vous soupçonnez toujours ce qui n'est pas ou ce qui est bien rare. N'est-ce pas ressembler à tous les malfaiteurs qui pensent que le monde entier est composé de malfaiteurs? C'est une consolation, c'est une béatitude de métier que je ne cesserai de combattre. Quoi que vous disiez, ni la raison, ni le bon sens, ni l'honneur ne parlent en votre faveur. Vous resterez plongé dans votre or et votre honte. Ah! Édouard, je vous plains sincèrement, profondément d'avoir de pareils succès. J'ai encore assez bonne opinion de votre jugement et de votre cœur pour croire qu'un jour de tels succès vous feront rougir.

— N'en croyez rien, absolument rien, mon ancien ami. Votre système de détraction vient du faux point de vue où vous êtes placé, ainsi que ceux qui pensent comme vous, rien de plus facile à démontrer. Vous dites que nos moyens de thérapeutique sont absurdes et dangereux; les vôtres ont-ils donc une efficacité infaillible? En tout cas il n'y paraîtrait guère en consultant des statistiques bien faites sur cet objet; vous dites que nous n'avons qu'un seul remède pour une foule de maladies, et nous nous vous reprochons le contraire, c'est-à-dire d'avoir dix, vingt remèdes, la plupart inutiles, contre une affection pathologique, ce qui prouve combien peu la vérité vous est connue. Vous dites que nous différons par nos méthodes; examinez les vôtres et indiquez-moi celles qui triomphent, celles qui rallient les opinions. Vous dites que nous sommes des empiriques; qu'êtes-vous donc de plus? Vous n'avez ni doctrine, ni théories avouées, reconnues, chacun fait la sienne comme il peut et comme il l'en-

(1) Gui Patin, t. III, p. 559 de notre édition, 1846. Il faut convenir que les mots *prædatricem* et *emunctricem* sont d'une énergie très-difficile à rendre en français.

cette réaction ne tenait pas absolument à nne insuffisance de la dose. Mais cette remarque était restée stérile; c'était un fait particulier, regardé saus donte comme nne exception on nne anomalie, et il n'était venn à l'idée de personne d'en rechercher la cause physiologique, et encore moins d'en faire une application à la thérapeutique.

Tel était l'état de la science et des esprits à l'égard dn tartre stibié, lorsqne Rasori, doué dn génie de la généralisation, déconvrit dans le fait, accidentel ponr le vulgaire, de l'absence fortuite du vomissement á la suite de l'ingestion du tartre stibié, nn fait général, inbérent à certaines circonstances déterminées, dont la reproduction pouvait être réglée, et devenir le point de départ de ressources tbérapeutiques nouvelles.

Que l'illustre médecin italien soit parti de cette généralisation d'un fait d'observation pure, ou bien qu'inspiré, comme il l'a dit, par une induction de la tbéorie du contro-stimulisme, toujours est-il qu'il posa en principe que lorsque, dans certaines maladies, l'émétique ne fait vomir ni ne pnrge, c'est en vertu de circonstances patbologiques spéciales, en vertu d'nne action spéciale, et en produisant des effets curatifs propres, lesquels peuvent être utilisés dans le traitement de certaines maladies.

Telle est l'origine, tel est le caractère de la métbode rasorienne. Cette méthode, comme on le voit, dégagée de toutes les préoccupations systématiques qui l'ont accompagnée ou suivie, se résout dans un fait nouveau d'observation pure, à savoir : que l'émétique, à certaine dose et dans certaines conditions morbides, ne fait vomir ni ne purge, mais produit des effets locaux et généraux d'un autre ordre, directement utiles à la guérison de la maladie.

Eb bien ! ce que Rasori a fait ponr le tartre stibié employé à l'intérieur, nons l'avons fait, ponr le même médicament, employé à l'extérieur; c'est-à-dire que nous croyons aussi avoir constaté un fait physiologique nouveau, une action physiologique nouvelle, et des propriétés curatives nouvelles, résultant de l'emploi du tartre stibié à l'extérieur, suivant la métbode qne nous désignerons sous le nom de *méthode stibio-dermique :* c'est ce qne nous nous proposons d'établir dans ce mémoire.

§ I. — FAITS ET EXPÉRIENCES PHYSIOLOGIQUES.

L'action révulsive du tartre stibié employé sous forme de pommade à l'extérieur, est un fait vulgaire. Il y a plus de dix ans déjà, qu'ayant employé cette méthode dans le traitement des artbralgies aiguës, nous observâmes deux cboses : la première, que souvent il arrivait que *l'éruption pustuleuse ne se produisait pas*; la seconde, que *la disparition de la douleur n'était pas liée à l'éruption, mais précédait souvent cette dernière, et pouvait même avoir lieu lorsque aucune pustule ne se manifestait*. Cette observation, répétée un grand nombre de fois, devint de ma part le sujet d'une attention particulière.

Je commençai par préciser et varier les expériences de manière à mettre le fait initial de la non-pustulation bors de doute. Ces expériences ont eu principalement pour but : 1° de prouver que ce n'est pas à une dose insuffisante du médicament que l'absence de l'éruption est due; 2° que ce n'est pas l'effet d'une idiosyncrasie particulière des malades, mais le résultat des conditions patbologiques où ils se trouvent; 3° que l'application du tartre stibié à l'extérieur, qui ne produit pas de pustules à la peau, produit des effets pbysiologiques spéciaux, et des effets tbérapeutiques incontestables, lesquels ne sauraient être rapportés à l'action révulsive. Voici un résumé de mes observations et de mes expériences sous ce triple point de vue :

A. — Infinence de la dose.

Tous les médecins qui ont expérimenté l'action extérieure dn tartre stibié, Giacomini, Krimer, Hutchinson, par exemple, sont d'accord sur ce fait, que la solntion aqueuse de l'émétique ne détermine pas habituellement d'érnption cutanée; mais ils conviennent tons également que la meilleure manière d'assurer le développement des pustules, c'est d'incorporer le médicament á l'axonge, et la dose la plus habituelle est d'un quart de tartre stibié pour trois quarts d'axonge. Au moyen de cette proportion, on voit généralement l'effet érnptif se produire. Dans nos premières expériences, nous avons donc commencé á faire usage d'une pommade composée d'un quart d'émétique snr trois qnarts d'axonge. Nons avons successivement porté la dose au tiers, jusqu'à la moitié même, et nous avons constaté dans les cas que nous spécifierons plus loin, l'absence absolue ou relative de toute éruption. Nous ajouterons immédiatement qu'il ne faudrait pas confondre, comme cela est déjà arrivé à quelques personnes qne nous avons initiées á nos idées, l'action corrosive dn tartre stibié sur la peau, avec la *pustulation*, la seule que nous ayons en vue ici; car à certaines doses, avec un temps suffisant d'application, et surtout sous l'influence de frictions nn peu fortes, le tartre stibié finit toujours par déterminer une irritation dermique, qui commence à l'éritbeme et finit à la gangrène. Mais cette éruption, en quelqne façon toute mécanique, ne saurait être confondue avec la véritable pustulation.

B. — Effets idiosyncrasiques.

Il existe pour l'action stibio-dermique, comme pour celle de toutes les médications, certaines dispositions idiosyncrasiques en vertu desquelles l'économie se montre plus ou moins réfractaire. Ainsi, lorsque j'ai voulu établir les lois de la pustulation stibiée sur les sujets sains, j'ai rencontré un petit nombre d'individus chez lesquels on ne parvenait qu'avec la plus grande peine à obtenir l'éruption; et, ce qui ajoutera encore à la singularité du fait, c'est que certaines parties du corps seulement se montraient réfractaires á l'action du médicament : le coude et la partie antérieure du genou, par exemple. Mais, cette réserve faite au profit de l'exception idiosyncrasique, nous dirons qu'il n'est pas possible de confondre l'absence d'éruption stibiée due à cette dernière avec celle que nous avons constatée, sous l'influence de certains états morbides, et que nous croyons avoir mise hors de doute par les expériences suivantes.

Dans une série de cas où l'emploi de la métbode stibio-dermique me paraissait indiqué, j'ai fait simultanément des applications de pommade stibiée sur les parties saines et sur les parties malades qui se correspondaient : dans les coxalgies d'un seul côté, par exemple, je faisais en même temps des onctions sur la bancbe malade et sur la bancbe saine. Il en a été de même au cou, á l'épaule, au pied; et, dans un ordre de faits plus élevé, j'ai fréquemment répété la méme expérience sur les deux moitiés de la poitrine, en avant, en arrière (1) ou sur les côtés : et presque toujours, j'ai remarqué des effets d'une différence telle qu'il était impossible de méconnaître un état réfractaire de la peau du côté malade, contrastant

(1) Il est à remarqner qne cette opposition est moins fréquente et moins manifeste á la paroi postérieure du tborax qu'à sa parni antérieure.

tend. Vous dites que vous vous condnisez d'après l'expérience; mais c'est là pour l'empirisme nn pnr jen de mots : n'y a-t-il pas synonymie dans les termes? Vous dites que nnns trompons le pnblic; êtes-vons donc tonjours francs, toujours ouverts avec vns malades? Le *mensonge* n'est-il pas depuis l'nrigine de l'art nne concession faite aux médecins ponr bien des malades? Vous dites qne nous mentons à la loi; mais cette loi n'est-elle pas en grande partie un édifice d'iniquités? Pas un droit défini, pas nne garantie positive, pas un principe de solidarité reconnu, partout des anomalies, des contradictions, des omissions graves, des non-sens. Je vons en avertis, ou l'on donnera de fortes et véritables garanties à la profession, on le triompbe de ce qne vous appelez le charlatanisme est assnré, c'est ce que l'ancienne logique appelait l'*argument de Popilius*. La loi qni nous régit n'est que le code pratique de la servitude et de la misère; j'ai rompu les liens, j'ai bravé son empire, quel est le résultat de mes efforts? Le bien-être, l'aisance et la liberte.

— Non, vous n'avez pas la liberté; non, vous n'étes pas benreux; vons avez bean dire, vons sentez qn'il y a dans votre position quelque chose de fanx, d'amer, de poignant; car vous n'ignorez pas que banqueroutier de l'bonneur de la profession, votre nom est jeté aux gémonies de l'opinion publique. Croyez-le bien, il y a ponr un médecin dans le mépris de ses confrères, dans la réputation de charlatan, un reproche infamant, nn reprocbe qui tombe de baut et qui écrase parce que la conscience ne rassnre pas. Le titre de médecin nons place dans un rang assez beau pour n'en pas vouloir d'autre et assez baut ponr tâcher de n'en pas pas décboir. La fortune est quelquefois rétive, injuste, sévère; mais le pain gagné par un labeur honnête a une saveur exquise : il rafraîcbit l'âme en même temps qu'il nonrrit le corps. Ce ne sont pas là de simples paroles, sentant la rhétorique, comme il vous plaît de le dire; l'expérience en est faite depnis des siècles; une monomanie furieuse de convoitise est senle capable de nier cette vérité. Qnant à ce que vous affirmez de vos moyens de guérison comparés aux nôtres, ce n'est pas chose sérieuse; il n'y a ni comparaison ni assimilation possibles. Or voici l'énorme différence qni existe à cet égard. C'est qne le médecin probe, le vrai médecin, a confiance dans son art et vous n'en avez ancnne dans vos arcanes; le traitement d'une maladie est nn *acte de foi* de l'intelligence. Le vrai médecin étudie les symptômes, cherche les indications; il combine, il varie ses moyens, il compte sur les principes, sur son expérience et celle de ses maîtres, il espère dans ses prévisions. Mais vous et vos pareils, avez-vous jamais pensé à ce travail mental et de reflexion? le remède est la bien étiqueté, bien apprêté? le malade l'achète, le paye, pnis c'est à croix ou à pile. Pourqnoi agissez-vous ainsi, c'est pour augmenter le débit, car l'immense majorité des dupes est un fonds qni assnre l'bypothèqne dn charlatanisme. La raison parle ici trop bas et le besoin d'argent parle trop baut, voilà votre secret, il est vulgaire, il est bonteux. Sous le rapport moral, ces différences de vous à nous dans la pratique sont encore plns grandes. Le médecin, sans s'élever même à une sorte d'béroïsme idéal, est, par devoir de profession, l'ami, la providence vivante de tous les malbenreux, l'espoir de celni qui souffre, le propagateur ardent des principes de la santé pnblique et individuelle. Pour pen qu'il s'estime, sa vie entière est un long dévouement an soulagement de ses semblables, c'est son but, c'est son œuvre à lui. Quels sont les gens dn monde, je vons le demande, capables, comme tont vrai médecin, de travaux obscurs,

avec une pustulation normale du côté sain. Ce n'est pas le moment encore de déterminer quels étaient ces cas morbides. Nous ne voulons jusqu'ici qu'établir l'existence de ce double fait : l'impuissance du tartre stibié à produire la pustulation d'une certaine partie de la peau chez des individus malades, et l'absence, chez ces individus, d'idiosyncrasies exceptionnelles qui puissent rendre compte du défaut d'éruption.

C. — Effets physiologiques et thérapeutiques.

On pourrait croire, au premier abord, que l'absence de la pustulation stibiée, dans les cas où nous l'avons constatée, tient à un défaut d'absorption cutanée : ce serait déjà un fait digne de remarque, et il suffirait qu'il existât pour que nous y trouvassions un phénomène significatif d'un état physiologique spécial. Mais les choses n'ont pas lieu de cette manière. Le tartre stibié, appliqué à la surface de la peau, lorsqu'il ne provoque pas de pustules, est absorbé, et il produit des effets physiologiques et thérapeutiques manifestes.

Nous disons d'abord qu'il est absorbé ; mais nous ne pouvons en donner la preuve chimique. Quelque effort que nous ayons tenté ou fait tenter jusqu'ici, nous n'avons pu encore déceler la présence de l'émétique dans les urines des sujets soumis à l'action de la méthode stibio-dermique. Mais ce que les réactifs chimiques n'ont pu faire, les réactifs physiologiques l'ont fait d'une manière suffisante.

Chez un grand nombre de sujets que j'ai soumis à la médication stibio-dermique, j'ai remarqué des éruptions consécutives sur différentes parties de la peau. A la suite d'applications stibiées au pied, à la hanche, au bras, j'ai vu survenir des éruptions au col, au creux de l'aisselle, sur la poitrine, sur le cuir chevelu même ; mais c'est surtout au scrotum et au pourtour de l'anus que les éruptions stibiées secondaires se manifestent. On pourrait croire, et j'ai cru moi-même dans le principe, que ces éruptions consécutives pouvaient tenir à un transport, par l'attouchement du malade ou autrement, d'une portion de la pommade stibiée ; mais l'étendue de l'éruption, son siége et l'époque où elle se manifeste, dissipent toute incertitude à cet égard. Il n'est point rare, par exemple, de voir des éruptions consécutives qui couvrent tout le corps. Chez une dame qui avait fait usage, pendant trois semaines, d'applications stibiées sur la hanche gauche, nous vîmes le cou, la poitrine, le dos et la partie postérieure du cuir chevelu se couvrir d'une éruption qui simulait parfaitement une varioloïde. Quant au siége, j'ai dit qu'on l'observait surtout au pourtour de l'anus et sur le scrotum. Dans plusieurs cas où elle s'était montrée sur ces points, j'avais eu soin, après chaque application de pommade stibiée, de faire essuyer la partie onctionnée de manière à ne laisser aucune chance de transport extérieur du médicament. J'ajouterai que ces éruptions consécutives ne se font souvent que plusieurs semaines après la cessation de l'emploi du médicament. On trouve rapporté, dans la Gazette médicale (1), le cas d'un malade chez lequel des pustules se sont développées sur le scrotum cinq semaines après l'enlèvement d'un emplâtre stibié, qui avait été appliqué entre les deux épaules. Chez un ancien officier dont j'avais combattu une douleur goutteuse subaiguë occupant les articulations tarsiennes, à l'aide de la méthode stibio-dermique, une éruption générale s'est manifestée plus de quinze jours après la cessation de toute application du médicament. Chez ce malade, l'éruption générale a coïncidé avec le commencement de l'éruption locale, et la douleur qui avait résisté à l'emploi de toutes sortes de moyens, avait complétement cessé plusieurs jours avant l'apparition des pustules.

Dans les maladies où j'ai cru devoir recourir à la médication stibio-dermique, j'ai ordinairement observé ces trois faits : comme effet *local*, une disparition plus ou moins rapide de la douleur, une résolution des mieux caractérisées, et un dégonflement des parties tuméfiées ; comme effet *général*, un ralentissement du pouls, une disposition à la pâleur du visage, à la moiteur de la peau ; plus tard, des vertiges, et même des symptômes plus prononcés d'intoxication stibiée. Chez un malade qui avait fait usage pendant quatre semaines d'onctions stibiées sur la poitrine, sans obtenir une seule pustule, je remarquai du malaise, une grande pâleur du visage et des vertiges si prononcés, que je crus devoir suspendre les applications du médicament. Ce malade avait aussi éprouvé quelques envies de vomir.

Il ne peut donc rester aucun doute, d'après ces faits, sur l'absorption du tartre stibié et sur son transport dans les voies circulatoires.

Les effets, dont il vient d'être question ne sauraient être rapportés à l'action révulsive. Puisqu'il n'y a point de pustules, il ne peut y avoir les effets d'une cause absente. L'action révulsive peut certainement se combiner avec celle du médicament absorbé pour produire des résultats convergeant au même but, comme l'action vomitive et l'action dite contro-stimulante se combinent quelquefois pour aider à la guérison d'une maladie ; mais j'insiste pour établir que l'action dynamique du tartre stibié, absorbé par la peau, est toute différente de l'action révulsive, et doit être soigneusement distinguée de cette dernière.

§ II. — FAITS ET EXPÉRIENCES CLINIQUES.

Ce qui précède est destiné à établir d'une manière abstraite et absolue le fait qui sert de base à la méthode stibio-dermique, à savoir : que, de même que le tartre stibié, employé à l'intérieur, produit, dans certaines conditions déterminées, un genre d'action autre que l'action vomitive ou purgative ; de même le tartre stibié, appliqué extérieurement, produit, en l'absence de toute pustulation, une action dynamique locale et générale autre que l'action révulsive. Cherchons maintenant à déterminer les conditions cliniques où le fait se produit, et les caractères à l'aide desquels on peut toujours le reconnaître, dans toutes ses nuances et à tous ses degrés.

Si je possédais la notion étiologique propre à expliquer dans toutes ses particularités le fait qui sert de base à la méthode stibio-dermique ; ou si je voulais donner de ce fait l'idée plus ou moins fondée que je m'en suis formée, je serais dispensé de préciser les conditions cliniques de son emploi. Mais je ne connais pas l'une et je ne veux pas prématurer l'autre. La rigueur de démonstration que je me suis imposée dans ce travail, me fait d'ailleurs un devoir de procéder par voie d'observation et d'expérimentation d'abord, sauf à compléter ensuite, par l'induction, les produits directs de ces dernières méthodes.

J'ai dit que mes premières observations avaient été faites dans l'arthralgie. C'est cette maladie que je veux choisir pour exemple de mes déterminations cliniques.

On sait que l'arthralgie (***arthropatie***, ***arthrite***, ***arthrocace***, de certains auteurs) présente dans son évolution une série de phénomènes qu

(1) Gaz. Med., année 1832, p. 845.

---

de devoirs pénibles, de fonctions dont l'exercice brise le cœur, rebute les sens, pour ne recueillir souvent que l'ingratitude et la raillerie ? Si vous n'avez pas eu le courage d'aspirer à un pareille couronne, honorez donc ceux qui la recherchent. Ils sont rares, direz-vous, bien rares ; qu'en savez-vous ? Ceux qui le méritent en font-ils étalage, en font-ils métier et marchandise ? D'ailleurs le lien sacré de la confraternité est rompu à jamais entre eux et vous ; ils vous sont étrangers. Il est en outre des caractères particuliers à chaque profession. Le prêtre a le caractère évangélique, puis il est homme, « il vit de l'autel. » Le médecin a le caractère philosophique, puis il est homme, père de famille, et il vit de son état. Tous ne sont pas riches, il est vrai, la plus commode de toutes les professions est celle de millionnaire ; mais comme ces élus de la fortune sont en petit nombre, il faut savoir se contenter de ce qu'on obtient par le travail ; chaque jour amène son pain, cent fois préférable à l'argent que vous gagnez si tristement depuis que l'esprit médical s'est retiré de vous.

Vous faites vanité de braver la loi qui nous régit, parce qu'elle est insuffisante et imprévoyante ; ceci n'est qu'un pretexte et il est futile ; au revers se trouve le vrai motif et il est bas. Faut-il le redire ? toute loi qui a reçu la sanction publique est inviolable, c'est en ce qui nous concerne un principe d'honneur médical. Cet honneur gêne quelquefois, mais il est salutaire ; il soutient et il contient. Il en est ici comme de la vertu en général ; nous ne l'accusons d'être une débitrice infidele que parce que nous lui demandons une récompense immediate et qui puisse frapper nos sens ; nous n'acceptons en payement ni le repos de la conscience, ni le contentement de nous-mêmes, ni l'estime des autres, trésor plus gracieux cependant qu'aucun autre, mais dont on ne sent le prix qu'après l'avoir perdu. Et que diriez-vous, Édouard..., si d'autres violaient les lois en ce qui concerne vos intérêts, vos affections ? Ainsi en outrageant la loi de notre constitution professionnelle, telle qu'elle est, vous avez failli à l'honneur médical, et vous en supportez le châtiment moral, châtiment plus grand, plus terrible que vous ne l'avouez. Cela doit être dans l'ordre moral comme dans l'ordre physique, un homme illustre dans l'église, saint Bernard, l'a dit depuis plusieurs siècles : *Esto sollicitus custodiam ordinis, ut ordo te custodiat.* « Gardez l'ordre avec soin si vous voulez que l'ordre vous garde. » C'est là, en effet, la plus solide assise de la société, comme la plus forte garantie de prospérité de toutes les professions.

Reveillé-Parise.

FUNÉRAILLES DE M. DE SAVIGNY.

L'Académie des sciences a rendu les derniers devoirs à l'un de ses membres les plus éminents, à M. de Savigny, qu'une mort lente avait depuis longtemps tenu éloigné du monde savant. D'abord médecin, zoologiste ensuite, M. de Savigny mérite une place dans le souvenir des lecteurs de la Gazette médicale. Nous ne pouvons mieux faire, dans ce but, que de reproduire l'allocution touchante et élevée que son savant collègue, M. Isid. Geoffroy-Saint-Hilaire, a prononcée sur sa tombe.

peuvent se rapporter à trois groupes, et se distribuer en trois périodes : les phénomènes du *début*, caractérisés par une douleur plus ou moins vive, avec exacerbations nocturnes. Jusque-là il n'y a point ou presque point de tuméfaction des parties, ou si elle existe temporairement, sous l'influence des exacerbations, elle cesse ou diminue dans les intervalles. J'appelle cette période : *période dynamique*, pour exprimer que la lésion, jusque-là bornée à l'élément nerveux, n'a pas encore nécessairement entraîné les lésions de nutrition qui caractérisent la seconde période, la *période organique*. Ce mot explique suffisamment ma pensée pour qu'il ne soit pas besoin de la développer autrement. J'ajouterai seulement que, lorsque la période organique est réalisée, elle peut continuer à s'accroître incessamment, et à réagir à son tour sur l'organisme, en provoquant des symptômes proportionnés à l'importance de la lésion locale qu'elle comporte. Enfin, lorsque la période dynamique et la période organique ont fait leur temps et épuisé leurs effets, il peut arriver deux choses : ou bien que l'altération organique se résolve complétement, ou bien qu'elle reste à l'état stationnaire comme effet permanent d'un état morbide qui n'existe plus ; ces trois périodes si tranchées existent comme faits purement objectifs. Quelque opinion doctrinale qu'on se forme de la maladie, on ne saurait contester l'existence, en fait, des trois époques que je viens de lui assigner. Ces trois époques, d'ailleurs, ne sont indiquées ici que comme points de repère pour l'application efficace de la méthode stibio-dermique, efficace non-seulement quant au résultat pratique, mais encore efficace pour mettre en relief la différence des effets physiologiques, suivant qu'ils sont expérimentés dans l'une ou l'autre de ces périodes. Ajoutons encore que ces effets varient suivant l'intensité et l'étendue de la maladie.

Ceci posé, voici ce que nous avons observé :

Lorsque l'on fait des onctions stibiées, deux ou trois fois par jour, sur une articulation prise d'arthralgie à la première période, et à un degré intense (que cette arthralgie soit spontanée ou l'effet d'une violence extérieure), il ne survient ordinairement, pendant les 10 ou 15 premiers jours, aucune pustule sur le siége même de la principale douleur. Bientôt, du 10e au 15e jour, il se développe autour des points onctionnés, des pustules assez nombreuses et assez fortes, tandis qu'au niveau du point malade, il ne se développe encore aucune pustule véritable. Il faut distinguer ici trois catégories de faits. Dans la première, il n'y a aucune éruption au centre du mal, même après trois ou quatre semaines d'onctions ; dans la seconde, on aperçoit, à la fin de la première semaine, quelques rares pustules disséminées, qui croissent, se développent, et atteignent à peu près au degré normal, après quoi aucune autre pustule n'apparaît, quoique les onctions stibiées soient continuées. Dans la troisième catégorie de faits, l'éruption, retardée seulement de huit à quinze jours, finit par se faire à peu près aussi complétement qu'à l'état normal. Voilà ce que l'expérimentation clinique produit dans la période dynamique de l'arthralgie.

A la seconde période, pendant que la lésion dynamique commence à se compliquer de la lésion organique, à un degré marqué, non-seulement les faits se passent aussi clairement que dans la période dynamique, mais ils se montrent avec un caractère de ténacité fort remarquable. Dans plusieurs cas d'arthralgie très-prononcée de la hanche, datant de cinq à six semaines, j'ai continué les onctions stibiées pendant plus d'un mois, sans produire la moindre pustulation. Néanmoins, au pourtour du siége de la maladie, l'éruption était devenue si intense, qu'il a fallu suspendre la médication. Dans ces cas, il n'est pas rare de voir des pustules secondaires se manifester sur plusieurs parties du corps, et principalement sur le scrotum et au pourtour de l'anus.

Dans la troisième période, les choses se passent différemment. Presque toujours l'éruption est ralentie et amoindrie ; mais elle n'est que ralentie et amoindrie. Elle est aussi généralement plus discrète. Ce n'est donc pas à cette période qu'il faudrait expérimenter pour constater les phénomènes propres à la méthode stibio-dermique.

Quant aux résultats thérapeutiques, ils varient aussi d'une manière très-remarquable, suivant que la méthode est employée dans la première, la seconde et la troisième période. Dans la première, les onctions stibiées sont tellement efficaces, que, depuis bientôt dix ans que j'y ai recours, je ne crois pas avoir rencontré un seul cas réfractaire. Dans la seconde, le moyen est moins sûr, quoique parfaitement indiqué ; dans la troisième, il ne produit presque aucun effet, et j'y ai complétement renoncé, à moins que des douleurs arthralgiques ne se réveillent ; alors les onctions stibiées peuvent encore être de quelque secours.

Les effets physiologiques et thérapeutiques produits dans chacune de ces trois périodes, ne sont pas moins dignes de remarque.

Dans la première, j'ai presque toujours vu la douleur périarticulaire disparaître en quelques jours. Les exacerbations, les crises nocturnes, si remarquables à cette période, cessent ordinairement dès le troisième ou le quatrième jour ; il ne reste qu'un peu de sensibilité à la pression, et j'ai vu des malades, après dix jours de la médication, pouvoir reprendre l'usage de leur membre. L'apparition de l'éruption sur le siége du mal est ordinairement le signal du commencement de la guérison.

Les phénomènes pathologiques de la seconde période de l'arthralgie ont été jusqu'ici très-mal et très-incomplétement indiqués par les auteurs. La préoccupation d'une affection inflammatoire a fait rétrécir le théâtre du mal et amoindrir ses symptômes. Or, la maladie comprend souvent l'ensemble des tissus : peau, tissu cellulaire, muscles, ligaments, nerfs, synoviales et extrémités articulaires. Pour nous borner à quelques symptômes, dont le caractère avait été méconnu et dont l'existence est surtout modifiée par la méthode stibio-dermique, nous signalerons la rigidité des ligaments, la contracture des muscles, et même leur paralysie plus ou moins complète, dont la contracture n'est qu'une modalité. Eh bien! indépendamment de la cessation de la douleur et des crises nocturnes auxquelles les onctions stibiées mettent fin pendant la seconde période, comme dans la première, elles ont pour effet presque constant de dissiper la paralysie et la contracture musculaire ; et si la tuméfaction des parties n'est pas trop avancée et trop ancienne, elle disparaît avec les autres symptômes primitifs. J'ai insisté avec quelques détails sur les particularités du type que j'ai choisi, c'est parce qu'il doit servir de base à de nombreuses applications.

Si nous résumons les données exposées dans ce chapitre, nous voyons que les effets de la méthode stibio dermique, considérés au point de vue expérimental et clinique, varient également sous le rapport de leur action dynamique et thérapeutique :

Quant à la première, les pustules manquent complétement dans un certain nombre de cas ; être simplement retardées dans un plus grand nombre ; être moins intenses et moins nombreuses dans tous les cas : d'où il résulte que, considérée dans son caractère le plus élevé, et

---

« Messieurs,

» Le confrère illustre auquel nous venons rendre les derniers devoirs, manquait depuis bien longtemps dans nos rangs. De ceux qui entourent ces restes mortels, bien peu ont eu le bonheur de le connaître personnellement, et je suis presque le seul auquel ait été accordé, depuis plus d'un quart de siècle, le douloureux privilége d'être témoin des tortures sans exemple de son long martyre.

» Dans ces tristes solennités auxquelles la mort nous appelle trop souvent, un touchant usage veut que l'un de nous retrace les principaux faits de la noble vie qui vient de s'éteindre. Usage plein de douceur et de consolations, lorsqu'il évoque, dans le deuil présent, les souvenirs d'un passé heureux, de longues années glorieusement et paisiblement écoulées dans l'étude, d'une vieillesse tranquille autant qu'honorée, d'une mort calme et sereine au milieu de la famille, des amis et des disciples! Sans doute, de tels souvenirs ne diminuent pas les regrets de la dernière séparation; mais ils en tempèrent l'amertume, et nous pouvons nous dire, le cœur attristé et attendri plutôt que déchiré : c'est la fin d'un beau jour!

» Hélas! combien est différent, combien est cruel le devoir que j'ai aujourd'hui à remplir! Il n'est presque dans la vie de Savigny que des souvenirs de douleur! C'est sur elle, et non sur sa mort, que ses amis doivent pleurer! La mort, c'est sa délivrance. Il y a vingt-sept ans qu'il appelait de ses vœux la tombe comme un asile!

» Marie-Jules-César Lelorgne de Savigny est né le 17 avril 1777 à Provins. Celui qui devait être si cruellement éprouvé, avait vu le jour sous les auspices les plus favorables. Son père, fils et petit fils de magistrats honorables, sa mère, qui appartenait à une famille noble et riche de la Franche-Comté, avaient d'illustres et puissantes amitiés; et Savigny, que la nature n'avait pas moins bien traité que la fortune, semblait avoir, à tous les titres, un heureux et brillant avenir. On se décida à le faire entrer dans les ordres, et, dès son enfance, le couvent des génovéfains devint pour lui comme une seconde maison paternelle. Il y passait une grande partie de ses journées, recevant de l'homme le plus savant qui fût alors à Provins, le père Dumoutier, des leçons d'histoire, de latin, de grec, d'hébreu, avidement saisies par la précoce intelligence de l'enfant. Le père Dumoutier croyait deviner dans son élève un des membres futurs de l'épiscopat français.

Vaines espérances! vains projets! La révolution éclate, et bientôt Savigny perd tout à la fois. La carrière à laquelle il se préparait, est fermée; et c'est à peine si sa mère, devenue veuve, peut sauver quelques faibles débris de la fortune de la famille.

» L'ancien élève des génovéfains devint alors celui d'un pharmacien de Provins. Sous la direction de ce nouveau maître, Savigny fit de rapides progrès dans l'étude de l'histoire naturelle et de la chimie. Un concours pour des places d'élèves à l'École de santé ayant été, à cette époque, ouvert dans les départements, Savigny, encore adolescent, se présenta, fut l'un des vainqueurs, et vint à Paris.

» C'était la première fois qu'il se séparait de sa mère; et dans quelles circonstances ils devaient se retrouver! Je n'oserais dire, avec les détails affreux qui sont à ma connaissance, toutes les souffrances auxquelles l'un et l'autre furent en proie! Savigny à Paris, sa mère à Provins, connurent toutes les horreurs de la

appréciée dans la généralité de ses effets, cette action ne saurait pas plus être méconnue que contestée;

Quant à l'action thérapeutique, l'efficacité de la médication se montrer d'abord par la cessation graduelle de la douleur, par l'enchaînement des crises nocturnes, par la résolution de l'engorgement aigu, par la cessation de la contracture et de la paralysie;

Et ces deux ordres de faits varier avec les conditions d'intensité, de période, de durée, d'étendue et de siége de la maladie.

Que s'il arrivait qu'on dénaturât le caractère de ces variations, pour les opposer au fait dont ils ne sont que des expressions diversifiées; s'il arrivait, comme Rasori n'a pu l'éviter lui-même, qu'on exagérât et dénaturât l'incertitude des cas particuliers pour contester ou dénaturer la valeur du fait général, nous rappellerions que l'action spécifique de l'émétique à hautes doses ne repose pas sur une tolérance absolue et de tous les instants, c'est-à dire sur sa séparation complète et absolue d'avec l'action vomitive ou purgative, mais sur une action caractérisée par l'ensemble des faits, aperçue plutôt qu'évidemment vue à travers les combinaisons multiples des réactions physiologiques opposées de l'organisme animal.

§ III. — APPLICATIONS THÉRAPEUTIQUES.

Nous avons laissé pressentir dans le paragraphe précédent que les applications de la méthode stibio-dermique sont nombreuses : depuis dix ans bientôt que nous l'avons instituée pour notre propre usage, ce n'est pas à des centaines de cas seulement que nous l'avons appliquée, mais à un nombre de cas que nous n'avons plus la prétention de compter. Dans l'origine, nous avons recueilli et fait recueillir des observations particulières que nous publierons en même temps que le travail développé dont cet essai n'est qu'un résumé. Mais pour le moment, nous devons nous borner à des indications sommaires, afin de mettre les praticiens à même de vérifier nos observations, et de tirer eux-mêmes de notre méthode les avantages qu'elle est susceptible de leur offrir.

Si nous voulions faire intervenir ici la théorie que nous nous sommes faite, à l'endroit de l'action la plus générale de la méthode stibio-dermique et du caractère le plus élevé de la lésion pathologique, à laquelle nous l'opposons, nous montrerions, d'une part, comment cette méthode enraye l'évolution de l'arthralgie, et de l'autre, nous indiquerions le rapport qui existe entre cette dernière maladie et toutes celles du cadre nosologique dont elle n'est, à nos yeux, qu'une manifestation particularisée. Mais ce serait prématurer des rapprochements et une généralisation dont les difficultés et l'incertitude pourraient rejaillir sur la simplicité et la certitude de notre point de départ. Bornons-nous donc à des indications purement expérimentales : elles n'auront d'autre prétention que de rappeler les groupes de symptômes dans lesquels nous avons constaté tout à la fois le fait de la non-pustulation qui sert de base à la méthode, et l'efficacité de cette dernière.

Par des motifs que tout le monde comprendra, notre premier soin a été de savoir si la methode stibio-dermique produirait dans les affections aiguës de la poitrine (pneumonie, pleurésie) qui sont le triomphe de la méthode rasorienne, des effets physiologiques et thérapeutiques, comparables à ceux que produit cette dernière. Nos observations ont porté successivement sur des cas de pneumonie simple, sur des cas de pneumonie compliquée, sur des cas de pleurésie et sur des cas de tuberculisation aiguë et chronique. Nous dirons, sans crainte d'être contredit par l'observation ultérieure, que comme expérience physiologique nous avons constaté dans ces quatre groupes de maladies, des résultats plus positifs peut-être encore que dans l'arthralgie. Nous ne citerons que quelques faits : d'abord, le cas de pneumonie double déjà mentionné plus haut. Dans ce cas, les onctions pratiquées sur la paroi antérieure de la poitrine et répétées pendant quatre semaines, jusqu'à intoxication stibiée, n'ont produit aucune trace d'éruption. Chez ce malade, le pouls est successivement descendu de 120 à 44 pulsations. Nous avons constaté un résultat à peu près aussi prononcé sur un jeune collégien, âgé de onze ans, qui offrait depuis un mois environ tous les symptômes d'une tuberculisation aiguë. Chez cet enfant, après trois semaines d'onctions répétées sur la partie antérieure du thorax, il n'est survenu que deux pustules. Mais le cas le plus curieux est celui d'une jeune fille de douze ans, morte les deux poumons farcis de tubercules. Chez cette jeune fille, des onctions stibiées, répétées trois fois par jour, pendant six semaines, n'ont pu parvenir à développer la moindre apparence de pustules. Des symptômes d'intoxication stibiée, faiblesse extrême, malaises, vertiges, céphalalgie, envies continuelles de vomir, nous ont empêché de pousser plus loin l'expérience.

Quant aux résultats thérapeutiques, ils ne sont pas moins évidents que les résultats physiologiques. Notons ici que la méthode a été employée seule. L'amélioration a suivi à peu près la marche qu'elle présente dans l'arthralgie : diminution graduelle et cessation de la douleur ; presque immédiatement après ralentissement du pouls, rétablissement du calme nocturne, respiration plus libre, expectoration plus facile ; en un mot, enrayement de la lésion dynamique et résolution de la légion organique. Pour accroître l'autorité des résultats obtenus directement par nous-même, nous avons prié deux de nos confrères, MM. les docteurs Abeille et Tholozan, tous deux médecins de l'hôpital du Val-de-Grâce, de vouloir bien faire l'application de notre méthode aux malades de leur service. Ces deux honorables confrères ont obtenu, à une année d'intervalle, à peu près les mêmes résultats que nous. Les cinquante et quelques observations qu'ils ont recueillies et qu'ils ont bien voulu nous remettre, seront publiées avec les principaux faits de notre pratique.

Pour ne pas trop étendre ce travail, nous nous bornerons à indiquer simplement les autres maladies dans lesquelles la méthode stibio-dermique a produit le double résultat physiologique et thérapeutique obtenu dans l'arthralgie et la pneumonie. Tels sont plusieurs cas de rachialgie aiguë, de cardite, de métropéritonite, de péritonite tuberculeuse, de rhumatisme articulaire, de rhumatisme goutteux, d'hydarthrose blennorrhagique, d'iritis traumatique, aiguë et subaiguë, et une foule d'autres cas où une douleur profonde, circonscrite, fixe, ne pouvait être considérée comme une simple névralgie. Dans tous ces cas, la pustulation tardive, rare ou incomplète, a constamment justifié le rapprochement dont ils étaient l'objet; et la cessation du mal coïncidant avec l'application réitérée du remède et l'apparition de l'éruption, n'a pas permis de mettre en doute l'action et l'efficacité de la méthode.

§ IV. — DES RAPPORTS QUI EXISTENT ENTRE LA MÉTHODE STIBIO-DERMIQUE ET LA MÉTHODE RASORIENNE.

L'étude des rapports qui peuvent exister entre ces deux méthodes n'a

---

détresse la plus extrême; ils souffrirent souvent du froid, plus d'une fois le pain leur manqua! Et pas même la consolation de s'écrire selon le besoin de leurs cœurs! C'était trop pour une mère. Madame de Savigny se sentit bientôt frappée à mort. Mais pouvait-elle mourir sans revoir son fils? Elle se fit transporter à Paris dans l'humble chambre de l'étudiant, seul asile qu'il pût lui offrir : et quel asile! Qui pourrait dire les scènes de désespoir dont il fut témoin? Je ne veux citer qu'un seul trait de ce sombre tableau : une nuit, à travers le toit mal clos, il tomba de l'eau glacée sur le lit de la mourante!

» Savigny n'avait pas vingt ans lors de la mort de sa mère; et jusque dans sa vieillesse la plus avancée, le souvenir de ces jours affreux est resté, au milieu de ses souffrances, la plus cruelle de toutes. C'était la plaie toujours vive de cette âme, aussi tendre que ferme et énergique.

» Cette époque est celle aussi où Savigny délaissa la médecine pour se consacrer entièrement aux sciences naturelles. Lamarck y fut son introducteur. Sous les auspices de ce grand maître, Savigny, comme Lamarck lui-même, fut d'abord botaniste; et quand, un peu plus tard, Cuvier et M. Duméril le firent nommer professeur à l'École centrale de la Seine-Inférieure, c'est la science des végétaux qu'il devait enseigner.

» Il allait partir pour Rouen, lorsqu'on lui offrit d'accompagner le général Bonaparte en Orient. Une place de zoologiste restait seule à donner. « Acceptez-la, » dit Cuvier, dont nous citons les propres paroles, *vous serez zoologiste quand » vous voudrez*. » Il accepta, fut adjoint à mon père pour les animaux sans vertèbres, et partit avec son ami pour l'Égypte. L'Europe savante sait comment il a justifié les prévisions de Cuvier.

» Ce que Savigny a fait pour la science en Égypte et en Syrie, ce qu'il a fait à son retour en France, nous ne saurions le dire ici : le temps nous manque, et bien plus encore le calme d'esprit nécessaire pour rendre à de tels travaux un juste hommage. Mais qu'il nous soit permis d'en signaler le double caractère. C'est la gloire bien rare de Savigny d'avoir réuni, à un très-haut degré, les mérites de l'observateur exact, ingénieux, plein de sagacité, et du généralisateur qui sait être hardi sans cesser d'être rigoureux. Comme généralisateur, qui ne l'admirerait démontrant, dès 1814, par la plus délicate analyse, la composition analogique de la bouche chez tous les insectes, et créant ainsi, en anatomie philosophique, le premier travail, et assurément l'un des plus beaux qui aient été faits en dehors de l'embranchement des vertébrés! Comme observateur, dans combien de directions il s'est avancé le premier, et si loin, dès ce premier effort, qu'on a pu à peine le dépasser depuis? Cuvier, parlant de ses recherches sur les tuniciers, ne dit pas qu'il découvre, mais qu'il *révèle*; car c'est presque d'un monde inconnu qu'il nous ouvrait l'accès; et de combien d'autres travaux on pourrait le dire encore! Savigny est sans nul doute, avec Cuvier, l'auteur principal du mouvement qui, depuis, et toujours de plus en plus, entraîne les zoologistes vers l'étude si longtemps négligée, mais si féconde, des animaux inférieurs.

» Tous ces admirables travaux, et bien d'autres encore, avaient été l'œuvre de quelques années. Que ne devait-on pas attendre de Savigny? Il était, lorsque l'Académie l'admit en 1821 dans son sein, entre un passé glorieux et un avenir peut-être plus glorieux encore. Il était dans la force de l'âge et du talent; il avait d'immenses travaux préparés, d'autres achevés déjà. Aucun d'eux ne devait, hélas! voir le jour, de son vivant du moins! Atteint une première fois, en 1817,

pas seulement pour objet de les rattacher l'une à l'autre, mais surtout de les éclairer l'une par l'autre. Montrer que les phénomènes physiologiques qui s'observent dans l'application extérieure du tartre stibié, franchissant sans lutte aucune la barrière cutanée, sont du même ordre que ceux qui suivent l'ingestion tolérée du tartre stibié par la voie gastrique, c'est à coup sûr ajouter une donnée de plus à la solution d'un problème non résolu jusqu'ici; car, il est superflu de le faire remarquer, ce qui reste de la méthode si originale et si féconde du médecin italien, ce n'est pas certainement le système qui lui a servi de prétexte et de porte-voix, mais le fait physiologique et le résultat pratique qui en constituent l'importance et la nouveauté aux yeux de tous les hommes impartiaux. Essayons donc de montrer les rapports de connexité physiologique qui peuvent exister entre la méthode stibio-dermique et la méthode rasorienne.

La muqueuse qui tapisse les anfractuosités du tube digestif n'est qu'une extension du système tégumentaire général, approprié aux diverses fonctions qui s'exécutent à sa surface. A ce point de vue, la surface gastrique est une surface cutanée. D'après cette seule analogie, n'était-il pas permis d'espérer que l'application de la même substance médicamenteuse sur deux points différents de la même surface, dans les mêmes conditions physiologiques ou morbides, engendrerait des effets et produirait des résultats de la même nature? C'est ce que l'expérience tend à confirmer? A l'état normal, la pustulation de la peau et l'effet vomitif ou purgatif ne sont-ils pas, sous des formes différentes, les témoignages de la même réaction organique? A l'état pathologique, l'absence de pustulation, d'une part, et de l'autre l'absence de l'effet vomitif ou purgatif, ne se correspondent-ils pas? Et pour compléter l'analogie, ne voit-on pas, dans l'application cutanée du tartre stibié, les premières pustules se développer à la circonférence du point malade, et dans l'application gastrique, n'est-ce pas aussi au voile du palais, à l'œsophage et dans l'intestin, c'est-à-dire dans les régions excentriques de l'estomac, qu'elles se manifestent? Enfin, une fois la barrière franchie de part et d'autre, quelle différence entre l'action du tartre stibié introduit par la voie cutanée ou par la voie gastrique? N'est-ce pas de part et d'autre l'émétique absorbé, agissant tout à la fois sur l'organe et sur l'organisme par la voie du sang et des nerfs? Dans la pneumonie, par exemple, cette identité d'action ne se montre-t-elle pas à chaque pas? Voyez : même mode d'amendement des symptômes de la maladie, même diminution de la douleur, même atténuation de l'action circulatoire, même résolution de l'organe engorgé; finalement, même guérison et même mode de guérison.

Au seul point de vue des faits et de l'induction la plus légitime, n'est-il pas permis de le dire avec toute la rigueur d'une démonstration expérimentale : la méthode stibio-dermique est un agrandissement et un éclaircissement de la méthode rasorienne, et les deux méthodes ne sont que deux procédés de la méthode générale stibio-dynamique.

REVUE DES JOURNAUX DE MÉDECINE.

JOURNAUX ALLEMANDS.

I. NEUE ZEITSCHRIFT FUR GEBURTSKUNDE.

Les volumes 23, 24, 25 et 26 renferment les articles originaux suivants : 1° *Relevés statistiques relatifs à l'accouchement prématuré artificiel*; par le professeur Hoffmann (de Munich). (Travail de statistique très-intéressant, mais qui échappe complétement, par sa nature même, à l'analyse. Les résultats, déduits de 524 cas empruntés aux accoucheurs de toutes les nations, sont en général favorables; cependant ces résultats, comme le dit l'auteur lui-même, ne sauraient être acceptés d'une manière absolue, parce que beaucoup d'enfants meurent à une époque plus ou moins éloignée de l'accouchement, à cause de la faiblesse de leur organisation.) 2° *Communications extraites des manuscrits laissés après sa mort par un médecin-accoucheur*; par le docteur Winckel. (Article critique sur la conduite de l'accoucheur dans les cas qui apportent quelque retard à l'expulsion de l'arrière-faix.) 3° *Sixième rapport sur l'hospice des accouchements de Gottingen pendant les années* 1845 *et* 1846; par le docteur Ed. Casp. J. de Siebold. (Rien de particulier.) 4° *Sur la ligature du cordon ombilical pendant l'extraction de l'enfant par les pieds*; par le docteur Wehn. (Nombreuses observations de versions où les enfants ont été presque tous conservés, la section du cordon ayant été faite entre deux ligatures avant que la tête et les épaules ne fussent sorties.) 5° *Documents pratiques relatifs aux accouchements*; par le docteur Albert. 6° *Nouvelles communications relatives à l'emploi de l'éther sulfurique dans la pratique obstétricale*; par le docteur Ed. de Siebold. (L'auteur se prononce contre l'éthérisation.) 7° *Sur la manie de prendre des nourrices*; par le docteur Max Serlo. (Mémoire acerbe, mais vrai, contre la manie des femmes du monde, qui généralement refusent d'allaiter leurs enfants. L'auteur passe en revue tous les dangers auxquels sont exposés le nourrisson, la mère, la nourrice, et surtout l'enfant de cette dernière.) 8° *Communications relatives à la pratique obstétricale*; par le docteur Genth. 9° *Théorie et pratique de l'art des accouchements*; par le docteur Schreiber. (Discussion sur les indications de l'emploi du forceps et sur la perforation du crâne.) 10° *Quelques cas de naissances prématurées et de naissances tardives*; par G. W. Stein (de Bonn). 11° *Sur les lignes du bassin*; par le conseiller de Ritgen. (Recherches nouvelles sur les mesures du bassin.) 12° *Sur l'importance de distinguer la présentation et la position de la partie de l'enfant qui regarde l'orifice utérin*; par le même. 13° *Sur les rétrécissements constants ou variables de l'utérus, et sur les cavités qui en résultent*; par le même. (Ces trois mémoires de M. de Ritgen sont très-instructifs; mais il serait impossible d'en donner une idée satisfaisante par une simple analyse.) 14° *Cas de rupture de l'utérus et d'opération césarienne chez les animaux*; par le docteur Nevermann. (Compilation ayant pour but de nous apprendre que l'opération césarienne est presque toujours mortelle chez les animaux, tandis que les ruptures de l'utérus guérissent assez souvent.) 15° *Sur les grossesses extra-utérines*; par le docteur François Kilian. (L'auteur paraît croire à l'existence de véritables grossesses extra-utérines, quoiqu'il soit difficile de les expliquer physiologiquement.) 16° *Communications relatives à la pratique des accouchements*; par le docteur Plasse. 17° *Hydropisie de l'utérus*; par le docteur Grandidier. 18° *Sur l'extirpation d'un kyste ovarien, suivie de mort*; par Brousby B. Cooper. (Extrait des MEDICO-CHIRURGICAL TRANSACTIONS.) 19° *Communications relatives à la pratique des accouchements*; par le docteur Hohl. 20° *Sur les réceptacles normaux de l'œuf fécondé*; par de Ritgen. (Étude des changements qu'éprouve la muqueuse après la fécondation, dans tout le trajet parcouru par l'œuf, depuis l'ovaire jusqu'à l'utérus.) 21° *Sur les rapports du placenta avec le col utérin*; par le même. 22° *Sur les sources de l'écoule-*

---

après plusieurs années d'observations microscopiques, d'une névrose douloureuse des sens et surtout de la vue, Savigny reprit, à peine guéri, les recherches dont il venait d'être victime; et une seconde et plus douloureuse invasion eut lieu en 1824. Cette fois, son martyre ne devait plus avoir d'autre terme que sa vie!

» Savigny l'avait prévu. Les funestes symptômes avaient à peine reparu, qu'il disait : « Je ne guérirai pas. *On ne revient pas deux fois de l'enfer!* » Mais qui eût prévu que son supplice se prolongerait durant vingt-sept années; supplice horrible : la prison dans les ténèbres. Et ce n'était pas assez; quand les ténèbres devenaient moins profondes, quand la moindre lueur menaçait les paupières du martyr de la science, un masque d'acier et deux voiles noirs devenaient nécessaires pour le protéger. Et durant ces vingt-sept années, pas un seul jour sans souffrances!

» Heureusement pas un jour non plus sans consolations! Que serait devenu notre malheureux confrère sans un de ces incroyables dévouements dont Dieu a mis le secret dans le cœur de la femme? Dans la sombre retraite où Savigny souffrit vingt-sept ans, près de Versailles, une amie était venue s'enfermer avec lui; et, jusqu'au jour de sa délivrance, elle ne l'a pas quitté, captive volontaire, durant vingt-sept années, dans la solitude et dans les ténèbres. On rapporte de tels actes; on ne les loue pas.

» Il est d'autres consolations qui ne manquent jamais aux plus malheureux, celles de l'espérance. Aux heures où ses souffrances, jamais interrompues, devenaient moins cruelles, et jusque dans ces derniers temps, Savigny reportait sa pensée sur ces travaux inédits qui lui avaient coûté si cher, et qu'il conservait sans les voir, mais sans en rien oublier : l'espoir qu'ils seraient un jour restitués à la science, qu'ils seraient publiés comme un volume complémentaire du grand ouvrage sur l'Égypte, a été sa dernière consolation.

» C'est ainsi qu'il s'éteignit, toujours résigné, toujours ferme, toujours dévoué à la science, et jusqu'à la fin partagé entre elle et le souvenir de ses amis et de sa ville natale.

» Adieu, Savigny; adieu cher confrère et ami : repose enfin dans le tombeau! Ta mémoire restera parmi nous, doublement consacrée par la gloire et par le malheur; et de même que la religion réserve à ses martyrs ses plus belles palmes, les naturalistes de tous les temps entoureront ton nom de leur vénération et de leur reconnaissance, toi qui agrandis la science, et qui souffris pour elle! »

A la suite de cette éloquente notice, on lira avec intérêt des détails très-circonstanciés donnés par M. de Savigny lui-même sur l'affreuse et extraordinaire maladie dont il a souffert pendant plus de trente années. Au milieu des plus cruelles agitations, le malade n'a pas cessé d'être observateur.

FRAGMENT D'UNE LETTRE DE M. SAVIGNY A M. LE MAIRE DE PROVINS, DICTÉE EN OCTOBRE 1843.

« Le 4 août 1817, je fus tout à coup atteint, spécialement dans l'organe de la vue, d'une affection nerveuse très-grave, qui me força de suspendre immédiatement tout travail et de me retirer à la campagne. Cette affection, qui suivant les médecins, devait diminuer par le repos et mettre cinq à six mois à se dissiper, s'étendit indéfiniment au delà de ce terme. Fatigué à la longue d'une inaction qui m'était peu naturelle, je me laissais quelquefois aller à des études dont les occasions, à la campagne, se multipliaient autour de moi. Enfin, je partis pour l'Ita-

ment sanguin dans les accouchements ordinaires; par le même. 23° *Sur la disparition des sinus utérins qui se sont formés pendant la grossesse*; par le même. (Dans ces mémoires successifs, l'auteur étudie le mode de formation des sinus utérins, qu'il regarde comme produits par la dilatation des capillaires de l'utérus et la disparition de ces réservoirs sanguins, ou plutôt leur retour à leur état primitif.) 24° *Cas de formation successive de plusieurs moles*; par le docteur Grandidier. (Histoire d'une femme de 28 ans, mère de six enfants, qui rendit successivement de huit en huit jours sept moles fibreuses. Elle fut traitée avec succès par le nitrate d'argent pris à la dose d'un sixième à un quart de grain, et par des frictions stibiées sur la région pubienne.) 25° *Adhérence des membranes de l'œuf au fœtus, comme obstacle à l'accouchement*; par le docteur Pies. 26° *Observations et réflexions relatives aux accouchements et à la gynécologie*; par le docteur Hoffmann. 27° *Sur les rapports sympathiques de l'utérus avec la moelle allongée*; par le docteur Fr. Kilian. (L'auteur appelle l'attention des médecins sur des douleurs d'apparence rhumatismale qui siégent quelquefois à la nuque et s'étendent aux parties voisines, et qu'il rattache à une affection de l'utérus.) 28° *Convulsiones parturientium*; par le docteur Rehmann. (Relation d'un cas de convulsions violentes avec état soporeux, au huitième mois de la grossesse; accouchement provoqué; extraction par le forceps d'un fœtus vivant; cessation des accidents et guérison.) 29° *Quelques observations obstétricales empruntées à ma pratique de trente-sept ans*; par le docteur Otto Kretschmar. 30° *Trente et unième rapport sur l'établissement obstétrical de Dresde*; par le professeur Greuser. 31° *Sur la syphilis congénitale et sur les meilleurs moyens d'en combattre les suites*; par le docteur Helmuth. (Rien d'inconnu; traitement par le mercure et par l'iodure de potassium, l'un et l'autre à haute dose.) 32° *Observations obstétricales*; par le docteur L. Spingler. (Trois cas de version.) 33° *Observations relatives aux accouchements et aux maladies des femmes et des enfants*; par le docteur C. A. Tott. 34° *Trente-deuxième rapport sur l'établissement obstétrical de Dresde*; par le professeur Grenser. (Nous trouvons dans ce rapport deux relations d'accouchement provoqué et un cas d'opération césarienne. La première observation d'accouchement provoqué concerne une jeune fille qui avait un bassin déformé et rétréci et le vagin double, c'est-à-dire divisé en deux compartiments par une cloison longitudinale. L'opération fut faite à la trente-cinquième semaine de la grossesse; elle réussit complétement pour l'enfant et pour la mère. La seconde opération fut faite sur une personne rachitique, au commencement de la trente-cinquième semaine. La dilatation du col utérin se fit très-lentement; le travail ne commença que le quatrième jour, et eut pour résultat la naissance d'un enfant mort. L'opération césarienne fut suivie de mort.) 35° *Naissances de jumeaux qui ont eu lieu sur 983 accouchements, dans l'établissement obstétrical d'Osnabrück, depuis le 1er septembre 1824 jusqu'au 1er août 1847*; par le docteur Richard. 36° *Faits qui prouvent la nature contagieuse de la fièvre puerpérale et ses rapports avec l'érysipèle et la phlébite*; par A. Peddie. (Traduit du JOURNAL D'ÉDIMBOURG.) 37° *Quelques remarques sur le traitement consécutif de l'opération césarienne*; par le docteur Wagner. (Conseils généralement utiles, basés sur le raisonnement et sur l'expérience des accoucheurs qui ont pratiqué cette opération, l'auteur n'ayant jamais eu l'occasion de la pratiquer lui-même.) 38° *Le forceps à axe brisé de Bourdeaux*; par le docteur Rau. (Description et figure de cet instrument.) 39° *Quelques observations sur les polypes et sur l'ulcération de l'utérus*; par W.-F. Montgomery. (Traduit d'un journal de Dublin.) 40° *Coup d'œil statistique des naissances qui ont eu lieu pendant soixante et onze ans dans le Mecklenbourg-Schwerin, et sur la mortalité pendant les couches*; par le docteur L. Spengler. (Dans ce relevé se trouvent mentionnés quatre cas de quadrijumeaux qui moururent presque tous immédiatement ou peu de temps après la naissance; cependant un de ces enfants vécut quinze jours et un autre trois semaines. Une femme, qui atteignit l'âge de 100 ans et 2 mois, mit au monde en trois couches sept enfants, qui tous parvinrent à un âge avancé.) 41° *Statistique puerpérale de la principauté de Ratzeburg, de 1806 à 1847*; par le docteur L. Spengler. 42° *Action de l'éther sulfurique sur l'utérus*; par le docteur Fr. Kilian. (L'auteur met en regard les discussions et les faits relatifs à l'influence des inhalations d'éther ou de chloroforme sur les contractions utérines, et laisse la question indécise.) 43° *Rapport sur l'établissement obstétrical de Halle et sur la polyclinique, pendant l'année 1847*; par le professeur Hohl, directeur de l'établissement. 44° *Cas d'excision du col utérin pour affection carcinomateuse de cette région*; par J.-G. Simpson. (Traduit du QUATERLY JOURNAL, de Dublin.) 45° *Le sang de la femme au service du fœtus*; par le docteur de Rilgen. (Très-long mémoire sur le sang de la femme et sur le rôle que joue ce fluide dans la nutrition du fœtus.) 46° *Remarques et observations relatives aux accouchements*; par le docteur Ed. de Siebold. 47° *Observations pratiques sur quelques affections congestionnelles, inflammatoires et ulcératives de l'utérus*; par E. Kennedy. (Traduit du QUATERLY JOURNAL, de Dublin.) 48° *Sur les présentations de la face*; par le docteur E. de Siebold. (Suivant l'auteur, il faut autant que possible laisser agir la nature. Très-souvent ces sortes d'accouchements se terminent aussi naturellement que ceux avec présentation ordinaire du crâne. Il est bien entendu cependant que cette temporisation doit avoir certaines limites que l'expérience de l'accoucheur saura toujours régler.) 49° *Disposition habituelle à l'avortement, et sa guérison d'après une méthode particulière*; par le docteur Metsch. 50° *Sur l'emploi du forceps après l'extraction du tronc, la tête restant immobile*; par le docteur Vogler. 51° *Communications obstétricales*; par le docteur Léopold.

DOCUMENTS PRATIQUES RELATIFS AUX ACCOUCHEMENTS; par le docteur ALBERT (de Euerdorf).

TRAITEMENT DES HÉMORRHAGIES UTÉRINES PENDANT ET APRÈS L'ACCOUCHEMENT.

L'auteur recommande fortement une solution concentrée de muriate de fer en injection, et des éponges ou des tampons de charpie imbibés de cette substance et introduits dans l'utérus. Il a eu l'occasion d'apprécier l'efficacité de cette solution dans des hémorrhagies provenant de blessures graves. Sous son influence, l'hémorrhagie artérielle s'arrête sur-le-champ. Dès que la solution est en contact avec la partie lésée, il se forme un caillot solide qui bouche l'orifice du vaisseau et arrête l'écoulement du sang.

L'auteur conseille, pour les hémorrhagies utérines, d'employer une solution tiède; il injecte à la fois 30 à 50 grammes. Il relate plusieurs faits remarquables de guérisons obtenues par cette méthode, qui ne lui a jamais présenté d'autre inconvénient que de déterminer des contractions utérines assez douloureuses.

---

[1]ie, dans l'espoir d'accélérer ma guérison et dans le dessein de me livrer, sur les côtes du golfe Adriatique et de la Méditerranée, à des recherches plus importantes sans être plus périlleuses. Je prolongeai cette excursion jusqu'à la fin de 1822, époque où les obligations les plus impérieuses me rappelèrent à Paris. J'y revins, et peu de temps après je me remis sérieusement au travail. Je le repris trop tôt; des symptômes de la nature la plus inquiétante ne tardèrent pas à se manifester. Je présentais une rechute; mais rien de visible à l'extérieur ne paraissait justifier ce pressentiment. On hésita à me croire, et je succombai.

» Le temps s'écoulait au milieu de continuelles anxiétés, lorsque, le 20 mars 1824, se déclara brusquement la rechute tant redoutée, ou plutôt une affection nerveuse mille fois plus grave, et dont rien ne put arrêter les progrès. C'était la funeste névrose connue des médecins sous le nom d'*exaltation de la sensibilité*, liée dès son principe au sentiment d'une invincible terreur. Quoique commune à tous les organes des sens, cette nouvelle affection avait, comme la précédente, son siége principal dans l'organe de la vue. Elle ne pouvait, quelle que fût sa violence, amener la cécité, dans l'acception rigoureuse du mot; mais elle rendait peu à peu mes yeux incapables de supporter la lumière, et, dans l'obscurité toujours plus profonde où elle me forçait de me tenir, elle faisait briller une foule d'images vivement colorées, dont les émissions successives, réitérées à l'infini, me fatiguaient, m'obsédaient sans cesse. A ces premières apparences en succédèrent bientôt de plus formidables encore. Bientôt des phénomènes impétueux, lumineux, ardents, immenses, remplissant nuit et jour tout l'espace sous mille aspects divers, provoquèrent les crises les plus intenses, les plus déplorables. D'autres phénomènes distingués des précédents, moins par leurs formes et leurs couleurs que par leur redoutable influence, vinrent périodiquement en accroître, en aggraver les effets. Aux sensations propres à la vue s'unirent un entraînement rapide en haut, en bas, en tous sens; une odeur fétide, des sifflements aigus, des sons harmonieux ou discordants, des voix humaines chantant, ou parlant et déclamant, et d'autres bruits non moins étranges. Le sommeil suspendait rarement ces détestables illusions, sans qu'il se produisît au réveil des visions menaçantes, bizarres, incompréhensibles. Je citerai, comme une des plus fréquentes, la voûte spacieuse formée d'innombrables faces humaines, toutes également expressives, prenant je ne sais quel air inflexible, et fixant sur moi des regards sinistres.

» Les médecins, consultés en 1824 sur l'avenir probable de ma maladie, en avaient généralement porté la durée à deux ou trois années. Cette fois encore leurs prévisions les moins rassurantes furent cruellement dépassées. Les années se succédèrent, se multiplièrent, sans amener autre chose qu'une diminution presque insensible, s'opérant à travers d'inexprimables tourments et ne me laissant dans ma solitude de distractions possibles, pour faire diversion à tant de maux, que l'étude et la description quotidienne de ces mêmes tourments: journal unique, insensé peut-être, que j'ai dicté avec constance, en affrontant mille angoisses, dans la pensée qu'il donnerait un jour la juste intelligence des causes de si affreuses tortures.

» Cependant les années lentement accumulées pèsent aujourd'hui sur ma tête de tout leurs poids. Je sens, malgré moi, qu'il est temps de ne plus vivre d'espérance, et d'oser enfin fixer les yeux sur la réalité, quelque décourageante qu'elle soit...... »

TRAITEMENT DE LA PÉRIODE DE DÉLIVRANCE.

On a tort d'établir d'une manière absolue qu'il faut abandonner à la nature l'expulsion de l'arrière-faix. L'auteur rapporte plusieurs observations qui prouvent le danger de cette manière d'agir.

Obs. I. — Une primipare robuste et bien portante fut prise, huit heures après l'accouchement, qui avait été très-facile, d'une hémorrhagie tellement violente que l'auteur, qui se trouvait par hasard dans l'endroit, eut beaucoup de peine à la rappeler à la vie en se hâtant d'enlever le placenta. Lors de sa seconde grossesse, on conseilla fortement à cette femme de faire venir un accoucheur, afin de hâter la délivrance et de prévenir ainsi le retour d'un accident qui pourrait lui être funeste. Mais la sage-femme ne voulut pas y consentir; elle soutint que la délivrance devait être abandonnée à la nature, que c'était là du moins ce qu'on lui avait enseigné. Onze heures après l'accouchement, il survint tout à coup une violente hémorrhagie. On chercha en toute hâte un accoucheur qui habitait à un quart de lieue de l'endroit; mais quand il arriva, cette malheureuse femme avait cessé de vivre. Le placenta était encore dans l'utérus, auquel il adhérait dans une grande étendue.

Obs. II. — L'auteur avait accouché trois fois de suite une personne à l'aide du forceps, et avait extrait le placenta immédiatement après la sortie de l'enfant. A la quatrième couche, un autre accoucheur négligea cette précaution; il survint une hémorrhagie qui enleva l'accouchée au bout de quatre heures. Le placenta était adhérent.

La troisième observation montre jusqu'où peut aller l'entêtement systématique et quelle est la timidité de certains médecins.

Obs. III. — Une femme qui avait eu cinq couches heureuses, à la suite desquelles l'arrière-faix avait été expulsé naturellement ou avait été extrait, accoucha pour la sixième fois. La délivrance tardant à se faire, et la sage-femme se refusant à l'opérer, on fit venir le médecin de la maison, qui traita la chose à la légère et dit qu'il fallait laisser agir la nature. Quatre jours après l'accouchement, survinrent de légères hémorrhagies qui résistèrent aux moyens ordinaires. On fit venir un second médecin, qui se rangea de l'avis du premier. L'écoulement sanguin devenant plus abondant, un troisième médecin fut appelé; mais il était trop tard. Au moment où ce dernier allait procéder à l'extraction du placenta, la malheureuse victime lui resta entre les mains. Le placenta était détaché, mais la matrice était fortement distendue par des caillots de sang.

Obs. IV. — Une jeune personne robuste accoucha avec facilité d'un enfant bien portant. L'arrière-faix resta dans l'utérus, sans que la sage-femme songeât à s'en occuper. Le troisième jour, survint une hémorrhagie tellement violente qu'au bout de quelques minutes l'accouchée était sur le point d'expirer. Une injection d'eau froide, pratiquée par le cordon, détermina presque instantanément le détachement de l'arrière-faix, et la solution de fer arrêta promptement l'hémorrhagie; mais l'accouchée mourut au bout de trois jours d'une putrescence de l'utérus.

Ces résultats déplorables ne sont pas dus à l'ignorance, mais à une mauvaise direction donnée aux sages-femmes. Ils nous montrent combien il faut être circonspect dans les principes généraux qu'on enseigne à cette classe d'auditeurs, et combien il est important de les prémunir contre les conséquences funestes d'une systématisation absolue.

SITUATION DE LA TÊTE, ENTRE LA TROISIÈME ET LA QUATRIÈME POSITION, COMME OBSTACLE A L'ACCOUCHEMENT.

Les lignes suivantes ne s'adressent pas aux hommes expérimentés, mais bien à cette classe assez nombreuse de jeunes accoucheurs qui se hâtent d'employer le forceps quand ils voient que le travail n'avance pas, sans chercher à s'enquérir préalablement de la position du fœtus et de la nature des obstacles qui s'opposent à la marche naturelle de l'accouchement.

Il arrive quelquefois que, lorsque la tête s'engage dans le bassin, la face étant tournée en avant, l'occiput descend au devant du promontoire, tandis que la racine du nez s'applique contre la symphise pubienne, au point que la tête reste fortement enclavée dans cette position. Aucune force ne peut alors la faire descendre; les branches du forceps glissent et ne peuvent être appliquées, et l'accoucheur qui n'a pas reconnu cette position se trouve dans un embarras désespérant.

L'auteur raconte plusieurs cas semblables où l'on a pratiqué la perforation du crâne et l'opération césarienne, et cela sur des femmes qui avaient le bassin parfaitement conformé et qui avaient déjà eu plusieurs couches faciles. Il fut appelé un jour auprès d'une femme en travail; l'accoucheur qui avait été appelé avant lui n'ayant pu faire la version ni appliquer le forceps, se préparait à faire l'opération césarienne. L'auteur appliqua le forceps, tourna la tête dans la troisième position régulière et abandonna le reste du travail à la nature. Au bout de quarante-six minutes, l'accouchement se termina de lui-même.

L'auteur recommande avec beaucoup de raison de ne pas insister sur l'emploi du forceps quand on voit qu'il ne conduit pas au résultat désiré, mais de chercher à donner à la tête une meilleure position.

SIGNES DE LA GROSSESSE.

De tous les signes de la grossesse connus jusqu'à ce jour, le plus certain, suivant l'auteur, est la rougeur foncée de la paroi supérieure du vagin. Ce signe est précieux, parce qu'il se montre peu de temps après la conception et persiste jusqu'à l'accouchement. L'auteur l'a constaté sur trente personnes qu'il a examinées dans ce but et sur plusieurs femelles d'animaux. Cette coloration foncée est assez nettement circonscrite, accompagne celle de l'utérus et peut être facilement observée à l'aide d'un bon spéculum. A la vérité, elle pourrait être morbide; mais alors l'existence d'une affection des voies génitales, jointe à l'absence des autres signes de la grossesse, suffirait pour éclairer le médecin.

Nous ne partageons pas la confiance de l'auteur dans la valeur absolue de ce signe; mais nous croyons qu'il doit être noté à titre de renseignement.

CAS D'HYDROPISIE DE L'UTÉRUS; par le docteur GRANDIDIER (de Cassel).

L'hydropisie de l'utérus est rangée parmi les affections rares, à tel point que plusieurs auteurs en nient l'existence. Le cas suivant, observé par le docteur Grandidier au bain de Neundorf, ne laisse aucun doute sur la réalité de cette maladie.

Obs. — La demoiselle D. F., âgée de 21 ans, d'une constitution scrofuleuse et appartenant à une famille dans laquelle les affections scrofuleuses sont habituelles, fut réglée à l'âge de 14 ans. En 1842, à la suite d'une violente ophthalmie et d'une éruption de furoncles sur tout le corps, elle perdit ses règles et fut prise de vives douleurs dans la région épigastrique. Absence d'appétit; vomissements de bile et de mucosités; constipation opiniâtre.

Au bout de six semaines, à la suite de l'usage de la valériane et de purgatifs salins, la malade se rétablit et les règles reparurent; mais au mois de novembre de la même année, elles cessèrent de nouveau. Le ventre alors commença à se tuméfier, au point qu'au bout de trois mois il avait atteint le volume qu'il a ordinairement au neuvième mois de la grossesse. L'exploration de l'abdomen faisait découvrir une fluctuation obscure; on ne sentait pas l'utérus extérieurement, et par le toucher on trouva le col utérin fermé et le vagin à l'état normal. Le décubitus latéral était douloureux, le haut des cuisses très-enflé, la marche pénible. Les seins étaient tuméfiés et douloureux. Dérangements dans la digestion, malaise, vomissement, constipation, gêne de la respiration, rareté de l'urine.

Le médecin traitant, qui avait pris la maladie pour une ascite, administra sans succès plusieurs hydragogues et pratiqua la paracentèse. Alors seulement on s'aperçut qu'on avait affaire à une hydropisie de l'utérus. On fit prendre toutes les deux heures 50 centigr. (10 grains) de seigle ergoté, qui détermina pendant vingt-quatre heures des douleurs très-vives, semblables à celles que cause le travail de l'enfantement. Il fallut suspendre le médicament; mais peu de temps après la malade rendit par le vagin 12 litres d'un liquide transparent. Les douleurs se calmèrent; l'abdomen diminua de volume. La malade se sentit beaucoup soulagée. Des pilules laxatives amenèrent d'abondantes selles; les règles reparurent. Cependant l'abdomen conservait encore un volume plus qu'ordinaire. L'écoulement par le vagin continuait à des intervalles de huit jours à trois semaines. La quantité de liquide expulsé s'éleva à 36 litres.

Cet état persista jusqu'au 1er juin de 1843, époque à laquelle la malade se rendit à Neundorf pour y prendre les eaux. L'auteur trouva l'abdomen développé comme au dernier mois de la gestation.

Le 14 juin, les règles se montrèrent en petite quantité; elle perdit avant et après cette époque 20 litres d'eau. Elle prit trente bains sulfureux et but de l'eau sulfureuse de la source, qui tint le ventre libre.

Le 23 août, écoulement de 14 litres.

Au mois de septembre, violents maux de tête, insomnie, syncopes fréquentes, écoulement très-copieux (78 litres jusqu'au 6 septembre), précédé, chaque fois qu'il a lieu, d'un mouvement particulier dans le flanc gauche, avec anxiétés et battements de cœur.

A son départ des eaux, l'état de la malade s'était beaucoup amélioré. Menstruation régulière, mais faible; abdomen moins distendu; digestions meilleures.

Elle revint aux eaux en 1844. L'écoulement, qui avait beaucoup diminué, cessa tout à fait. Aujourd'hui cette personne est parfaitement rétablie.

Cette observation est remarquable par le volume extraordinaire qu'avait pris l'utérus, et par la quantité prodigieuse de liquide qui fut expulsé. Cette jeune fille n'avait jamais été enceinte; le col de l'utérus était intact et fermé, et le vagin présentait les signes de la virginité. On remarquera aussi les heureux et prompts effets du seigle ergoté qui, en provoquant de fortes contractions utérines, détermina la première expulsion du liquide. Ce cas mérite aussi de fixer l'attention, sous le rapport du diagnostic; il était assez facile de se tromper, surtout dans le début de la maladie, et de prendre l'état de cette jeune fille pour une grossesse.

ADHÉRENCE DES MEMBRANES DE L'ŒUF AU FOETUS COMME OBSTACLE A L'ACCOUCHEMENT; par le docteur J. PIES (de Mayence).

Obs. — Gertrude G., 29 ans, délicate, se maria à 23 ans et eut quatre couches

dans l'espace de 6 ans; les trois premières furent régulières; il n'en fut pas de même de la quatrième. La grossesse avait en cela de particulier que les mouvements du fœtus avaient été douloureux et plus fréquents que de coutume.

Le 9 novembre, à sept heures du matin, les maux commencèrent. A onze heures, perte de sang; à quatre heures, écoulement des eaux; diminution de l'hémorrhagie. L'auteur est appelé à cinq heures. Il trouve cette femme très-faible; sueur froide, pouls à peine sensible; depuis la perte des eaux, les mouvements du fœtus avaient cessé. Une main se présente à l'orifice utérin; l'accoucheur cherche à faire la version par les pieds, mais il ne peut y parvenir; il s'aperçoit, en allant à la recherche des pieds, que le cordon ne bat plus; il réussit cependant à attirer les deux extrémités jusqu'à l'orifice utérin, mais il ne peut amener le fœtus. Il fait alors placer la femme sur les genoux et sur les coudes, et opère avec assez de facilité la version sur la tête. Le placenta sortit avec l'enfant, et l'auteur vit alors que l'arrière-faix adhérait au corps du fœtus. Celui-ci présentait plusieurs difformités; hémicéphalie, bec-de-lièvre avec fente du palais, spina-bifida; pieds-bots; ankylose et courbure de l'un des coudes. Le cordon ombilical n'avait que 6 pouces de longueur. L'enfant était uni au placenta par des lambeaux de peau irréguliers, longs et larges, semblables aux enveloppes de l'œuf, et qui prenaient leur origine aux bords de l'arrière-faix. La plus grande bride avait environ 5 pouces de longueur; elle se continuait avec la peau du dos, au niveau de la première vertèbre dorsale; la deuxième bride se détachait de la première; elle était un peu plus longue et se fixait au bras gauche; la troisième était située sur la tête de l'enfant; elle fut déchirée lors de l'extraction.

L'accouchée se rétablit promptement.

Les faits analogues à celui dont nous venons de présenter la relation abrégée sont très-rares, et nous n'en connaissons pas dans lesquels les adhérences du placenta avec le fœtus aient été aussi étendues. Les difficultés de l'accouchement par suite de cette disposition vicieuse, ainsi que les nombreuses difformités du fœtus offrent aussi un double intérêt sous le rapport de l'art et de la science.

C'est surtout dans des cas de cette nature que l'accoucheur a besoin de présence d'esprit, de sang-froid et de sagacité; car on comprend les conséquences funestes qui pourraient résulter de manœuvres intempestives et mal dirigées.

De la disposition habituelle à l'avortement et de son traitement; par le docteur Metsch.

Tout le monde sait que certaines femmes n'arrivent qu'avec peine au terme de leurs grossesses; ce n'est qu'à l'aide des soins les plus minutieux qu'on parvient à les conduire jusqu'au septième, au huitième mois, rarement jusqu'à terme. Cette disposition morbide provient, suivant l'auteur, d'une atonie de l'utérus qui détermine très-souvent une stase sanguine dans les vaisseaux utérins, d'où la mort du fœtus par apoplexie, ou bien une surexcitation de l'organe qui provoque des contractions avant que le fœtus ait atteint son développement normal. Il est nécessaire, pour se diriger dans le traitement, de savoir si les contractions qui ont déterminé l'expulsion du fruit ont eu lieu avant ou après la mort de ce dernier, et il est, en outre, important de rechercher si l'hypersthénie s'est bornée au système utérin ou si elle a irradié vers les organes voisins. L'œuf, de son côté, peut devenir cause d'avortement, par des stases sanguines dans le parenchyme du placenta, par une inflammation de l'amnios qui peut se propager le long du cordon jusqu'au péritoine du fœtus, etc. L'auteur prévient qu'il n'entre pas dans ses vues de relater toutes les causes de l'avortement; il rappelle seulement que cette prédisposition s'observe surtout chez les personnes délicates, sensibles, irritables, appartenant aux classes aisées, et qu'elle est favorisée par des grossesses trop rapprochées et par des excitations génitales trop fréquentes.

Le traitement qu'il conseille a surtout pour base l'emploi de la sabine. Désespéré du peu de succès des méthodes thérapeutiques ordinaires, il n'eut d'abord recours à la sabine qu'à titre d'essai, mais les résultats qu'il obtint dépassèrent toutes ses espérances. Toutefois il prévient que ce remède héroïque n'est pas applicable à tous les cas, et qu'il pourrait, entre des mains inhabiles, avoir les suites les plus fâcheuses. Ainsi, lorsque la disposition à l'avortement est déterminée par une pléthore locale ou générale; quand il existe un éréthisme du système vasculaire ou un état fébrile quelconque, il ne saurait être question de la sabine, pas plus que dans les cas d'affection des poumons, du cœur, etc.

Comme l'action de la sabine sur le système utérin se fait surtout sentir pendant la grossesse, en provoquant des contractions de la matrice, c'est dans les intervalles des grossesses que l'auteur administre le médicament. Il en commence l'emploi à la fin d'une période menstruelle, et le continue jusqu'à la période suivante; ce temps suffit, dit-il, pour faire cesser la disposition à l'avortement. Dans un cas cependant où la grossesse datait de deux mois, la sabine à faible dose produisit d'excellents résultats.

L'auteur prescrit une infusion de sabine, aussi fraîche que possible, à la dose de 4, 8 ou 15 grammes (1 à 2 gros jusqu'à une demi-once) sur 190 grammes d'eau (6 onces), qu'on laisse digérer pendant une heure, et à laquelle on ajoute un sirop agréable au goût; il fait prendre matin et soir une cuillerée à bouche de cette infusion. Pendant le traitement, qui dure un mois, rarement davantage, il est nécessaire de suivre un régime régulier, d'éviter soigneusement toute excitation des organes sexuels et de faire un peu d'exercice en plein air. Le repos absolu et le décubitus horizontal généralement conseillés par les médecins sont inutiles. Cependant, lorsque la disposition abortive ne provient pas seulement d'une atonie de l'utérus, mais qu'il y a en même temps augmentation de l'irritabilité et de la contractilité de cet organe, deux états qui ne s'excluent pas toujours, l'auteur conseille d'unir le seigle ergoté à la sabine, en l'ajoutant à l'infusion. Le seigle ergoté lui paraît indiqué, pour régulariser les contractions utérines, lorsque les avortements antérieurs ont eu lieu sans être précédés d'hémorrhagies. La dose du seigle ergoté est moitié de celle de la sabine.

Une autre modification est apportée à ce traitement prophylactique, lorsque les avortements ont été précédés par un état spasmodique des voies urinaires, caractérisé par un ténesme vésical et par une miction difficile et douloureuse. Dans ces cas, l'on ajoute à l'infusion 6 gouttes de teinture de cantharides.

Quand, au contraire, l'avortement qui a eu lieu a été précédé de dérangements dans les fonctions digestives (anorexie, vomituritions, crampes d'estomac, flatulence, diarrhée, etc.), l'auteur donne l'ipécacuanha en substance, un seizième de grain par dose, en alternant avec l'infusion de sabine.

Ce qui caractérise, comme on voit, le traitement préconisé par le docteur Metsch, c'est qu'il a lieu dans les intervalles des grossesses. Il prévoit bien qu'il suscitera des objections, mais il engage fortement ses confrères à ne pas le rejeter sans examen. Il a traité par cette méthode 9 femmes qui avaient eu plusieurs avortements. Chez 7 de ces 9 femmes, le traitement prophylactique ne fut nécessaire qu'une fois (trois à quatre semaines), et réussit complétement. Dans un cas, le traitement dut être repris après un avortement qui eut lieu à sa suite. Enfin, chez une dame, le traitement n'eut pour résultat que de faire disparaître, sans moyens extérieurs, un prolapsus de l'utérus et du vagin dont cette dame souffrait depuis plusieurs années, à la suite de fausses couches; elle n'a pas encore été enceinte depuis.

L'auteur termine son mémoire par la relation de cinq observations que nous reproduisons brièvement.

Obs. I. — Une femme petite, délicate, avait eu onze fausses couches sans cause déterminante appréciable, entre la treizième et la quatorzième semaine de la grossesse. Elle n'avait jamais pu mettre au monde un enfant vivant, malgré les conseils de plusieurs médecins distingués. Le dernier avortement fut accompagné de fortes coliques et d'une perte de sang très-abondante.

L'auteur conseilla à cette femme de rester pendant trois mois séparée de son mari. Au bout de ce temps, il prescrivit une infusion de sabine (demi-once) et de seigle ergoté (2 gros) sur 6 onces d'eau avec addition de 6 gouttes de teinture de cantharides, à prendre une cuillerée matin et soir, pendant trois semaines. On conseilla en même temps l'exercice et un régime sévère. Les règles qui suivirent furent très-abondantes.

Six à huit semaines après avoir terminé le traitement, cette femme devint enceinte pour la douzième fois. Elle continua à se donner du mouvement comme par le passé; la grossesse fut très-heureuse et se termina au bout de neuf mois par la naissance d'un enfant vigoureux et bien portant.

Cette femme eut encore deux autres enfants dans l'espace de quatre ans.

Obs. II. — Madame M., 29 ans, scrofuleuse, irritable, avait avorté trois fois au quatrième mois. Chaque avortement avait été précédé d'hémorrhagies utérines et de ténesme vésical. (Infusion de sabine, 3 gros sur 6 onces, avec 6 gouttes de teinture de cantharides.)

La grossesse suivante fut régulière; cette dame accoucha d'une fille et plus tard d'un garçon.

Obs. III. — Une femme extrêmement délicate avait eu deux fausses couches dans cinq mois, accompagnées d'hémorrhagies. Comme elle était déjà enceinte de deux mois quand elle consulta l'auteur, celui-ci prescrivit la sabine seule à la dose de 1 gros sur 6 onces, pendant trois semaines. Après une grossesse régulière, cette femme accoucha d'un garçon bien portant.

Deux ans plus tard, elle mit au monde un second garçon.

Obs. IV. — Une robuste paysanne, âgée de 34 ans, fit une fausse couche à la suite d'une chute, entre le troisième et le quatrième mois, trois ans après être accouchée heureusement d'un enfant à terme. Cet avortement fut suivi de deux autres à la même époque de la gestation. Après une saignée du bras, on prescrivit la sabine et la teinture de cantharides. Le traitement fut sans résultat. Elle fit une nouvelle fausse couche, accompagnée de ténesme vésical et sans hémorrhagie antécédente. Au bout de deux mois, on recommença le traitement, après avoir fait prendre un purgatif, mais on ajouta à la sabine le seigle ergoté.

Vers le quatrième mois de la grossesse suivante, quelques douleurs utérines, jointes à de fréquentes envies d'uriner, firent craindre une nouvelle fausse couche; mais 1 grain d'opium et huit jours de repos absolu firent cesser les accidents. La grossesse atteignit son terme et eut pour résultat la naissance d'une fille bien portante.

Cette femme eut encore deux autres enfants.

Obs. V. — Une dame maladive, âgée de 24 ans, sujette aux diarrhées et aux indigestions, fit trois fausses couches pendant les deux premières années de son mariage. Chacune d'elles eut lieu au quatrième mois, et fut précédée de diarrhée, de malaise et d'inappétence. L'auteur prescrivit l'infusion de sabine (3 gros), avec seigle ergoté (1 gros), et fit prendre tous les jours, une heure avant le dîner, un sixième de grain d'ipéca avec du sucre; il conseilla de s'abstenir du coït et de suivre un régime régulier.

Onze mois après ce traitement, cette dame accoucha d'une fille à terme et bien portante.

Lereboullet.

TRAVAUX ACADÉMIQUES.

ACADÉMIE DES SCIENCES.

SÉANCE DU 27 OCTOBRE. — PRÉSIDENCE DE M. RAYER.

DÉTERMINATION DU POINT VITAL DE LA MOELLE ALLONGÉE.

M. Flourens lit la note suivante sur le point vital de la moelle allongée.

» M. Alvaro Reynoso, dans la communication importante qu'il a faite à l'Académie (1), m'a cité de la manière suivante :

« M. Flourens a trouvé qu'il y a une partie du bulbe, très-circonscrite, qui est » le véritable siége de la respiration. Ce point se trouve, chez les lapins, immé- » diatement au-dessus de l'origine de la huitième paire, et sa limite inférieure à » peu près au-dessous de cette origine. »

» Je profite de l'occasion que m'offre cette citation de M. Reynoso pour définir, avec une précision nouvelle, le point de la moelle allongée que j'appelle le point, le nœud vital, le point premier moteur du mécanisme respiratoire.

» Je disais, dans un mémoire présenté à l'Académie en 1827, que ce point avait trois lignes à peine d'étendue, et je croyais alors beaucoup dire.

» Je puis dire aujourd'hui beaucoup plus: il a à peine une ligne.

» J'ai fait représenter sur deux figures de cerveaux, l'une d'un cerveau de chien, l'autre d'un cerveau de lapin, les deux limites, supérieure et inférieure, du point vital, telles que me les donnent mes dernières expériences.

» La limite supérieure passe sur le trou borgne; la limite inférieure passe sur le point de jonction des pyramides postérieures: entre ces deux limites est le point vital; et, de l'une de ces limites à l'autre, il y a à peine une ligne.

» Je fais souvent l'expérience, en procédant par des sections transversales.

» Si la section passe en avant du trou borgne, les mouvements respiratoires du thorax subsistent.

» Si la section passe en arrière du point de jonction des pyramides, les mouvements respiratoires de la face (le mouvement des narines et le bâillement) subsistent.

» Si la section passe sur la pointe du V de substance grise, inscrit dans le V des pyramides ou le bec de plume, les mouvements respiratoires du thorax et de la face sont abolis sur-le-champ et tous ensemble.

» Je fais souvent aussi l'expérience d'une autre manière. Je me sers d'un petit emporte-pièce dont l'ouverture a à peine 1 millimètre de diamètre.

» Je plonge cet emporte-pièce dans la moelle allongée, en ayant bien soin que l'ouverture de l'instrument réponde au V de substance grise, et l'embrasse. J'isole ainsi tout d'un coup le point vital du reste de la moelle allongée, des pyramides, des corps rétiformes etc., et tout d'un coup les mouvements respiratoires du tronc et les mouvements respiratoires de la face sont abolis.

» J'ai fait représenter sur les deux figures de cerveaux un petit cercle qui embrasse la pointe du V de substance grise.

» Ce petit cercle marque à la fois et la véritable place et la véritable étendue du point vital.

» On voit que ce point, premier moteur du mécanisme respiratoire et nœud vital du système nerveux (car tout ce qui, du système nerveux, reste attaché à ce point, vit, et tout ce qu'on en sépare, meurt), n'est, ainsi que je l'ai répété bien des fois, pas plus gros que la tête d'une épingle.

» C'est donc d'un point qui n'est pas plus gros qu'une tête d'épingle, que dépend la vie du système nerveux, la vie de l'animal par conséquent, en un seul mot, la vie.

» Les physiologistes m'ont souvent demandé de leur indiquer par un terme anatomique la place précise du point que je nomme le point vital.

» Je leur réponds: La place de ce point vital est la place marquée par la pointe du V de substance grise. »

INFLUENCE DE LA PARTIE INTRACRANIENNE DU NERF SYMPATHIQUE ET DES TROISIÈME, QUATRIÈME, CINQUIÈME ET SIXIÈME PAIRES SUR LES MOUVEMENTS DE L'IRIS.

MM. Waller et Budge, dans une lettre adressée à M. Flourens, communiquent la suite de leurs observations sur ce sujet. Voici les résultats principaux qu'ils ont constatés:

L'action du nerf trijumeau sur la pupille est peut-être, de toutes les actions auxquelles est soumis l'iris, la plus difficile à démêler, mais en même temps la plus importante à connaître; car, suivant que son action est plus ou moins forte, elle peut complétement voiler l'action du nerf sympathique sur la pupille, de sorte que, en galvanisant à différentes occasions, exactement le même point, on obtient tantôt une forte contraction de la pupille, tantôt son extrême dilatation.

D'après les recherches de sir Charles Bell et de ses successeurs, sur les nerfs de la cinquième paire, la petite racine, la racine non ganglionnaire, aurait seule un pouvoir moteur, tandis que les branches ophthalmique et sus-maxillaire seraient purement sensitives. Nos recherches, au contraire, nous ont conduits à la conclusion que la branche ophthalmique de Willis exerce un pouvoir moteur sur l'iris.

Tous les observateurs qui, depuis M. Magendie, ont pratiqué la section intracranienne du nerf trijumeau, ont, avec lui, signalé, comme un effet invariable, une constriction considérable de la pupille du même côté; mais aucun de ces physiologistes n'a essayé de mettre en évidence la cause exacte de ce phénomène. Il est évident qu'après la section du trijumeau seul, ce phénomène se complique par la présence des autres nerfs, et qu'il est impossible de décider s'il arrive par suite d'une action réflexe du bout central sur la troisième paire, ou par une action du bout périphérique sur la rétine, et ensuite réfléchie par le nerf optique sur la troisième paire. La question se complique encore par la nécessité de tenir compte d'un fait observé par M. Longet, et que nous avons nous-mêmes fréquemment vérifié, c'est que la constriction n'est par permanente, mais presque toujours temporaire.

L'immobilité de la pupille et une légère dilatation sont les seuls effets qu'on observe après la section du nerf optique. La section des troisième, quatrième et sixième paire de nerfs ne produit aucun effet sur la pupille après la section du nerf optique. Si, en outre, on fait la section du sympathique au cou, on a supprimé toute connexion entre le cerveau et l'œil, excepté celle fournie par la cinquième paire. La section de la cinquième paire faite alors, soit sur la branche ophthalmique, soit sur tout autre point jusqu'à son origine apparente sur le pédoncule, cause toujours une constriction considérable de l'ouverture de la pupille. Cette constriction de la pupille se fait toujours d'une manière graduelle et lente; souvent une ou deux minutes se passent avant qu'elle se déclare, et le même délai s'observe avant qu'elle atteigne son maximum de constriction. Si, au lieu de diviser, on irrite ce nerf mécaniquement, on aperçoit, surtout en pinçant l'ophthalmique à sa partie interne, une constriction s'accomplissant de la même manière, mais moins complétement, et disparaissant entièrement au bout de quelques minutes. L'étendue de la constriction par la section complète est ordinairement considérable: la pupille de trois lignes se réduit à une; mais, par la simple irritation, la constriction qui se produit est moindre.

L'irritation galvanique et mécanique du bout central ne produit aucun effet sur la pupille de l'autre œil. Les mêmes phénomènes s'observent en divisant les nerfs de l'autre œil après l'ablation complète des hémisphères cérébraux.

Après la section du trijumeau à sa racine, on observe un affaiblissement de sensibilité et de pouvoir moteur sur tout le corps; mais, en outre, on trouve, du même côté de la tête, la perte de sensibilité de la peau, de la face, de la conjonctive, comme après la section de la cinquième paire. Il se produit en même temps une constriction de la pupille plus ou moins considérable qui n'est pas permanente. Sur le côté opposé de la tête, la sensibilité se manifeste d'une manière très-évidente. Par rapport aux parties inférieures du corps, la plus grande perte de sensibilité se fait sur le côté opposé à la section, tandis que le mouvement est plus faible du même côté. L'irritation de la cinquième paire, à son origine dans le bulbe, a été suivie d'une constriction de la pupille moins forte et moins durable qu'après la section de cette partie, mais cette opération est trop promptement mortelle pour donner des résultats significatifs.

Sur le tronc du trijumeau, depuis sa partie postérieure au rocher, le galvanisme produit la constriction pupillaire; mais en arrière du rocher, les effets sont peut-être moins nets, à cause de la facile désorganisation de cette portion du tronc et de la difficulté de l'isoler des parties voisines. Les autres parties du nerf qui sont en rapport avec l'os et la dure-mère, et qui sont facilement atteintes, sont celles sur lesquelles il convient d'agir pour obtenir des résultats concluants.

Action de la troisième paire. — Après la section du nerf optique, la section de ce nerf ne cause aucune altération dans la grandeur de la pupille. Comme nous avons déjà dit dans notre première communication, l'action de la troisième paire s'épuise très-rapidement, et l'irritation galvanique cesse alors de produire aucun effet sur l'iris.

La *quatrième paire* et la *sixième* nous ont toujours paru dans toutes nos expériences n'exercer aucune influence sur la pupille.

Action de la partie intracranienne du nerf sympathique sur la pupille. — Dans les expériences sur cette partie du sympathique, il est préférable, pour isoler son action motrice de celle du trijumeau, de couper la cinquième paire en arrière du rocher. Lorsque la constriction causée par cette section est passée, ce qui a lieu après environ quinze à vingt minutes, l'irritation galvanique du sympathique cervical produit son effet ordinaire.

Si, au lieu d'attendre la disparition de la constriction par la cinquième paire, on galvanise immédiatement pendant que la pupille n'a que 1 ligne ou 1 ligne 1/2 de diamètre, on trouve ordinairement l'action du sympathique impuissante pour surmonter celle du trijumeau. Si, après que le trijumeau est découvert, et qu'on a constaté le pouvoir du sympathique de dilater la pupille, on pratique la division de la cinquième paire à des points successivement plus rapprochés de l'œil, on découvre que, jusqu'à la partie antérieure du ganglion gassérien, le sympathique conserve toujours son pouvoir sur la pupille. Mais, quand la section a passé cette limite antérieure, toute action du sympathique sur la pupille est perdue. Ce qui se déduit de cette expérience, c'est que toutes les fibres motrices de l'iris, qui viennent du sympathique, passent par le ganglion de Gasser. On peut constater, de la même manière, que ces fibres accompagnent les fibres de

(1) Voir plus bas cette communication.

-a branche ophthalmique, car, en faisant la section de cette branche à un point quelconque, on paralyse de la même manière l'action du sympathique cervical. La galvanisation locale du nerf trijumeau nous fournit encore d'autres preuves de la connexion du sympathique ciliaire avec le ganglion de Gasser. Comme nous l'avons mentionné en parlant de la troisième paire, si l'on galvanise ce nerf non coupé sur un animal vivant, on obtient, au bout de quelques minutes, une constriction graduelle et lente de la pupille, qui peut durer pendant quinze à trente minutes avant de disparaître. Si le nerf est récemment coupé, on l'animal encore fortement irritable, on n'aperçoit aucun changement dans la grandeur de l'ouverture pupillaire, probablement à cause d'un état d'équilibre entre le pouvoir de dilatation du sympathique et celui de contraction de la cinquième paire. Plus tard, sur le même animal, la galvanisation, en avant du ganglion gassérien, cause une dilatation de la pupille graduelle et fort considérable.

Une autre méthode, que nous avons employée pour examiner l'action du sympathique, consiste à couper ce nerf à différentes hauteurs, et à attendre quelques jours jusqu'à ce que la désorganisation microscopique ait lieu, et ensuite à le galvaniser à différentes hauteurs. En coupant au cou le cordon au-dessous du premier ganglion, on trouve, après sa désorganisation, que toute action est perdue sur la pupille. En agissant sur le premier ganglion lui-même, on voit la pupille indiquer une action qui, en comparaison de celle qu'on obtient en irritant le cordon intact du sympathique, peut être estimée approximativement comme 1 est à 3 ou 4. Si, sur le même animal, on veut constater, à l'aide du galvanisme, l'état du sympathique intracrânien, on trouve, comme on pouvait s'y attendre, qu'il agit encore sur la pupille, mais d'une manière plus faible que sur le côté opposé.

Si, au lieu de couper le cordon, on enlève le ganglion cervical supérieur, au bout de six à sept jours, lorsque toute action du sympathique intracrânienne est abolie, on peut obtenir, de ce côté, l'effet moteur ordinaire en irritant la cinquième paire, mais la dilatation de la pupille ne peut plus s'obtenir. Si, sur le côté opposé de la tête, le nerf a été laissé intact, on obtient les effets ordinaires sur la pupille, d'autant plus intéressants dans ce cas qu'ils servent de terme de comparaison pour le côté opéré.

ÉTAT PHYSIOLOGIQUE DE L'ALBUMINE DANS L'ÉCONOMIE.

M. Mialhe lit, en son nom et celui de M. Pressat, un mémoire sur ce sujet. Voici quelques extraits qui résument ce travail :

Dans un précédent article, les auteurs ont établi qu'aucune substance ne peut entrer dans l'économie ou en sortir autrement qu'à l'état de dissolution. Le système circulatoire composé de vaisseaux clos de toutes parts ne peut admettre ou chasser les matières étrangères qu'à travers l'épaisseur des parois ; il y a donc nécessité pour tous les éléments, alimentaires ou non, qui doivent pénétrer dans le torrent circulatoire, qu'ils soient dans un état de dissolution complète afin de pouvoir traverser les membranes, arriver jusque dans la profondeur des tissus.

MM. Mialhe et Pressat se proposent de démontrer que, contrairement à l'opinion des auteurs, l'albumine à l'état normal est insoluble ; qu'elle ne traverse pas les membranes animales ; qu'elle doit, pour pénétrer dans l'économie, ou pour en sortir, subir des transformations qui la rendent momentanément soluble.

Si pendant les expériences endosmotiques, disent ces auteurs, on trouve dans les liquides extérieurs une certaine quantité de matière albumineuse, ce n'est pas de l'albumine normale, c'est de l'albumine modifiée provenant de la macération des membranes mêmes qui ont laissé transsuder la matière albumineuse dont elles étaient imprégnées : mais jamais le sérum ou le blanc d'œuf, dont la composition chimique et les propriétés physiques sont semblables, n'ont traversé les membranes.

Cet état d'insolubilité entraîne nécessairement une organisation spéciale.

L'albumine a en effet une organisation spéciale qui la maintient dans un état de suspension et non de dissolution dans le sérum et le blanc d'œuf, et qui la rend pour les propriétés physiques et chimiques parfaitement semblable aux substances globulaires.

Comme les substances globulaires, elle doit, pour pénétrer dans l'économie, subir des modifications qui la rendent soluble et propre à être assimilée ; et les expériences rapportées dans ce mémoire établissent que si l'albumine normale est insoluble, point endosmotique, l'albumine modifiée par un ferment, la pepsine, devient soluble et traverse les membranes.

Ainsi l'albumine existe dans l'économie sous trois états bien distincts par leurs propriétés physiques et chimiques.

1° *L'albumine normale, physiologique*, constituant un des principaux éléments du liquide sanguin ; identique à l'albumine du blanc d'œuf, insoluble, ne traversant pas les membranes, précipitant par la chaleur et par l'acide nitrique, sans qu'un excès d'acide puisse dissoudre le précipité.

2° *L'albumine amorphe, caséiforme*, résultant de la première modification des aliments albumineux sous l'influence des sucs gastriques ; produit de transition destiné à être converti en albuminose, elle est propre à traverser les membranes, mais impropre à être assimilée ; elle précipite incomplétement par la chaleur et l'acide nitrique, lequel, mis en excès, dissout le précipité. A mesure qu'elle se modifie, l'albumine amorphe se rapproche de l'albuminose, dont elle prend les caractères et les propriétés.

3° *L'albuminose*, produit ultime de la transformation des aliments albuminoïdes par l'acte de la digestion, soluble, endosmotique, assimilable; entraîné par tous les appareils de sécrétion et de composition organique, il se retrouve dans toutes les humeurs animales, le sang, le lait, la salive, la sueur, l'urine, mais en quantité à peine appréciable, c'est lui qui fournit les principaux éléments de la nutrition : il ne précipite ni par la chaleur, ni par l'acide nitrique, et seulement par les réactifs qui décèlent toutes les matières animales.

Ces trois états de l'albumine constituent une seule et même substance qui, en se modifiant, acquiert des propriétés nouvelles. Ils sont chimiquement isomériques, et l'analyse ne peut constater la moindre différence dans leur composition élémentaire. Ils se distinguent seulement par la manière dont ils se comportent avec la chaleur et l'acide nitrique.

Dans l'état de santé, l'*albumine amorphe* et l'*albuminose* sont constamment le produit de la transformation des substances alimentaires extérieures destinées à fournir les matériaux nécessaires à la nutrition ; dans l'état de maladie, il n'en est plus de même, l'*albumine amorphe* et l'*albuminose*, loin d'être des éléments réparateurs venant du dehors, se créent aux dépens de l'albumine normale du sang et des tissus vivants.

Après avoir cherché à établir par des expériences la part que prennent les membranes animales dans les phénomènes endosmotiques, les phénomènes anormaux qui résultent des modifications que les influences morbides introduisent dans l'état pathologique des membranes et de l'albumine, MM. Mialhe et Pressat déduisent de ces faits la théorie de certains phénomènes observés dans plusieurs maladies résultant d'une altération des liquides organiques, telles que les fièvres typhoïdes, le typhus, la fièvre jaune, le scorbut, etc., et ils terminent par des considérations sur la présence de l'albumine dans les urines, qui tendent à établir que l'albumine se trouve dans les urines sous les trois états sous lesquels elle existe dans l'économie, mais se rattachant chacun à des causes pathologiques différentes : l'*albumine normale* à l'altération profonde des glandes rénales, l'*albumine amorphe* à la viciation des liquides, l'*albuminose* au défaut d'assimilation ou à l'influence cholérique.

ACADÉMIE DE MÉDECINE.

SÉANCE DU 28 OCTOBRE. — PRÉSIDENCE DE M. ORFILA.

Le procès-verbal de la dernière séance est lu et adopté.

La correspondance officielle comprend : trois lettres du ministre du commerce, par lesquelles il transmet : 1° un rapport de M. le docteur de Fromentel, médecin des épidémies de l'arrondissement de Gray, sur l'épidémie de fièvre typhoïde qui a régné dans la commune d'Achey, pendant les mois de juillet et août 1851 ; 2° un rapport de MM. Fernand, Fabre, Cainbournac, de Jumigny et Rippart, membres du conseil d'hygiène du Cher, sur l'épidémie cholérique qui a régné dans ce département pendant l'année 1849 ; 3° quatre rapports de MM. les médecins des épidémies des arrondissements de Fougères, Vitré, Saint-Malo et Redon, sur les épidémies qui ont régné dans ces arrondissements pendant l'année 1850.

— M. Obriot transmet de nouveaux documents à l'appui de l'efficacité qu'il attribue à la spirée ulmaire dans la guérison de l'hydropisie. (Comm. : MM. Bricheteau, Grisolle et Richard.)

EMPLOI DU TANNATE DE QUININE DANS LE TRAITEMENT DES FIÈVRES INTERMITTENTES.

M. Lefèvre (de Rochefort) adresse, en réponse à la demande qui lui en a été faite au nom de l'Académie, le résultat de ses observations sur l'emploi du tannate de quinine dans le traitement des fièvres intermittentes.

Par les observations de M. Lefèvre, on voit que le tannate de quinine a été administré à 17 malades, qui ont fourni par les rechutes survenues à quelques-uns 20 cas de fièvre intermittente, savoir :

8 cas de fièvre quotidienne, dont 1 suite de rechute, combattue par le même agent ;

7 cas de fièvre tierce dont 2 rechutes ;

5 cas de fièvre quarte.

Parmi les 8 fièvres quotidiennes le tannate n'a pas réussi une fois.

Dans les 7 fièvres tierces, il a toujours arrêté les accès.

Dans les 5 cas de fièvres quartes, il a échoué 2 fois.

Pour arrêter la fièvre quotidienne, la quantité de tannate administré a varié de 0,50 à 2 grammes.

Pour la fièvre tierce, elle a varié de 1 à 3 grammes.

Pour la fièvre quarte, elle a varié de 2 à 3 grammes.

Le tannate de quinine a été administré mêlé soit à du sirop de sucre, soit à une pulpe de fruit cuit. Les doses ont varié de 0,25 à 0,50 à la fois.

On l'administrait, dans les fièvres quotidiennes, immédiatement à la fin de l'accès ;

Dans les fièvres tierces, le jour de l'intermittence ;

Dans les fièvres quartes, les deux jours d'apyrexie.

Il résulte de ces observations que le tannate de quinine aurait, à poids égal, une activité égale, mais non supérieure à celle du sulfate de quinine pour enrayer la fièvre d'accès. L'auteur a constaté que ce médicament est facilement toléré par l'estomac, et qu'il ne détermine pas les troubles nerveux produits souvent par le sulfate de quinine. Sa presque insipidité en rend l'ingestion facile. et si les faits observés à Rochefort se confirment, ce serait une préparation bien précieuse pour traiter les enfants atteints de fièvre intermittente. Le tannate de quinine ne modifie pas l'économie de manière à empêcher les rechutes des fièvres d'accès ; elles sont aussi communes après l'usage de ce sel qu'après celui des autres antipériodiques. (Commission des fébrifuges.)

QUELQUES RÉFLEXIONS SUR LE PURPURA HÆMORRHAGICA.

M. Fournié (de Bordeaux) adresse un mémoire ayant pour titre : Quelques réflexions a propos d'une observation de purpura hæmorrhagica. L'auteur résume son opinion en disant que le *purpura hæmorrhagica* diffère complète-

ment du scorbut par les causes, les modes de manifestation, sa marche, ses accidents, la composition du sang des sujets qui en sont atteints et par son traitement; que si le scorbut semble tenir essentiellement à une altération des liquides, et principalement du sang, le *purpura* semble être caractérisé par une altération des solides en général, et du système capillaire en particulier.

ANÉVRISME VRAI DE L'ARTÈRE CAROTIDE.

M. Louis Chapel, chirurgien en chef des hospices de Saint-Malo, adresse des observations et des réflexions sur un anévrisme *vrai* de l'artère carotide, suivi de mort. De toutes les considérations qui lui ont été suggérées par cette observation, il lui paraît ressortir :

1° Que l'opération devenait indispensable après le traitement qui avait été tenté sans succès, à cause des douleurs qui altéraient profondément l'état du malade;

2° Que, dans le cas particulier rapporté dans ce travail, il n'y avait pas à hésiter entre la ligature et l'électro puncture. Cette dernière opération devait être rejetée à cause de son incertitude, du temps qu'il faut attendre pour obtenir la coagulation du sang, des douleurs qu'il faut endurer et des escarres, qui ne sont pas toujours aussi innocentes qu'on a voulu l'affirmer;

3° Que le malade est mort d'un ramollissement du cerveau et du cervelet, qui n'avait donné aucun signe de son existence pendant la vie, et qui a dû recevoir une fâcheuse influence de l'interruption brusque de la circulation carotidienne. De l'inspection des altérations anatomo-pathologiques, l'auteur a cru pouvoir conclure à un état de maladie de l'encéphale antérieur à l'opération.

4° Que le cas cité est un exemple d'anévrisme vrai dont Scarpa niait l'existence, lésion artérielle qui aurait contribué à l'altération de la pulpe cérébrale, et à développer, par la compression des nerfs sensitifs, ces atroces douleurs dont se plaignait si amèrement le malade.

5° Enfin, que s'il faut agir avec beaucoup de prudence à l'endroit des opérations d'anévrisme, il ne faut pas non plus se laisser aller à des lenteurs qui auraient pour résultat d'occasionner des accidents irrémédiables du côté des viscères ou du sac anévrismal. (Comm. : MM. Bérard, Velpeau, Jobert et Malgaigne.)

— M. Cheneau présente un mémoire sur l'emploi de l'iode pur en vapeurs, comme moyen de guérison de maladies articulaires, pour lesquelles l'amputation est jugée le plus souvent indispensable. (Comm. : MM. Jobert et Larrey.)

— MM. Colombe, Jacquemier, Depaul, se portent candidats à la place vacante dans la section d'accouchements.

TRACHÉOTOMIE PRATIQUÉE POUR UN CAS DE CROUP.

M. Jobert lit, en son nom et au nom de M. Velpeau, un rapport *sur une observation de trachéotomie pratiquée dans un cas de croup* par M. Masliearat-Lagémard, et à la suite de laquelle il a employé un procédé de dilatation de la plaie déjà décrit et présenté par lui au jugement de l'Académie en 1840. L'observation communiquée par M. Masliearat-Lagémard n'offre, sous le rapport de l'affection en elle-même, rien de particulier; mais M. Masliearat a introduit dans le manuel opératoire un procédé de dilatation de la plaie auquel il attribue une grande importance; voici la description de la pièce dilatatrice que M. Masliaurat a imaginée pour atteindre ce but. Cette pince se compose d'une tige en fil de fer tournée en spirale par son milieu, de manière à tenir constamment écartées les deux extrémités, et à permettre leur rapprochement à volonté par l'élasticité de ce milieu : sur chaque extrémité se trouvent deux petits crochets pointus et recourbés en dehors. Ce sont ces crochets qui, implantés sur la face interne de la trachée, écartent seuls, et d'une manière permanente, les bords de cette plaie. C'est, en un mot, la représentation du blépharostat si connu aujourd'hui, avec cette différence, toutefois, que les deux petits crochets au lieu d'être mousses et arrondis, comme il les faut pour soulever les paupières, ont une courbure moins intense, et sont pointus, afin de se fixer sur les bords de l'ouverture qu'on veut tenir écartés. On dirige en bas l'extrémité recourbée de la pince qui offre un léger coude au milieu de ses branches, afin de la fixer avec un cordon, ou même de graduer son écartement à volonté au moyen d'un fil qui limiterait ce degré d'écartement de ses branches.

Nous avons examiné, dit M. le rapporteur, cette pince avec attention; nous l'avons appliquée dans un certain nombre de trachéotomies artificielles faites sur le cadavre, et voici les réflexions que son emploi nous a suggérées. La force des ressorts qui tient écartées les deux branches de la pince est avant tout un obstacle réel à son introduction dans la trachée; cette force tend toujours à éloigner les uns des autres les six petits crochets recourbés en dehors et détermine dans le manuel opératoire des hésitations et des temps d'arrêt nuisibles certainement à une action qui a besoin d'être sûre et rapide; cet obstacle moins marqué, si le sujet est maigre, devient très-grand dès que l'épaisseur des tissus divisés est notable. La très-légère courbure des trois crochets est trop faible pour les maintenir convenablement dans la trachée, et l'état lisse de leur concavité, uni à l'émoussement de leur pointe, rend encore leur déplacement plus facile.

La pince que nous avons sous les yeux est munie de trois petits crochets latéraux. Cette disposition rend son introduction très-laborieuse, et nous comprenons que M. Masliecurat ait conseillé de réduire leur nombre à deux. Mais, malgré cela, il y aura encore d'autres inconvénients à son emploi : ainsi, on ne pourra que très difficilement mesurer la force de délatation imprimée aux lèvres de la plaie, et la fixation de la pince telle qu'elle est construite sera très-incertaine. En effet, d'une part, le coude autour duquel on doit attacher le fil qui sert à la maintenir en place, n'est pas perpendiculaire à la ligne dans le sens de laquelle s'exerce la traction. Et d'une autre, la pression opérée par le ressort sur les lèvres de la plaie se fait d'une manière inégale, c'est-à-dire d'une façon instable : très-forte vers le crochet terminal, elle va en diminuant à mesure qu'on se rapproche du ressort, d'où il suit que, sous l'influence d'un déplacement ou d'un tiraillement même léger, la pince bascule de bas en haut, tend à s'engager à droite ou à gauche dans le tissu cellulaire sous-cutané, abandonne l'angle inférieur de la plaie, et s'échappe ensuite avec une grande facilité.

Il ne faut pas exagérer, ajoute M. le rapporteur, l'importance de ce nouvel instrument, autant que l'auteur se sent disposé à le faire lui-même. Si sur les cinq opérations où il a eu recours à ce moyen, il a obtenu deux succès, rien ne prouve, d'une façon péremptoire, que la guérison a été due principalement et exclusivement à l'emploi de la pince dilatatrice. Trop d'autres causes générales ou locales doivent être prises en considération, pour qu'on accepte sans réserve la signification donnée par M. Masliearat à la statistique qu'il rapporte.

Telles sont, dit en terminant M. le rapporteur, les observations que nous avons cru devoir faire au sujet de la communication de M. Lagémard, dont les travaux ont été plus d'une fois favorablement appréciés par l'Académie. Nous avons voulu établir sérieusement le degré d'application de cet instrument.

En rendant justice au zèle de notre confrère et à son habileté chirugicale, nous avons l'honneur de vous proposer de lui adresser des remerciements, et de déposer honorablement son travail dans les archives. (Adopté.)

JAMBE ARTIFICIELLE.

M. H. Larrey lit un rapport favorable sur un appareil prothétique destiné à remplacer le pilon pour les amputés du membre inférieur imaginé par M. de Beaufort. M. le rapporteur propose de remercier l'auteur pour la communication et de déposer honorablement aux archives le mémoire descriptif de son appareil. Ces conclusions sont adoptés.

TRAITEMENT ANTISYPHILITIQUE CHEZ LES FEMMES ENCEINTES.

M. Devilliers fils lit un travail intitulé : Recherches sur le traitement antisyphilitique chez les femmes enceintes. L'auteur résume son travail dans les conclusions suivantes :

1° La femme enceinte et le fœtus supportent, en général, assez bien le traitement antisyphilitique mercuriel pendant la première moitié de la grossesse et même dès la première semaine.

2° La cause des effets nuisibles du traitement à cette époque paraît résider principalement dans son défaut de tolérance par les organes digestifs de la mère et dans l'irritabilité nerveuse qu'il développe quelquefois; c'est assez souvent alors par une cause mécanique que l'avortement a lieu.

3° Le fœtus devient d'autant plus accessible aux effets de l'affection syphilitique et impressionnable à l'action des médicaments spécifiques, qu'il approche de la perfection nécessaire à la vie extra-utérine.

4° Dans l'application du traitement on doit se rappeler les circonstances suivantes, observées dans la marche de l'affection syphilitique pendant la grossesse :

a. La conception possède le pouvoir de provoquer, dans un grand nombre de cas, l'apparition au dehors de symptômes de syphilis restés latents depuis un espace de temps plus ou moins long.

b. L'état de gestation paraît activer plus souvent que retarder le développement ou la marche des accidents vénériens.

c. Ceux-ci éprouvent pendant la grossesse des oscillations assez fréquentes et ont de la tendance à reparaître, surtout vers le sixième, septième ou huitième mois.

d. Ils disparaissent, en général, spontanément et assez rapidement après la parturition.

5° Contre les accidents primitifs des premiers mois, les palliatifs sont inutiles, et on doit employer immédiatement un traitement radical. Pour les accidents secondaires et tertiaires de la même époque, ou à des motifs encore plus pressants pour ne pas ajourner le traitement spécifique.

6° Un traitement actif, entrepris ou recommencé vers les derniers mois de la grossesse, c'est-à-dire vers cette époque ou l'avortement par cause syphilitique se produit le plus fréquemment, doit être administré avec des précautions relativement plus grandes que pendant les premiers temps.

7° Si le traitement entrepris dans la première moitié de la gestation n'est pas complétement interrompu ou ne l'est que depuis peu de temps, lors de la réapparition des symptômes dans les derniers mois, sa reprise expose moins au développement d'accidents, soit chez la mère, soit chez le fœtus.

8° Il ne faut donc pas cesser trop vite le traitement après la disparition des accidents syphilitiques, et le continuer à une très-faible dose aussi longtemps que possible.

9° Le traitement antisyphilitique semble être d'autant mieux supporté par la mère et le fœtus à toutes les époques de la gestation, qu'il s'adresse à des accidents plus compliqués et plus graves de la syphilis.

10° Les symptômes syphilitiques, soit primitifs, soit secondaires, qui se montrent pendant les dernières semaines de la grossesse, doivent être l'objet d'un traitement non-seulement local (lorsqu'ils ont leur siége aux parties génitales, et afin d'éviter la contagion), mais encore général, l'enfant paraissant mieux disposé dans ce cas à subir le traitement mercuriel s'il devient nécessaire après la naissance.

11° Après l'accouchement, il faut ne pas attendre trop longtemps pour commencer ou reprendre le traitement, ne pas s'autoriser de la décroissance, assez fréquente à cette époque, des symptômes syphilitiques pour s'abstenir de le mettre en usage, et ne pas dépasser le huitième ou dixième jour si l'enfant allaite par sa mère porte des traces de syphilis.

12° Dans le commencement de la grossesse, les médicaments antisyphilitiques internes sont souvent mal tolérés par les femmes enceintes. Cela a lieu moins fréquemment vers le milieu et les derniers mois de la gestation. Dans le premier

cas, on leur préférera autant que possible les frictions mercurielles. (Comm. : MM. Danyau et Gibert.)

PHIMOSIS CONGÉNITAL.

M. L. Fleury lit un mémoire sur le phimosis congénital, au point de vue médico-chirurgical.

L'auteur résume son travail dans les propositions suivantes :

1° Le phimosis congénital a une importance pathogénique qui a été à peu près complètement méconnue jusqu'à présent, et qui, cependant, doit fixer l'attention des praticiens.

2° Le phimosis congénital donne lieu à trois ordres de phénomènes morbides :

a. A des accidents se rattachant aux organes génitaux, au sens génital et aux fonctions de la génération. La verge et les testicules présentent souvent un volume très-peu considérable ; la muqueuse du gland est fine, rouge et d'une sensibilité très-exagérée : le coït est douloureux, l'éjaculation incomplète, difficile et souvent accompagnée d'une vive douleur périnéale; des érections fatigantes et des pollutions nocturnes se montrent fréquemment, ainsi que des écoulements urétraux se produisent après les coïts les plus purs. Le sens génital est tantôt excité, au point de produire des érections presque continuelles, des désirs vénériens immodérés, des manœuvres de masturbation, des pertes séminales involontaires; tantôt, au contraire, il est pour ainsi dire éteint, et l'on observe une anaphrodisie plus ou moins complète.

b. A des phénomènes se rattachant aux organes urinaires, et principalement caractérisés par des envies très-fréquentes d'uriner, des douleurs à l'orifice de l'urètre, et d'autres accidents qui sont ordinairement attribués à une névralgie vésicale, à une maladie de la prostate, à la présence d'un calcul ou à toute autre affection des organes urinaires.

c. A des troubles variés du système nerveux offrant la plus grande analogie avec ceux que l'on observe chez les femme atteintes d'une affection utérine, d'un déplacement en particulier, et principalement caractérisés par de la gastralgie, des palpitations, de l'hypocondrie ou des accès hystériformes, et dont la véritable cause a été jusqu'à présent complètement inconnue.

3° L'excision du prépuce est le seul moyen de faire disparaître l'ensemble symptomatique que nous avons décrit; cette opération a été suivie d'un succès complet 23 fois sur 27; 4 malades ont été soustraits à mon observation très-peu de temps après l'opération, et, par conséquent avant qu'il m'ait été possible de me prononcer sur le résultat définitif de celle-ci.

4° Quelque médication qu'on mette en usage avant d'avoir fait disparaître le vice de conformation, on ne parvient point à faire disparaître les accidents. Après l'opération, les toniques, les antispasmodiques, et spécialement l'hydrothérapie, peuvent, au contraire, rendre de grands services.

5° Le procédé opératoire de M. Ricord, et l'usage des serre-fines, sont les moyens auxquels il est préférable de recourir pour pratiquer l'excision du prépuce. (Comm. : MM. Ricord, Longet et Jobert.)

M. Deblanc, chef du laboratoire à la pharmacie centrale, lit un exposé de ses recherches sur les semences et l'huile de croton.

La séance est levée à cinq heures.

— M. Mercier a adressé la lettre suivante à la séance précédente, que notre impartialité nous fait un devoir de publier :

« La dernière lettre de M. Leroy-d'Étiolles, malgré la violence de son style, n'en contient pas moins les aveux suivants :

» 1° Il n'est pas l'inventeur des bougies à boule. Qu'importe que, dans des ouvrages qui ne sont lus que par très-peu de personnes et cela d'ailleurs postérieurement aux observations que je lui en ai faites dans mon Traité des rétrécissements), il ait reconnu la priorité de Ch. Bell, il n'en est pas moins vrai qu'il a réclamé cette invention comme sa propriété dans une lettre à l'Académie, dont tout médecin lit les comptes rendus.

» 2° Il a détracté pendant longtemps mes sondes coudées avant de faire volte-face. Il est vrai que s'il veut se les approprier aujourd'hui, c'est parce qu'il a poussé l'imaginative jusqu'à en faire faire de tout à fait semblables aux miennes en gomme élastique. Mais moi j'avais dit dès 1840, et j'ai répété vingt fois depuis, qu'avec une sonde élastique et un fil métallique comme celui qui sert à désobstruer les algalies, on peut faire une sonde coudée flexible.

» Quant à ses sondes tortillées, il n'en donne plus aujourd'hui la théorie qu'on lit à la page 238 de son Traité des angusties ; il se contente d'en appeler à l'expérience : c'est ce qu'on a toujours fait, même pour les plus mauvais procédés. Moi je persiste à soutenir que si elles ont eu quelques succès, elles ne les doivent qu'au hasard, et qu'il est facile de les remplacer par des procedes beaucoup plus simples et surtout rationnels. »

Note de la rédaction. — Nous supprimons de la lettre de M. Mercier un passage en réponse aux menaces de procès contenues dans la lettre de M. Leroy. Ces menaces ont été glissées, à l'insu de la rédaction, dans le compte rendu du journal, qui ne les aurait pas accueillies.

— Au moment où nous terminons ces lignes, nous recevons de M. Mercier la lettre suivante, qui complète sa réponse à celle de M. Leroy-d'Étiolles :

Mousieur,

Votre compte rendu de la séance de l'Académie de médecine du 14 octobre contient une lettre qui s'y est certainement glissée à votre insu. Permettez-moi d'y répondre en peu de mots.

Lequel, je le demande à tout homme consciencieux, est le plus *déloyal* de celui qui réclame en faveur de la vérité, ou de celui qui, la connaissant, l'ayant même reconnue dans un livre du genre de ceux qui sont peu lus, la cache dans une lettre destinée à être lue par tout médecin qui s'occupe tant soit peu des progrès de la science ?

M. Leroy-d'Étiolles se targue de sa *modération* ; voudrait-il dire par hasard que je l'ai invoquée ? Je ne le pense pas. S'il m'est permis de lui donner un conseil, qu'il cesse d'avenir de parler de *prescription* ; car son silence avant, et le bruit qu'il fait depuis, pourraient faire croire qu'il en est plus heureux que moi.

Agréez, etc. Aug. Mercier.

SOCIÉTÉ DE BIOLOGIE.

PRÉSIDENCE DE M. RAYER.

COMPTE RENDU DES SÉANCES PENDANT LE MOIS DE SEPTEMBRE 1851 ; par MM. les docteurs Lebert et Brown-Séquard, secrétaires.

I. — Anatomie.

SUR LA PORTION CÉPHALIQUE DU GRAND SYMPATHIQUE ; par M. Ludovic Hirchfeld.

« Depuis la découverte des ganglions ophthalmique, sphéno-palatin, otique, etc., l'existence de la portion céphalique du grand sympathique est devenue un sujet de controverse parmi les anatomistes. Les uns, rattachant au système ganglionnaire de la vie organique tous les ganglions, quel que soit le lieu qu'ils occupent, admettent que le grand sympathique s'étend à la tête, comme au thorax et à l'abdomen ; de là la dénomination de trisplanchnique sous laquelle ils l'ont désigné. Les autres, au contraire, soutiennent, mais sans faire connaître leurs motifs, que les ganglions de la tête appartiennent à une tout autre catégorie que ceux du grand sympathique, et que celui-ci n'a pas de portion céphalique.

» D'après M. Longet, la partie céphalique du grand sympathique est représentée par les ganglions de la tête et par les nombreuses irradiations du ganglion cervical supérieur, qui accompagne soit la carotide interne, soit la carotide externe, ainsi que la plupart de leurs branches. M. Arnold considère les ganglions de la tête comme constituant un petit système à part, destiné aux organes des sens. M. Blandin, tout en admettant la destination spéciale aux organes des sens, des ganglions crâniens, les rattache à la série des autres ganglions sympathiques ; selon lui, la portion céphalique du grand sympathique se composerait surtout des ganglions ophthalmique, sphéno-palatin, otique, sous-maxillaire et sublingual ; le ganglion cervical supérieur concourrait aussi à sa formation.

» Pour mon compte, les ganglions de la tête n'appartiennent nullement au système ganglionnaire du grand sympathique, mais ils forment un petit appareil de ganglions à part, qui dépendent des nerfs crâniens (3e et 5e paire), de la même manière que les ganglions intervertébraux dépendent des nerfs rachidiens. Les raisons anatomiques qui m'ont fait adopter cette manière de voir sont les suivantes : 1° Lorsque quelques-uns des ganglions crâniens manquent, les rameaux qui en proviennent habituellement émergent du trijumeau. Ainsi les ganglions sphéno-palatin, otique, sublingual et sous-maxillaire manquent quelquefois chez l'homme ; le ganglion sphéno-palatin n'existe pas chez les ruminants, les rongeurs ; il manque aussi chez le chien et le chat ; alors les rameaux qui en naissent habituellement viennent du trijumeau. 2° Les liens qui rattachent les ganglions de la tête à l'appareil ganglionnaire du grand sympathique (racines végétatives) manquent assez souvent, et même on pourrait contester l'existence des racines végétatives des ganglions otique, sous-maxillaire, sublingual, tandis que je n'ai jamais vu manquer les filets (racines sensitivo-motrices) qui les fixent au nerf crânien. 3° Ces ganglions, quelquefois rougeâtres, ont souvent un aspect aussi blanc que celui des nerfs crâniens, ce qui s'explique parce qu'ils renferment beaucoup moins de substance grise que les ganglions sympathiques. 4° Si l'on examine enfin la texture des ganglions crâniens, on voit qu'elle est tout à fait analogue à celle des ganglions intervertébraux, tandis qu'elle diffère de celle des ganglions survertébraux splanchniques.

» Des recherches toutes récentes et pleines d'intérêt de M. le docteur Robin viennent pleinement confirmer cette dernière assertion ; voici ses propres paroles : « Il entre dans la constitution des ganglions nerveux crâniens les mêmes corpuscules ganglionnaires (cellules nerveuses de beaucoup d'auteurs) que dans les ganglions rachidiens. Un certain nombre de ces corpuscules correspond aux tubes nerveux minces, ils sont moins nombreux que ceux de même nature existant dans les ganglions du grand sympathique. Celui des ganglions qui renferme le plus de ces derniers corpuscules est le ganglion de Gasser, qui certainement ne sera pas pas comparé aux ganglions du grand sympathique. Les ganglions crâniens (ophthalmique, géniculé, sous-maxillaire, etc.) sont, comme les ganglions rachidiens, remarquables surtout par l'abondance des corpuscules, comparativement au tissu cellulaire et à la matière amorphe granuleuse ; c'est à cette prédominance de corpuscules qu'est due la couleur blanche des ganglions nerveux céphaliques, qui les distingue déjà à l'œil nu des ganglions sympathiques. Cette différence coïncide avec une différence de structure intime, puisque dans ces ganglions viscéraux on trouve au contraire une grande proportion de cette substance amorphe et aussi de tissu cellulaire et d'éléments fibro-plastiques, comparativement à la masse des globules ganglionnaires.

» Ainsi donc : 1° la proportion considérable des corpuscules dans les ganglions céphaliques, la petite proportion des éléments accessoires, comparée à la petite quantité des corpuscules dans les ganglions viscéraux avec, au con-

traire, grande proportion des éléments accessoires; ces faits, disons-nous, montrent que les ganglions des nerfs de la tête ne peuvent pas être considérés comme analogues aux ganglions du système nerveux dit de nutrition. 2° Les faits indiqués précédemment montrent que l'on peut comparer les ganglions crâniens aux ganglions rachidiens, puisqu'ils contiennent les mêmes éléments fondamentaux et accessoires. »

» L'existence constante de liens qui les fixent aux nerfs médullo-encéphaliques, la communauté d'aspect et de texture m'autorisent à supposer une communauté de fonctions dans les ganglions crâniens et les ganglions rachidiens. Si donc les idées d'Arnold sont fondées relativement à l'usage des ganglions crâniens, les ganglions rachidiens (intervertébraux) devront aussi être considérés comme des ganglions sensoriaux, avec cette restriction toutefois que les ganglions crâniens ont sous leur dépendance immédiate les quatre sens spéciaux qui ont leur siége à la tête, tandis que les ganglions intervertébraux, étant placés sur le trajet de toutes les racines sensitives, auront pour usage de modifier la perception des sensations générales et de rendre les nerfs sur le trajet desquels ils sont placés aptes à transmettre les sensations spéciales du tact et du toucher.

» Après avoir démontré que les ganglions de la tête ne peuvent, anatomiquement parlant, être considérés comme la portion céphalique du grand sympathique, il nous reste à parler du prolongement crânien du ganglion cervical supérieur qui, à raison de ses nombreuses connexions avec les nerfs crâniens, de ses divisions, de ses anastomoses, de ses plexus multiples et de ses ganglions (ganglion carotidien et peut-être ganglion pituitaire), peut être envisagé comme l'origine céphalique du grand sympathique. »

II. — Physiologie.

1° Recherches sur les variations de l'acidité de l'urine aux différentes émissions du jour; par M. Delavaud.

Les auteurs (1) disent que l'urine est toujours acide lorsqu'elle provient d'un individu sain, et que les variations qu'elle subit sous ce rapport, comme sous bien d'autres, sont purement accidentelles et dues principalement à la nature des aliments.

J'ai examiné sur moi-même l'acidité de l'urine des différentes émissions de la journée, et j'ai fait à cet égard trois séries d'observations: la première comprend vingt-trois jours, du 24 août au 15 septembre 1850; la deuxième en comprend vingt-quatre, entre le 16 septembre et le 13 octobre, et la troisième sept, entre le 11 et le 20 novembre; en tout cinquante-quatre jours.

Ces observations ont été faites simplement avec des bandes de papier de tournesol sur lesquelles on laissait tomber un filet de l'urine au moment de son émission. Puis la réaction acide, neutre ou alcaline, était notée sur-le-champ. Le papier qui a réagi, gardant après sa dessiccation la même réaction qu'auparavant, ou passant tout au plus de l'état neutre à une acidité à peine sensible, cela m'a permis de conserver les résultats matériels obtenus, et de plus de distinguer des différences bien tranchées dans l'intensité de l'acidité.

Dans la première série d'observations (du 24 août au 15 septembre), j'ai voulu tenir compte de toutes les circonstances capables d'influer sur l'économie. Voici les conditions dans lesquelles je me suis trouvé: température modérée (18 à 21° c. dans ma chambre, à Paris), temps assez beau. Réveil et lever de cinq heures à sept heures, ordinairement 6 heures, séjour dans la chambre jusqu'au déjeuner; déjeuner à neuf heures et demie, quelquefois dix heures ou dix heures et demie; nourriture se composant à ce repas de viande, œufs et fruits. Pendant le milieu du jour, ordinairement promenade d'une heure et travail de cabinet. A cinq heures et demie, dîner, se composant de potage (avec quelques carottes, navets), bœuf, légumes (tels que artichauts, haricots, pommes de terre), rôti (bœuf, veau, mouton, volaille, gibier), salade, fruits (tels que pêches, abricots, fraises, poires, raisins), vin et eau. Après le dîner, promenade d'une ou deux heures; puis travail de cabinet, et enfin coucher à dix heures et demie environ.

Le résultat total auquel je suis arrivé a été le suivant: 1° la première émission d'urine, à l'heure du réveil (de cinq heures à sept heures, ordinairement six heures), s'est montrée constamment très-manifestement acide; 2° les émissions suivantes jusqu'au déjeuner (neuf heures et demie, quelquefois dix heures, dix heures et demie), et peu après ce repas ont été presque toujours neutres ou très-légèrement alcalines ou à peine acides, et fort rarement, et dans des cas exceptionnels, d'une acidité marquée; 3° pendant le reste de la journée et pendant la nuit, l'urine a toujours été acide. La première émission après le dîner (cinq heures et demie), pendant la digestion stomacale, m'a offert constamment une acidité très-forte.

Dans la seconde série d'observations, comprenant vingt-quatre jours (entre le 16 septembre et le 13 octobre 1850), le régime a été le même que dans la première, excepté que généralement il n'y a pas eu ingestion de fruits au déjeuner, et que le travail auquel je me suis livré exigeait du mouvement et la station verticale, à partir de ce repas jusqu'au dîner.

Le résultat total a été le même que pour la première série; j'y ai constaté, en outre, qu'il y avait diminution notable dans l'acidité vers l'heure du coucher, de dix heures à onze heures. Mais je n'insiste pas sur ce fait pas plus que sur celui du maximum d'acidité quelque temps après le dîner; je les note seulement pour plus d'exactitude.

Les observations de la troisième série, comprenant sept jours (entre le 11 et le 20 novembre 1850), n'ont pas été faites aussi régulièrement que les précédentes, quelques émissions de la journée ayant été négligées. Elles confirment toutefois le résultat déjà obtenu, et montrent qu'il est le même à diverses époques, malgré la différence des saisons et les quelques changements que cela apporte dans le régime.

Depuis ce temps, plusieurs autres observations isolées ont été faites çà et là, et le résultat a été constant.

Dans ce grand nombre d'observations, je n'ai trouvé que très-peu d'exceptions. Quatre fois seulement, l'urine, ordinairement neutre le matin, entre la première émission du jour et le déjeuner, s'est montrée sensiblement acide; mais ce fait coïncidait précisément avec de la fatigue éprouvée pendant la nuit et dans la matinée.

Quant à l'influence du genre d'alimentation, je ne puis en juger, la nourriture ayant été presque constamment la même pendant toute la durée des observations, c'est-à-dire assez variée pour chaque jour.

Ainsi, en résumé, la réaction de l'urine sur le papier de tournesol a beaucoup varié selon les émissions de chaque jour, et ce sont les repas, comme on devait s'y attendre, qui influent sur ces variations. Le sommeil ne me paraît avoir ici qu'une influence secondaire, comme je l'expliquerai tout à l'heure.

Maintenant, ce résultat est-il individuel, ou doit-il être étendu à un plus ou moins grand nombre d'individus pris dans des circonstances à peu près semblables? Le premier cas pourrait être vrai, d'autant plus que ma constitution est assez faible. Quant à l'urine que j'ai émise pendant ces recherches, elle a toujours été claire et limpide. J'ai constaté maintes fois depuis qu'elle ne se troublait par l'ébullition que lorsqu'elle était neutre ou alcaline. Le dépôt formé n'est pas un carbonate, car il ne fait pas effervescence par les acides, l'acide chlorhydrique, par exemple. Il ne faut pas se servir ici d'acide nitrique, parce que, s'il renferme la moindre trace d'acide nitreux, l'urée en dégage de l'azote, ce qui peut induire en erreur. Ce dépôt n'est pas de l'albumine, quoiqu'il ressemble quelquefois, lorsqu'il est plus abondant que de coutume, au trouble que donne par la chaleur l'urine d'un hydropique, convenablement étendue d'eau ou d'urine normale: l'une et l'autre s'éclaircissent par l'addition d'une très-petite quantité d'acide nitrique; mais si l'on en ajoute encore, le trouble reparaît dans l'urine albumineuse même fort étendue, tandis que la première reste transparente. Le trouble en question est dû à des phosphates terreux, car après l'avoir bien lavé à l'eau distillée par décantation, puis traité par l'acide nitrique pour le dissoudre, par le nitrate d'argent et par de l'ammoniaque pour neutraliser la dissolution, j'ai obtenu un précipité jaune-serin (1). Quant à l'urée, 150 grammes d'urine de la journée m'ont donné une fois 9 grammes de nitrate d'urée brut et humide, ce qui est une forte proportion; une autre fois, j'ai obtenu immédiatement du nitrate d'urée en lamelles micacées en versant de l'acide nitrique dans l'urine non évaporée. A l'occasion de cette forte proportion d'urée, on peut remarquer en passant que, si elle est un indice de l'altération profonde des aliments, elle n'est pas toujours en rapport avec la force de constitution des individus. Quelques autres faits provenant de personnes d'une complexion assez faible ou exténuées par des excès me le font également penser. Enfin d'autres recherches, chimiques et microscopiques, faites depuis sur cette urine, à des époques indéterminées, ne m'y ont rien fait découvrir d'essentiellement anormal. Des circonstances particulières ne m'ont pas permis et ne me permettront pas encore, d'ici quelque temps, de faire à cet égard des analyses complètes et régulières.

Dans tous les cas, des observations faites sur d'autres individus devenaient nécessaires. Malheureusement, je n'ai pu en recueillir qu'un bien petit nombre, et encore sont-elles incomplètes. Cependant elles semblent confirmer jusqu'à présent le résultat obtenu sur moi-même.

D'abord, je puis citer un jeune homme, du même âge que moi (26 ans), d'une constitution robuste, d'un tempérament sanguin, et dont les urines sont ordinairement jaune-rouge et chargées d'acide urique. Les trois premières observations qu'il fit lui donnèrent, pour la première émission de la journée une réaction acide, et pour les suivantes, avant le déjeuner, une réaction moins acide et neutre. Je dois dire que d'autres observations lui donnèrent plus tard une réaction constamment acide, mais ces observations étaient faites dans des conditions irrégulières et différentes, relativement aux heures du lever et du premier repas, et c'est déjà quelque chose que d'avoir obtenu certaines fois le résultat en question. Du reste, voici d'autres observations.

Les unes ont été recueillies chez un homme de 30 ans, bien constitué. Dans deux cas, le lever ayant eu lieu à sept heures et le déjeuner à onze heures, la première émission, à sept heures, a été très-acide; la deuxième, à neuf heures, beaucoup moins; et la troisième, à dix heures et demi, tout à fait neutre. Chez

(1) M. Delavaud ne connaissait pas les belles recherches de M. Bence Jones. Nous en publierons bientôt un résumé, en même temps que les résultats de recherches qui nous sont propres. Brown-Séquard.

(1) Ces phosphates sont maintenus en dissolution, au moins en partie, par de l'acide carbonique; car l'urine fraîche, neutre et précipitable par la chaleur, laisse dégager, quand on la fait bouillir, de l'acide carbonique troublant l'eau de chaux, et après qu'elle a été ainsi troublée, elle s'éclaircit par un courant d'acide carbonique, pour se troubler de nouveau par une deuxième ébullition. Ayant une fois vu l'urine acide se troubler également par la chaleur, j'ai constaté aussi que cette urine laissait dégager de l'acide carbonique, et que ce gaz l'éclaircissait quand elle était troublée. Il est probable que cette urine se troublerait si l'on enlevait l'acide carbonique par le moyen du vide. Cet acide carbonique peut ne dissoudre que partiellement les phosphates, car dans l'urine acide, la réaction reste la même après le trouble par l'ébullition, la cause de cette acidité peut maintenir encore une portion des phosphates en dissolution.

J'ai remarqué que sur l'urine neutre et se troublant par la chaleur, il se formait, après quelques heures seulement, une pellicule irisée, très-mince, brillante, presque entièrement composée de cristaux de phosphate ammoniaco-magnésien.

le même, lorsqu'il prend un premier repas à huit heures et demie, la réaction est toujours acide.

Les autres proviennent d'un homme de 50 ans, d'une constitution moyenne, menant une vie irrégulièrement active. Jamais, comme dans les observations précédentes, l'urine n'a présenté, pour cette personne, une réaction neutre depuis le déjeuner jusqu'au lendemain, et deux fois sur six, cette neutralité s'est manifestée entre le reveil et le premier repas.

Ainsi, ce petit nombre de recherches sur différents individus peut faire penser que le résultat de mes propres observations est susceptible d'être étendu ou généralisé. Pour trancher la question, il faudrait des observations suivies faites dans des conditions bien déterminées, et à peu près semblables, ou relatives aux tempéraments divers.

Une explication de cette variation de l'acidité des urines dans un même jour serait donc anticipée. On ne peut cependant méconnaître le rapport qui existe entre cette acidité et les repas; elle semble être un des indices de la digestion (du moins de celle d'une nourriture non herbacée), tandis que la neutralité indiquerait une digestion tout à fait achevée et un besoin d'aliments. J'ai voulu, à cet effet, reconnaître quelle serait l'influence du jeûne. Et j'ai vu, par deux expériences où j'ai retardé de quatre à cinq heures le premier repas de la journée; que légèrement alcaline de huit à dix heures du matin, l'urine redevenait acide vers midi et une heure, aucun aliment n'ayant encore été ingéré. Mais faut-il conclure de là que l'influence des repas est nulle sur l'acidité du liquide urinaire, et que les heures de la journée en sont l'unique cause? Cette conclusion serait contraire à ce qu'on sait aujourd'hui sur l'influence du jeûne, pendant lequel l'animal vit de sa propre substance. Il semble, en supposant que cette acidité coïncide avec l'altération des substances alimentaires, que, cette altération étant achevée complétement le matin, l'économie soit habituée aux quelques heures d'abstinence qui précèdent le déjeuner, et que ce n'est qu'à partir de ce moment qu'une digestion artificielle et incessante des tissus mêmes du corps s'opère pour remplacer ce premier repas lorsqu'il est soustrait à l'individu. Quant au sommeil, il ne contribue sans doute qu'à rendre la digestion plus lente et plus complète. De la fatigue éprouvée pendant la nuit ou dans la matinée produirait le même effet que l'abstinence, en provoquant, par la consommation des forces, une digestion plus rapide des aliments, et nécessitant bientôt l'altération des tissus eux-mêmes. Mais ce ne sont là que de pures suppositions auxquelles je n'attache ici qu'une valeur secondaire.

Quoi qu'il en soit, ces observations fournissent une nouvelle preuve en faveur de l'importance qu'il y a à ne point donner, en physiologie, l'analyse absolue des liquides provenant de la digestion, et montre combien est grande l'influence des conditions variées où se trouve l'économie. Ainsi (chez certains individus, du moins), l'urine totale de la journée étant acide, il est des moments où elle est neutre. Il me semble que si l'on pouvait trouver, ne fût-ce que dans un seul individu, un rapport bien constant entre la composition du liquide urinaire et le grand phénomène de la digestion, à diverses périodes de la journée, ce serait rendre à la physiologie un service plus grand que de lui offrir des centaines d'analyses faites indépendamment de ces vues. Je ne fais, du reste, en cela, que me conformer aux idées des physiologistes éminents de nos jours. La variation dans l'acidité de l'urine n'est peut-être ici qu'une chose secondaire, des variations plus importantes, plus constantes et plus générales peuvent exister dans la sécrétion urinaire. C'est dans cette direction que je compte poursuivre ces études, encore si imparfaites, dès que les circonstances me le permettront.

2° RECHERCHES SUR LES LIMACES; par M. LAURENT.

M. Laurent communique quelques faits que ses recherches sur les limaces lui ont présentés :

1° Il rappelle à ce sujet la communication qu'il a déjà faite sur les métamorphoses des zoospermes, qui ont lieu dans la vésicule copulative, et rapproche les observations sur le *limax agrestis* de celles qu'il vient de recueillir sur le *limax ater*. D'après ce rapprochement, il y a lieu de multiplier les observations sur le nombre des œufs fécondés ou infécondés, soit dans des pontes successives, soit dans une seule ponte.

2° Il a vu presque tous les embryons de *limax ater* atteints d'une hydropisie de la vésicule ombilicale, produite par leur immersion dans l'eau. Il dit ensuite en avoir guéri quelques-uns en les plaçant dans l'air et les faisant sécher en partie.

3° Parmi les œufs de *limax ater*, il en a vu quelques-uns qui contenaient deux embryons, et l'un de ces œufs, dont les deux vitellus étaient très-rapprochés, lui a présenté une monstruosité double qui a paru résulter de la soudure des deux embryons dans les premiers moments de leur formation.

III. — PATHOLOGIE.

OBSERVATION DE DIATHÈSE CANCÉREUSE; TUMEURS VARIOLIFORMES DE LA SURFACE DES INTESTINS; RÉFLEXIONS SUR LA MARCHE ET LE MODE DE DÉVELOPPEMENT DE LA GÉNÉRALISATION DU CANCER; par M. E. BEYLARD.

La nommée R....., couchée au n° 12 de la salle Sainte-Cécile, à l'hôpital Saint-Antoine, est entrée le samedi matin 9 août, et a succombé dans le courant de la nuit suivante.

A son entrée à l'hôpital, elle présentait tous les caractères de la cachexie cancéreuse arrivée à son terme; elle était très-amaigrie et offrait la teinte jaune paille caractéristique.

Le ventre, notablement augmenté de volume, contenait évidemment une certaine quantité de liquide; les membres inférieurs étaient œdematiés.

La rapidité avec laquelle cette femme a succombé n'a pas permis de prendre d'autres renseignements sur la maladie.

AUTOPSIE. — L'examen nécroscopique a surabondamment justifié le diagnostic porté pendant la vie. Nous verrons, en effet, que non-seulement cette femme est morte par suite d'une affection cancéreuse, mais de plus qu'un grand nombre de ses organes étaient atteints de la maladie à un degré plus ou moins avancé.

La cavité abdominale ayant été ouverte, il s'en écoula une assez grande quantité de sérosité rougeâtre. Les anses intestinales, distendues par un commencement de décomposition cadavérique, au lieu de présenter une surface lisse et régulière, comme à l'état normal, étaient le siége d'un grand nombre de tumeurs verruqueuses, ombiliquées, les unes discrètes, les autres confluentes, ayant la plus grande ressemblance avec les boutons de la variole au début de la suppuration. Ces tumeurs, situées au-dessous de la membrane péritonéale qu'elles soulevaient, occupaient aussi bien la convexité que la concavité des anses intestinales dans toute la longueur du tube digestif, à l'exception de l'estomac et du rectum. Leur coloration variait; la plupart offraient la même nuance que l'intestin. Quelques-unes présentaient à leur sommet une teinte rouge vive, due à un développement de vaisseaux sanguins qui se dirigeaient de leur circonférence vers leur centre.

De nombreuses adhérences anciennes réunissaient les anses intestinales entre elles et avec les parois abdominales.

Au niveau du point où l'S iliaque se continue avec le rectum, toute l'épaisseur de l'intestin avait subi la dégénérescence cancéreuse. En cet endroit, il était dur, lardacé, criant sous le scalpel et notablement augmenté de volume, ce qui diminuait son calibre et avait pu pendant la vie produire un obstacle au cours des matières fécales.

Le mésentère était le siége d'un assez grand nombre de ces mêmes tumeurs que nous venons de signaler. Les ganglions étaient volumineux et infiltrés de matière cancéreuse que l'on en faisait suinter par la pression; mais on les distinguait facilement des tumeurs de nouvelle formation, qui étaient beaucoup plus petites et de forme lenticulaire.

Les vaisseaux lymphatiques qui se rendent de l'intestin au mésentère étaient plus développés qu'à l'état normal et se dessinaient en blanc sous le péritoine. Ils paraissaient distendus par un liquide semblable à celui qu'on faisait sourdre des ganglions. Nous donnerons plus loin l'examen microscopique que M. Gubler a bien voulu faire de ces productions.

Le foie n'était pas notablement changé de volume. Sa surface régulière présentait des traces manifestes de péritonite ancienne, et était unie à la paroi abdominale par des adhérences filamenteuses.

A la face inférieure du lobe gauche était appendue par un pédicule étroit une tumeur de la grosseur et de la forme d'une noisette, d'un blanc jaunâtre, dure, criant sous le scalpel, évidemment constituée par de l'encéphaloïde cru. Une coupe pratiquée dans le foie, au niveau du pédicule de cette tumeur, a fait voir qu'elle pénétrait au moins de 0,03 millim. dans l'intérieur de la glande, dans laquelle elle venait se perdre en se renflant.

D'autres tumeurs moins volumineuses, au nombre de six ou sept, existaient à la face inférieure et au bord tranchant du même organe, et étaient toutes de même nature que celles précédemment décrites.

L'utérus avait deux ou trois fois son volume ordinaire, sans que cependant sa forme fût manifestement altérée. Le corps et le col étaient envahis en totalité par la dégénérescence cancéreuse, qui présentait sur cet organe tous les degrés intermédiaires entre la crudité absolue et le ramollissement complet. Les ovaires offraient la même lésion.

Cavité thoracique. — Il existait une petite quantité de sérosité dans les plèvres des deux côtés. Au premier abord, les poumons paraissaient sains; cependant, à un examen plus attentif, au bord inférieur du lobe moyen du poumon droit et du lobe inférieur du poumon gauche, on trouvait deux noyaux indurés du volume d'une noix, présentant à leur périphérie une coloration rouge pâle, et à leur centre une nuance d'un gris jaunâtre, plus marqué vers la partie tranchante.

Une incision, pratiquée dans l'épaisseur de ces noyaux, laissa voir le tissu pulmonaire induré, légèrement granuleux, infiltré d'un liquide grisâtre, d'apparence purulente, que l'on faisait sortir par la pression. Ces noyaux, plongés dans un vase rempli d'eau, tombaient rapidement au fond.

Le tissu environnant, gorgé de sang, était d'un rouge foncé, ressemblant à un foyer apoplectique; il est resté perméable à l'air. La plèvre, au niveau de ces noyaux, était veloutée, rugueuse, et offrait des arborisations artérielles nombreuses, dues à une inflammation manifeste. Au-dessous, à la surface des poumons, se trouvaient des traînées noirâtres dont le siége anatomique était difficile à déterminer, et qui semblaient tenir à un commencement de dépôt métallique. En outre, sous la plèvre diaphragmatique, dans un point correspondant à la convexité du foie, existaient plusieurs petites tumeurs aplaties, nummulaires, molles, la plupart grisâtres, peu vasculaires, analogues à celles de l'intestin; l'une d'elles, de la largeur d'une pièce de 50 centimes, était d'un brun rouge et comme érectile; elle faisait légèrement saillir la plèvre. En incisant, il s'écoulait un liquide blanc, opaque, semblable à celui des tumeurs intestinales. Ce dépôt pénétrait dans le diaphragme et allait se confondre, au-dessous de ce muscle, avec une couche de même nature qui l'unissait intimement au bord convexe du foie.

Examen des tumeurs. — 1° Les tumeurs *varioliformes* de l'intestin grêle et celles du diaphragme laissent suinter par la pression un suc blanc, opaque, très-épais, homogène, qui se montre au microscope formé d'un liquide dans lequel nagent une quantité énorme de cellules cancéreuses parfaitement caractérisées, les unes arrondies, les autres ovalaires ou elleptiques, ou en raquette, en massue. Ces cellules renferment un très-gros noyau ovale, pourvu de granulations fines et de quelques granules fortement ombrés, plus gros (nucléoles). Il y a aussi dans le liquide des noyaux isolés et des granules moléculaires.

2° La partie indurée du lobe inférieur du poumon gauche offre en dehors, sur

la plèvre, une couche grisâtre, molle, formée de détritus fibrineux, de granules moléculaires en grande quantité, de quelques cellules allongées, à noyau (éléments fibro-plastiques) et de globules pyoïdes et granuleux.

La substance des lobules indurés, qui est grisâtre aussi, renferme des éléments semblables, mêlés à des cellules d'épithélium et à de rares globules de pus fournis par les noyaux de voyaux.

3° Les veines, ou du moins les espaces linéaires, d'apparence vasculaire, noirs et comme mélaniques, situés sous la plèvre diaphragmatique, contiennent, outre des cellules irrégulières énormes, ayant au moins les dimensions des grandes cellules cancéreuses et chargées de granules moléculaires noirâtres, contiennent, dis-je, une très-grande quantité de ces granules noirâtres, libres, doués du mouvement brownien ou agglomérés, et un certain nombre de globules fortement réfringents, en apparence identiques à ceux du beurre ou aux globules gras du foie.

4° La substance du foie est très-opaque, jaunâtre, d'un aspect gras. En effet, ses cellules, très-amplifiées, renferment de véritables gouttelettes de graisse, dont quelques autres sont libres dans le liquide, où elles nagent avec des globules gras, de volumes variés. Quelques masses de matière grasse paraissent demi-concrètes.

Cette observation, malheureusement incomplète en ce qui concerne la marche de l'affection, surtout pendant les derniers jours de l'existence, présente encore beaucoup d'intérêt au point de vue de la généralisation cancéreuse.

Nous voyons en effet, chez cette femme, le cancer ayant envahi depuis longtemps l'utérus, et probablement, à une époque plus récente, les intestins, prendre tout à coup une grande extension et apparaître dans le foie, le poumon et la plèvre; car, pour nous, les tumeurs constatées dans ces organes sont le premier degré du développement local du cancer à l'état aigu. C'est ce que nous allons nous efforcer de démontrer, en nous appuyant sur les observations semblables qui ont fait le sujet de plusieurs discussions intéressantes dans le sein de la Société anatomique.

En 1846, M. Deville présenta à cette Société les poumons d'un homme qui avait succombé à la suite d'une opération de cancer de la verge. Sur toute leur étendue se trouvaient éparses de petites tumeurs, variant du volume d'un gros pois à celui d'une noisette, d'un noir grisâtre, formées pour la plupart d'une substance en apparence organisée, de consistance cérébelleuse, parcourues de vaisseaux et dans quelques points de petits tuyaux ressemblant à des canalicules bronchiques. La pression en faisait sortir un suc épais et sale.

D'autres, formées de la même substance, étaient réduites en un putrilage épais et glutineux, d'une teinte grise jaunâtre, comme s'il y avait mélange d'une grande quantité de pus. Ces tumeurs étaient entourées d'un kyste jaunâtre assez résistant.

Il n'y avait qu'à hésiter entre des abcès de diathèse purulente et des productions cancéreuses. Les avis furent partagés. Rien cependant, dans les symptômes, durant la vie ne justifiait l'idée d'une infection purulente. Il n'y avait eu aucun frisson, et le malade s'était éteint à la suite d'hémorrhagies successives, deux mois après l'opération.

Les lésions que cet homme avait présentées étaient d'une nature trop obscure pour permettre de trancher la question; mais elles éveillèrent l'attention, et à une des séances suivantes, M. Gubler montra des portions de poumons provenant d'un homme mort dans le service de M. Velpeau, au quinzième jour d'une castration pour un encéphaloïde.

Les symptômes qui se montrèrent avant sa mort pouvaient aussi bien être attribués à une généralisation de l'affection cancéreuse qu'à une infection purulente.

A l'autopsie, on rencontra du pus dans les plèvres. Les poumons étaient criblés de tumeurs nombreuses, quelques-unes du volume d'un marron, arrondies, d'un rouge grisâtre, d'une substance molle, facile à écraser.

Plusieurs, constituées par une sorte de bouillie grisâtre, presque toutes faciles à énucléer, étaient entourées par du tissu pulmonaire sain.

Au microscope, elles étaient constituées par les éléments fibrineux du sang.

Isolés, ces faits n'avaient pas une valeur suffisante; rapprochés, ils acquéraient plus d'importance. Cependant une discussion assez longue s'ensuivit, et il resta encore du doute dans l'esprit de quelques membres.

Quelques jours après, un autre interne de M. Velpeau, M. Lailler, présenta des pièces provenant d'un homme qui était mort à la suite de l'extirpation d'une tumeur cancéreuse de la cuisse. Six semaines après l'opération, il survint des douleurs dans l'abdomen, des frissons et des étouffements. Les poumons contenaient des masses cancéreuses évidentes, la plupart placées sous la plèvre. Mais c'était le foie qui était le siége des lésions les plus intéressantes: il était rempli de masses de différente nature; les unes clairement encéphaloïdes, les autres, positivement fibrineuses, étaient noirâtres, formées par de la fibrine imbibée d'une forte quantité de sang. Quelques autres, probablement plus anciennes, étaient jaunâtres.

De ces masses, les unes étaient complétement isolées, d'autres étaient appliquées contre les tumeurs cancéreuses, dont elles ne se trouvaient séparées que par une mince enveloppe.

Au centre d'une de ces tumeurs existait un petit noyau blanc ayant la plus grande ressemblance avec de l'encéphaloïde. Ces lésions étaient absolument semblables à celles qui avaient été le sujet des discussions dans les séances précédentes.

Au microscope, MM. Lebert, Robin et Desormeaux ont trouvé dans les tumeurs cancéreuses les caractères pathognomoniques.

On voit donc chez ce malade un simple épanchement sanguin subir les diverses transformations habituelles, accompagner et peut-être précéder la sécrétion cancéreuse métastatique.

De l'exposition de ces faits, nous pensons pouvoir conclure que la diathèse cancéreuse a plusieurs modes de manifestations:

1° Elle produit des lésions locales essentiellement chroniques;

2° Elle détermine des altérations disséminées, presque toujours secondaires, mais à marche encore lente, la fièvre ne se montrant qu'à la fin avec la cachexie; dans ce cas les productions morbides sont comme interposées dans la trame des tissus sans que ceux-ci manifestent de réaction ou aient subi la moindre altération.

Ces deux modes sont acceptés par tous.

3° Enfin qu'une opération ou tout autre circonstance peut donner un coup de fouet à la diathèse cancéreuse; alors se montrent la fièvre et des efforts répétés sur plusieurs organes à la fois ou sur divers points d'un même organe. Dans ce cas, les tumeurs primitives s'accroissent plus rapidement, et en outre il y a tendance à la formation de tumeurs nouvelles. Mais le travail morbide outrepassant les bornes, au lieu d'épanchements de lymphe plastique ou plus tard s'organisera la matière cancéreuse, détermine des épanchements de sang en nature, apoplectiforme, qui tantôt subissent les changements des caillots sanguins (résorption de la sérosité, condensation, décoloration, etc.), tantôt au contraire, et cette dernière modification se présentera dans les cas les plus aigus et les plus inflammatoires, il y aura fonte purulente des noyaux apoplectiques.

On voit d'après cela que certains cas d'abcès multiples viscéraux seraient le résultat de la diathèse cancéreuse généralisée à forme aiguë, pouvant ainsi se confondre avec l'infection purulente proprement dite et par ses symptômes et par ses caractères anatomiques, ainsi que cela a eu lieu pour les pièces présentées par MM. Deville et Gubler qui offraient la plus grande analogie avec celles que j'ai l'honneur de mettre sous les yeux de la Société.

Si dans le cas présent on étudie comparativement au microscope les tumeurs du poumon et celles du diaphragme qui présentent à l'œil nu de nombreuses ressemblances, on trouve que les unes, celles du diaphragme, renferment un liquide dans lequel nagent une quantité énorme de cellules cancéreuses parfaitement caractérisées, tandis que celles du poumon ne renferment que des grandes moléculaires, quelques cellules allongées à noyau, et des globules pyoïdes et granuleux. Il est pourtant difficile de ne pas trouver la plus grande analogie entre les lésions du poumon et celles du diaphragme. Pour nous, nous sommes convaincu que les différences constatées au microscope sont dues aux différences de vitalité des deux organes, et que si cette femme eût vécu plus longtemps on aurait trouvé dans les poumons, soit dans les tumeurs déjà existantes, soit dans leur voisinage, de la dégénérescence cancéreuse, ainsi que l'a montré M. Lailler dans la pièce qu'il a présentée à la Société anatomique et dont il a été question plus haut.

IV. — Tératologie végétale.

Sur quelques monstruosités végétales; par M. Gubler.

M. Gubler montre un dessin représentant une anomalie de la foliole terminale du phaseolus vulgaris ou coccineus dont la nervure médiane s'arrête brusquement à 12 millim. environ au-dessous du sommet obtus de la foliole, se détache de la face inférieure (où l'on sait que les nervures sont toujours plus proéminentes), devient libre et constitue un véritable pétiole long d'un centimètre qui se dilate de nouveau pour produire une foliole supplémentaire lancéolée linéaire longue de 2 centim. et demi, large de moins d'un centimètre. Cette foliole semble, par sa forme et ses dimensions, compléter la foliole principale qui est comme tronquée; elle rappelle la disposition de la bractée florale du tilleul. C'est là une anomalie élémentaire dont on ne peut se rendre compte par d'autres circonstances qui s'y trouveraient renfermées.

M. Rayer a aussi remis à M. Gubler une anomalie du dahlia, dans laquelle on voit deux fleurs adossées et placées de champ, mais complètes, chacune ayant la double rangée de folioles de son calice commun, dont l'extérieure est formée de cinq pièces différentes et simule un calicule. Ces fleurs sont portées sur un pédoncule commun à l'extrémité duquel elles sont parfaitement sessiles. La forme aplatie de ce pédoncule, la figure elliptoïde du canal médullaire jointes à l'existence de deux fleurs complètes montrent qu'on a affaire à une véritable fasciation et non à une synanthie proprement dite.

V. — Économie rurale.

Castration des vaches; par M. Desbans.

M. Rayer communique une lettre de M. le docteur Lesauvage, concernant la castration des vaches. M. Lesauvage annonce que depuis une vingtaine d'années, M. Desbans, vétérinaire qui exerce dans le département du Calvados, a pratiqué cette opération sur une centaine de vaches, et qu'il n'en a perdu qu'une seule. Suivant M. Desbans, la castration serait spécialement applicable aux vaches *taurelières*. Les vaches que l'on désigne sous ce nom sont affectées de ce qu'on nomme en médecine *fureur utérine*, maladie qui, d'après les remarques suivantes, mériterait peut-être mieux le nom de *fureur ovarienne*. Ces vaches ont l'œil hardi, les oreilles dressées; elles infléchissent fréquemment le reins, agitent sans cesse la queue qu'elles portent haut, et on remarque aux deux côtés de son origine une dépression qui produit une sorte de rétraction de la vulve. Ces vaches sont sans cesse en mouvement, sautent à tout moment sur les autres et ne prennent ni repos ni embonpoint. Dans l'herbage, elles fatiguent continuellement tout le bétail, attaquent le taureau lorsqu'il veut fonctionner, font de grands efforts pour le remplacer et parviennent même quelquefois à l'éloi-

gner. Cette tourmente continuelle empêche l'engraissement, oblige d'enlever la vache taurelière de l'herbage et de la vendre à vil prix. L'enlèvement des ovaires fait cesser l'agitation de l'animal, qui engraisse ensuite rapidement.

La castration a été pratiquée aux États-Unis, en Suisse et en France, dans le but d'obtenir un rendement de lait plus abondant, et surtout de prolonger la sécrétion laiteuse au delà de son terme ordinaire. Les observations de M. Desbans ne concordent pas avec celles que nous venons de rappeler. Il a acquis la certitude qu'après l'enlèvement des ovaires, la production du lait n'augmentait pas sensiblement, et que, deux ou trois mois après, la quantité de lait suivait une proportion inverse de l'embonpoint, qui allait rapidement en croissant.

Suivant M. Desbans, la castration favorise incontestablement l'engraissement : c'est là son utilité. La vache, mise à l'herbe, éprouve assez périodiquement le rut. Alors elle s'agite, mange moins, et souvent chaque retour fait perdre au moins dix à quinze jours de l'engraissage. Elle tourmente quelquefois les autres vaches à la manière des *taurelières*.

Pour remédier à cet inconvénient, on est dans l'habitude de placer un taureau dans le troupeau; mais bientôt il en résulte une perte par la quantité de nourriture qu'absorbe le produit, de nulle valeur lorsqu'on livre la vache à la boucherie.

BIBLIOGRAPHIE.

RECHERCHES SUR LA DYSSENTERIE DU NORD DE L'AFRIQUE ; par M. CATTELOUP, médecin en chef de l'hôpital de Tlemcen. — 1 vol. in-8° de 150 pages (1).

La GAZETTE MÉDICALE a rendu compte (1847, p. 700) d'un traité *ex professo* de la dyssenterie, dû à M. Cambay, alors médecin en chef de ce même hôpital militaire de Tlemcen. Ce volumineux traité, complet et consciencieux, a été l'objet d'une appréciation longue et circonstanciée, méritée par la valeur du travail et par celle de l'auteur. Cet ouvrage, nous l'avons dit, avait pour fondement un mémoire qui avait mérité la première mention honorable au concours de 1845, institué par le ministre de la guerre. A ce même concours, un autre mémoire remportait la médaille d'or : c'est celui dont nous allons rendre compte. M. Catteloup lui a laissé sa forme et son extension primitives ; aussi a-t-il dû être un peu sobre d'observations et viser à la précision des idées et à la netteté du style, de manière à renfermer sa matière dans l'espace d'un mémoire. Ces qualités font acquérir à ce travail un mérite tout particulier. Mais si, en même temps que l'auteur s'efforce de resserrer ses idées et de condenser ses faits, le rédacteur en chef use largement de ses ciseaux, élague et taille, ce n'est certainement qu'au détriment de l'œuvre. Or M. Catteloup se plaint de ces mutilations, et M. Armand, qui a fait insérer dans le même volume un travail sur Rome, s'est à peine reconnu dans des fragments souvent reliés d'une manière un peu lâche. Il serait fortement à désirer que le ministre de la guerre fût un peu plus large à l'égard du corps si laborieux des médecins militaires ; les mémoires qu'il couronne devraient être imprimés intégralement, et une publication immédiate serait également nécessaire pour ne pas leur faire perdre, par six ans d'attente, leur actualité et une partie de leur intérêt.

Pendant que C. Broussais rédigeait le RECUEIL, les idées préconçues et exclusives du rédacteur constituaient une sorte de crible qui ne laissait passer que les travaux marqués au coin de la doctrine paternelle. Le conseil de santé, malgré sa surveillance attentive et si impartiale, ne pouvait prendre lui-même connaissance de la multitude de travaux qu'on lui adressait, et devait nécessairement s'éclairer du rapport du rédacteur, chargé d'en faire le triage. Il en est résulté que, pour obtenir les honneurs de l'insertion, quelques médecins militaires se sont prêté temporairement des opinions plus broussaisiennes qu'ils n'en avaient réellement. Nous avons reçu, à ce sujet, de singulières confidences. Le rédacteur en chef actuel, M. Boudin, se tient à un point de vue plus élevé ; c'est une justice qu'on se plaira à lui rendre en lisant, p. 417, le tableau (déjà donné par la GAZETTE MÉDICALE, lorsqu'il était encore inédit) par lequel M. Catteloup établit l'acclimatement au point de vue de l'inaptitude croissante à contracter la dyssenterie, à mesure que le séjour se prolonge en Algérie.

Le travail de M. Catteloup a été fait sous la première rédaction. Sans aucun doute, l'auteur n'a point sacrifié ses idées au désir d'une insertion ; mais il a peut-être subi en quelque chose, comme malgré lui et à son insu, un peu d'entraînement. Sitôt qu'il n'obéit qu'à sa propre inspiration et n'envisage que son expérience et son bon sens médical, il fait sur lui-même des retours qui contrastent quelquefois un peu avec ses énoncés. Ce sont là de légers nuages qu'on n'aperçoit souvent qu'en analysant le travail avec le soin et l'attention que nous avons dû y mettre.

(1) Extrait du RECUEIL DE MÉMOIRES DE MÉDECINE, DE CHIRURGIE ET DE PHARMACIE MILITAIRES, deuxième série, t. VII.

Le chapitre : *La dyssenterie n'est-elle qu'une simple colite?* a été peut-être trop élagué par le rédacteur. Ce n'est point là une question théorique, mais un point essentiel de pratique ; car de sa solution dépend la thérapeutique qu'on dirigera contre la maladie. Il faut ajouter cependant, en faveur de la censure, que cette question, utile peut-être encore à poser en 1845, n'en fait plus l'objet d'un doute aujourd'hui. Il existe actuellement en Algérie bien peu de vieux routiniers qui, réfractaires à l'expérience de vingt et une années, fassent consister la dyssenterie en une phlegmasie pure et simple du gros intestin.

Pour M. Catteloup, la dyssenterie est composée de deux éléments : 1° congestion, puis hémorrhagie ; 2° inflammation des tuniques du colon. « L'hémorrhagie et l'inflammation constituent la dyssenterie dans leur association sur l'intestin, et non dans leur isolement. » (P. 103.) L'auteur ajoute : « On pourrait concevoir à la rigueur que l'inflammation pût se passer de la coopération de l'hémorrhagie ; mais celle-ci a nécessairement besoin de l'intermédiaire d'une inflammation. » La part faite à celle-ci est certes fort large. Nous voyons avec plaisir que, dans la page suivante, M. Catteloup fait sur lui-même un de ces retours dont nous avons parlé, quand il dit : « On pourrait maintenant se demander si les congestions préexistantes, les extravasations sanguines, ne *gouvernent* pas les altérations de l'intestin. Il nous est impossible de ne pas avouer que les choses nous ont paru devoir se passer ainsi dans quelques cas. » Certes on ne peut voir l'élément inflammatoire dans la dyssenterie ; il faut même professer bien nettement que la lésion locale de l'intestin joue le rôle capital quand la maladie a atteint sa période de développement complet ; mais il faut avec tout autant de soin établir la date à laquelle la phlegmasie apparaît, si elle est primitive ou consécutive, comment elle finit par devenir manifeste et même par prédominer. Or, à notre avis, ce n'est point dans les premiers temps ; aussi, dans la période initiale, la dyssenterie est-elle attaquée avec d'incontestables succès, à l'aide des évacuants énergiques, sans qu'il soit nécessaire d'avoir recours aux antiphlogistiques dans les trois quarts des cas. Plus tard même, lorsque les désordres intestinaux ont atteint leur développement, l'élément inflammatoire ne se révèle pas par les phénomènes qui sont les signes d'une phlegmasie pure. « La dyssenterie aiguë et chronique, dit M. Catteloup, p. 75, est loin de déterminer en Afrique la réaction fébrile qu'on observe dans la même affection dans nos climats tempérés. Le plus généralement, à moins de complications, *elle est apyrétique*. » Mais voici quelque chose de plus caractéristique encore : « Succède-t-elle même à une inflammation gastro-intestinale, qui a provoqué le cortége des symptômes propres à cette maladie, *il arrive souvent que la fièvre tombe* ou diminue d'intensité. »

Cette discussion sur le rôle de l'élément inflammatoire nous a conduit un peu loin ; mais cette question de la génésie et du mécanisme de développement de la maladie, qu'on nous passe l'expression, était naturellement soulevée par les recherches si bien présentées et si judicieuses que M. Catteloup a faites à ce sujet. De ces recherches, nous pourrions tirer un grand parti pour démontrer que l'inflammation n'apparaît généralement pas au début, mais n'est que consécutive. Il faut lire les pages mêmes où M. Catteloup analyse avec bonheur les influences qui agissent sur le soldat en Algérie, et démontre qu'elles se joignent aux conditions physiologiques et anatomiques de l'abdomen et du colon en particulier, pour congestionner ce dernier organe et produire ainsi le premier élément de la maladie, l'accumulation sanguine.

M. Catteloup professe, relativement à l'étiologie de la dyssenterie, des opinions contraires à celles de beaucoup de ses collègues d'Afrique, qui mettent les fièvres, les dyssenteries et les hépatites sous la dépendance du miasme paludéen. Cet agent, d'après M. Catteloup, serait le générateur des premières, mais non pas des flux dyssentériques. Dans un autre travail (DE LA CACHEXIE PALUDÉENNE), le médecin en chef de Tlemcen s'étend plus longuement à ce sujet. C'est dans le climat, dans la météorologie et dans une mauvaise hygiène que résident les causes de la dyssenterie. Les principales preuves qu'il fait valoir sont celles-ci : dans les deux provinces orientales, où le génie palustre est très-énergique, beaucoup de fièvres, peu de dyssenteries ; dans la province d'Oran, où son intensité est bien moindre, beaucoup de dyssenteries, moins de fièvres. Existence de dyssenteries en hiver, époque où le miasme est peu actif ou tout à fait silencieux ; existence accidentelle de la dyssenterie dans des pays nullement palustres. Possibilité de se garantir de la dyssenterie par une bonne hygiène et en se sauvegardant contre le climat. Cette immunité n'existe pas pour la fièvre, dont on évite bien plus difficilement la cause plus générale. Avec la paix, c'est-à-dire avec la cessation des fatigues et avec l'introduction d'une meilleure hygiène, la gravité de la dyssenterie a diminué à Tlemcen ; car avant la reddition d'Abd-el-Kader, les décès étaient de 1 sur 5 à 6 malades, et aujourd'hui ils ne montent qu'à 1 sur 12 à 14. Il est vrai que les fièvres ont également beaucoup diminué à

Tlemcen, nous apprend M. Catteloup lui-même, depuis l'établissement de deux villages dans la plaine. Nous ne nous prononçons pas dans la question. Il ne faut pas perdre de vue cette induction de M. Dutrouleau, qu'à certains foyers palustres pourraient bien se rattacher certaines formes de fièvres; M. Dutrouleau n'entend par là que des fièvres proprement dites, mais son aperçu pourrait peut-être se généraliser. Encore une fois, nous n'avons pas assez mûri la question, malgré notre séjour prolongé en Afrique et en Italie, pour nous permettre d'émettre notre opinion. Nous laissons à M. Catteloup le soin de faire valoir lui-même les preuves que le court espace dont nous disposons nous force de passer sous silence.

Quoi qu'il en soit, les efforts de M. Catteloup partent d'une bonne inspiration. Pendant les premiers temps de l'occupation algérienne, les idées broussaisiennes avaient porté les médecins militaires à ne voir partout que des inflammations, notamment des gastro-entérites; aujourd'hui on donne peut-être dans un extrême tout opposé, presque aussi exagéré qu'infiniment moins dangereux, en voulant mettre toutes les maladies estivo-automnales sous la dépendance du miasme. Ce sujet demande à être approfondi. Élevé dans les doctrines un peu exclusives de l'Algérie, nous ne nous sommes aperçu de l'exagération qu'en présence de l'école romaine qui, faisant la médecine théorique et pratique comme nous la pratiquions il y a vingt ans en Algérie, tombe dans les plus dangereuses erreurs, mais fournit cependant quelques faits avec lesquels il faut compter, comme nous le montrerons dans un prochain travail.

Le chapitre *Anatomie pathologique* est surtout intéressant et neuf, à cause de l'étude soigneuse du développement des lésions, depuis le cinquième jour jusqu'à l'état chronique. M. Catteloup a tiré un utile parti de la méthode hydrotomique de M. Lacauchie. Pour l'auteur dont nous analysons le travail, l'ulcération est le caractère essentiel de la dyssenterie (p. 60); mais cette ulcération n'est point initiale, car voici la lésion découverte le cinquième jour : plaques arborisées, rouges sur la muqueuse conservant sa couleur normale, ou devenue grisâtre; plaques parsemées d'une multitude de petits points noirs, sans aucune trace d'ulcération (p. 52).

Il ne faut point oublier que c'est M. Catteloup qui a mis hors de doute, avec M. Cambay, ce point si controversé : est-il possible que la tunique intestinale soit expulsée en nature sous forme d'un tube ou de lambeaux détachés des tuniques profondes? La question doit être résolue affirmativement. Nous avons établi (GAZ. MÉD., 1847, p. 700) la part de chacun de ces deux médecins dans la publication de cette découverte. MM. Cambay et Catteloup ont également prouvé que la production de fausses membranes est possible dans la dyssenterie, quoique ce fait soit nié par MM. Masselot et Follot, dans l'estimable travail qu'ils ont publié dans les ARCHIVES GÉNÉRALES DE MÉDECINE, au sujet de la dyssenterie observée à Versailles.

On n'a pas oublié non plus que ce sont MM. Catteloup et Haspel qui, les premiers, ont fait connaître la coïncidence des maladies du foie et de la dyssenterie dans l'Afrique septentrionale. M. Catteloup consacre à ce sujet un chapitre qu'on lira avec intérêt, et que nous regrettons de ne pouvoir analyser ici.

Van Gens, comparant la dyssenterie aux fièvres éruptives, a avancé qu'on n'en est atteint qu'une fois. Or, sur 989 sujets, M. Catteloup a observé 112 récidives. Autre résultat, les dyssenteries récidivées sont beaucoup moins meurtrières que les dyssenteries de première invasion : 110 décès sur 989 dyssenteries de première invasion, 8 sur 112 récidivées.

M. Catteloup, calculant la mortalité sur 1,577 cas, arrive à ces chiffres :

Dyssenteries simples et légères	0 décès	
— intenses	1 —	sur 4 1/44
— graves	1 —	sur 1 1/10
— et diarrhées chroniques	1 —	sur 3 9/10

Si ces chiffres nous rassurent au sujet des dyssenteries légères et intenses, ils sont au contraire fort alarmants quant aux dyssenteries que M. Catteloup appelle graves. Il est probable que les 47 abcès du foie observés sur les 1,575 malades ont surtout siégé, ainsi que d'autres complications, chez les 83 sujets qui figurent dans la catégorie des dyssenteries graves.

La thérapeutique de M. Catteloup découle de ses investigations génériques, desquelles il résulterait, avons-nous dit, que les deux éléments hémorrhagie et inflammation constituent la dyssenterie par leur réunion sur le gros intestin. Les antiphlogistiques s'attaquent à l'inflammation, les évacuants modifient l'intestin et luttent contre les congestions et contre les hémorrhagies.

N'allez pas croire que M. Catteloup marche la lancette au poing; il est trop sage, il écoute trop la voix de l'expérience, pour tomber dans une telle erreur. Il n'oublie pas que l'état général du malade est la première considération. « En France, dit-il, p. 125, la saignée générale peut être un remède héroïque; en Algérie, elle serait pernicieuse. Cependant cette médication ne doit pas être entièrement exclue du traitement de la dyssenterie. Nous la faisons souvent pratiquer pendant l'hiver, lorsque les malades, n'ayant pas été affaiblis par la saison et par les fatigues, se rapprochent beaucoup des conditions dans lesquelles ils se seraient trouvés sous un climat tempéré...... Une saignée, rarement deux, etc. » M. Catteloup est même réservé quant aux sangsues et aux ventouses scarifiées, qu'il préfère aux premières. Il faudra, dit-il, craindre ici la débilité, et réserver cette médication antiphlogistique pour les cas seulement où les individus robustes ont une chaleur abdominale intense, etc.....

Nous le répétons, c'est encore ici le praticien sage, qui fait un *retour* sur ses idées théoriques.

Arrivons aux évacuants. M. Catteloup n'est pas fort partisan des vomitifs; il donne la préférence aux purgatifs, notamment au calomel. Lorsque nous serions en droit, dit-il, d'attendre de son influence un surcroît d'inflammation locale et une superpurgation momentanée, il arrive le contraire : les selles diminuent très-souvent dès la première journée, les matières perdent rapidement le caractère sanguinolent, les douleurs et les épreintes se calment (p. 132).

Tels sont les deux principaux agents de la médication qui convient à la dyssenterie. Nous ne pouvons discuter, avec M. Catteloup, les indications qui doivent la faire modifier, et qui exigent le secours d'autres agents thérapeutiques.

Nous regrettons que M. Catteloup ne se soit pas expliqué sur la médication véritablement abortive, qui consiste à administrer d'emblée la potion avec ipéca et calomel. Cette médication est applicable à la majorité des cas, et a très-souvent des succès remarquables dans les dyssenteries graves, qui tuent 9 fois sur 10, selon M. Catteloup. M. Mayer, que nous nous plaisons à citer souvent, à cause de son haut sens médical et de la manière dont il a su comprendre les maladies d'Afrique, formule sa potion à 2 grammes d'ipéca et à 2 grammes de calomelas. Nous avons vu, à Mascara, dans son service, des cas de guérison très-significatifs, et l'ensemble de sa pratique a été des plus heureux. Nous ajouterons cependant qu'en Italie, nous avons cru devoir nous en tenir à la moitié de ces doses, quelquefois à moins encore. Peut-être modifierions-nous notre pratique en Algérie.

Tel est le travail de M. Catteloup, précis, net, mesuré, judicieux. L'existence des deux éléments hémorrhagie et inflammation fait le sujet de recherches et de raisonnements remarquables. La détermination de l'état de l'intestin à différentes époques est un fait des plus intéressants. Enfin, quelques réminiscences d'une école morte n'existent guère que dans la partie théorique; comme praticien, le médecin en chef de Tlemcen a su s'en affranchir.

F. JACQUOT.

VARIÉTÉS.

— Le jury du concours, pour quatre places de médecin du bureau central, s'est constitué le 2 octobre et a tenu sa première séance. Par suite du refus de MM. Andral et Jadioux, il se trouve composé définitivement de MM. Bally, Chomel, Denonvilliers, Guéneau de Mussy, Laugier, Louis Marotte, Nonat et Roux, titulaires, et de MM. Morel-Lavallée et Roger (Henri), suppléants. L'épreuve d'admissibilité, qui consiste dans une leçon clinique et une consultation, commencera vendredi prochain à l'Hôtel-Dieu, et les séances auront lieu les lundis, mercredis et vendredis suivants, à trois heures et demie.

—La Faculté de médecine fera sa séance de rentrée mercredi 5 novembre à une heure.

L'école de pharmacie fera sa séance de rentrée le même jour.

— En date du 8 octobre 1851, M. Alexandre Guérin du Grandlaunay a été nommé directeur-médecin de l'asile public d'aliénés de Rodez (Aveyron).

— Nous recevons de MM. Aug. Duméril, Demarquay et Lecointe une lettre relative à leur dernière communication à l'Institut. Nous l'insérerons dans notre prochain numéro.

— M. Serres, professeur au Muséum d'histoire naturelle, membre de l'Institut, commencera son *Cours d'anthropologie ou d'anatomie et d'histoire naturelle de l'homme, le samedi 8 novembre* 1851. à deux heures et demie, et le continuera les *mardis et samedis*, à la même heure.

Le professeur exposera la théorie du développement de l'homme, d'après les règles de l'organogénie et de l'embryogénie.

Les digressions sur l'anatomie comparée auront pour objet d'éclairer la structure de l'homme par celle des animaux, afin d'arriver à la détermination méthodique des diverses races humaines, ainsi qu'à leur dissémination sur la surface du globe.

Le rédacteur en chef, JULES GUÉRIN.

REVUE HEBDOMADAIRE.

DISCOURS DE RENTRÉE DE LA FACULTÉ. — M. ROUX. — ÉLOGE DE BOYER ET DE BICHAT.

M. Roux, chargé cette année de prononcer le discours de rentrée de la Faculté, a pris pour sujet l'éloge de Boyer et de Bichat. C'est en quelque façon une dette que l'honorable professeur est venu payer à la mémoire de deux hommes célèbres, dont l'un fut son beau père, et l'autre son maître et son ami. Cette circonstance est utile à rappeler; car on comprendrait difficilement comment M. Roux se serait imposé de gaieté de cœur deux tâches qui n'ont aucun rapport nécessaire, et dont une seule aurait suffi pour défrayer le zèle le plus fervent et le talent le plus élevé. Mais dans l'accomplissement de cette double tâche, le savant professeur a suivi bien plus les impulsions de son cœur que celles de la science. Arrivé à la fin d'une carrière qui n'a pas été sans succès, il a cru devoir un témoignage de reconnaissance aux deux illustrations qui avaient le plus influé sur sa destinée. Un pareil motif excite aisément la sympathie; et si le rapprochement de Bichat et de Boyer, au point de vue scientifique, ne saurait être motivé, on peut un instant les voir figurer ensemble dans un discours prononcé par celui qui les confond dans un même souvenir.

Il est reconnu que l'intimité des rapports efface tout prestige. A ne considérer que l'autorité de cette sentence consacrée par un proverbe, on peut croire que la position de M. Roux n'était pas favorable pour apprécier sûrement le caractère et la valeur scientifiques des deux hommes qu'il avait vus de si près; c'est une erreur contre laquelle nous protestons en général comme en particulier. S'il est vrai qu'il n'y ait pas de grand homme pour son valet de chambre, le véritable grand homme ne l'est jamais plus que pour celui qui le voit de plus près, à la condition que, d'une part, la vraie grandeur existe, et d'autre part, la faculté de voir et de comprendre ne fasse pas défaut. Cette dernière condition, il est vrai, n'est pas nécessairement contenue dans la formule du proverbe. L'homme vulgaire qui assiste incessamment aux fonctions extérieures de l'homme privilégié ne voit que ces fonctions, et perd peu à peu de son admiration pour la manière dont celui-ci mange, boit et dort. L'homme capable d'observer n'est pas longtemps à lire dans la vraie supériorité les titres réels, la force et l'étendue des idées, dont le public n'a souvent que des confidences fort incomplètes. A ce point de vue donc, M. Roux était favorablement placé pour donner la signification, la formule complète de l'esprit de Boyer et de Bichat. M. Roux a-t-il atteint ce but, et la science, sous ce rapport, lui doit-elle de précieuses révélations? Nous ne craignons pas de répondre par la négative. A qui la faute? à Boyer, à Bichat, dont la supériorité n'a plus de mystères, ou à M. Roux, qui n'a pas su la dégager et la compléter? Nous sommes bien plus porté pour la première de ces deux opinions que pour la seconde. Le genre de mérite de Boyer et même de Bichat n'ont pas été longtemps méconnus: ni l'un ni l'autre n'ont eu grand'peine à se faire comprendre et à se faire accepter. Le présent pour eux a été l'avenir, et M. Roux n'a eu besoin, pour se montrer au niveau de sa tâche, que d'exprimer avec talent ce que la science sait et croit sur la valeur de ces deux illustrations incontestées. Peut-être le cœur a-t-il quelquefois fait les frais d'une supériorité dont les titres pourraient parfois être discutés; mais on serait mal venu, quand il s'agit d'un panégyrique fait par la reconnaissance et l'amitié, d'exiger la précision et la justice de l'histoire. Louons donc sans réserve M. Roux pour la manière à la fois noble et distinguée dont il a rempli sa tâche. Habileté d'exposition, clarté, élégance, pénétration, et parfois même originalité dans les aperçus, rien de cela n'a manqué au discours de M. Roux. Si on a pu désirer une conception plus générale du caractère scientifique de Boyer et surtout de Bichat, on n'a pu qu'admirer la sagacité et l'extrême délicatesse de touche avec lesquelles il a signalé les côtés faibles de ces deux hommes éminents. Pour notre compte, nous sommes heureux de le reconnaître, jamais M. Roux, sans cesser d'être lui-même, n'a fait preuve d'un talent plus souple et plus ferme tout à la fois, et n'a montré plus de qualités réunies. Son discours fait autant d'honneur à son esprit qu'à son cœur.

Nous sommes presque tenu de justifier les quelques réserves que nous venons de faire au profit de l'histoire. Il ne manquera pas de personnes, en effet, qui, tout émerveillées de la couronne mise sur le front de Boyer et de Bichat, seront peu disposées à rabattre quoi que ce soit de leur mérite officiel. C'est tout au plus si on acceptera quelque redressement, en égard à leur genre de mérite seulement.

Bichat a été depuis vingt ans l'idole de l'école de Paris. C'est en effet le type de la supériorité qui la personnifie. Sous ce point de vue, M. Roux ne lui a peut-être pas assez rendu justice. L'anatomie générale a fait Broussais et la médecine organique. Cela seul explique l'éclat dont le nom de Bichat est environné; mais cela suffit-il pour servir d'escorte à son nom dans l'histoire? Nous craignons que non. Sa trace lumineuse ira, nous en avons la conviction, en s'affaiblissant, à mesure que le temps et l'expérience auront remis la médecine dans la voie large du progrès. Alors Bichat apparaîtra, non comme un savant à vues profondes et élevées, non comme un esprit ferme et doué du grand sens de la vérité, mais comme un génie plein de jeunesse, plus poëte que philosophe, et appliquant de préférence ses facultés généralisatrices à l'hypothèse. La plupart de ses divisions, même les plus fondées en apparence, ne sont que des coupes artificielles, reposant sur des analogies ingénieuses, mais peu sévères. Nulle part en ses écrits, on ne voit la vraie cause, comme dit Newton, servant de base à ses inductions, et celles-ci procéder de celles-là pour constituer la grande et la forte généralisation. Aussi Bichat a-t-il pu, avec la nature de son esprit, passer sans effort d'un sujet à un autre, de l'anatomie pathologique à la matière médicale, de la chirurgie à la physiologie, mais sans se préoccuper du lien rationnel qui pouvait rattacher l'une à l'autre ces dépendances du même tout. Il y apportait le même esprit, mais non les mêmes vues; la même imagination, mais non la même idée. L'unité de l'idée, de l'idée juste, portée à sa plus haute généralité, tel est le caractère du vrai génie: or Bichat n'offre rien de semblable dans ses écrits. Ses admirateurs expliqueront cette absence par l'âge où il a composé ses ouvrages; nous par le caractère de son génie, plus riche que fort, plus étendu que profond, et surtout plus éclatant que sûr. Avant un demi-siècle, il vivra de sa renommée actuelle, bien plus que de la valeur réelle de ses travaux.

Boyer était juste l'opposé de Bichat. Dépourvu d'imagination, il n'a inventé, quoi qu'en ait dit M. Roux, que ce que tout le monde peut trouver dans un moment de besoin. Ses méthodes, ses descriptions sont uniformément carrées comme son esprit; mais la nature ni l'art n'ont jamais rien fait de pareil. Quand on a lu deux pages de Boyer, de sa chirurgie aussi bien que de son anatomie, on connaît son moule, son procédé, et l'on peut aisé-

---

Feuilleton.

CHRONIQUE MÉDICALE.

Bonheur du feuilleton. — Discours de rentrée de la Faculté. — Dissection physique, intellectuelle et morale de M. Roux. — Anecdotes inédites. — Un nouveau Marcellus. — Requête à M. Bérard. — Une consultation déontologique.

Celui qui eût aperçu la Chronique se rendant mercredi dernier à la séance de rentrée de la Faculté de médecine eût été frappé indubitablement de la légèreté de sa démarche et de son air de calme satisfaction. Allait-elle recevoir une mention honorable, avec médaille et livres, pour prix de ses méditations profondes? La faveur de la fortune allait-elle lui donner place dans le groupe radieux des vainqueurs, côte à côte de mademoiselle Caro ou Rosenberg? Rien de tout cela. La Chronique se réjouissait uniquement de se rendre à la cérémonie comme à un spectacle, pour se distraire, sachant qu'elle n'aurait pas à se hausser ensuite aux colonnes supérieures de ce journal pour apprendre au monde son opinion sur la valeur scientifique ou artistique du discours d'apparat, et que, si elle ne pouvait resister à la demangeaison de parler, elle aurait à le faire dans un endroit où l'on n'est pas obligé d'être savant, ni même à la rigueur d'avoir le sens commun.

La démangeaison s'est fait sentir, comme on devait s'y attendre. Il n'y a donc pas moyen de ne pas se gratter.

Savez-vous comment M. Bérard, qui n'est jamais à court de choses gracieuses, a donné la parole à l'orateur? « La parole, messieurs, est à celui que vos applaudissements viennent de désigner. » De longs applaudissements venaient, en effet, de saluer M. Roux à son entrée dans la salle. L'honneur n'était pas nouveau dans la circonstance; mais les élèves y avaient mis une remarquable chaleur, et il y avait dans leurs jeunes physionomies je ne sais quoi d'épanoui et de sympathique, où se lisait une bienvenue quasi-familière et comme l'avant-goût d'un discours à leur convenance. C'est que M. Roux n'est séparé de la jeunesse que par le temps; il la touche par tout son être physique, intellectuel et moral. Sous la neige qui le couvre, la sève est toujours chaude et toujours prête à monter et à déborder. Une figure vermeille et ferme, où les plis ont toute la peine du monde à se dessiner; une attitude droite; une verte contenance; un mouvement brusque et élastique; une grande petulance de geste; une parole incoercible. S'il fût entré chez Argan à la place de Toinette, il est certain qu'Argan n'eût rien changé à son exclamation, qu'un chiffre: « Voilà un beau vieillard pour *soixante-douze* ans! » Les idées n'ont pas vieilli davantage. L'orateur a rappelé quelque part cette sentence: *qu'un homme doit montrer à trente ans tout ce qu'il sera un jour*. Lui-même fait mieux ou autrement: il garde dans toute leur fraîcheur, parfois dans toute leur ingénuité, les idées qu'il avait à trente ans. Son libéralisme est le même qu'à cet âge, dans le fond et dans la forme; il aime à se mêler au mouvement du jour; il ne déteste pas les démonstrations publiques, soit qu'il s'agisse de représenter un

ment, comme avait l'habitude de le faire un des plus brillants professeurs de notre époque, apprendre par cœur 50 pages de l'ouvrage. Il ne serait peut-être pas plus difficile de le deviner que de l'apprendre. Boyer n'avait rien du savant. Doué d'un grand bon sens, il a profité avec discernement, mais uniquement au point de vue pratique, de ce qu'avaient fait ses devanciers; et sa propre observation et son expérience ne lui ont servi qu'à contrôler et compléter ce qui se faisait de son temps. Ennemi des théories, on ne trouve dans ses œuvres qu'un reflet du mécanicisme d'Hoffmann et de l'humorisme de Boerhaave. Boyer a donc été un grand praticien, dans toute l'acception du mot; et son livre, qui est un excellent compendium, témoigne bien plus de l'état de la chirurgie à l'époque où il a paru que de l'originalité du chirurgien qui l'a composé.

Nous regrettons que l'étendue considérable du discours de M. Roux, qui ne ferait pas moins de vingt colonnes de la GAZETTE MÉDICALE, ne nous permette pas de le reproduire; et des extraits n'en donneraient qu'une idée trop infidèle et trop incomplète.

JULES GUÉRIN.

PATHOLOGIE INTERNE.

DE LA PARALYSIE ESSENTIELLE CHEZ LES ENFANTS; par M. le docteur RILLIET, médecin de l'hôpital de Genève.

(Suite et fin. — Voir le numéro précédent.)

§ IV. — DURÉE.

La paralysie peut être tout à fait temporaire. Je me rappelle avoir vu un enfant qui, à la suite d'une attaque d'éclampsie, eut une paralysie du bras qui ne dura pas au delà de douze heures. Badham, Kennedy et West ont cité des observations de paralysie qui ont duré de sept à huit jours, et d'autres dans lesquelles la guérison avait été complète après six semaines, deux et trois mois, six et sept mois et même dix et onze mois. Lorsque la paralysie est permanente, ou bien elle reste incurable après avoir produit toutes ses fâcheuses conséquences, ou bien elle diminue, et l'on voit apparaître soit spontanément, soit plus souvent encore sous l'influence du traitement, une amélioration bien marquée. Dans les cas de cette espèce incurable ou améliorée, la paralysie dure plusieurs années. Le docteur Heine a noté dans la plupart de ses observations que la paralysie diminuait plus ou moins, tandis que l'atrophie allait en augmentant, et ce n'était que beaucoup plus tard que l'atrophie elle-même s'arrêtait et que le développement reprenait une nouvelle activité. Cette remarque a été faite aussi par le docteur Richard et par moi.

§ V. — PRONOSTIC.

La paralysie essentielle est une maladie qui ne compromet jamais la vie; mais comme elle peut guérir radicalement, tantôt très-vite, tantôt plus lentement, ou bien rester permanente avec ou sans amélioration, il serait fort important de pouvoir préciser les circonstances qui permettent de porter un pronostic favorable ou défavorable.

D'après le docteur Kennedy, le mode de début serait le caractère auquel on pourrait reconnaître si la paralysie doit être permanente ou momentanée. « Parmi les formes de paralysie des enfants, il en est une, dit-il, à laquelle on pourrait donner le nom de temporaire; on la rencontre ordinairement chez les enfants de 5 à 9 mois. Elle est remarquable par son invasion brusque, et, chose assez extraordinaire, c'est qu'elle arrive plus communément chez les enfants bien formés, bien nourris, que chez d'autres. On couche un enfant avec tous les dehors de la plus belle santé; lorsqu'il se réveille, on reconnaît qu'il a perdu la faculté de mouvoir ses membres. Généralement la paralysie ne porte que sur un seul membre, plus souvent sur le bras que sur la jambe. Je désigne, ajoute M. Kennedy, cette paralysie sous le nom de temporaire, puisque je puis encore avoir des cas dans lesquels cette paralysie se soit montrée permanente, ou même se soit prolongée au delà du neuvième jour. »

Nous ne saurions partager l'opinion du docteur Kennedy, et puisque ce médecin distingué a bien voulu lire notre TRAITÉ DES MALADIES DES ENFANTS, il aura pu y trouver l'observation d'un enfant atteint de la forme de paralysie qu'il vient de décrire, et dont la maladie persistait dans toute son intensité six semaines après le début. Le docteur Heine a cité un fait de la même espèce; le docteur Richard, deux, et moi-même j'en ai observé deux. Dans tous les cas, la paralysie a duré de plusieurs mois à plusieurs années, et a été suivie de la période atrophique.

Nous concluons que si le mode de début instantané est, dans certains cas, d'un pronostic favorable, on ne peut cependant ériger ce fait en règle générale.

Les symptômes qui ont précédé ou accompagné le début doivent être pris en sérieuse considération pour le pronostic; mais là encore point de règle générale : des approximations seulement. Ainsi on peut espérer une guérison radicale et prompte quand la paralysie a succédé à la contraction essentielle, une guérison complète, mais beaucoup plus lente, quand la paralysie est liée à des symptômes choréiques, quand elle a succédé à une fièvre gastrique et typhoïde. On doit craindre une paralysie grave et dont la guérison sera difficile à obtenir, quand la perte des mouvements a été précédée de convulsions. Le début lent, insensible, peut faire porter un pronostic analogue. L'époque de la vie à laquelle la paralysie se développe n'exerce pas une grande influence sur le pronostic. A l'exception de la paralysie congénitale, qui est le plus souvent incurable, on trouve également des cas de guérison et d'incurabilité, quel que soit l'âge au début.

La partie atteinte influe peu sur la terminaison; on voit guérir, s'améliorer ou persister des paralysies partielles, des hémiplégies et des paraplégies. Cependant tous les exemples de paralysie temporaire à nous connus sont des cas de paralysies partielles. Nous ne connaissons pas d'exemple de paraplégie temporaire.

La cause occasionnelle peut si rarement être démontrée qu'elle ne peut entrer en ligne de compte pour le pronostic. A de nouvelles recherches de démontrer si la paralysie qui succède à un refroidissement, à un coup, à une chute, est plus ou moins fâcheuse que celle qui débute instantanément et sans cause appréciable.

M. Kennedy regarde comme très-grave celle qui résulte de la pression.

M. West attache une grande importance pour le pronostic, suivant l'époque à laquelle le traitement a été commencé. Ce médecin sur 18 ma-

---

corps savant à l'inauguration d'un monument, soit qu'il faille, comme aujourd'hui, payer une dette d'usage. Et c'est toujours — indiscret que nous sommes! — c'est toujours avec la même émotion. Son discours achevé, il le caresse, il le récite à sa pantoufle; sa cuisinière en apprend quelque chose; voilà un homme au comble du bonheur; vienne le jour fatal, sa poitrine se serre, et au moment de grimper à la tribune, il lui prend envie de se fourrer dessous. Écoutez-le : quoi de plus juvénile que la pensée, le tour, la citation? Le maître de rhétorique est peut-être mort depuis longtemps; il semble pourtant qu'il souffle par derrière. Il y a des passages frisés comme du Bernis; des cadences, des ronflements, des interjections, des exclamations, des images et des figures de toutes sortes, avec un certain *faire* de bachelier. Tout le monde sait aussi que M. Roux ne vise, ni dans sa conversation, ni dans ses harangues, à une gravité austère. Il est de l'école de Boyer autrement que sous le rapport chirurgical; et, quand son esprit vient à rencontrer quelque propos goguenard, ou de ces plaisantes choses susceptibles d'égayer surtout la jeunesse, il se garde bien de lui serrer la bride. Bien au contraire, il le laisse galoper tout à l'aise. Ajoutez, pour compléter l'homme, une simplicité d'un genre particulier qui n'est pas la bonhomie dans sa douce et fine expression, ni la naïveté s'ignorant elle-même, mais qui se traduit, dans l'intimité du caractère, par une sorte de parti pris de sa propre personne, de ses défauts comme de ses qualités, et, dans les rapports extérieurs, par une certaine crudité de la pensée, du mot, du ton et du geste : manière engageante qui, si elle n'est propre à charmer les esprits délicats, est du moins excellente pour se concilier la foule et tenir en éveil l'attention d'un auditoire mêlé.

C'est cette notion de l'orateur qui faisait préjuger le discours; et un mécompte n'était guère possible, tant la notion était certaine. Une preuve entre plusieurs : tout le monde savait que le discours serait long; chacun le disait à son voisin sans l'avoir appris de personne; et loin de faire la grimace, on se réjouissait de cette fécondité prévue, comme d'un nouveau trait de caractère, sachant bien d'ailleurs que l'oraison n'en serait pas moins agréable, dût-elle durer trois jours, comme le panégyrique de Trajan. Aussi, quand l'orateur a annoncé qu'il dépasserait *peut-être* les limites ordinairement assignées aux discours de rentrée, on a souri; quand il a ajouté presque aussitôt qu'il les dépasserait *certainement*, on a ri; quand, en ayant fini avec Boyer et se disposant à aborder Bichat, il a fait jouer les innombrables feuillets de son manuscrit, on a battu des mains; quand, un peu plus tard, écartant de toutes ses forces le pouce de l'index, il a plongé la main dans la profondeur de cette liasse pour en soustraire une partie à la lecture, on a trépigné et poussé des exclamations. Et l'orateur de s'égayer à toutes ces démonstrations. Personne encore n'eût pu se moquer avec autant de succès de ceux qui cherchent l'importance dans une affectation de gravité, de ces personnages majestueux que le rire agace et scandalise; quelques mots jetés entre parenthèse lui ont suffi; l'exemple vivant dispensait du commentaire. Enfin, il n'appartenait qu'à lui de raconter en termes précis, comment Buisson, le pudique cousin de Bichat, n'avait pas voulu rédiger un des volumes de l'ANATOMIE, parce que ce volume devait être consacré aux organes de la génération, et comment lui, M. Roux, s'était chargé de la besogne. On devinait qu'il ne s'était pas fait prier.

Par les côtés qui plaisent à la CHRONIQUE, ce discours est des plus atta-

lades en a guéri 6, amélioré 4 ; 5 on 8 restent incnrables ; 4 des 6 guéris reçurent des soins deux on trois jonrs après le débnt ; un cinquième an bont de trois semaines ; tandis que les 8 incurables ne reçnrent point de secours, on ne furent traités qu'an bont de six mois. Voici, dit M. West, un argument sans réplique ponr montrer l'extrême nécessité des soins immédiats. Nous sommes tout à fait de l'avis de l'habile médecin de Londres sur l'opportunité des soins immédiats ; mais, nous l'avouons, dans l'espèce, nons croyons que le mode dn débnt, le siége de la maladie, les symptômes précurseurs et concomitants sont des circonstances qui penvent mieux que l'absence dn traitement rendre compte de la curabilité on de l'incurabilité de la paralysie.

Le temps est, en dernière analyse, l'élément le plns important dn pronostic ; si quinze jonrs se sont passés sans que la paralysie se soit modifiée, il est fort à craindre que la durée de la maladie ne soit longue, et que curable on incurable, on ne voie se déronler la série des symptômes qui caractérisent la période atrophique.

§ VI. — CAUSES.

AGE. — Les auteurs sont nnanimes ponr reconnaître que cette forme de paralysie est beaucoup plus fréquente dans le cours de la première et de la seconde année. Dans plus des denx tiers des cas environ, la paralysie a atteint des enfants âgés de 6 mois à 2 ans. Avant 6 mois, les exemples sont fort rares, rares aussi après 3 ans. Cependant les docteurs Kennedy, Heine et West ont observé la maladie sur des enfants âgés de 5, 6 et même de 7 à 8 ans. Kennedy est convaincu que la paralysie essentielle peut être aussi observée chez l'adulte. J'ai vu sur nne jeune fille de 18 ans un bel exemple de paraplégie complète qui a succédé à une fièvre typhoïde, et a fini par disparaître complétement après avoir duré plns de dix-huit mois. Cette prédilection de la paralysie essentielle pour l'âge où l'éclampsie et la contracture des extrémités sont les plus fréquentes, indique l'analogie de nature qui existe entre ces différentes maladies, analogie qui est encore démontrée par leur association ; ainsi, comme j'ai eu occasion de le dire fréquemment, l'éclampsie, et qnelquefois la contracture précèdent la paralysie essentielle.

SEXE. — La maladie ne paraît pas avoir de prédilection pour un sexe plutôt que ponr l'antre.

CONSTITUTION. — D'après le doctenr Kennedy, la paralysie à laquelle il donne le nom de temporaire, paraît plus commune chez les enfants bien formés et bien nourris que chez les autres. Le docteur Heine a mentionné que presque tous les sujets de ses observations avaient une bonne constitntion, et ne présentaient ancun signe de scrofules, de dartres, ni de rachitisme ; ils étaient bien conformés et droits et plnsieurs avaient marché de très-bonne heure. Les faits que j'ai recueillis sont trop peu nombreux ponr que je puisse en tirer des conclusions générales ; mais les enfants que j'ai vus ne présentaient pas cet aspect florissant dont parle Kennedy : c'étaient, pour me servir de l'expression populaire, des enfants qui avaient ou avaient eu des *humeurs* (eczéma impétigo, catarrhe des bronches et dn nez, ophthalmies), et qui, par là, appartenaient an tempérament lymphatique. D'après West, les enfants paralytiques sont, en général, d'une faible constitntion.

SANTÉ ANTÉRIEURE. — La paralysie est tantôt primitive, tantôt secondaire. Lorsqu'elle est secondaire, c'est dans le cours d'une dentition laborieuse qu'elle se développe le plns souvent, ou bien chez des enfants qui ont nn dérangement des organes digestifs. Les docteurs Badham, Kennedy et West ont surtont insisté sur l'importance de cette dernière cause.

On tronve dans les anteurs des exemples de paralysie survenne dans le cours de la scarlatine, des fièvres gastriques, rémittentes on typhoïdes. Le rhumatisme jone pent-être un assez grand rôle ; c'est l'opinion de plusieurs anteurs.

CAUSES OCCASIONNELLES. — An nombre des causes occasionnelles, on a cité en première ligne le refroidissement. M. West a vu des enfants atteints d'nne paralysie de la jambe pour être restés pendant longtemps sur nn banc de pierre. J'ai observé même nn exemple, où la prédisposition réservée, le froid paraît avoir joné un grand rôle. A côté dn refroidissement, il faut placer les coups, les chntes, les tiraillements, en nn mot tonte les causes antérieures. Snivant M. Kennedy, il n'est pas impossible qu'nn conp occasionne nne vive donleur et consécutivement la paralysie, mais il n'a pas encore observé nn cas de cette espèce ; il n'en est pas de même de la pression, il croit que la paralysie est souvent le résultat de la mauvaise habitude que l'on a de concher l'enfant sur le membre lui-même.

DIAGNOSTIC. — Il y a des cas de diagnostic faciles ; ce sont ceux de paralysie partielle, instantanée, temporaire. Le mode dn débnt, l'âge de l'enfant, la canse occasionnelle, la conservation de la santé générale, l'absence de tont symptôme cérébral, la localisation de la maladie, sa prompte disparition ne peuvent laisser de doutes.

Le diagnostic devient de plus en plus difficile, à mesure que la maladie perd de sa simplicité, et surtout quand elle se complique d'un appareil de symptômes qui peut faire redouter une affection cérébrale.

Si la paralysie reste partielle, si elle a été instantanée, si les symptômes précnrseurs sont de courte dnrée et de peu de valenr (léger strabisme, dilatation passagère de la pupille, contracture donloureuse, mais momentanée), le diagnostic ne sera guère plus difficile à établir que dans le cas précédent.

D'après M. West, la paralysie essentielle succéderait à nne senle crise de convnlsions, tandis que l'on doit redouter une affection grave dn cerveau si les crises se répètent fréqnemment. Il y a dn vrai dans cette remarqne, mais il existe cependant des cas de paralysie essentielle qui ont succédé à des crises éclamptiques répétées.

Le diagnostic deviendra plus délicat dans les cas où la paralysie précédée d'attaques d'éclamptie n'est plus partielle, mais sous forme para ou hémiplégique. Dans ce cas on pourra craindre nne affection de l'encéphale et de la moelle épinière.

Les maladies du cerveau ou de ses enveloppes qui débntent par des convnlsions sont, à l'époque de la vie où la paralysie essentielle est fréquente, la méningite franche, l'hydrocéphalie aiguë de la pie-mère, les hémorrhagies méningées. La méningite franche et l'hydrocéphalie aiguë de la pie-mère s'accompagnent de symptômes ataxiques et d'une altération des fonctions sensorielles et intellectuelles que l'on n'observe pas dans la paralysie qui succède aux convulsions ; ces maladies sont d'ailleurs, la première surtont, presqne constamment mortelles. Les mêmes remarqnes s'appliquent aux hémorrhagies méningées qui sont suivies plus souvent de la contracture des doigts et des orteils que d'hémiplégie et de paraplégie. En outre, l'augmentation de volume de la tête et l'hydrocéphalie chronique, qui ne tardent pas chez les jeunes enfants à succéder à l'hémorrhagie, complètent le diagnostic. M. Ozanam ne partage pas cette opinion et attribue aux hémorrhagies méningées tons les cas de paralysie qui succèdent aux convul-

---

chants. C'est nne causerie vive, abondante, luxuriante, dans laquelle les traits des deux personnages scintillent d'une façon très-expressive. Nous avons vécu, mercredi, avec Bichat et Boyer ; nous sommes allé avec le premier à la Montansier, où nous avons ri à toute gorge ; nous avons suivi le second en rechignant dans la campagne de Prusse. Boyer nous a conduit de sa main prudente et sûre à travers les droits sentiers de son anatomie didactique et de sa chirurgie positive ; Bichat nous a ravi dans l'éblouissant tourbillon de ses grandes vues physiologiques. Nons avons vu celui-ci, par nne nuit sombre, quitter furtivement sa demeure, se diriger vers le cimetière de Clamart, et, profanateur absous d'avance par la science et l'humanité, emporter sur ses épaules la dépouille des tombeaux. Celui-là nous est apparu moins lugubre, empilant snr la table, avant la leçon, les écus des anditeurs. Nous ne savons pourquoi M. Roux n'a pas raconté certains traits de mœurs médicales dont Boyer lui eût fonrni le sujet ; traits charmants, à notre avis, et qui peignent avantageusement une époque où la dignité pouvait à ce point se passer de raffinements, et où la moralité ponvait s'allier, sans s'alterer, an soin des intérêts matériels ? Qui ne se rappelle que Boyer vendait lui-même, dans son propre hôtel, le TRAITÉ DES MALADIES CHIRURGICALES ? Un des premiers onvrages qu'acheta l'auteur de ces lignes, lorsqu'il éleva ses vnes ambitieuses jusqu'à l'externat, fut précisement ce traité ; et, bien qu'on pût le tronver partout, il alla, dans sa curiosité, le demander à l'auteur. On appela Jean on Baptiste : Boyer lui-même collationna l'exemplaire, et ce ne fut pas sans une expression assez significative de la physionomie qu'il vit mettre le paquet sous le bras avant d'avoir entendn le moindre cliquetis métallique. L'inquiétude ne fut pas longue ; les huit pièces de cent sous furent étalées. De la même main qui avait tâté le pouls de l'empereur, l'illustre chirurgien les compta fort scrupuleusement, et l'on se sépara d'une façon civile, comme il convient entre un marchand honnête et une pratique qui paye comptant. Une autre histoire que M. Roux n'a fait qu'écrémer, bien qu'il la connaisse à fond, est relative aux cours rétribnes. Le jour dn payement arrivé (le 1er dn mois), Boyer se présentait comme à l'ordinaire ; mais, au lieu de s'asseoir, il restait debout devant la table, les mains dans son tablier, mnet comme la statue du silence. La rapide intelligence des auditenrs avait bientôt compris. On mettait la main à la poche, et quand la danse des écus était terminée, le cours commençait.

De semblables scènes ne sont-elles pas d'une adorable naïveté, et craindre de les raconter ne serait-ce pas en méconnaître le vrai caractère ?

— Tout l'intérêt de la séance n'a pas fini avec ce disconrs. La distribution des prix a donné lieu à un épisode que nous nous faisons un devoir de rappeler. La médaille d'or de l'École pratique a été remportée par M. Orfila, neveu de l'illustre professeur. A l'appel de ce nom, les applaudissements avaient éclaté ; mais M. Bérard en a su provoquer d'autres, et de plus prolongés, qui s'adressaient en même temps à lui et au lauréat, en associant, dans quelques paroles pleines d'à-propos, le premier succès dn neveu aux longs et glorieux services de l'oncle. Nous souhaitons sincèrement que l'heureux présage de M. le doyen s'accomplisse. *Tu Marcellus eris.....*

— Et pendant que nous sommes en train de causer avec M. Bérard, nous profiterons de l'occasion pour lui adresser nne requête qui est, sans reproche, la seconde ou la troisième, à fin de détruire un abus dont nous aurons sur-

sions éclamptiques; mais il n'a pas publié un seul fait à l'appui de son opinion.

M. Duclos me paraît bien plus près de la vérité en comparant à la paralysie hystérique celle qui succède à l'éclampsie. « On comprend, dit-il, par l'étude de ces paralysies et des convulsions alternantes et toutes deux transitoires, quelques-unes de ces paralysies brusques qui surviennent en l'absence de toute lésion organique appréciable ; ce n'est, à proprement parler, qu'une forme différente de névrose ou peut-être qu'un degré différent du même état (1).

A une période plus avancée de l'enfance, les productions accidentelles du cerveau et en particulier les tubercules peuvent s'accompagner de convulsions et primitivement ou consécutivement de paralysie. Mais dans les cas de cette espèce, l'âge de l'enfant, le mode du début, l'ensemble des symptômes cérébraux, l'altération de la santé (amaurose, céphalalgie intense, convulsions répétées, contracture), l'altération de la santé générale, l'inefficacité des remèdes, l'augmentation graduelle et progressive de la paralysie, sont des caractères suffisants pour établir le diagnostic.

Heine attribue la paralysie des enfants à une congestion du système nerveux central, et spécialement de la moelle épinière; il assimile cette maladie à l'hydrocéphale suraiguë, et pense qu'il se fait dans ce cas un épanchement rapide de sérosité pure ou de sérosité albumineuse dans le canal rachidien. Nous ne nions pas que l'émathorachis et l'hydrachis aiguë ne produisent, dans certains cas, la paraplégie chez les enfans; car on en trouve des exemples chez les auteurs; mais nous maintenons que la paraplégie comme l'hémiplégie, comme la paralysie partielle, peut être essentielle lorsqu'elle succède à l'éclampsie. Si, en effet, comme le pense Heine, il y avait dans les cas de paraplégie un épanchement dans le canal rachidien, ce seraient d'autres symptômes que des convulsions ou de la paralysie du mouvement que l'on observerait. Ainsi il y aurait des douleurs au niveau des vertèbres, des symptômes tétaniques, la vessie et le rectum participeraient à la maladie, le sentiment serait aboli comme le mouvement; tous caractères qui différencient la paralysie essentielle des affections de la moelle épinière ou de ses membranes.

Dans les pages précédentes nous n'avons parlé que des erreurs de diagnostic provenant d'une fausse détermination de la cause de la paralysie; mais il est une autre maladie tout à fait étrangère au système nerveux et que la paralysie peut simuler au début. Les docteurs West et Kennedy ont fait observer que l'on pouvait confondre la paralysie de l'une des extrémités inférieures avec une affection commençante de la hanche. D'après Kennedy, dans ce cas, la maladie procède d'une façon plus lente, elle est précédée d'un dérangement de la santé générale, les ganglions inguinaux sont augmentés de volume, la pression sur la tête de l'os est douloureuse. M. West insiste plus particulièrement sur la douleur extrême causée par un choc sur le talon qui résout la tête dans la cavité cotyloïde, douleur qui manque entièrement dans la paralysie.

Je ferai observer aussi que dans les cas de paralysie du bras qui durent depuis un certain temps, on serait quelquefois tenté de croire à une luxation de l'humérus. J'ai indiqué plus haut les caractères à l'aide desquels, indépendamment des commémoratifs, on peut reconnaître la nature de la maladie.

Enfin, le mode de début et la diminution de la paralysie et de l'atrophie sous l'influence d'un traitement bien dirigé, la possibilité d'exciter la contraction musculaire par l'électricité et la gymnastique, différencient la paralysie de l'atrophie musculaire, progressive, décrite dans ces temps derniers par M. Aran; cette maladie paraît d'ailleurs spéciale à l'adulte. Lorsque la paralysie débute insensiblement, qu'elle est incomplète et sous forme paraplégique, qu'elle remonte ou paraît remonter à une époque voisine de la naissance, il est souvent difficile de décider si l'on a affaire à une paralysie proprement dite, ou bien, qu'on me passe l'expression, à une simple paresse du système musculaire. Il n'est pas de praticien auquel il ne soit arrivé d'être consulté pour des enfants qui, à l'âge de 18 mois, 2 ans, 2 ans et demi, 3 ans même, ne marchaient pas encore. Ces retardataires sont quelquefois des rachitiques ou des cyanosés. Les premiers ne marchent pas par la débilité ou l'atrophie des muscles et le ramollissement des leviers osseux. Les seconds, parce que le système musculaire n'est pas stimulé par un sang suffisamment excitant; mais l'influx nerveux n'est pas suspendu comme chez les paralytiques proprement dits. La constatation des symptômes du rachitisme et de la cyanose suffit pour fixer le diagnostic.

Il est d'autres cas où le diagnostic est plus difficile. Des enfants ne marchent pas à une époque où ils devraient depuis longtemps se mouvoir seuls, ou bien, après avoir marché pendant quelque temps, ils s'arrêtent de le faire sans qu'on puisse découvrir chez eux aucun autre symptôme. Ce sont souvent de gros enfants qui sont arriérés pour l'intelligence comme pour le mouvement. La facilité avec laquelle ils meuvent leurs membres quand ils sont étendus sur un plan horizontal, l'absence d'atrophie et de refroidissement, la teinte naturelle de la peau sont des caractères qui permettent de distinguer ces paraplégies fausses des paraplégies vraies.

§ VII. — TRAITEMENT.

Les auteurs ne sont pas d'accord sur le meilleur traitement à suivre. Le docteur Kennedy, considérant que la paralysie est le plus souvent le résultat d'un dérangement des voies digestives ou d'une dentition laborieuse, conseille l'emploi des purgatifs, des altérants, et en particulier de l'*hydrargyrum cum creta*. Il recommande les bains tièdes quand la douleur accompagne ou précède la paralysie. Le docteur West est aussi partisan des purgatifs, mais il y joint les toniques, parce qu'il a remarqué que la plupart des enfants atteints de paralysie étaient débiles. C'est le fer auquel il donne la préférence.

Les médecins anglais ne se sont guère occupés que du traitement de la période paralytique. Le docteur Heine, placé sur un autre terrain (il dirige un grand établissement orthopédique), s'est occupé du traitement des deux périodes, mais plus spécialement de la période atrophique, les sujets qu'il a traités lui ayant été amenés à cette époque de la maladie où les membres sont refroidis, atrophiés, rétractés. Voici quelles sont, suivant lui, les indications les plus rationnelles :

1° Réveiller l'innervation, dont l'action est annihilée dans la moelle épinière, les nerfs qui en émanent et les membres paralysés.

2° Rendre aux membres déformés leur forme normale au moyen des procédés orthopédiques.

3° Fortifier toute la constitution.

Pour satisfaire à la première indication, le docteur Heine conseille l'em-

(1) Duclos, Thèse, 1847, p. 37.

tout à souffrir le jour où il portera la parole à la séance de rentrée. Il n'y avait qu'une voix autour de nous pour déplorer les avalanches humaines qui tombent des vomitoires jusque sur l'enceinte réservée, interrompent le discours, détournent l'attention, et sont aussi désagréables pour l'orateur que pour le public. Il n'y avait qu'un sentiment contre ces cris malséants que des élèves, suspendus en grappes sur les escaliers, lançaient par les portes ouvertes pour se venger de n'être pas dans l'enceinte. Et il était aisé de voir que le bureau ne trouvait pas plus que nous la chose de son goût. Pourquoi donc n'y pas mettre bon ordre ? Pourquoi ne pas faire ce qu'on fait dans toutes les réunions nombreuses, à l'assemblée nationale, à l'Académie des sciences, au théâtre même, c'est-à-dire fermer les portes ou des barrières *ad hoc* quand la salle est pleine, et régler ensuite les entrées sur les sorties ? Le moyen de couper la foule au moment précis serait bientôt trouvé, si on le voulait bien. Les longs couloirs qui séparent l'amphithéâtre de la cour offrent pour cela d'excellentes dispositions. Que, avant l'ouverture de la séance, on crie, on mugisse, on bêle, on miaule, on beugle, on fasse voler des papiers, des pommes ou des chapeaux défoncés; rien de plus divertissant; mais l'agrément diminue beaucoup pendant la cérémonie.

— Un très-honorable confrère des départements veut bien nous consulter sur une question de conduite professionnelle qui s'est présentée deux fois dans sa pratique et dont il s'est tiré chaque fois de manière à satisfaire sa conscience, mais à nuire fortement à ses intérêts. Nous lui répondrons avec toute la sincérité qu'il nous demande. Voici d'abord les faits.

1° Notre confrère est consulté par une jeune femme mariée en secondes noces depuis quatre ou cinq ans, accusant *un mal de gorge*. L'inspection révèle des chancres ; le commémoratif, des accidents primitifs passés inaperçus. La malade est avertie de la nature et de la gravité de son mal. Elle nie, se fâche et consulte un autre médecin qui, sans lui dire mot de la spécificité des ulcérations, prescrit des préparations mercurielles et la guérit.

2° Une jeune fille de 18 à 19 ans, appartenant à une famille de mœurs pures, se plaint également d'un mal de gorge. On constate l'existence de chancres syphilitiques, et la mère raconte que sa fille a beaucoup souffert, quelques mois auparavant, en urinant. Notre confrère se tut d'abord; il déguisa un traitement antivénérien. Mais, faute de croire à une maladie sérieuse, on négligea les prescriptions. Ce fut alors, et pour amener à des soins suivis, que notre confrère se crut obligé à une confidence. Était-ce à la malade qu'il devait s'adresser? était-ce à la mère? Il se décida pour la dernière dans le double but d'éviter à une jeune fille un aveu pénible et de mettre la mère à même d'arrêter son enfant sur la pente du vice. Il fut payé de son attention par des invectives et dut se retirer.

On remarquera entre ces deux faits une différence fort importante dans l'espèce. Ici, il s'agit de savoir s'il convient de révéler à la malade elle-même la nature virulente du mal; là, s'il convient d'en avertir une tierce personne. Le premier cas n'engage pas la question du secret ; le second l'engage sérieusement.

En principe, nous croyons que le droit de révélation pour le médecin n'existe que de lui à son client. Notre confrère était dans son droit quand il a averti la jeune femme; il eût été dans son droit s'il eût averti la jeune fille. Une intention honorable, d'autant plus honorable qu'elle ne pouvait manquer de tourner contre ses intérêts, l'a entraîné trop loin quand il est allé jusqu'à une confidence à

ploi de la teinture de noix vomique à l'intérieur et à l'extérieur. Il prescrit la teinture de noix vomique unie à celle de camphre et de pyrèthre, à la dose de 12 gouttes deux fois par jour, dose que l'on peut doubler. On emploie ce traitement pendant quatre semaines. En même temps, il fait faire deux fois par jour des frictions sur les extrémités inférieures et sur la colonne épinière, avec un mélange de teinture de noix vomique et d'ammoniaque. Après un repos de quatorze jours, il administre le sulfate de strychnine à la dose de 1/16 de grain qu'il porte graduellement à 1/6. Le docteur Heine a remarqué, qu'indépendamment des effets physiologiques de la strychnine, ce médicament avait pour résultat d'augmenter la chaleur et la transpiration des extrémités paralysées. Mais son influence sur la paralysie elle-même est peu marquée. Il a trouvé le *rhus toxicodendum* encore moins efficace que la strychnine. Il a essayé l'huile de foie de morue, mais sans aucun résultat que celui de donner au malade une meilleure apparence. Le percarbure de soufre n'a pas mieux réussi. Il a employé en frictions et avec avantage le phosphore uni à l'huile animale éthérée, l'ammoniaque, la teinture de cantharides. Les bains, les douches, spécialement celles de vapeur dirigées sur la région sacrée, ont été fréquemment mises en usage avec succès.

L'emploi de l'électricité est resté infructueux. La section des tendons, dans les cas de contracture, différents appareils d'extension, des machines fort ingénieuses pour faciliter le mouvement, d'autres destinées à exercer les membres malades sont employés par M. Heine. Ce médecin fait observer, avec raison, que le traitement est long et que les parents et les malades doivent s'armer de patience. Il insiste beaucoup sur l'emploi continu de l'ensemble des moyens que nous venons d'indiquer.

L'exercice des membres malades est certainement un des meilleurs moyens de combattre la tendance à l'atrophie et de la diminuer quand elle existe. M. Richard (de Nancy) a spécialement insisté sur l'opportunité de la gymnastique dans les cas de cette espèce. Voici la description des appareils qu'il a mis en usage chez la jeune fille atteinte de paralysie des membres droits, dont nous avons rapporté plus haut une partie de l'observation.

« On fit construire pour l'enfant un char dont les roues étaient mises en mouvement par une double manivelle qu'on poussait avec les pieds. Couchée sur le char, la jeune malade fixait ses deux pieds à des palettes disposées pour les recevoir, et par une pression facile, elle parcourait ainsi les longues allées d'un jardin. Plus tard, devenue plus forte et plus habile dans cet exercice, on lui prescrivait de n'employer que le pied droit à l'effort de cette locomotion. C'est ainsi que les contractions des muscles, le jeu des articulations se répétaient mille fois dans le membre malade sans qu'il eût à supporter le poids du corps et les inconvénients de la claudication. Le développement et la force s'en accrurent, comme le démontre le tableau des mesures que nous avons donné.

» Nous avons essayé d'autres appareils gymnastiques à l'usage de la jeune malade; un de ses jeux ordinaires consiste à se balancer sur l'extrémité d'une planche flexible et élastique. Elle pèse sur cette planche avec le pied qu'elle exerce et s'abandonne à la réaction en se tenant à une corde pour éviter les chutes auxquelles elle serait exposée. Cependant voici l'âge où les soins de l'éducation vont partager un temps jusqu'alors entièrement consacré au traitement; bien persuadé que nous n'arriverons à une guérison complete que par la persévérance et la suite dans les moyens indiqués, nous avons cherché à satisfaire à toutes les exigeances en mêlant aux travaux de l'esprit l'action presque toujours présente de la gymnastique.

» Ainsi, pour apprendre la musique, la jeune malade a dû se servir d'un piano organisé; il faut qu'avec le pied elle mette en mouvement une pédale, qui donne le souffle au jeu d'orgue de l'instrument. On a établi sous sa table de travail une meule formée d'un plateau de chêne et de plomb; elle doit la faire tourner aussi avec une pédale; la rotation une fois bien établie, elle la continue sans effort, il lui suffit d'ajouter par moments une légère impulsion au mouvement qui se ralentit. L'habitude a en bientôt émoussé l'attention nécessaire à ce sujet, et le reste du temps, sans être distraite de son étude, elle s'abandonne passivement aux mouvements d'extension et de flexion qui s'effectuent dans les trois articulations du pied, de la jambe et de la hanche.

» Sous l'influence de ce traitement, l'atrophie a diminué, et le membre, qui était resté si longtemps arrêté dans son accroissement, a repris son avantage. En treize mois, le membre malade avait crû de 8 centimètres, et le membre sain de 5 centimètres 5 millimetres seulement. »

En résumé :

Dans la première période, le traitement doit être dirigé en premier lieu d'après la cause présumée de la maladie. Si l'éruption dentaire se fait difficilement, il faut inciser les gencives; si les voies digestives sont dérangées, donner les purgatifs légers et les altérants; si la paralysie est précédée de contracture douloureuse, combiner les bains et les sudorifiques. Ainsi de suite.

Apres avoir satisfait à ces indications, si la paralysie persiste, il est convenable de mettre en usage le traitement antiparalytique conseillé par M. Heine, sans oublier l'administration des toniques, que réclame l'état général des forces.

Enfin, une fois la période atrophique établie, l'indication la plus urgente est d'insister sur les exercices gymnastiques, tout en excitant et soutenant les forces par les nervins, les toniques et une excellente hygiène.

LITHOTRITIE.

MÉMOIRE SUR LES PRINCIPAUX ACCIDENTS QUI PEUVENT COMPLIQUER LES OPÉRATIONS DE TAILLE ET DE LITHOTRITIE, ET SUR LES MOYENS DE LES PRÉVENIR OU D'Y REMÉDIER; par J.-E. PÉTREQUIN, professeur à l'École de médecine de Lyon.

(Suite. — Voir les numéros 29, 31, 35 de 1850, 42 et 43 de 1851.)

Voici maintenant d'autres accidents à combattre.

CALCUL DE 3 CENTIMÈTRES; COMPLICATION DE CYSTITE, DE HERNIE ÉNORME, ETC.; ACCIDENTS DE L'OPÉRATION; DOUBLE HÉMORRHAGIE; LIGATURE; GUÉRISON.

OBS. XXII. — En 1847, un marchand boucher de Saint-Laurent-de-Chamousset (Rhône) est adressé à M. Pétrequin pour une maladie grave des voies urinaires. Il est admis à l'Hôtel-Dieu, service des opérés, n° 9. C'est un homme vigoureux, âgé de 52 ans, d'un tempérament sanguin, d'une constitution pléthorique et charnue; il souffre de la vessie depuis trois ans surtout : pesanteur au périnée,

---

la mère. Si la règle à laquelle il a cru devoir se conformer pour obéir à un scrupule de conscience était obligatoire ou même facultative, on pourrait confier à un mari la maladie de sa femme, à un frère la maladie de sa sœur, dans l'intérêt du traitement. Sur des raisons analogues, un prêtre pourrait révéler le secret de la confession dès qu'il y verrait un moyen de mettre obstacle au débordement. Quand la personne infectée est avertie, le médecin a épuisé son droit. Il serait triste, sans doute, de la voir porter la peine de son entêtement, mais la responsabilité n'en serait qu'à elle. Il est bon d'ajouter d'ailleurs qu'elle ne l'encourt pas souvent et se garde ordinairement d'interroger le second médecin sur la composition des pilules qu'il lui fait prendre.

Nous parlons ici du droit du médecin et non du devoir, parce qu'en effet le devoir n'existe pas ici dans le sens absolu du mot. Si les circonstances sont telles qu'il n'y ait aucun inconvénient à laisser ignorer a un client, à une femme surtout, la spécificité de son mal, nous croyons que le médecin fait bien de se taire. Il devra positivement se taire si à cette absence d'inconvénient se joint la crainte d'apporter par une révélation, même faite à la malade seule, le trouble dans un ménage, comme il arrive quand une femme fidèle est avertie qu'elle a la syphilis. Le droit vis-à-vis de la malade n'existe, nous le répétons, que parce que l'intérêt de la santé prime les autres aux yeux du médecin, et c'est la conjoncture où s'est trouvé notre confrère dans le premier cas. Mais le droit vis-à-vis de tierces personnes n'existe jamais.

A. DECHAMBRE.

— M. le docteur Delange, chirurgien en chef de l'hospice et des prisons de Falaise (Calvados), depuis plus de vingt ans, vient d'être nommé chevalier de la Légion d'honneur.

— Par décret individuel du 14 octobre courant, sur la proposition de M. le ministre de l'instruction publique et des cultes, a été nommé chevalier de la Légion d'honneur :

M. Rigaud, professeur de pathologie et de clinique chirurgicale à la Faculté de médecine de Strasbourg.

M. Rigaud a rempli successivement, dans l'enseignement supérieur de la médecine, diverses fonctions qu'il a obtenues à la suite de brillants concours, et a publié plusieurs mémoires qui ont contribué au progrès de l'art de guérir.

— Par décrets individuels, sont nommés chevaliers de la Légion d'honneur :

MM. Erhel, Mauger, Fleury, Thibaut, chirurgiens de deuxième classe de la marine.

— M. Baratte, chirurgien aide-major en premier à l'hôpital militaire de Rennes, venait d'être mis en non-activité pour cause d'infirmités temporaires. Nous apprenons la mort de cet honorable officier. M. Baratte comptait vingt-huit années de service.

besoins fréquents d'uriner, jour et nuit; miction douloureuse, souvent embarrassée; ses bourses sont volumineuses, et il existe une hernie inguinale énorme à droite, ce qui gêne beaucoup pour le cathétérisme. La pierre est difficile à trouver; toutefois M. Pétrequin la découvre dans le bas-fond, derrière la prostate, et nous fait parfaitement constater sa présence. Le canal est naturellement étroit et d'un accès difficile à cause du volume de la hernie et du scrotum. La vessie est d'une sensibilité excessive; le malade montre une appréhension extrême des instruments et présente une disposition fâcheuse à la fièvre urétrale. En conséquence, on croit devoir préférer ici la taille à la lithotritie. Un traitement préparatoire est administré, et le 5 octobre 1847, M. Pétrequin procède à l'opération, en présence du docteur Barrier et de plusieurs médecins.

Le malade, étant convenablement placé, fut soumis au sommeil de l'éthérisation. M. Pétrequin, en introduisant le cathéter, a soin de s'assurer de nouveau de la présence de la pierre; il fait relever les bourses et la hernie, qui gênent beaucoup par leur volume. Incision oblique à partir du raphé, à 12 lignes en avant de l'anus, débridement de la portion membraneuse de l'urètre; introduction du lithotome, que l'on fait ensuite agir sur le diamètre oblique de la prostate, avec l'armure n° 10. L'opérateur avait, dès le début, craint deux choses: d'abord le tempérament sanguin et pléthorique du malade lui donnait à redouter une hémorrhagie par les moindres artères; ensuite son embonpoint et sa constitution énorme faisaient prévoir une grande épaisseur dans le périnée et une profondeur insolite pour le col de la vessie.

Une double hémorrhagie ne permit pas de procéder de suite à l'extraction du calcul; elle était assez abondante; toutefois on ne put découvrir la trace d'aucune artère; seulement on jugea, par leur point de provenance et leur direction, que l'une, plus profonde et plus postérieure, pouvait dépendre d'une branche de la transverse, et l'autre, plus superficielle et plus antérieure, d'une division de la superficielle du périnée. M. Pétrequin, ne pouvant les saisir avec une pince, imagina de les lier successivement avec le ténaculum, ce qui réussit très-heureusement.

On s'occupa alors de terminer l'opération, mais à cause de la profondeur du périnée, qui avait au moins 4 pouces, le doigt ne pouvait pénétrer dans la vessie, il n'arrivait à grand'peine qu'à l'entrée du col. Il fallut introduire les tenettes sur la crête du gorgeret boutonné, et l'opérateur prit soin d'explorer les parties par le rectum pour guider les instruments. La pierre fut chargée derrière la prostate, à la seconde tentative, et extraite heureusement. La cuiller du gorgeret ne rencontra plus aucun fragment dans la vessie. Des injections émollientes multipliées la débarrassèrent ensuite de beaucoup de caillots d'un sang noirâtre. Une mèche de charpie est introduite dans la plaie. (Diète; tisane émolliente; potion diacodée.)

La pierre, que M. Pétrequin conserve dans sa collection, était dure, de forme circulaire et aplatie, semblable à un disque d'environ 3 centimètres de diamètre sur 2 d'épaisseur.

La plaie s'étant enflammée au bout de quelques jours, M. Pétrequin, outre les lotions, prescrivit des bains de siége, et des grands bains qui eurent beaucoup de succès dans le traitement, et bâtèrent notablement la guérison. Il ne survint pas d'autre accident, et l'opéré sortit de l'hôpital parfaitement guéri. On a eu de ses nouvelles en 1848 et 1849, il continuait à aller bien. (Recueillie par M. Bourland.)

Les difficultés spéciales du cathétérisme, dans ce cas, ajoutaient aux difficultés du diagnostic. Ce fut un motif de plus pour redoubler de soin, afin d'éviter la possibilité d'une erreur; il faut toujours se rappeler que des fautes de ce genre ont échappé aux plus habiles lithotomistes. Ainsi M. le professeur Roux a avoué qu'il avait eu le malheur de pratiquer quatre fois la taille pour des calculs qui n'existaient pas. (Discussions à l'Académie, p. 71.) Le même accident est arrivé trois fois au célèbre Cheselden. (B. Bell, CHIRURGIE, t. II, p. 19.) A combien de sujets cette erreur n'a-t-elle pas coûté la vie! Deschamps cite l'histoire d'un enfant (TRAITÉ DE LA TAILLE, t. I, p. 283); Desault (de Bordeaux), celle d'un adulte (*Ibid.*, p. 288); Levret, celle d'une femme (JOURN. DE MÉD., t. XL), etc., qui moururent des suites de l'opération de la pierre, et chez qui la pierre n'existait pas. M. Longhi (de Milan) dit avoir vu tailler trois malades qui n'avaient pas calculeux. (DE LA TAILLE ET DE LA LITHOTRITIE, p. 41.) M. Ripault (de Dijon) a fait connaître un cas de cystotomie pratiquée chez une malade qui n'avait qu'une tumeur fibreuse de la prostate (GAZ. MÉD., 1842, p. 478), etc. On ne saurait donc trop assurer son diagnostic. L'exploration par le rectum donne des indices utiles. La sonde en argent m'a paru la meilleure de toutes pour bien diagnostiquer la pierre. On peut ensuite, pour compléter son jugement, se servir d'un petit lithotriteur à deux branches qui permet non-seulement de reconnaître le calcul, mais encore de distinguer sa position, de le déplacer, et enfin d'apprécier son volume et sa consistance.

L'hémorrhagie est un accident fréquent et grave. Il est des artères que l'opérateur doit toujours éviter, comme la honteuse interne. A l'égard des autres, j'ai pris soin, dans mon ANATOMIE MÉDICO-CHIRURGICALE, de résumer ce qui les concerne: « On évite la superficielle du périnée en ne latéralisant pas trop en dehors, et la transverse ou bulbeuse en ne l'avançant » pas trop au delà de 11 à 12 lignes de l'anus, enfin les hémorrhoïdales » en laissant une pointe de l'incision au niveau de l'ischion. » (*Périnée*, p. 543.) Néanmoins les accidents de ce genre ne sont pas rares. Pour ne pas parler des livres didactiques que chacun a entre les mains, je vois que M. Gorgone, en taillant un calculeux de 46 ans, ouvrit la transverse qu'il lia heureusement. (*Loc. cit.*, p. 12.) M. Longhi a vu blesser la superficielle qu'il fallut comprimer. (*Ibid.*, p. 40.) M. Pamard père a blessé la honteuse chez un homme de 72 ans taillé en 1792; l'artère honteuse fut probablement intéressée, la pierre était très-volumineuse et hérissée d'aspérités. L'opéré eut des hémorrhagies successives qui amenèrent la mort le 26 septembre. (Pamard fils, obs. VII.) Ce même accident est arrivé à Desault, à Physick et à Roux. Bertrandi regardait cette lésion comme mortelle, parce que, dit-il, « on ne peut en aucune manière arrêter l'hémorrhagie qui en » résulte, et pour l'ordinaire, les malades périssent quelques heures après » l'opération. » (TRAITÉ DES OPÉRAT., p. 122.) Aujourd'hui, un chirurgien serait inexcusable d'agir ainsi. Il faut toujours en opérer la ligature, soit immédiate, soit médiate, à l'aide du ténaculum, comme je l'ai fait pour la transverse et la superficielle (voyez aussi obs. 30). On réussira à la lier contre l'ischion en la contournant avec un fil. — Ce ne sont pas là les seules sources de l'hémorrhagie, comme je l'ai déjà indiqué ailleurs: « Les » capillaires et les veines forment autour de la prostate et du col un plexus » très-volumineux, surtout dans la vieillesse et les affections chroniques de » la vessie. Leur division peut donner lieu à une hémorrhagie grave ou » même mortelle, comme P. Robert en cite deux exemples. » (ANATOMIE TOPOGRAPH., p. 447.) C'est ainsi que me paraissent s'expliquer les hémorrhagies que M. Pamard père observa sur un calculeux de 80 ans, taillé par lui en 1796, et sur un autre de 64 ans, opéré en 1817. (Obs. 23 et 52.) On peut rencontrer cet accident jusque dans le jeune âge; ainsi il me paraît donner seul l'explication d'une hémorrhagie consécutive sur un enfant de 7 ans, taillé à Palerme en 1834. (Gorgone, p. 7.) Dans ces circonstances, ce n'est pas la ligature qui est indiquée, mais l'application d'une canule garnie, comme le faisait Dupuytren. (Voy. nos obs. 28 et 30.) C'est précisément le moyen qui a réussi dans ces trois cas. M. Bégin se loue beaucoup des irrigations froides, à jet continu, dans ce qu'il nomme les HÉMORRHAGIES VITALES, ou par exhalation, sans qu'aucune artère volumineuse ait été coupée. Il cite trois cas de succès. (GAZ. MÉD., 1842, p. 141.)

CALCULS MULTIPLES, AVEC COMPLICATION DE CYSTITE, D'ENGORGEMENT DE LA PROSTATE, D'URINES SANGUINOLENTES, ETC.; TAILLE LATÉRALISÉE; GUÉRISON.

OBS. XXIII. — Claude-François Villet, âgé de 73 ans, ouvrier en soie à Lyon, d'une forte constitution, entre à l'hôpital, service de M. Pétrequin, le 7 mai 1849.

Depuis plusieurs années, il souffrait de la vessie, le mal ayant beaucoup empiré en 1847. Il était entré une première fois à l'Hôtel-dieu de Lyon, où il fut soumis avec succès à la lithotritie, malgré son grand âge et les complications coexistantes (voy. 1re partie, obs. 8, GAZ. MÉD., 1850, n° 31). Il y avait plusieurs pierres. Il fut délivré de tous ses malaises. M. Pétrequin avait diagnostiqué une diathèse calculeuse, comme on l'a vu; néanmoins la guérison fut complète. Mais l'année suivante survinrent de nouveau des démangeaisons, puis des cuissons, et enfin de vives douleurs, avec difficulté progressive dans l'émission des urines. Il rentra alors à l'hôpital en 1849, sur les conseils de M. le docteur Levrat aîné, qui l'adressa à M. Pétrequin.

Douleurs incessantes dans les voies urinaires, s'exaspérant à chaque émission des urines. Miction difficile, saccadée, très-fréquente, ne produisant à chaque effort que quelques gouttes d'urine. Le malade est obligé de se reprendre à quatre ou huit fois pour remplir un petit verre à pied. Catarrhe vésical intense, avec douleurs hypogastriques et un abondant dépôt des urines: l'état général est assez bon, le malade semble cependant un peu découragé; il y a peu de sommeil et souvent de la fièvre.

Pendant les dix premiers jours, il est sondé chaque matin avec une grosse sonde d'étain, et reçoit à chaque fois une injection tiède, émolliente dans la vessie. Le cathétérisme est douloureux; les urines retirées sont sanguinolentes et fétides. Le cathétérisme explorateur, pratiqué à deux reprises différentes par M. Pétrequin, lui fait soupçonner l'existence de plusieurs calculs urinaires. (Tisane de graines de lin; grand bain tous les deux jours.)

19 mai. La miction est moins pénible; le dernier jet d'urine seulement est douloureux. Les injections reviennent encore un peu sanguinolentes. M. Pétrequin constate que le calcul presse sur le col et sur la prostate.

21. Le cathétérisme est difficile. La prostate s'engorge. Les urines sont un peu fétides et souvent sanguinolentes après l'introduction de la sonde.

4 juin. Fièvre avec exacerbation des accidents. Traitement calmant. On suspend le cathétérisme.

6. Oysurie; fréquentes envies d'uriner; légère amélioration cependant depuis le 4 juin. (Grand bain; bain de siége; lavements.)

9. Les accidents se sont un peu calmés. M. Pétrequin pense qu'il ne convient pas de différer l'opération; il se décida pour la taille, à cause de l'engorgement de la prostate, de la fétidité et surtout de la sanguinolence des urines, de la multiplicité des pierres, etc.

12. On procède à l'opération. Le malade étant placé dans une situation convenable et éthérisé, le périnée d'une grande étendue est incisé à partir de 12 à 14 lignes de l'anus, dans la direction et jusqu'au niveau de l'ischion. On incise à petits coups les couches sous-jacentes, l'urètre est ouvert sur le cathéter cannelé, au-dessus et au niveau de l'aponévrose moyenne. Le lithotome caché, armé au n° 11, est introduit sur la cannelure du cathéter, puis retiré de manière à inciser obliquement le col et la prostate, qui se trouvaient ici à une profondeur d'envi-

ron 4 pouces. Les tenettes sont ensuite conduites sur la crête du gorgeret, et après plusieurs injections détersives, on charge et on retire successivement trois calculs, nu de la grosseur d'une noisette, l'antre du volume d'un gros marron, le troisième égal à un petit œuf de poule; chacun d'eux présente plusieurs facettes lisses et polies. On renouvelle les injections détersives; on panse avec une meche de charpie introduite jusque dans le col, et le malade est reporté dans son lit. (Diète; repos; tisane de violettes et tilleul; potion calmante diacodée.)

13. Le malade est bien; pas de fièvre. (Lavem. avec quina, valériane et pavot; laudanum, 12 gouttes.)

14. Même état; le lavement a été suivi de plusieurs selles.

16. La plaie est en bon état, peu enflammée; ses bords tendent à se rapprocher.

18. La cicatrisation fait des progrès.

19. On sonde le malade pour aider le retour des urines par le canal.

20. Un peu de fièvre; constipation; le cathétérisme a été supporté avec quelques douleurs, mais depuis l'urine s'écoule goutte à goutte par le canal. (Deux lavements.)

21. La fièvre a un peu cédé; quelques selles hier. (Lavem. avec quina, valériane et pavot; bain de siége; pruneaux.)

23. État très-satisfaisant; pas de douleur; presque point de fièvre. L'opéré demande le quart.

25. Il y a eu hier une légère indigestion qui a beaucoup fatigué le malade. (On continue les lavements, qui le soulagent beaucoup; eau gazeuse; potion calmante.)

27. Le malade est mieux. (Orangeade.)

28. Quelques selles diarrhéiques depuis le lendemain de l'indigestion.

29. Le malade est au mieux; il n'y a plus de fièvre ni de diarrhée; l'opéré a rendu quelques urines par le canal avec jet.

30. La plaie marche toujours vers la guérison; l'urine coule goutte à goutte par le canal. Les coussins placés sous les jarrets ont été retirés.

1er, 2 et 3 juillet. Le malade a un peu de fièvre, sans cause connue. (Lavem. avec quina, valériane et pavot; bain de siége; tisane nitrée.)

Les jours suivants, il y a un peu de diarrhée, les urines coulent plus souvent et mieux par le canal.

7. Le malade s'assied sans douleur pour aller à sa garderobe, et se lève deux fois dans la journée sans fatigue.

12. La plaie ne laisse presque plus passer d'urines.

13. Il sort un peu de pus par la plaie et par le canal.

19. Le malade est bien, l'urine sort par le canal, la plaie n'est pas complétement fermée, mais elle est dans le meilleur état, et il n'y a plus de douleurs. L'opéré prendra des bouillons d'herbes, des grands bains, fera des lotions émollientes et suivra un régime doux, etc. (Recueillie par M. Louis Gubian, interne des hôpitaux de Lyon.)

Notre opéré fit une heureuse exception à la loi de mortalité si générale pour la cystotomie dans la vieillesse, que M. Thierry a cru pouvoir établir cet aphorisme : « Les tailles périnéales chez les vieillards sont presque » constamment mortelles. (M. Béniqné pense que la mort est causée par » l'acrimonie des urines sécrétées, et par le relâchement et le délabrement » du périnée.) Cette opinion est le résultat de mes convictions, convictions » que j'ai puisées en suivant les opérations pratiquées par Dupuytren et » par Souberbielle. » (Thèse de concours, 1842, p. 65.)

C'était en outre un exemple de récidive, c'est le troisième sur les 30 opérations que j'ai à faire connaître, à savoir, 2 après la lithotritie (obs. 4 et 8) et un seul après la taille (obs. 24). Ce point intéressant est difficile à éclaircir, car la plupart des auteurs craignent ou négligent d'indiquer les opérés qui éprouvent une rechute calculeuse. Je remarquerai que, sur les 56 opérés de M. Pamard pere, 5 ont offert des cas de récidive, et sur les 12 de M. Pamard fils, un opéré était aussi un cas de récidive, ce qui donne la proportion de 6 sur 72 opérations. (Op. cit.) Un régime sévère, un traitement antilithique et l'emploi des eaux minérales appropriées, sont de rigueur chez tous les opérés qui présentent une fâcheuse disposition à la pierre; c'est ainsi que je crois avoir préservé la plupart de mes opérés chez lesquels j'avais constaté ce que j'appelle une *diathèse calculeuse*. Parmi les eaux minérales, je citerai surtout celles de Vichy (voy. Ch. Petit, DE LA DISSOLUTION DES CALCULS URINAIRES, 1840, p. 191), de Saint-Galmier, d'Evian, de Vals, de Contrexville, etc. (1). Certainement, comme méthode hygiénique et prophylactique, ce mode de traitement jouira, aux yeux de tous, d'une efficacité plus incontestable, qu'à titre de méthode curative.

Passons maintenant à la *taille urétrale*.

EXISTENCE DE DEUX CALCULS DANS LA RÉGION PROSTATICO-MEMBRANEUSE; DYSURIE; INCONTINENCE D'URINE; RÉTRÉCISSEMENT DU MÉAT; TAILLE URÉTRALE; GUÉRISON.

OBS. XXIV. — Un jeune berger d'Aoste, âgé de 14 ans, avait subi avec succès une première opération de taille, au point qu'il put quitter l'hôpital quinze jours après, et que le mois ne s'était pas écoulé, que sa plaie étant complétement cicatrisée, il avait été à même de reprendre ses occupations. Il urinait par le canal, ne souffrait plus et offrait tous les signes d'une guérison complète. Mais quelques mois plus tard les besoins d'uriner redevinrent fréquents, et la miction gênée et douloureuse.

(1) On doit consulter, pour les indications spéciales, les éléments chimiques de la pierre, comme M. Leroy-d'Étiolles (DEUXIÈME LETTRE SUR LA DISSOLUTION DES CALCULS URINAIRES, 1841, p. 34 et 35) l'a fait, suivant que le calcul est à base d'acide urique, ou de phosphate, ou d'oxalate, etc.

Il entra en 1849 à l'Hôtel-Dieu de Lyon, où M. Comte, médecin de son pays, l'adressa à M. Pétrequin. Le chirurgien en chef de l'hôtel-Dieu nous fit constater ce qui suit : les douleurs en urinant étaient vives et cuisantes; les besoins se renouvelaient fréquemment; le malade était obligé de se lever un grand nombre de fois dans la nuit pour y satisfaire. Il y avait en conséquence peu de sommeil. Outre ces besoins il faut ajouter qu'il perdait ses urines goutte à goutte lorsqu'il se fatiguait à quelque exercice, et même pendant son repos son lit en était habituellement mouillé. Il y avait un dépôt muqueux dans le vase. M. Pétrequin pratiqua le cathétérisme explorateur et nous fit reconnaître la présence d'une pierre. Il établit qu'elle se trouvait avant l'entrée de la vessie et au niveau de la région prostatique, dans une poche ou dilatation qu'elle s'était formée. Il crut devoir essayer d'abord de l'extraire sans opération de taille. L'entrée du canal était trop étroite pour faire manœuvrer des instruments de lithotritie. Une première opération fut nécessaire pour débrider le méat; on dilata ensuite son ouverture par des cônes d'éponge préparée à la cire. Après ces préparatifs, on procéda à l'extraction à l'aide de divers instruments, et en particulier de la curette articulée de Leroy-d'Étiolles. On accrochait bien la pierre, mais on ne pouvait l'attirer à cause de son volume trop supérieur au calibre de l'urètre. On renouvela ces tentatives avec ménagement à trois reprises différentes.

Dès qu'il fut expérimentalement reconnu qu'il y avait là un obstacle insurmontable, M. Pétrequin se décida à pratiquer la taille urétrale, ce qui eut lieu le 6 décembre 1849. On incise comme pour la taille latéralisée, mais en dedans de la première incision périnéale. L'opération est laborieuse à cause des indurations de la cicatrice; on procède couche par couche jusque sur le cathéter. Le canal ouvert, on glisse un lithotome caché et on débride la région prostatique et membraneuse avec l'armure n° 8. On ne peut saisir la pierre avec les tenettes : M. Pétrequin l'extrait du premier coup avec la curette qu'il fait glisser derrière pour la ramener ensuite en avant, en relevant le manche. Il sort deux calculs, chacun du volume d'une grosse noisette. Le doigt permet de reconnaître qu'ils étaient en effet logés dans une dilatation particulière au niveau de la prostate. On déterge la plaie avec des injections multipliées, qu'on pousse jusque dans la vessie qui est nette et vide. (Pansement avec une mèche de charpie; diète; tis. et potion calmantes.)

L'opéré va très-bien; il ne survient presque pas de fièvre. Le surlendemain on commença à lui permettre de manger; une partie de l'urine sortait déjà par le canal; l'amélioration était rapide lorsque, le 12, il survint un petit accident qui eût pu devenir grave : nous voulons parler d'une hémorrhagie qui eut lieu par la plaie. On l'attribua à la fatigue et aux efforts du malade. M. Pétrequin prescrivit un bain de siége frais, des lotions froides et le repos au lit. L'urine avait cessé de couler par le canal, ce qu'on rapporta à une obstruction par des caillots de sang; une injection tiède fut pratiquée dans l'urètre; le cours de l'urine se rétablit.

Le 14, il n'en filtrait déjà plus par la plaie qui se trouva cicatrisée le 18. L'opéré cesse de pisser au lit; il urine d'ailleurs facilement, et comme à l'état normal. Les besoins ne se font plus sentir que deux ou trois fois par nuit. La sortie involontaire des urines quand il se fatiguait cesse aussi peu à peu; les douleurs elles-mêmes qui accompagnaient chaque miction et qui paraissaient provenir de la plaie intérieure de l'urètre avaient disparu le 27 décembre, époque où le malade sortit de l'hôpital parfaitement guéri. (Recueillie par M. Chomier, élève des hôpitaux de Lyon.)

Le diagnostic était fort important dans ce cas pour établir le meilleur mode de traitement. On a vu comment nous y sommes arrivés par le cathétérisme explorateur. A l'égard de l'extraction, nous remarquerons que les pinces ordinaires deviennent inutiles. Je vois que dans un cas de ce genre, il fut impossible à Scarpa de saisir le calcul avec de petites tenettes, non plus qu'avec des pinces à polypes, bien qu'il fût mis entièrement à découvert (DE L'OPÉRATION DE LA TAILLE, trad. d'Ollivier, 1826, p. 177), et cela se conçoit parce qu'il est tellement (1) resserré par les parois de l'urètre qu'on ne peut parvenir à ouvrir les mors de ces instruments; aussi le meilleur moyen qu'on puisse employer pour le déplacer et l'extraire consiste à le dépasser avec la cuiller ou curette du gorgeret, à l'aide duquel on le détache facilement pour l'attirer au dehors, en prenant un point d'appui au-dessous de l'arcade du pubis, ce qui me réussit parfaitement.

Un accident à craindre était une fistule urinaire; on sait combien les plaies de l'urètre y exposent. On n'appliqua point de caustique, comme dans l'observation de Scarpa (op. cit., p. 178), on se borna à prévenir l'inflammation de la plaie, et la cicatrisation en fut très-rapide, puisqu'elle était accomplie le douzième jour.

Restait l'incontinence d'urine; elle résultait de la dilatation permanente de l'orifice de la vessie causée par le volume des deux calculs; j'espérai

(1) Le professeur P. Baroni propose la *taille bilatérale* pour les calculs volumineux dans la région prostatique de l'urètre, en arguant qu'elle permet de faire à la prostate une incision double de ce qu'elle est d'ordinaire, et que si alors on dilate le col de la vessie, on aura une ouverture trois à quatre fois plus considérable et plus commode, ce qui lui parait assurer une supériorité marquée à cette méthode. (DE REDUCTIONE CALCULORUM, QUI IN PROSTATICA URETHRA REGIONE CONCREVERE, ET DE BILATERALIS METHODI AD EOS EDUCENDOS UTILITATE. In-4°. Bologne, 1843, p. 14.)

que la contractilité du col reviendrait ; chez les jeunes sujets les organes reprennent plus facilement leurs fonctions et justifient mieux cet aphorisme : *Sublatâ causâ, tollitur effectus.* L'opéré de Pavie fut privé de ce bénéfice ; le nôtre en jouit complétement.

La taille urétrale présente des difficultés de plus d'un genre ; en voici un exemple aussi curieux que rare.

RÉTRÉCISSEMENT DE L'URÈTRE, AVEC COMPLICATION DE FISTULES URINAIRES, D'INCONTINENCE D'URINE ET D'UNE TUMEUR ÉNORME DANS LE SCROTUM ; DIAGNOSTIC D'UN CALCUL URÉTRAL ; OPÉRATION ; GUÉRISON.

Obs. XXV. — En 1846, un jeune abbé de Vienne (Isère) se présenta à l'Hôtel-Dieu pour y être traité, dans les salles payantes, d'une maladie très-complexe des voies urinaires. Après plusieurs années de souffrances, fatigué par l'inefficacité des traitements divers qui jusque-là avaient été mis en usage, il était profondément découragé ; il me fut adressé par des personnes de Vienne que j'avais guéries.

Voici dans quel état il se trouvait :

Les bourses étaient le siége d'une tuméfaction énorme ; la palpation donnait la sensation obscure d'une dureté insolite, profonde ; les douleurs qu'on déterminait ne permettaient pas toutefois de faire un examen aussi complet qu'on l'aurait voulu. La peau du scrotum était perforée par des fistules multiples qui, dans la miction, donnaient issue à l'urine comme l'eût fait la tête d'un arrosoir. L'urètre présentait un rétrécissement considérable avant le bulbe ; ce canal était dévié de sa direction, et un obstacle infranchissable s'opposait à la sonde. Il y avait des besoins fréquents d'uriner, et chaque fois des douleurs assez vives se faisaient sentir avec cuisson dans le canal, pesanteur gravative à l'hypogastre, etc. La marche et la station debout étaient embarrassées et douloureuses, les urines souvent sédimenteuses. Il y avait parfois incontinence. Une inflammation permanente occupait tout le scrotum et s'exaspérait de temps à autre, sous une forme plus aiguë. Plusieurs abcès s'étaient déjà formés. Cet état durait depuis longtemps, et de plus le malade racontait qu'il souffrait des urines depuis son enfance ; seulement la maladie avait tellement empiré à la longue qu'il s'était vu forcé d'abandonner sa carrière et ses études.

Quel diagnostic porter ? A quoi avait-on affaire ? Je soupçonnais l'existence d'un calcul, et quelques jours après je parvins à introduire une petite sonde en argent qui me permit en effet de reconnaître la présence d'un corps dur et rugueux. D'où provenait-il ? Je supposai que le noyau de ce calcul, s'étant formé primitivement dans la vessie, s'était ensuite engagé dans le canal où il avait été arrêté par le rétrécissement organique qui s'y trouvait ; là il s'était développé par de nouveaux matériaux empruntés à l'urine, et cela avec une influence d'autant plus fâcheusement active que la phlogose des muqueuses favorise le dépôt des sels urinaires ; son volume progressif en entravant le cours des liquides, avait ajouté encore aux obstacles propres du rétrécissement de l'urètre ; les fistules s'étaient multipliées, et la pierre se trouvait ainsi enchâssée dans une position insolite au milieu du scrotum. Je me proposai alors de dilater le canal pour préparer les voies à l'urine, de manière à ce qu'après l'extraction du calcul elle pût reprendre son cours normal, tout préparé.

On dilata peu à peu l'urètre avec des sondes métalliques d'un diamètre progressivement augmenté. Ce temps fut utilisé aussi pour combattre l'état fébrile et restaurer la constitution débilitée du malade. (Bains, lavements émollients, cataplasmes, tisanes délayantes, régime analeptique, etc.) Enfin la taille fut pratiquée par une incision médiane sur le raphé du scrotum ; nous arrivâmes jusque sur la pierre qui fut extraite heureusement ; je la conserve encore dans ma collection ; elle est irrégulière, contournée plusieurs fois, renflée avec des étranglements, longue de 66 millimètres et large de 45 dans son plus grand diamètre ; elle pèse 58 gr 55 centigr.

Les suites de l'opération furent simples et heureuses, et la guérison eut lieu plus rapidement qu'on ne devait s'y attendre ; elle fut complète. On revit le malade en 1847, la cure ne s'était pas démentie.

Le rétrécissement du canal était arrivé ici sans avoir été précédé de blennorrhagie, et bien qu'un écoulement urétral soit généralement la cause de cette lésion, on eût pu, dans ce cas, être induit en erreur si l'on s'en fût tenu à cette origine, de même qu'on se serait trompé sur la moralité du sujet et sur les phases du mal.

Un prolongement pyriforme du calcul s'étendait en arrière dans l'urètre jusqu'au col de la vessie, ce qui explique et la dysurie et l'incontinence d'urine. La vessie fut explorée avec soin : elle était vide et saine ; la pierre était unique. On voit que, dans les cas de calcul urétral, on peut arriver à simplifier beaucoup l'opération de la taille ; il est même des circonstances heureuses où il est possible de s'en passer entièrement.

En voici un exemple intéressant.

CALCUL URÉTRAL CHEZ UNE FEMME ; DILATATION PROGRESSIVE DU CANAL ; SORTIE DU CALCUL SANS OPÉRATION SANGLANTE.

Obs. XXVI. — En 1846, une femme âgée de 57 ans me fut adressée à l'hôpital pour une maladie chronique des voies urinaires ; il y avait besoins fréquents d'uriner, gêne et douleur dans la miction, etc. Le mal semblait aller en empirant ; les souffrances s'étendaient jusque dans la vessie et l'hypogastre. La marche et le travail se trouvaient empêchés. Au milieu des efforts pour uriner, le jet parfois était tout à coup interrompu. Je pratiquai avec soin l'exploration de la vessie. Cet organe me parut libre, mais le cathétérisme était difficile ; on pénétrait avec peine jusqu'au col. Il me sembla que la sonde frottait contre un corps dur, et l'examen simultané par le vagin me conduisit à diagnostiquer la présence d'un calcul dans l'urètre. Je crus qu'il était d'un petit volume, et je me disposai à dilater l'urètre, ce qui fut fait avec des sondes d'un diamètre progressivement augmenté. J'avais l'espérance d'obtenir l'expulsion spontanée de la pierre lorsque le canal serait devenu assez large pour lui livrer passage. Je ne fus pas trompé dans mon attente ; car la malade eut le bonheur de rendre son calcul en urinant. Il était un peu plus gros que je ne pensais : il offrait le volume d'une noisette, et présentait une forme irrégulièrement arrondie. Je le conserve encore dans ma collection.

A partir de ce jour, les souffrances cessèrent, et cette femme sortit bientôt de l'hôpital, heureuse d'être délivrée de son mal sans avoir subi aucune opération sanglante.

Les travaux des anatomistes modernes ont démontré combien on pouvait dilater l'urètre, et surtout que ce résultat pouvait, dans la généralité des cas, être obtenu rapidement et sans danger, notamment chez la femme, pourvu toutefois qu'on n'allât pas trop loin. Aussi est-il rationnel d'y avoir recours toutes les fois que le cathétérisme fait découvrir un calcul très-petit. On serait bien moins souvent obligé de pratiquer soit la taille, soit la lithotritie, si les malades venaient consulter l'homme de l'art dès qu'ils souffrent, et si, dans les cas où cette méthode est applicable, le traitement débutait par une dilatation préalable du canal.

M. Pamard a rapporté trois cas de guérison de ce genre, dont l'un est très-intéressant, en ce qu'il a trait à son grand-père, Pierre Pamard, l'inventeur de la pique pour fixer l'œil pendant l'opération de la cataracte. En 1790, à l'âge de 62 ans, il se dilata lui-même l'urètre au point de pouvoir rendre un calcul du poids d'un gramme et de 19 millim. de long. La guérison fut immédiate, et ne se démentit pas dans les trois ans qu'il vécut encore jusqu'au 2 janvier 1793. J'ai moi-même relaté plus haut un cas qui rentre dans cette catégorie. (Voy. obs. III.)

(La suite prochainement.)

CORRESPONDANCE MÉDICALE.

LETTRE RELATIVE AU DERNIER MÉMOIRE PRÉSENTÉ A L'ACADÉMIE DES SCIENCES SUR LES MODIFICATIONS IMPRIMÉES A LA TEMPÉRARATURE ANIMALE, PAR L'INTRODUCTION DANS L'ÉCONOMIE DE DIFFÉRENTS AGENTS THÉRAPEUTIQUES ; par MM. les docteurs Aug. Duméril, Demarquay et Lecointe.

Monsieur et honoré confrère,

Dans votre compte rendu de l'Académie des sciences (Gaz. Méd., oct. 1851, n° 43), vous vous demandez avec raison s'il n'existe pas une lacune relativement à l'état des ganglions du grand sympathique, lorsqu'il y a élévation de la température. Nous avons, en effet, gardé le silence sur ce point, dans notre résumé général, et nous venons donner satisfaction à votre remarque toute bienveillante.

Nous avons pratiqué 57 autopsies cadavériques : dans 33, nous avons trouvé les ganglions rouges, dans 24, les ganglions à l'état normal.

Sur les 33 sujets chez lesquels nous avons noté cette rougeur, 23 fois il y avait abaissement de la température et 10 fois élévation.

Sur les 24 sujets chez lesquels ils ont été trouvés à l'état normal, il y a eu 14 fois élévation et 10 fois abaissement.

D'où sur 33 faits de diminution de la température, 23 fois les ganglions étaient rouges, et 10 fois ils étaient blancs.

Ces 10 cas sont ainsi distribués : 1 sujet mort par 50 centigr. d'émétique, avec un refroidissement insignifiant de 0°,5 ; 2 cas d'administration de la gomme-gutte, n'amenant qu'une oscillation d'élévation et d'abaissement de 0°,5 à 1°,8 ; 1 cas où l'emploi de l'huile de croton amena la mort avec une dépression de 5°,3, et 1 autre où cette substance détermina les mêmes phénomènes d'oscillation que la gomme-gutte ; 1 cas d'abaissement de 0°,1, suivi d'une élévation de 0°,9 à la suite de l'ingestion de l'acide arsénieux ; 1 fait d'abaissement de 0°,4, suivi d'une élévation de 1°,2 par l'emploi de la jusquiame ; 1 expérience où, sous l'influence du cyanure de potassium, la mort survint instantanément ; enfin 2 cas d'administration de l'iode uni à l'iodure de potassium qui produisirent une diminution de 2°,1 et de 2°,7 sans amener la rougeur des ganglions ; mais, d'un autre côté, l'iodure de potassium élève la température en laissant les ganglions intacts, d'où il faudrait conclure que son élévation ou sa diminution par l'iode ou par l'iodure potassique ne tiennent pas à une action directe sur le système nerveux ganglionnaire.

En définitive, si nous en exceptons les iodés, on constate que les cas d'abaissement sans altération des ganglions sont précisément ceux où la température, au lieu d'être franchement déprimée, a subi des oscillations.

Sur 24 expériences où son accroissement a été noté 14 fois, les ganglions étaient à l'état normal, et 10 fois à l'état pathologique.

Ainsi, le plus souvent, les ganglions conservent leur état normal, malgré l'élévation de la chaleur animale, et dans les 10 cas où nous avons trouvé une modification pathologique, on les ganglions étaient à peine rosés (émétique, jusquiame), ou bien l'autopsie nous révélait en même temps de la turgescence, des congestions viscérales et parenchymateuses, et l'état particulier des ganglions ne différait pas de l'état général des viscères. Chez quelques sujets, la température ayant presque atteint le maximum possible d'accroissement (1°,8 et 2°,7), ne pourrait-on pas considérer l'hyperémie ganglionnaire comme le résultat de la surstimulation?

Nous sommes d'ailleurs parfaitement de votre avis en ce que l'hyperémie ou l'hypoémie n'entraîne pas nécessairement l'idée de refroidissement ou d'excès de calorification.

Dans cette courte lettre, nous avons seulement voulu combler la lacune signalée.

Dans une prochaine publication, nous entrerons dans de plus amples détails relativement à l'état des ganglions du grand sympathique sous l'influence des agents que nous avons expérimentés.

Quant aux *desiderata* thérapeutiques que vous exprimez, nous avons déjà, par avance, essayé d'y satisfaire dans nos articles sur les ammoniacaux (UNION MÉDICALE, 21 et 25 octobre 1851).

Agréez, etc.

Paris, 29 octobre 1851.

REVUE DES JOURNAUX DE MÉDECINE.

JOURNAUX ALLEMANDS.

(Suite et fin.)

II. MEDIZINISCHES CORRESPONDENZ-BLATT DE WURTEMBERG.

OSTÉOÏDE REMARQUABLE DE L'UTÉRUS; par M. le docteur KRAUSS.

OBS. — Walpurga Enzin, à Mergentheim, non mariée, servante, atteinte depuis de longues années d'ascite, mourut le 28 mars 1850 à l'âge de 76 ans, à la suite d'une péritonite.

AUTOPSIE. Maigreur générale, poumons et cœur atrophiés, nulle trace d'ossification dans le cœur et dans les artères. A peine trois chopines de liquide trouble, floconneux, dans la cavité abdominale qui contenait deux poches formées par le péritoine renfermant l'une 6 chopines et l'autre 4 chopines d'un liquide semblable. Adhérence des intestins entre eux par des exsudations. Tous les organes du ventre atrophiés, principalement le foie, pesant à peine 20 onces. A la place de l'utérus, entre le rectum et la vessie, il existait un ostéoïde en forme de poire, à surface un peu bosselée, revêtu par le péritoine, se terminant en bas par une masse cartilagineuse du volume d'une forte noisette; la forme rappelait la portion vaginale de l'utérus, mais sans vestige d'une ouverture.

Des deux côtés de l'ostéoïde s'attachaient les ligaments étroits de la matrice avec leurs trompes; les ovaires étaient représentés par des plaques cartilagineuses, minces, étroites, en partie ossifiées. Le vagin était encore fermé par une membrane très-large, peut-être l'hymen.

Dans l'ostéoïde scié en deux et d'une texture en partie poreuse, en partie plus dure, il existait une cavité à parois rudes pouvant contenir une noix.

Des exemples d'ossification partielle dans l'utérus sont rapportés dans les ouvrages d'anatomie pathologique, mais nulle part on ne trouve la disparition complète de la masse charnue de l'organe.

EMPOISONNEMENT PAR L'ACONIT; par M. le docteur SCHABEL.

OBS. — Un enfant de 7 ans, après avoir mangé dans un jardin quelques feuilles de cette plante qu'il prenait pour de l'oseille, éprouva des vomituritions, de fortes congestions vers la tête avec de légers délires. Un vomitif composé de sulfate de zinc et d'ipéca fut suivi d'un soulagement marqué. Les douleurs de l'estomac et des intestins diminuèrent, le ventre n'était plus sensible à la pression, seulement l'enfant resta plongé dans un état soporeux qui dura sept jours pendant lesquels on pouvait à peine obtenir une réponse; déglution paraissant pénible, extrémités fraîches, humides, tête très-chaude, pouls fréquent vibrant, pupilles fixes, suppression des urines et des selles. Au troisième jour, il se déclara une infiltration de tout le corps depuis la tête jusqu'aux pieds, qui persista jusqu'au dixième jour. Dans l'intervalle survinrent des symptômes hydrencéphaliques, entre autres de légères convulsions. La digitale, le calomel, les fleurs de zinc, etc., des frictions avec de l'onguent stibié sur la tête, furent suivis d'un plein succès.

D'après le dire du chef du pensionnat où l'empoisonnement a eu lieu, un pareil fait s'était présenté deux années auparavant. Un enfant, après avoir mangé quelques feuilles de l'aconit napel, eut un œdème de tout le corps et des convulsions dans le courant de la maladie. Il guérit aussi.

Les symptômes cérébraux qui ont prédominé dans ces empoisonnements par l'aconit confirment les expériences des homœopathes qui, d'après leur principe, regardent le napel comme le médicament par excellence contre les inflammations en général, et principalement contre les congestions vers la tête où il remplace le plus efficacement les saignées.

L'œdème général que l'auteur attribue à une action spéciale de l'aconit sur la peau extérieure, nous paraît être plutôt dû à une suppression complète de l'urine et des selles, au moins pour le premier cas.

ACCÈS DE CROUP; par le docteur ELSAESSER.

Le moyen que l'auteur a employé avec succès sur son propre enfant peut être essayé dans des cas pareils où toutes les autres indications ont déjà été remplies; seulement il a l'inconvénient d'exiger la présence d'un médecin. M. le docteur de Riecke aîné rappelle dans le même journal avoir employé ce moyen déjà au commencement de ce siècle.

OBS. — L'enfant âgé de 20 mois, atteint d'un violent accès de croup, fut traité par les sangsues, l'émétique, le calomel, le musc, etc., qui restèrent sans effet. La respiration devenant de plus en plus pénible, la somnolence, les accès de toux accompagnés d'angoisses, l'enrouement et le râle trachéal, le pouls irrégulier (160 pulsations sur 40 inspirations par minute) donnèrent les plus vives inquiétudes. L'enfant fut alors porté, comme dans un accès précédent, dans une petite chambre à la température de 20° R. remplie de vapeurs d'eau. On renouvelait de temps en temps l'eau bouillante contenue dans des baquets. Au bout de deux heures, le râle trachéal diminuait peu à peu, la toux devint moins rauque, pouls encore 160. A la fin de la troisième heure, l'enfant, après avoir été porté dans une autre chambre, fut changé de linge; pouls 144, toux plus fréquente, mais peu à peu catarrhale. Guérison rapide.

LOMBRICS DANS L'ESTOMAC; par M. le docteur ROESCH.

OBS. — Une femme de 30 ans se plaignait de temps en temps de douleurs dans le bas-ventre qu'elle calmait en faisant partir beaucoup de lombrics par des selles au moyen de vermifuges. Il y a deux ans elle vomit quatre lombrics, et depuis lors elle n'avait plus rien ressenti, lorsqu'elle accoucha d'un enfant qu'elle allaita; mais alors elle fut bientôt prise dans l'estomac de violentes douleurs pongitives, s'étendant vers le dos. Les douleurs momentanément diminuées devinrent bientôt de nouveau excessivement vives; pas de fièvre. Un vomissement contenant plusieurs lombrics la soulagea un peu. M. Rœsch prescrivit un vomitif; alors la malade rendit quelques gros lombrics, et la douleur cessant de nouveau pour quelques heures devint bientôt plus forte que jamais. Cette femme prit alors de son propre chef, dans un espace de cinq jours, neuf vomitifs, et rendit chaque fois quelques lombrics, en tout 46. Guérison complète.

Les lombrics vivants dans l'estomac produisent ordinairement de très-violentes douleurs qui ne cèdent qu'à l'emploi des vomitifs. D'après l'exemple que nous venons de rapporter, ce moyen doit être répété jusqu'à l'expulsion de tous les helminthes; les purgatifs et tous les médicaments en tourmentant les vers ne font qu'augmenter les douleurs.

Ce fait a engagé M. le docteur de Riecke aîné à adresser au même journal l'observation suivante, qui est très-curieuse malgré l'absence d'autopsie.

OBS. — W. K., âgée de 30 ans, eut à l'âge de 17 ans le typhus. A la suite d'un vomitif que M. de Riecke lui administra, elle rendit par en haut sept lombrics et quelques-uns par en bas. L'ayant perdue de vue depuis cette époque, il fut appelé le 19 novembre 1810 chez son ancienne cliente, mariée depuis cinq ans et arrivée au terme de la première grossesse. Le 16, elle avait perdu les eaux et le 18 les maux se déclarèrent. M. de Riecke trouvant l'orifice utérin complétement ouvert depuis quelques heures, et l'enfant dans une position qui réclamait la version, exécuta cette manœuvre sans la moindre difficulté. L'enfant était mort. L'hémorrhagie était peu abondante. Deux heures après, l'accouchée se trouva dans un état très-satisfaisant, mais alors des lombrics furent évacués par la bouche; la malade, sans accuser la moindre douleur, s'affaiblit de plus en plus et mourut vingt-quatre heures après.

Le nombre de lombrics sortis par la bouche jusqu'à deux heures avant la mort était de 54. Une potion analeptique administrée a paru favoriser la sortie des lombrics.

CONSIDÉRATIONS PATHOLOGIQUES; par M. le docteur FABER.

Tout en reconnaissant les progrès que la physiologie doit à la chimie et à la microscopie, et la pathologie au scalpel, M. Faber regrette la négligence qu'on met trop souvent dans l'étude de la symptomatologie et de l'étiologie, les seules ressources des anciens dans la connaissance de la nature et du traitement des maladies. L'auteur a porté une attention toute particulière aux causes des maladies chroniques dues à la répercussion des exanthèmes de la peau. Dans 70 cas observés avec le plus grand soin, choisis entre

beaucoup d'autres faits, et chez lesquels il ne pouvait rester le moindre doute sur l'étiologie, il a noté :

L'intertrigo comme ayant produit l'éclampsie et autres accidents convulsifs, fièvres avec affection inflammatoire de la tête, inflammations du bas-ventre et de la poitrine, parotidites, stranguries, diarrhées, choléra, aphtes.

L'achore et la *croûte laiteuse :* hémiplégies, épilepsies, fièvres avec des affections inflammatoires de la tête, diarrhée, choléra, chlorose.

La *gale :* épilepsie, hystérie, odontalgie, chlorose, pneumonie, tumeur blanche, abcès de la mamelle.

Les *dartres :* érysipèle, typhus, diarrhée, phthisie, dysphagie, dyspepsie.

Les *dartres du scrotum :* cardialgie, deux fois chez le même individu.

La *miliaire* et les *éruptions papuleuses :* convulsions, odontalgie, névralgie de la face, mélancolie, démence, typhus abdominal, pleurésie, ophthalmies, arthrite, squirrhe du pylore.

Les maladies les plus communes étaient les diarrhées et le choléra chez les enfants, les névralgies chez les adultes.

La guérison de ces maladies a été opérée par la *nature* ou par l'*art*.

Dans le premier cas, il était rare de voir la maladie de la peau se reproduire; mais elle se transformait en d'autres affections où survinrent des abcès, des parotidites, des furoncles, des ulcères, etc. Souvent on observa une troisième transformation, par exemple après un intertrigo desséché, il survint une croûte laiteuse dont la guérison fut suivie d'un abcès au cou; après une éruption papuleuse au bras, il apparaissait une miliaire dont la guérison était suivie d'ulcères variqueux aux jambes; après une transpiration répercutée aux pieds, il survenait une éruption squammeuse sur la main dont la guérison était suivie de dyspnée, de papitations de cœur, etc.; après la guérison d'un achore, survenait une hémiplégie incomplète qui s'améliorait avec l'apparition d'un prurigo au pied, et ce n'était que lorsque celui-ci avait disparu aussi que l'hémiplégie devenait complète.

Obs. — Une fille âgée de 18 ans eut à l'âge de 16 ans une gale guerie avec peu de prévoyance, une année après une teigne humide à la tête également guérie, puis elle souffrit pendant cinq mois d'accès d'épilepsie partant du creux de l'estomac et remontant vers le cou, suivis d'un accès d'opisthotonos et de dérangements dans les facultés intellectuelles. Sous l'influence du soufre à l'intérieur et de fortes frictions d'onguent stibié sur la nuque, tous ces symptômes disparurent. Pendant ce traitement, il survint une éruption pustuleuse à la face.

Dans tous les cas où les forces médicatrices de la nature ne paraissaient pas suffire, l'auteur leur est venu en aide par les irritants ordinaires de la peau, et à l'intérieur par le soufre doré, le camphre, les poudres de Dower, l'esprit de Mindérérus, le calomel avec la magnésie.

Du mouvement antipéristaltique et de l'iléus; par M. Frédéric Betz (de Heilbronn).

S'il est une opinion accréditée parmi les physiologistes, et que l'on peut regarder comme vulgaire tant elle est générale, c'est celle qui attribue les vomissements à un mouvement antipéristaltique soit de l'estomac, soit des intestins. C'est cette opinion que l'auteur s'attache à combattre, et quoiqu'il s'attende à trouver encore des incrédules, il ne doute pas que cette interprétation ne soit tôt ou tard bannie du domaine de la physiologie.

L'auteur s'est mis d'abord à étudier le mouvement péristaltique à l'aide de vivisections, et il pense, d'après ce qu'il a vu, qu'on ne se fait pas une idée exacte de ce mouvement des intestins. L'ondulation vermiforme, dit-il, ne commence pas en un point déterminé du tube intestinal pour se continuer dans la même direction, depuis ce point jusqu'à l'anus; mais elle se montre tantôt dans un endroit, tantôt dans un autre, sans ordre et sans continuité. Pour s'en assurer, il est nécessaire de développer l'intestin, afin de pouvoir en observer une longueur suffisante; on peut alors se convaincre que les contractions et les dilatations ne se succèdent pas régulièrement, suivant une direction déterminée, mais qu'elles ont lieu tantôt vers le bout supérieur, tantôt vers le bout inférieur ou vers le milieu de l'anse intestinale que l'on a sous les yeux. Il suit de là que le mouvement de l'intestin ne saurait être comparé à celui d'un ver, et que la dénomination de vermiforme ne lui convient pas.

Sans vouloir précisément contester à l'auteur l'exactitude de son observation, nous ferons remarquer cependant que le fait même des contractions et des relâchements alternatifs de la tunique musculeuse intestinale rend l'observation difficile et peut induire en erreur celui qui cherche à saisir la direction générale du mouvement, parce que de nouvelles contractions surviennent au bout de quelque temps dans les mêmes points où elles avaient déjà été observées, et que dès lors on doit nécessairement observer les mêmes mouvements sur plusieurs points à la fois. Il n'en est pas moins vrai que, lorsqu'on ouvre un animal vivant et qu'on fixe son attention sur une anse intestinale quelconque, on distingue parfaitement et sans la moindre équivoque la direction du mouvement ondulatoire. L'auteur va trop loin quand il veut que le mouvement, pour être réellement vermiforme, ait lieu sans interruption depuis le pylore jusqu'à l'anus; la vérification de ce fait est impossible ; mais aussi elle me paraît inutile, et il suffit, pour constater la direction générale du mouvement, de l'avoir observé sur des portions d'intestin. L'auteur, à notre avis, est donc dans l'erreur quand il conclut de ses observations que l'intestin ne se meut dans aucune direction déterminée, et son raisonnement par lequel il veut établir l'impossibilité d'un mouvement antipéristaltique pèche évidemment par sa base.

Cependant l'auteur ne se borne pas à cette négation purement théorique; il convient que ses preuves ne sont pas suffisantes pour nier l'existence d'un mouvement antipéristaltique. Il analyse donc et discute les expériences faites par ses prédécesseurs, particulièrement celles d'Arnold, et il fait voir que ce qu'il a pris pour mouvement antipéristaltique n'était autre chose que le mouvement alternatif des intestins dans deux directions opposées, et nullement un mouvement régulièrement rétrograde vers le pylore. Puis il relate ses propres expériences sur des lapins et sur des chiens, et déclare que jamais il n'a vu de mouvement déterminé et continu vers le haut. Il faisait prendre à ces animaux 10 à 15 grammes de tartre stibié et mettait ensuite les intestins à découvert, pour observer leurs mouvements. M. Betz conclut de ses expériences que, dans le vomissement, il n'y a pas d'autre mouvement que le mouvement péristaltique ordinaire.

Dans une autre série d'expériences, l'auteur a dirigé plus particulièrement son attention vers l'estomac. Pas plus que l'intestin, ce viscère ne présente, suivant lui, aucun mouvement antipéristaltique; les contractions, qui marchent quelquefois du pylore au cardia, se montrent tout aussi bien quand l'estomac n'a pas reçu d'émétique. Parmi ses expériences, nous signalerons celles dans lesquelles on a conservé le péritoine intact. Ici on ne remarquait aucun mouvement ni dans l'estomac ni dans l'intestin, tandis que les ondulations devenaient très-vives dès que l'impression de l'air se faisait sentir après la rupture de la membrane séreuse. Cette observation montre que l'on attache une trop grande importance au mouvement propre de l'estomac ou de l'intestin, même sous l'influence de l'émétique.

Plusieurs expériences ont été instituées dans le but de faire voir comment agit l'estomac pendant le vomissement. L'auteur a vu que les contractions de l'estomac n'ont aucun rapport direct avec l'acte du vomissement lui-même; ces contractions précédaient seulement ou suivaient ce dernier acte. M. Magendie a écrit depuis longtemps que l'estomac ne se contracte pas toujours pendant le vomissement.

Parmi les faits qui contribuent le plus à faire admettre un mouvement antipéristaltique, il faut ranger les vomissements stercoraux. Ici encore l'auteur, s'appuyant sur plusieurs expériences, montre que l'invagination, le rétrécissement, l'irritation d'une portion de l'intestin ne provoquent pas de mouvements rétrogrades de ce viscère, et que par conséquent les vomissements stercoraux ne sont pas dus à cette cause. En résumé, ces derniers s'expliquent par le mécanisme ordinaire du vomissement, lorsqu'un obstacle empêche les matières fécales de suivre leur cours normal.

Le travail du docteur Betz nous paraît devoir être pris en considération. Si l'auteur nous a semblé quelquefois tirer des inductions trop exclusives des faits qu'il a observés, ses expériences nous montrent du moins qu'il n'est plus permis d'admettre comme une chose prouvée l'existence d'un mouvement antipéristaltique de l'intestin ou de l'estomac, et que, quand bien même ce mouvement existerait, on ne saurait lui attribuer dans l'acte du vomissement l'importance qu'on lui a accordée jusqu'ici.

III. MEDICINISCHES CORRESPONDENZ-BLATT DE BAVIÈRE.

Cas d'extirpation de l'utérus avec les ovaires; par le docteur Martin.

Obs. — Le chirurgien Z., appelé chez une femme qui venait de mettre au monde un enfant, attendit quelque temps avant de détacher l'arrière-faix, et après un travail d'un quart d'heure, il amena tout l'utérus avec les ovaires. Il fut traduit devant le tribunal de Wasserbourg. La femme, *complétement guérie*, assistait à l'audience, et put voir son utérus et le placenta conservés dans l'esprit-de-vin.

« Quelque incroyable que paraisse ce cas, je puis répondre de sa véracité. »

Deux cas d'accouchements prématurés artificiels exécutés au moyen d'injections d'eau chaude; par le docteur Staenglmayr, à Liegenbourg.

La Gazette Médicale a successivement enregistré les nombreux accouchements prématurés artificiels principalement entrepris en Allemagne; aussi

croyons-nous inutile de discuter à l'avenir l'utilité, pour ne pas dire la nécessité de cette pratique dans certains cas de vices de conformation du bassin.

Obs. I. — Chez une femme déjà délivrée quatre fois avec beaucoup de peine d'enfants morts amenés avec le forceps, on entreprit l'accouchement à la trente-quatrième semaine de la cinquième grossesse. Quoique le résultat ait été malheureux, il ne peut pas être mis sur le compte de l'opérateur ; en effet, la mort de l'enfant peut être attribuée à l'emploi du seigle ergoté, ou à la strangulation par le cordon ombilical, ou encore plutôt à une hémorrhagie du placenta détaché trop tôt.

Presque tous les accoucheurs de notre époque sont aujourd'hui d'accord sur cette grande conquête de l'art obstétrical ; il n'en est pas de même des indications de l'accouchement prématuré et de la méthode à employer, ce qui nous engage à rapporter avec tous les détails l'observation suivante :

Obs. II. — Catherine Bachsmaier, âgée de 34 ans, paysanne, petite, faible, régulièrement menstruée depuis l'âge de 15 ans et accouchée heureusement quatre fois, était affectée depuis six mois d'une toux fatigante avec expectoration purulente.

Au commencement de février 1849, il se déclara un gonflement œdémateux des pieds, qui s'étendit peu à peu aux cuisses, aux parties génitales, au ventre jusqu'aux seins. Depuis huit jours la malade ne peut ni marcher ni se coucher. Toux fréquente, très-pénible ; orthopnée ; au toucher, qui était très-pénible à cause de la tuméfaction énorme des lèvres, on trouve le col de l'utérus dur, d'un pouce de long, l'orifice de l'utérus presque complétement fermé avec une cicatrice à gauche.

Depuis cinq jours la mère ne sentait plus les mouvements de l'enfant et demandait avec instance d'être délivrée, à quoi M. Staenglmayr se décida d'autant plus volontiers que la difficulté de respirer augmentait d'heure en heure. Pour arrêter les progrès de l'hydropisie, on fit quelques incisions aux jambes, aux lèvres et au bas-ventre, dont il s'écoula bientôt de l'eau.

L'accouchement prématuré fut entrepris le 1er mai, à la trente-deuxième semaine de la cinquième grossesse, au moyen d'*injections d'eau chaude* (33-34° R.) *faites pendant un quart d'heure avec une seringue utérine ordinaire et répétées trois fois par jour.*

Le 2 mai, soulagement notable à la suite de l'écoulement abondant de l'eau par les plaies des incisions et d'une déchirure spontanée dans l'aine droite; col de l'utérus presque complétement effacé ; orifice encore fermé.

Le 3, la malade, craignant l'augmentation de l'hydropisie, ne fit pas d'injections.

Le 5, on appela de nouveau M. Staenglmayr, demeurant à 5 lieues et demie de la malade. L'œdème avait tellement diminué qu'on sentait l'utérus à travers les parois du ventre. Au toucher, on trouva l'orifice utérin ouvert, très-élevé, les bords mous et tuméfiés, et à travers les membranes peu tendues, on sentait ballotter la tête de l'enfant. On recommença les injections.

Le 6, nouvelle diminution de l'œdème ; orifice utérin encore plus largement ouvert, ayant l'étendue d'une pièce de 6 livres; segment inférieur de l'utérus mince et mou. Les maux, jusqu'alors à peine perceptibles, devinrent bientôt très-forts par l'emploi de deux doses de seigle ergoté (75 centigrammes) donnés de demi-heure en demi-heure. L'auteur rompit les membranes qui étaient très-épaisses ; il s'écoula peu d'eau. Les maux continuèrent, et une demi-heure après, la mère mit au monde un enfant petit, mais bien développé, qui commença aussitôt à jeter de forts cris. L'arrière-faix fut retiré un quart d'heure après.

DE LA MANIÈRE D'EMPLOYER A PLUSIEURS REPRISES LA MÊME SANGSUE ; par le docteur Kraemer.

La méthode employée depuis deux ans avec un succès constant à l'hôpital de Tegernsee est la suivante : les sangsues qui ont servi sont placées dans de l'eau contenant un quart de vinaigre de bière. Après un quart d'heure, quelquefois plus tard, selon la quantité de sang qu'elles ont rendu, on les met dans un vase grand et large, rempli aux deux tiers d'eau de fontaine pure, à laquelle on ajoute assez d'eau chaude pour obtenir une température de 13° R. On place au fond du verre du sable fin de rivière, et on le referme avec un linge en laine. Au bout de quelques jours déjà, les sangsues peuvent être de nouveau employées et tirent autant et plus de sang que des sangsues fraîches. Il est convenable d'avoir deux verres pour conserver les sangsues, afin de pouvoir les laisser reposer pendant quelque temps. Tous les trois à quatre jours, on aura soin de sortir les sangsues, de les débarrasser, en les lavant, des mucosités, de changer le verre, le sable, et de renouveler l'eau à la température indiquée, qui paraît être indispensable à leur conservation ; aussi doit-on placer le vase dans un endroit chaud, près du fourneau en hiver. Il arrive que des sangsues, ainsi traitées, ne rendent le sang qu'au bout de quelques semaines; celles-ci meurent ordinairement très-vite, mais leur nombre n'est pas plus grand que celui des sangsues fraîches, que l'on perd de même.

Lereboulet et Morice Rref.

TRAVAUX ACADÉMIQUES.

ACADÉMIE DE MÉDECINE.

Séance du 4 novembre. — Présidence de M. Orfila.

Le procès-verbal de la dernière séance est lu et adopté.

Le ministre du commerce transmet :

1° Une notice contenant la recette d'un spécifique que le sieur Massart, médecin à Napoléon-Vendée, propose comme moyen préservatif du choléra. (Comm. du choléra.)

2° Deux rapports de MM. Sébire et Mondezert, sur l'épidémie de suette miliaire qui a régné récemment dans diverses communes des arrondissements de Saint-Lô et Valognes (Manche). (Comm. des épidémies.)

— M. le directeur de l'assistance publique communique un rapport qui lui a été adressé par M. Becquerel, sur l'emploi de la gymnastique contre différentes maladies nerveuses. (La lettre du directeur de l'assistance et le rapport de M. Becquerel sont renvoyés à une commission composée de MM. Louis et Bouvier.)

— M. Beaude, inspecteur des eaux minérales du département de la Seine, adresse une lettre sur la source minérale récemment découverte à Belleville.

Cette eau, suivant M. Beaude, serait une eau sulfureuse, sulfurée par le sulfhydrate de chaux. La cause de cette sulfuration serait due à la décomposition du sulfate de chaux tenu en dissolution par l'action de la matière organique également dissoute.

M. Beaude pense que cette eau pourrait être utilisée avec avantage. Dans l'état actuel, la pompe élève 2,400 litres par heure, et tout fait espérer que cette quantité pourrait être plus considérable.

— M. le docteur Liégey (de Rambervilliers) adresse la relation d'un cas de névrose dont la ressemblance avec quelques-unes des phases de l'étranglement herniaire ont rendu le diagnostic très-difficile.

— M. Plouviez (de Lille) communique quelques considérations sur la valeur des agents conseillés contre l'asphyxie en général, et en particulier contre celle déterminée par l'éthérisation et la submersion. (Comm. : MM. Longet, Velpeau et Malgaigne.)

— M. Marchant, médecin adjoint de l'École vétérinaire d'Alfort, adresse un second mémoire sur l'insufflation pulmonaire dans le traitement de l'asphyxie primitive et secondaire des nouveau-nés. (Commissaires : MM. P. Dubois et Danyau.)

— M. Goin, directeur de l'établissement thermal de Saint-Alban, adresse une lettre sur l'emploi thérapeutique des vapeurs d'iode contre diverses affections, en particulier le catarrhe vaginal, le catarrhe utérin, l'ulcère du col, la syphilis constitutionnelle, etc.

— M. le docteur Léopold Wertheimber adresse un mémoire imprimé sur le traitement des rétrécissements de l'urètre par le galvanisme, pour concourir au prix d'Argenteuil. (Comm. du prix d'Argenteuil.)

— M. Chrestien (de Montpellier) adresse un mémoire sur les cautères. (Comiss. : MM. Bricheteau, Hervez de Chégoin.)

— M. Lenoir écrit qu'il se porte candidat à la place vacante dans la section d'accouchement.

EFFICACITÉ DES PRÉPARATIONS AMMONIACALES DANS LES FIÈVRES INTERMITTENTES.

M. Padioleau (de Nantes) écrit à l'occasion de la communication récente de M. Aran sur l'emploi du sel ammoniac dans le traitement des fièvres intermittentes, qu'il a obtenu d'excellents résultats d'une préparation depuis longtemps en usage dans diverses contrées marécageuses où les fièvres intermittentes sont endémiques. C'est un opiat ainsi composé :

Sel ammoniac	12	grammes.
Sel d'absinthe.	12	—
Sel de tamarin.	12	—
Chardon bénit.	12	—
Quinquina en poudre	64	—
Sirop d'absinthe.	Q. S.	

que l'on divise en 12 parties égales.

— M. Brunet (de Bordeaux), à la même occasion, prie l'Académie de vouloir bien faire lire un dépôt cacheté qu'il a adressé le 5 novembre 1844.

M. le secrétaire perpétuel donne lecture de la note contenue dans ce paquet, note dans laquelle l'auteur fait connaître les bons effets qu'il a obtenus de l'usage du sous-carbonate d'ammoniaque dans le traitement des fièvres intermittentes. L'auteur, dans sa lettre, ajoute que son expérience depuis ces sept dernières années n'a fait que confirmer ses premiers résultats.

REMÈDES SECRETS.

M. Bouchardat lit, au nom de la commission des remèdes secrets, trois rapports sur des demandes d'application des lois et décrets concernant les remèdes secrets ou nouveaux.

Il n'y a lieu, dans aucun des cas qui font l'objet de ces rapports, d'accorder le bénéfice demandé. (Adopté.)

NFLUENCE DE LA FABRICATION ET DE L'EMPLOI DE L'OXYDE DE ZINC SUR LA SANTÉ DES OUVRIERS.

M. Chevallier, en son nom et celui de MM. Rayer et Grisolle, rend compte

à l'Académie d'un travail de M. le docteur Bouchut, ayant pour objet l'hygiène de la nouvelle industrie des oxydes de zinc.

M. le rapporteur, après avoir fait l'historique de la question et en avoir déterminé le point de départ, rappelle que M. Bouchut a tiré de son travail la conclusion générale suivante, à laquelle il s'associe, à savoir :

Que dans la peinture, au point de vue hygiénique et dans l'intérêt d'une profession qui, en France, n'occupe pas moins de 50,000 individus, il y aurait avantage à substituer complétement l'oxyde de zinc au carbonate de plomb.

Puis exposant les résultats des recherches auxquelles la commission s'est livrée sur ce sujet, M. le rapporteur examine successivement les questions suivantes :

La fabrication de l'oxyde de zinc est-elle dangereuse pour les ouvriers?

L'oxyde de zinc pris à l'intérieur offre-t-il des dangers?

L'oxyde de zinc a-t-il une action toxique sur les animaux?

Les sels solubles de zinc ont-ils, sur l'économie, une action différente de l'oxyde de zinc?

De l'examen de la première question, il résulte que les ouvriers employés à la fabrication de l'oxyde de zinc sont sujets à quelques accidents signalés dans le travail de M. Bouchut, mais on ne trouve point dans ces accidents le caractère d'une maladie grave, et surtout on ne peut les comparer aux symptômes qu'on observe chez les ouvriers qui s'occupent du travail de plomb et de ses composés.

Pour la seconde question, résolue négativement par M. Bouchut, les faits rapportés dans son mémoire sont corroborés par les expériences de MM. Orfila, de la Roche, Kerksing et Trousseau.

Les commissaires reconnaissent également, avec l'auteur du mémoire, que la troisième question est résolue négativement par ses expériences.

Quant à la quatrième question, qu'il n'était pas dans l'objet spécial de la commission d'examiner, l'auteur ne s'en étant point occupé, cette question ayant été portée devant les corps savants par M. Landouzy, elle a cru devoir en faire le sujet de l'un des chapitres de son rapport.

Il est démontré pour la commission que les sels solubles de zinc sont des agents toxiques. En ce qui concerne le zinc métallique et son oxyde, les résultats qu'elle a constatés démontrent que le zinc métallique est attaqué et dissous par les acides; il est probable, suivant M. le rapporteur, que l'oxyde placé dans les mêmes circonstances se dissoudrait aussi dans ces liquides, mais dans un temps qu'il ne lui a pas été possible de déterminer. Il lui paraît démontré cependant que l'oxyde administré aux malades ne se dissout pas dans les liquides organiques, puisque les malades qui font usage de ce médicament n'éprouvent pas d'accidents toxiques.

Il est un dernier point, ajoute M. le rapporteur, que M. Bouchut a franchement abordé : c'est la comparaison des inconvénients de l'emploi du zinc et de son oxyde dans la peinture aux inconvénients du plomb et de la peinture à la céruse. C'était là, au point de vue de l'hygiène, la conséquence pratique de son travail, et il a parfaitement établi que la préparation et l'emploi de l'oxyde de zinc n'offrent point des inconvénients comparables à ceux qu'entraînent encore la fabrication et l'emploi de la céruse, malgré les améliorations qui y ont été introduites.

En résumé, les résultats des recherches et des observations de M. Bouchut intéressant à la fois la science et l'administration de l'hygiène publique, les commissaires pensent que ce travail mérite toute la bienveillance de l'Académie, et ils proposent de le renvoyer au comité de publication. (Adopté.)

CULTURE DE L'OPIUM INDIGÈNE.

M. AUBERGIER lit un mémoire sur les recherches tendant à obtenir sur le sol de la France des produits propres à remplacer l'opium exotique. M. Aubergier a cherché d'abord un succédané de l'opium dans le suc laiteux de la laitue, sur la foi de tous les auteurs de matière médicale qui considèrent le lactucarium comme présentant les propriétés calmantes de l'opium sans avoir aucun de ses inconvénients. C'est en passant en revue les diverses espèces du genre laitue que M. Aubergier a été amené à en découvrir une, l'altissima, qui offre aux incisions de si larges surfaces que les ouvrières peuvent en retirer jusqu'à 600 grammes de suc par jour.

Ce premier problème résolu, M. Aubergier a voulu essayer de cultiver également le pavot somnifère pour obtenir par incisions le suc laiteux de ses capsules, et préparer ainsi, non un succédané de l'opium, mais bien l'opium lui-même. En passant en revue les différentes variétés du pavot somnifère, comme il l'avait fait pour les différentes espèces du genre laiteux, il est arrivé à jeter un jour inattendu sur toutes les questions qui se rattachent à la production de l'opium, soit en France, soit en Algérie, soit à l'étranger.

La question économique et industrielle se trouve résolue par ce seul fait qu'à l'aide des procédés décrits par M. Aubergier soit pour pratiquer les incisions, soit pour recueillir le suc qui s'en écoule, l'endocarpe n'étant jamais traversé, la graine reste à l'abri du contact de l'air, continue à mûrir, et peut servir à la fabrication de l'huile. Le produit couvre les frais de culture. L'opium n'a plus à supporter que les frais de main-d'œuvre pour la préparation; comme chaque ouvrière obtient au minimum 300 grammes de suc frais, ce qui équivaut environ à 75 ou 90 gr. d'opium sec, on voit que le prix de revient sera toujours inférieur au prix de vente actuel dans le commerce. Dans les premiers essais faits en 1843, chaque ouvrière obtenait tout au plus 69 grammes de suc frais.

On voit quels perfectionnements successifs ont dû être apportés dans les procédés de fabrication pour arriver à quintupler la quantité du produit. Quant à sa valeur intrinsèque, elle dépend de deux causes principales :

1° L'opium obtenu d'une même variété de pavot somnifère contient des proportions de morphine d'autant plus faibles que la capsule approchait davantage d'une complète maturité au moment de la récolte.

2° Chaque variété du pavot donne un opium plus ou moins riche en principes immédiats, à tel point que l'on peut obtenir de différentes variétés des opiums contenant des proportions de morphine comprises dans les limites de 15 à 17,833.

Ces faits expliquent les écarts qui existent dans la composition des opiums du commerce, écarts qui ont été mis en évidence, à plusieurs reprises, par les analyses de MM. Bussy, Pelletier, Payen, Chevalier. L'existence de ces écarts a été confirmée par l'analyse faite par M. Aubergier lui-même de 26 échantillons d'opium recueillis à autant de sources différentes, la moins riche contenant 2,84 pour 100 de morphine, et la plus riche 13 pour 100. Le rendement des autres échantillons était compris entre ces deux limites extrêmes. Il résulte de ces faits que, dans l'état actuel des choses, en ordonnant 1 décigr. d'opium ou 5 centigr. d'extrait, on peut faire prendre à un malade depuis 2 milligr. jusqu'à 13 milligr. de morphine.

Une conséquence qu'il semble tout aussi naturel de tirer de la richesse en morphine des opiums indigènes, c'est que l'influence du climat sur le développement de cet alcaloïde est loin d'avoir l'importance qu'on lui attribue, si même elle n'est pas tout à fait nulle.

D'ailleurs Belon n'a-t-il pas fait observer que le climat de la Natolie ne diffère pas beaucoup de celui de la France. Dans les pays plus chauds, la récolte de l'opium a lieu bien avant les fortes chaleurs. Enfin M. Aubergier a vu le suc laiteux s'écouler en plus grande abondance des incisions le matin et le soir que dans le milieu de la journée, et un soleil ardent en tarir la source.

L'influence du terrain serait peut-être moins indifférente que celle du climat; c'est sur des formations volcaniques que reposent les terrains sur lesquels le pavot réussit le mieux dans l'Asie Mineure. M. Aubergier n'oserait pas affirmer qu'il ne doit pas le succès de ses cultures à ce qu'elles ont été établies sur les terrains volcaniques de l'Auvergne.

Après avoir démontré que l'on peut obtenir en France des opiums reproduisant complétement, non seulement toutes les variétés d'opium du commerce, mais encore des opiums plus riches en morphine qu'aucun de ceux que nous envoie l'Orient, M. Aubergier se demande quel est, entre ces produits, contenant depuis 3 jusqu'à 18 p. 100 de morphine, celui qu'il faut choisir pour l'usage médical. Sur les 26 échantillons qu'il a analysés, 4 seulement atteignant ou dépassant à peine le titre de 10 p. 100, c'est ce titre qu'il serait disposé à admettre comme normal, et cela d'autant mieux qu'il présenterait une concordance avec le système décimal qui n'est pas à dédaigner pour faciliter les calculs dans les formules. De plus, un opium ayant cette composition est produit régulièrement par une des variétés du pavot qui paraît le plus propre à la production de l'opium, le pavot pourpre; c'est, du reste, une question sur laquelle il appartient à l'Académie de se prononcer, M. Aubergier croyant devoir borner sa mission à réunir les données nécessaires pour éclairer son jugement.

— M. HUTIN, chirurgien en chef des Invalides, lit un mémoire intitulé : RECHERCHES SUR LES CAUSES DES DOULEURS QUE LES AMPUTÉS NE MEMBRES ÉPROUVENT DANS LEURS MOIGNONS.

Ce travail, rempli de considérations physiologiques et de détails d'anatomie pathologique, n'est point susceptible d'analyse. Le bureau propose d'en renvoyer l'examen à une commission composée de MM. Bégin, Laugier et Bérard.

ACTION PHYSIOLOGIQUE DES MUSCLES INTEROSSEUX DE LA MAIN.

M. BOUVIER présente une main préparée dans le but de montrer la disposition anatomique des muscles interosseux dont M. Duchenne a récemment démontré, à l'aide de la galvanisation, le rôle physiologique.

Contrairement à ce qu'on avait cru jusqu'ici, les tendons des muscles interosseux, au lieu de s'attacher à la première phalange, se prolongent le long de cette phalange pour venir s'insérer aux deuxième et troisième. Cette disposition, fait remarquer M. Bouvier, est parfaitement conforme à l'action physiologique que leur a assignée M. Duchenne et qui consiste à produire l'extension des deux dernières phalanges, tandis que l'extenseur commun, auquel cette fonction avait été exclusivement attribuée jusqu'à présent, borne son action à l'extension des premières phalanges. En effet, en tirant sur les tendons des muscles interosseux, M. Bouvier fait voir qu'on obtient l'extension des deuxième et troisième phalanges, tandis que la traction opérée sur le tendon de l'extenseur commun produit le redressement de la première phalange.

M. Bouvier annonce devoir entrer dans de plus grands développements sur ce point dans une communication qu'il se propose de faire à l'Académie dans une des prochaines séances, sur un cas de paralysie des muscles interosseux de la main qu'il vient d'observer à l'hôpital Beaujon.

M. H. LARREY se plaît à déclarer, à cette occasion, qu'il a été récemment témoin avec plusieurs autres médecins d'une démonstration que M. Duchenne a faite devant eux de l'action de ces muscles, à l'aide de la galvanisation localisée, et que cette démonstration lui a paru complète, ainsi qu'à tous les assistants.

NOUVEAU BANDAGE HERNIAIRE.

M. PHILIPPE BOURJEAUD, ancien chirurgien de la marine royale, lit une note sur un nouveau bandage herniaire.

L'appareil que M. Bourjeaud soumet à l'Académie n'est qu'une application particulière aux hernies d'un système général de bandages contentifs et compressifs susceptible de s'appliquer dans tous les cas où une action compressive est indiquée. Il consiste en une ceinture composée de bandelettes élastiques disposées en spirale; un cuissard du même tissu est adapté à la ceinture pour la maintenir à sa place. Cette ceinture n'est elle-même que le support de l'agent

spécial et direct de compression qui est une pelote à air, en caoutchouc, munie d'un robinet; cette pelote est fixée à la partie interne de la ceinture au point correspondant à la hernie. La quantité d'air insufflée donne le degré de compression qu'on veut obtenir, etc.

(Commissaires: MM. Hervez, Gerdy et Huguier.)

La séance est levée à cinq heures.

FACULTÉ DE MÉDECINE.

SÉANCE SOLENNELLE DE RENTRÉE.

La séance solennelle de rentrée de la Faculté de médecine a eu lieu mercredi dernier, 5 novembre. M. Roux a prononcé l'éloge de Boyer et de Bichat. M. Malgaigne a prononcé ensuite dans l'ordre suivant les noms des lauréats :

PRIX DE L'ÉCOLE PRATIQUE.

Premier grand prix (médaille d'or). — M. Orfila (Augustin-Félix) (de Madrid).
Deuxième premier prix (médaille d'argent). — M. Blin (Louis-Alexandre), de Saint-Quentin (Aisne).
Second prix. — M. Chassin (Guillaume), de Verteillac (Dordogne).
Mention honorable. — M. Buisson (Adrien-Stanislas), de Paris.

PRIX CORVISART.

Pas de premier prix.
Deuxième prix. — *Ex æquo* à MM. Durosier (Louis-Michel-Paul) et Robinet Joachim-Auguste).

PRIX MONTYON.

Prix. — M. Piogey (Gérard).
Mention honorable. — M. Vigués (Antoine).

PRIX DES ÉLÈVES SAGES-FEMMES.

Pas de prix.
Mention honorable. — Madame Caroline Rosemberck.

Lorsque le nom du jeune Orfila a été prononcé, M. le doyen, en lui remettant la médaille, a prononcé les paroles suivantes qui exprimaient l'opinion de tout l'auditoire :

« M. Orfila, ce premier succès nous fait présager que vous porterez dignement un nom cher à l'enseignement dans l'École de Paris. Les acclamations qui ont accueilli ce nom vous montrent que telle est la pensée de vos condisciples. C'est aussi la pensée de vos maîtres, et je suis heureux d'être ici leur interprète. »

BIBLIOGRAPHIE.

TRAITÉ DE MARÉCHALERIE VÉTÉRINAIRE, COMPRENANT L'ÉTUDE DE LA FERRURE DU CHEVAL ET DES AUTRES ANIMAUX DOMESTIQUES, SOUS LE RAPPORT DES DÉFAUTS D'APLOMB, DES DÉFECTUOSITÉS ET DES MALADIES DU PIED; par M. A. REY, professeur à l'École vétérinaire de Lyon. — Un vol. in-8°. — 1851. — Lyon, chez Ch. Savy; et Paris, chez Labé, 4, place de l'École-de-Médecine.

Tout en rendant justice aux persévérants efforts qui ont peu à peu élevé la médecine vétérinaire au rang d'une science, nos lecteurs ne liront pas tous sans un sentiment de surprise le titre de cet ouvrage. Accoutumés à voir le nom des Barthélemy, des Delafond, des Renault, des Lecoq, briller à côté de nos premières illustrations dans les comptes rendus académiques, peut-être éprouveront-ils une sorte de désappointement en apprenant que la maréchalerie fait partie nécessaire des études vétérinaires, et que l'éducation de ces hautes sommités scientifiques a par conséquent dû commencer près de la forge. Au premier coup d'œil, cela semble effectivement une spécialité indigne de ceux que tant de liens rapprochent du corps médical; et tel confrère qui leur prend la main sans arrière-pensée sentirait, j'en ai peur, une répugnance instinctive a la garder entre les siennes, s'il réfléchissait que cette main a tenu le marteau du maréchal ferrant.

Outre son but classique, le livre de M. Rey nous paraît éminemment destiné à faire tomber cette erreur : jamais cause ne fut plus loyalement plaidée, et plus habilement à la fois. Le préjugé qui, parmi les vétérinaires mêmes, s'élève encore contre l'adjonction de la maréchalerie à leur art, ce préjugé, M. Rey ne s'arrête pas à le combattre par des considérations *a priori*. C'est à un autre ordre de preuves qu'il va puiser ses arguments. Son livre tout entier en est l'exposé fidèle; et, selon nous, c'est la meilleure manière de convaincre. En voyant prouvées par des faits les difficultés de la ferrure, son importance pour maintenir la santé, prévenir les maladies, augmenter la somme de services à retirer d'un animal; en suivant les variétés de son application selon les individus, les saisons, les contrées, les races, etc; en étudiant les maux auxquels elle peut remédier, ceux dont, mal exécutée, elle devient l'origine; en compulsant les nombreuses théories imaginées pour en perfectionner l'emploi, on doit rester convaincu que la maréchalerie n'est point un métier, mais une branche des sciences vétérinaires, d'autant plus précieuse à approfondir que, longtemps livrée à la routine, elle est aujourd'hui plus susceptible de progrès et même de réforme. Sous ce rapport, le TRAITÉ de M. Rey est au plus haut point digne d'intéresser les médecins; car c'est de la physiologie, de l'hygiène, de la pathologie, de l'orthopédie, sur un sujet neuf pour la plupart d'entre eux, sujet dont l'attrait est encore relevé par l'utilité de l'application, puisque, selon la juste pensée dont il a fait son épigraphe, ***pas de fer, pas de cheval !***

Le livre de M. Rey est, avant tout, un ouvrage classique. Depuis les outils et les matières premières nécessaires au maréchal jusqu'à la théorie du mécanisme par lequel telle modification de la ferrure remédie aux défauts d'aplomb, aux vices de l'allure, il n'est pas de détail qu'il n'embrasse, pas de difficultés qu'il n'éclaire, d'erreurs qu'il ne prévienne. Les élèves vétérinaires, auxquels un traité de cette nature manquait complétement, doivent se féliciter d'avoir trouvé du premier coup, et dès la première édition, un corps d'enseignement aussi précis et aussi clair. Et l'on peut affirmer qu'avec un guide pareil, ils ne risquent plus de se laisser rebuter par l'aridité d'études dont ils sauront maintenant embrasser dès l'abord le côté non mécanique et les développements scientifiques. Ainsi conçu, un livre même élémentaire peut rendre d'importants services, en raffermissant les vocations les plus précieuses, celles qui s'effrayent de la routine et aspirent avant tout à saisir le ***pourquoi*** des préceptes et la raison des opérations manuelles.

L'un des traits les plus saillants de la rédaction de M. Rey est le soin constant qu'il met à éclairer la règle générale par sa comparaison avec les pratiques suivies soit pour les cas particuliers, soit dans d'autres pays. L'élève qui a pu embrasser et comprendre toutes les exceptions d'une règle sait toujours mieux qu'un autre l'appliquer à propos; et l'on peut être sûr qu'il la modifiera de lui-même selon les besoins, alors que l'empirique restera aveuglément asservi à la routine qu'on lui a, *ex cathedrâ*, assuré être la seule orthodoxe. Cette éducation qui tend à féconder, à enhardir l'esprit était tout à fait à sa place ici où il s'agit moins de former d'adroits ouvriers que des hommes capables de donner un bon conseil dans les circonstances où une indication imprévue vient à se présenter. Aussi louons-nous sans réserve M. Rey de l'avoir adoptée. Ainsi, pour l'ajusture ou courbure à donner au fer du cheval, il aurait pu, professeur didactique, se borner à dire qu'on le fabrique concave à sa face supérieure; telle est, en effet, la méthode partout suivie en France. Mais il lui importait moins de faire des élèves dociles que des disciples convaincus. Il examine donc les divers modes d'ajusture employés à l'étranger, montre que l'absence d'ajusture, qui a cours en Angleterre, expose les chevaux à de fréquentes boiteries, à la maladie naviculaire à peine connue chez nous, aux altérations des tendons et des gaînes synoviales. D'autre part, si les Arabes ajustent leurs fers en sens inverse, c'est-à-dire avec la face supérieure convexe et l'inférieure concave, cette pratique n'est possible que pour les pieds creux comme le sont ceux des chevaux des races orientales. — Avec ces notions comparatives, le vétérinaire sera en mesure de varier l'ajustore selon les différences de conformation individuelles, et selon les conditions pathologiques.

On se ferait une idée incomplète des avantages de la ferrure en la considérant seulement comme un moyen de prévenir l'usure du sabot et de protéger le pied contre la douleur résultant d'une longue marche. C'est là le côté hygiénique de l'art, c'est la maréchalerie normale. Mais il n'est pas une maladie du pied, pas une des opérations pratiquées sur ses parties constituantes qui n'ait un secours à demander à l'art de ferrer. Et quand on songe que ces affections constituent la partie la plus chargée, la plus délicate et la plus utile à la fois de la pathologie vétérinaire, on comprend sans peine que l'art de disposer cette prothèse de la manière la plus favorable aux exigences de la pratique ait conservé sa place parmi les connaissances officiellement imposées aux diplômés de nos écoles. La médecine humaine pourrait, ce nous semble, dans plus d'une occasion, s'inspirer avantageusement de ces pratiques en usage pour remédier aux vices des parties qui concourent à la station. Dans les déviations des membres comme dans les maladies du pied, une chaussure méthodiquement appropriée rendrait souvent d'importants services. Mais, à part quelques données empruntées à l'orthopédie, tout est encore à faire sous ce rapport. Aussi le TRAITÉ DE MARÉCHALERIE, bien médité, nous paraît-il de nature à ouvrir la voie à plus d'une amélioration utile en pathologie humaine. Il est positif, soit dit sans vouloir ravaler notre noble profession, que si le médecin faisait dans

l'art du fabricant de chaussure les études que les règlements imposent au vétérinaire en maréchalerie, beaucoup de difformités y pourraient trouver sinon un remède, du moins dans quelques cas un préservatif et dans tous un auxiliaire utile aux autres moyens de la médecine opératoire.

La ferrure, avons-nous dit, rencontre une application fréquente dans les maladies du pied. Elle y remplit effectivement des indications de divers ordres. Ainsi elle sert à maintenir l'appareil nécessaire pour la guérison des plaies qui résultent d'une opération. Elle peut aussi prévenir ou guérir l'ecchymose de la corne (bleime), les fissures de la paroi (seime). Enfin, après l'issue heureuse d'une opération pratiquée sur le pied, c'est encore par la ferrure qu'on protége la cicatrice formée le plus souvent par une corne molle, peu résistante, facile à déchirer; avec un fer convenable, on peut utiliser l'animal plus promptement et diminuer par là les dépenses qui résulteraient d'une longue maladie. L'auteur présente la description abrégée de ses affections et montre la part que l'application intelligente du fer peut prendre pour pallier ou pour guérir ces nombreuses altérations. Il termine ce paragraphe par quelques conseils sur l'emploi du caoutchouc vulcanisé pour diminuer la sensibilité du pied. Son expérience personnelle, déjà très-étendue, lui permet de conclure d'une manière très-explicite en faveur de ce nouveau moyen.

Sans être réellement malades, certains pieds ont des défectuosités comparables à ce que, en médecine humaine, nous connaissons sous le nom de pieds plats. Mais, plus heureux que nous, le vétérinaire peut immédiatement rectifier les écarts de la nature par l'adaptation d'un instrument de sustentation convenable. Il y a donc autant de règles particulières pour la ferrure du pied grand, du pied comble, du pied à oignons, à talons serrés, à talons trop ouverts, etc., et M. Rey les expose avec tous les détails nécessaires. — Comme complément naturel, il traite ensuite des moyens de corriger, par la ferrure, les défauts d'aplomb et d'allure.

A quel âge convient-il de ferrer pour la première fois un cheval? Quelles modifications faut-il apporter dans cette opération suivant le genre de service auquel on destine l'animal? La même ferrure doit-elle être adoptée pour les différents terrains où il aura à marcher? Quand et comment y a-t-il lieu de ferrer à glace? Quels intervalles mettra-t-on entre les renouvellements successifs de la ferrure?... Ce sont là des questions essentiellement pratiques; aussi M. Rey, ancien praticien et praticien répandu, leur a pu donner à toutes une solution positive. A en juger par ce langage laconique et affirmatif, l'art vétérinaire aurait sa législation beaucoup mieux arrêtée que la nôtre. Mais est-ce là le propre de l'art ou un mérite spécial au professeur? Nous laissons à plus compétents que nous le soin d'en décider.

Le chapitre sur la manœuvre de la ferrure est rempli d'utiles conseils sur les moyens d'assujettir les chevaux, et, ce qui vaut mieux, sur les moyens de se dispenser de ces agents de contrainte. Patience, douceur, prévenir toute cause de douleur, savoir imposer sans dureté de la voix et du geste, c'est ce qui suffit en général pour jouir des animaux les plus irritables, à moins qu'ils n'aient déjà eu le caractère vicié par de mauvais traitements antérieurs.

Mal exécutée la ferrure peut avoir des conséquences plus ou moins fâcheuses. M. Rey les énumère, et n'oublie pas de déterminer à la suite les cas où le maréchal est responsable et peut être poursuivi pour les faits de cette nature dus à son impéritie ou à sa négligence.

Un aperçu de la manière de ferrer dans les pays étrangers, l'examen critique de la ferrure *podométrique*, enfin quelques mots sur la ferrure des espèces animales autres que le cheval, complètent cette instructive monographie. M. Rey s'est attaché à y faire connaître dans toute leur étendue les services que la ferrure peut rendre, et comment on parvient à en tirer tout le parti possible. Cette tâche, il l'a remplie avec le succès qu'on devait attendre de ses lumières et de sa vaste expérience; et le TRAITÉ DE MARÉCHALERIE VÉTÉRINAIRE, — dont nous oserions conseiller la lecture à nos confrères si nous n'avions à prendre conseil que de l'intérêt qu'elle nous a inspiré à nous-même, — sera pour les élèves de nos écoles un utile *compendium* des notions çà et là disséminées que la science possédait sur ce sujet d'utilité première.

P. DIDAY.

VARIÉTÉS.

AU RÉDACTEUR.

Monsieur,

Mon collègue Jacquot, dans un de ses spirituels et légers feuilletons sur l'Italie, a écrit, en note bas de page (GAZ. MÉD. du 20 septembre), qu'il ne considérait pas les ictères graves que j'ai observés à Rome en 1849, comme étant le typhus d'Occident (fièvre jaune), sous forme sporadique et spontanée. Mon travail, se composant de deux mémoires, ne peut même pas être résumé dans une lettre dont j'abandonne l'insertion à votre bienveillance. Seulement en lisant avec soin les dernières phrases de la note de mon confrère distingué, il est facile de voir que nous sommes *presque* d'accord. Je suis seul dans le vrai, j'en ai l'intime conviction. Lorsque mon travail aura été livré à l'impression, j'en remettrai des exemplaires aux incrédules avec prière de me faire soutenir en quelque sorte *ma thèse*, s'ils le veulent; et bientôt, je n'en doute pas, les opposants seront tous de mon avis, de mon opinion, basée sur l'étude des symptômes et principalement sur l'anatomie pathologique, devenue pour moi une vérité inattaquable.

J'ose réclamer de votre impartialité ordinaire, l'insertion de ces lignes dans le plus prochain numéro de votre excellent journal.

P.-S. Le conseil de santé des armées étant notre seul juge pour tout ce qui concerne le service médical de l'armée, je crois qu'il serait inutile de revenir sur cette question; cette lettre sera ma première et dernière.

Agréez, etc.

GARNIER-LETEURRIE,
médecin des hôpitaux français de Rome,
ex-médecin de l'hôpital militaire de Versailles.

Rome, 28 septembre 1851.

— Voici, d'après le bulletin officiel que le bureau des longitudes vient de faire insérer aux comptes rendu de l'Académie de sciences, le résumé des observations météorologiques faites de nuit et de jour à l'Observatoire, pendant le mois de septembre dernier.

La température moyenne de ce mois a été de 13 degrés 9[10 au-dessus de zéro. La plus haute, observée le 4, a été de 28 degrés. La plus basse, observée le 27, a été de 4 degrés 03 au-dessus de zéro.

La moyenne des oscillations du mercure dans le tube barométrique (observations de midi) a été de 759,83.

Il est tombé, dans la cour du monument, 2 cent. 931 de pluie; sur la terrasse, 3 cent. 305.

A midi, le vent a soufflé: de l'ouest, 5 fois; du nord, 16; du sud, 4; de l'est, 5.

A midi enfin le ciel a été observé: couvert, 12 jours; nuageux, 3; très-nuageux, 7; pluvieux, 5; avec éclaircies, 1; beau, 4; vaporeux, 1.

— On écrit de la commune de Nivillac (Morbihan):

« La dyssenterie épidémique, qui a désolé la commune depuis trois mois, touche à sa fin; mais son passage a causé des pertes irréparables, et des familles presque entières ont été éteintes. Dans cet espace de *trois mois*, il y a eu 130 décès, c'est plus du double d'*une année* ordinaire, le chiffre moyen ne s'élève qu'à 63. On a compté jusqu'à 22 décès dans une semaine; 5 morts se trouvaient à la fois dans l'église; c'était vraiment effrayant.

» Les soins n'ont pourtant pas manqué; car, indépendamment d'un médecin désigné par M. le préfet pour visiter les malades indigents, les trois religieuses qui desservent la commune se sont portées partout où leurs soins étaient nécessaires, avec un zèle et un dévouement admirables. La supérieure a été atteinte par la maladie dès le commencement; mais quelques jours de repos ont suffi pour la mettre dans le cas de reprendre bientôt son service.

» Nos ecclésiastiques ne suffisaient pas à porter les secours de la religion à tous les malades qui les appelaient, et à la suite des fatigues qu'ils ont éprouvées, l'un de nos vicaires est tombé malade depuis quinze jours. »

— Des rapports parvenus au ministère de la guerre annoncent que le choléra sévit avec une nouvelle intensité, depuis le commencement d'octobre, dans la ville de Mostaganem et dans les colonies agricoles d'Aboukir, Aïn-Tedlès et Souk-el-Mitou.

— Les journaux de la Jamaïque annoncent, à la date des derniers jours du mois d'août, que le choléra fait des ravages dans diverses localités.

A Kingstou, il y a eu beaucoup de malades et peu de morts.

A New-Castle, il y a eu 21 morts dans la garnison: 19 hommes du 16e régiment, une femme et un enfant.

A Middleton-Plantation, dans le voisinage immédiat de New-Castle, 10 noirs ont été victimes du fléau, qui semble vouloir prendre droit de cité dans cette île.

— On lit dans un journal, sur la mort de M. le docteur Duménil, les détails suivants, que nous nous empressons de reproduire:

« Délégué par l'administration préfectorale, en sa qualité de médecin des épidémies de l'arrondissement de Lyon, pour étudier une épidémie de dyssenterie qui sévit dans le canton de Vaugneray, il était parti il y a huit jours du bourg de Thurins pour compléter l'exploration de cette commune. Après avoir franchi à pied un vallon profond, il entrait chez M. Gandin, conseiller municipal de la commune, lorsqu'il fut frappé d'apoplexie. Tous les secours possibles lui furent prodigués, mais inutilement, par la famille Gaudin. Malheureusement le médecin de la localité, absent au moment de l'accident, ne put arriver que pour recevoir le dernier soupir de son malheureux confrère. »

— M. Bouchut, médecin des hôpitaux de Paris, commencera son cours de pathologie médicale le mardi 11 novembre, dans l'amphithéâtre n° 3 de l'École pratique, à huit heures du soir, et le continuera les mardi, jeudi et samedi de chaque semaine.

— M. Monneret, agrégé libre de la Faculté de médecine, médecin de l'hôpital Saint-Antoine, continuera son cours public de pathologie interne, dans l'amphithéâtre n° 3 de l'École pratique, les lundi, mercredi et vendredi de chaque semaine, à sept heures du soir.

Le rédacteur en chef, JULES GUÉRIN.

REVUE HEBDOMADAIRE.

CONSEIL GÉNÉRAL DE LA SEINE. — NOMINATION AUX PLACES DE MÉDECINS DES PRISONS. — CONSTATATION DES NAISSANCES A DOMICILE.

Parmi les questions plus ou moins afférentes à la médecine qui ont été récemment agitées au conseil général de la Seine, il en est deux que nous ne voulons pas laisser passer sans en dire quelques mots. La première concerne la nomination aux places de médecins des prisons; la seconde, la constatation des naissances à domicile.

Il a été fait dans le sein du conseil la proposition de nommer les médecins des prisons au concours. Cette proposition a été rejetée, après avoir été combattue directement par un confrère et sans avoir été défendue, si nous avons bonne mémoire, par aucun de ceux qui siégent au conseil. Il fallait de fortes raisons pour soulever ainsi des oppositions dans le camp d'Agramant, pour que les médecins eux-mêmes attaquassent une mesure dont le libéralisme paraissait devoir plaire surtout au corps médical. Voici le principal argument qu'on a fait valoir. Les prisons renferment une population de détenus, d'hommes retranchés, préventivement ou après jugement, du milieu de la société, et dont l'administration a le droit de régler et de connaître toutes les démarches. Des parents, des amis, les hommes les plus honorables, ne peuvent pénétrer dans ces dépôts qu'avec une autorisation et sous une surveillance spéciales. Le médecin y pénètre à toute heure, librement, sans contrôle aucun; il visite les détenus sans témoin. C'est donc un fonctionnaire sur le caractère duquel l'autorité a besoin d'être parfaitement renseignée, qu'elle doit pouvoir changer à volonté dans l'intérêt du service; et le concours ne comporte ni ce genre de garantie ni ce degré de latitude.

L'objection est puissante. Elle frappera tous ceux qui, voyant au delà de leurs avantages personnels, ne font pas abstraction des conditions nécessaires de tout gouvernement. Elle a une grande portée en ce qu'elle s'applique à toutes les prisons indistinctement, à celles des grandes villes aussi bien qu'à celles des petites, et que par conséquent elle ne permet pas de scinder la question comme nous avons pu le faire il y a trois mois (n° 33) au sujet de la nomination aux places de médecins d'hôpitaux. La garantie d'aptitude étant à peu près la seule qu'on doive exiger d'un médecin d'hôpital, on conçoit qu'on puisse la demander au concours dans les grands centres de population, et à la simple notoriété dans les centres restreints. Ici le concours devait être rejeté absolument. Etant de sa nature un principe plutôt qu'une mesure, si on l'adoptait, il faudrait l'appliquer rigoureusement; et le droit de l'autorité, qui se lie ici à l'intérêt public, s'évanouirait complétement.

Encore une fois, nous ne repoussons pas l'argument de notre confrère M. Thierry; mais il nous fournit une nouvelle occasion de faire remarquer combien il fâcheux que, dans toutes les affaires de ce genre, la question soit posée invariablement entre le concours et la nomination directe. M. Thierry, ni personne, ne conteste que, sans la raison administrative qui peut devenir en certains cas une raison d'État, il y aurait avantage à exiger des médecins de prison un témoignage de capacité, et qu'une assimilation étroite ne puisse alors être établie entre ces médecins et ceux des hôpitaux. Personne ne contestera non plus que là où les conditions locales rendraient le concours impossible, ou illusoire ou même nuisible, — car tout cela peut arriver, — si l'on possédait un second moyen de garantir la capacité, il serait bon de le mettre à profit. Or ce moyen existe, nous le croyons du moins; et ainsi on ne serait autorisé à accepter le *pis-aller* de la nomination directe que s'il était prouvé que cet autre mode, en offrant un gage d'aptitude intellectuelle, ne répond pas suffisamment de l'aptitude morale.

Nous entendons parler ici de l'élection par les conseils médicaux d'arrondissement ou de département. Si l'on s'effrayait encore d'une élection directe, il y aurait la ressource de la liste de présentation. Nous n'insistons pas sur la valeur d'une attestation de capacité décernée par une réunion de confrères et fondée sur une notoriété directe plus ou moins ancienne, chaque jour éprouvée; ce n'est pas le sujet spécial de ces remarques, et nous y avons insisté dans l'article rappelé tout à l'heure. Mais nous soutenons qu'il n'y aurait pas moins de sécurité pour l'administration, relativement au caractère moral. C'est par pure modestie de corporation que nous n'allons pas jusqu'à dire que l'erreur serait moins facile et moins fréquente dans ce système que dans celui de la nomination directe. Songez donc! voilà une réunion de médecins choisis parmi les notables, déjà connus pour leur honorabilité autant que pour leur savoir; ils vont porter devant leurs confrères la responsabilité de leur choix, non pas cette responsabilité tranquille du préfet, à laquelle personne ne s'attaque, mais une responsabilité réelle et incessante, soumise au contrôle de tous. Et vous supposez qu'ils ne pèseront pas scrupuleusement le caractère des candidats! Et vous croyez qu'ils ne sauront pas comprendre la gravité des fonctions qu'il s'agira de conférer! Puis ce n'est pas tout. Le conseil médical, nous le supposons, s'est trompé. Par hasard, par surprise, un nom s'est glissé sur la liste, qui ne méritait pas confiance. Eh bien! qu'importe? L'autorité est libre de l'éliminer, puisque le choix définitif lui appartient.

En résumé donc, nous accordons que le concours ne soit pas applicable au recrutement des médecins des prisons; mais nous contestons pas que la nomination directe soit le meilleur mode à adopter. Il est juste seulement de reconnaître que le conseil général, en ce qui le concerne, n'avait pas la liberté du choix, la question des conseils médicaux se reliant à tout un système d'organisation qui est de la compétence du pouvoir législatif.

Le second sujet de délibération est un de ceux sur lesquels tout le monde est à peu près d'accord, et qui paraissent néanmoins rencontrer dans les hautes régions des résistances opiniâtres. Consultée par le ministre, en 1850, l'Académie de médecine a répondu qu'il y avait danger à transporter les enfants à la mairie pour la constatation de la naissance. Se rendant à un scrupule un peu formaliste de M. Adelon, elle n'est pas allée jusqu'à soutenir le principe de la constatation à domicile; mais comme, entre le domicile et la mairie, il n'y a que la rue, la conséquence allait de soi. Depuis beaucoup plus longtemps, depuis 1845, le conseil général de la Seine ne se lasse pas d'émettre chaque année un vœu en faveur de la constatation à domicile. Il vient de le renouveler cette année avec plus d'insistance encore. M. Ségalas a même porté la question plus loin. A la municipalité ou chez la mère, M. Ségalas déclare les employés de mairie incompétents pour cette besogne, en raison des difficultés qu'on éprouve parfois à déterminer le sexe de l'enfant. Il demande en conséquence l'institution de médecins spéciaux. En finira-t-on avec ce chapitre? Dieu le sait. Il n'est pire sourd que qui ne veut entendre.

A. DECHAMBRE.

Feuilleton.

CARACTÈRES DE LA FIGURE D'ALEXANDRE, ÉCLAIRÉS PAR LA MÉDECINE.

A monsieur le Rédacteur en chef de la GAZETTE MÉDICALE.

Permettez-moi, mon cher rédacteur, de vous adresser une observation de torticolis, recueillie au n° 132 de la salle du Centaure (musée des antiques), sur le nommé Alexandre le Grand. Bien que, à l'occasion de ce fait, je machine en ce moment une assez longue disquisition médico-archéologo-artistique qui n'est pas à l'adresse de la GAZETTE, ce m'est un devoir de vous donner l'étrenne d'une trouvaille que je n'aurais pu faire si vous n'aviez tenu la chandelle, c'est-à-dire, en termes plus choisis, si vous ne m'aviez éclairé de vos travaux.

Je vaguais un dimanche, *more plebeio*, dans les salles de sculpture du musée, quand, arrivant vers un certain hermès, mon flair d'orthopédiste est éveillé par le port de la tête. J'approche, et je lis en grec sur la gaîne : ALEXANDRE, FILS DE PHILIPPE DE MACÉDOINE. J'avais appris en *cinquième* qu'Alexandre, suivant Plutarque, penchait la tête *vers l'épaule gauche*. Or sur l'hermès la tête penchait *à droite;* en outre, d'autres caractères de la figure, de ceux que vous avez fait plus spécialement connaître, disaient que cette inclinaison ne dépendait pas d'une simple attitude, mais d'une vraie et bonne difformité. Vous pensez bien que ce désaccord n'était pas de nature à me troubler beaucoup. Ferme sur vos principes, je fus tout de suite convaincu que le grand Alexandre avait la tête vicieusement penchée sur l'épaule droite, qu'on m'avait indignement trompé au collége et que mes maîtres étaient des ignorants. Cette manière de prendre les choses aura de quoi vous plaire.

Avant d'en venir à la démonstration du fait, il importe de vous dire quelle espèce et quel degré d'intérêt y sont attachés. Gratifier Alexandre d'un torticolis, ce pourrait être assez drôle; ce ne serait pas bien utile. Mais vous allez voir que la question touche assez au vif l'archéologie et les arts.

L'antique du n° 132, trouvé en 1779 à Tivoli, est *la seule* figure d'Alexandre qui passe pour authentique. Il existe entre la tête et le buste, vers la naissance des épaules, la trace d'un raccordement; mais si vous étiez curieux d'acquérir la preuve que les deux morceaux appartiennent originairement au même monument, que l'inscription gravée sur la face antérieure du buste s'applique par conséquent à la figure, enfin que cette inscription n'est pas le fait d'une supercherie, vous n'auriez qu'à consulter Petit-Radel (le frère du médecin), dans le MUSÉE FRANÇAIS des Piranèse. Un très-grand nombre de témoignages historiques que je vous épargne après me les être infligés à moi-même, et dont Valère-Maxime, Pline, Plutarque, Quintilien, Cicéron, Horace, Dion Cassius, Hérodien, Aurélius Victor et quelques philologues font les frais, permettent en outre d'établir, avec une quasi-certitude, que l'hermès appartient à une époque où les images d'Alexandre, si souvent modelées par Lysippe et reproduites à profusion par les artistes postérieurs, étaient encore partout. C'est donc un morceau des plus précieux. Dès qu'il fut découvert, on le rapprocha de toutes les figures qui avaient jusque-là passé pour des Alexandre et de quelques autres dont la signi-

ANATOMIE PATHOLOGIQUE.

MÉMOIRE SUR LA CARNIFICATION ; par M. C. BARON, médecin des hôpitaux.

Le mot *carnification* fut d'abord employé comme synonyme de celui d'hépatisation (1). Ce n'est que dans ces derniers temps que ce nom fut réservé à une altération spéciale que l'on distingua alors des autres maladies du poumon, et qui est le sujet de ce mémoire. Parmi les auteurs qui ont décrit cette affection, les uns, comme MM. Rufz (2), Valleix (3) se sont bornés à en tracer les principaux caractères, sans lui assigner un nom particulier, tout en reconnaissant que l'aspect de cette lésion différait de celui de l'hépatisation ordinaire. D'autres, M. Barrier (4), MM. Rilliet et Barthez (5), en distinguant ces deux altérations, ont affecté à l'une d'elles la dénomination fort juste et désormais généralement admise de carnification.

Grâce aux pathologistes qui se sont occupés de cette dernière maladie, l'anatomie en est tracée assez complétement ; mais il y a si peu de temps que cette affection a pris place dans les cadres nosologiques, que l'on ne peut s'étonner que quelques parties de son histoire ne soient pas encore suffisamment éclaircies. Par exemple, son mode de production est encore en litige ; tandis que la plupart des pathologistes attribuent la carnification à l'inflammation, MM. Legendre et Bailly (6) regardent cette altération comme résultant de la non-pénétration de l'air dans la portion du poumon qui en est le siége ; pour eux, la partie carnifiée est simplement une partie privée d'air, revenue à ce qu'elle était pendant la vie utérine ; aussi appellent-ils la carnification état fœtal. Cette ingénieuse théorie est admissible pour un grand nombre de cas ; mais elle ne me paraît pas, non plus que l'inflammation seule, les expliquer tous suffisamment.

Ayant observé des faits qui, mettant sur la voie de certaines conditions propres à favoriser le développement de la carnification, peuvent ainsi éclaircir le mode de production de cette altération, j'ai cru utile de les faire connaître.

Mes observations offrent encore l'avantage de fournir des exemples de carnifications occupant d'autres organes que le poumon, tandis que celle de ce dernier viscère avait jusqu'à présent attiré presque exclusivement l'attention des pathologistes. Nous verrons que la carnification du poumon et celle des autres organes se développent dans des conditions semblables, sont très-fréquemment simultanées et offrent un aspect et des caractères identiques ; il est donc indubitable que l'altération est la même dans toutes les parties du corps, et qu'au lieu de restreindre la possibilité de son existence aux organes respiratoires, il convient de généraliser sa description.

Je commencerai par la relation succincte des faits que j'ai observés, et je dirai ensuite quelles conclusions je crois pouvoir en tirer.

OBS. I. — Julie Sagou, âgée de 14 ans, blanchisseuse, habitant depuis deux mois et demi une chambre humide, dans un quartier central de Paris, entre à l'hôpital des Enfants malades, le 13 octobre 1840, au premier jour d'une éruption de variole.

Cette variole marche régulièrement ; elle est suivie d'une hydrargyrie résultant de l'application d'une pommade mercurielle abortive sur la face, pendant l'éruption variolique ; puis, d'un phlegmon peu étendu, au niveau de la hanche droite et d'un abcès assez considérable au front ; enfin, d'une anasarque débutant, le 12 novembre, par la face, et gagnant ensuite le reste du corps, avec albuminurie.

Les 27 et 28 octobre, pendant l'existence de l'hydrargyrie, on constata, dans le tiers inférieur du côté postérieur droit de la poitrine, une notable diminution du bruit respiratoire, sans diminution de la sonorité à la percussion, sans égophonie et sans douleur de côté, avec une toux à peine appréciable.

On trouve, à l'autopsie, une double affection de Bright ; deux litres de sérosité citrine dans le péritoine, avec une injection fine, assez générale, à la surface externe de l'intestin. La rate a 11 centimètres et demi de hauteur, 8 centimètres et demi de largeur ; assez pâle à l'extérieur, lie de vin grisâtre à l'intérieur, elle est infiltrée d'une assez grande quantité de liquide. Les parois de la vésicule biliaire infiltrées ont une épaisseur de 5 millimètres.

Trois ou quatre cuillerées de sérosité dans le péricarde ; une petite ulcération à la partie supérieure de la trachée ; un litre et demi de sérosité citrine dans chaque cavité de la poitrine. Le poumon droit est partout assez souple et offre une coloration bleuâtre ; il surnage de la moitié de son étendue ; ses lobes moyen et supérieur sont unis par des adhérences très-difficiles à vaincre. Ce poumon est partout infiltré de liquide ; on en trouve aussi une assez grande quantité dans les bronches, dont la surface interne offre généralement une teinte un peu brune ; le tissu pulmonaire est d'un rouge brun, dans toute l'étendue de l'organe, plus foncé à la partie postérieure ; sa cohésion semble partout un peu diminuée. La surface de section n'est grenue nulle part. Le poumon gauche offre la même coloration que le droit, à l'extérieur, mais il crépite généralement peu et est un peu dense dans sa moitié postérieure ; un tiers seulement de son étendue surnage. A l'intérieur, il est infiltré de liquide, mais ce liquide semble moins libre et plus combiné avec le tissu ; la coloration est la même qu'à droite, mais le doigt pénètre beaucoup plus difficilement, et même, en beaucoup de points, surtout vers la partie postérieure, il ne peut pénétrer dans le parenchyme, qui est dense et ne crépite pas ; il y a commencement de carnification ; les bronches sont généralement plus pâles que celles de l'autre côté et contiennent moins de liquide.

Cette observation nous offre un exemple de carnification du poumon coïncidant avec une diathèse séreuse, ayant déterminé des épanchements et des infiltrations multiples. L'affection de Bright, provoquée par la variole ou par l'hydrargyrie, était préparée par l'habitation insalubre et l'humidité.

Parmi les infiltrations trouvées sur ce sujet, arrêtons-nous d'abord sur celle des poumons. Dans le droit, c'est un simple œdème pulmonaire qui, toutefois, commence déjà à altérer le tissu dont la cohésion semble un peu diminuée. Dans le gauche, l'altération du tissu est plus avancée. Le liquide ne se présente plus tout à fait comme dans l'autre poumon ; il semble moins séparé du parenchyme, plus combiné avec lui, et, ce qui est digne de remarque, c'est que, plus cette combinaison devient intime, plus l'on voit la cohésion de l'organe augmenter et la carnification se développer ; et, comme pour confirmer la réalité de cette gradation, c'est surtout dans la partie postérieure du poumon, région dans laquelle l'infiltration est ordi-

(1) Voy. l'article *Pneumonie* et l'article *Carnification*, *in* DICT. ABRÉGÉ DES SCIENCES MÉDICALES. Paris, 1825, t. XIII et III. Voy. aussi l'article *Carnification*, *in* DICT. DES SCIENCES MÉDICALES Paris, 1812, t. IV.

(2) JOURN. DES CONNAISSANCES MÉDICO-CHIRURGICALES, 1835.

(3) CLINIQUE DES MALADIES DES ENFANTS NOUVEAU-NÉS, Paris, 1838.

(4) TRAITÉ PRATIQUE DES MALADIES DE L'ENFANCE, 1842, t. I.

(5) TRAITÉ DES MALADIES DES ENFANTS, Paris, 1843. t. I.

(6) NOUVELLES RECHERCHES SUR QUELQUES MALADIES DU POUMON CHEZ LES ENFANTS, *in* ARCH. GÉN. DE MÉD., Paris, 1844.

---

fication était incertaine. Il donna lieu à des rectifications et à des additions. Il devint, en un mot, le prototype de la figure du héros macédonien.

Or vous allez voir comment il a été interprété par les archéologues.

Il était convenu, dans les arts aussi bien qu'au collége, qu'Alexandre avait la tête inclinée vers l'épaule *gauche*. Les autres éléments de la caractéristique étaient : la disposition des cheveux qui, partagés sur le front à la façon olympienne, sont rejetés sur les côtés et en arrière, et retombent en boucles sur la nuque ; une empreinte circulaire que les uns regardent comme la trace du diadème persan, les autres — avec plus de raison, je crois — comme celle du casque ; la courbe aquiline du nez, la beauté et *la régularité* des traits, dernier point que je vous prie de retenir. L'arrangement de la chevelure, la dépression circulaire, ont été retrouvés sur le monument du musée. On n'a pu vérifier la forme du nez qui était détruit. Restent l'inclinaison de la tête et l'agencement des traits. C'est sur ces deux points que les archéologues, faute de savoir leur torticolis, se sont étrangement fourvoyés.

Presque tous signalent une inclinaison *à gauche*, les uns plaçant cette inclinaison *au cou*, les autres *à la tête*, sans s'inquiéter autrement de la différence. Visconti, ce savant d'une observation si fine et si exacte, dit positivement, dans son ICONOGRAPHIE GRECQUE, que *la tête* se porte *à gauche*. Dans le MUSÉE BOUILLON, le texte affirme *un mouvement sensible de la tête vers l'épaule gauche*. M. de Clarac (DESCRIPTION DES ANTIQUES DU MUSÉE, in-12) se sert de ces expressions : « *Le cou* est tant soit peu penché vers l'épaule *gauche*. » Quant au MUSÉE FILHOL et au MUSÉE LANDON, bien que contenant la gravure de l'hermès, ils ne disent rien de l'attitude de la tête et du cou.

Deux auteurs seulement, que je sache, ont noté l'*inclinaison de la tête à droite* ; ce sont Carlo Fea, dans les notes qu'il a jointes à la traduction française de Winckelmann, et Petit-Radel dans le tome III du MUSÉE des Piranèse. Mais le premier voit dans cette attitude une flatterie de l'artiste qui aurait porté la tête à droite pour être plus sûr de corriger l'inclinaison à gauche, et le second estime, d'après une citation d'Apulée (extraite des FLORIDES), que le héros ne penchait peut-être la tête ni à gauche ni à droite, et que Plutarque a pu se tromper.

Voilà donc l'état de la question. Pour la plupart des auteurs, le termo-Alexandre du musée a la tête (ou indifféremment le cou) inclinée à gauche, conformément à la tradition ; pour quelques-uns, la tête est inclinée à droite, et cette inclinaison dépose soit d'une flatterie de l'artiste, soit de la fausseté de la tradition. Vous voyez de suite qu'il manque là un orthopédiste pour apporter un peu d'ordre et de précision. L'*Observation* en règle que je vous transmets va donner pleine raison à votre perspicacité.

DIFFORMITÉ OBSERVÉE SUR ALEXANDRE LE GRAND.

Cette difformité est caractérisée par les particularités suivantes :

1° La tête est visiblement inclinée à angle du côté droit. Le cou est, au contraire, incliné à sa base vers le côté gauche. Il forme, dans toute sa longueur, une légère courbe dont la convexité est tournée à gauche. Il résulte de cette courbe que, si le cou se rapproche, à son extrémité inférieure, de l'épaule gauche, il s'en éloigne à son extrémité supérieure, et que la tête reste plus

nairement la plus prononcée, que cette combinaison entre le liquide et la substance de l'organe s'est opérée le plus complétement.

Quoique l'œdème coïncide d'un côté avec un ramollissement du tissu pulmonaire, de l'antre, avec une augmentation de la cohésion de ce même tissu, la présence de cet œdème dans les deux organes semble indiquer cependant que les lésions des deux poumons, malgré leur différence apparente, ont néanmoins une nature identique. Nous reviendrons plus tard sur ce point.

Nous discuterons aussi la valeur d'un caractère que présentait l'œdème chez le sujet de cette observation, et que nous retrouverons encore chez plusieurs autres, c'est que cet œdème n'était point spumeux.

Il est probable que l'œdème du poumon et la carnification se développèrent pendant l'existence de l'hydrargirie, lorsque l'on constata quelques modifications dans les signes stéthoscopiques. On ne serait pas néanmoins en droit de conclure que ces affections pulmonaires n'eurent pas de rapport avec l'albuminurie, parce que l'œdème du tissu cellulaire sous-cutané ne se manifesta que quelques jours après celui du poumon. Il est vrai que l'on ne découvrit la présence de l'albumine dans les urines que lorsque l'on s'aperçut de l'anasarque ; mais il n'y eut qu'un intervalle très-court entre le développement de l'œdème pulmonaire et celui de l'anasarque ; de plus, l'œdème du tissu cellulaire sous-cutané n'est pas nécessairement le premier qui se développe dans l'affection de Bright. Je crois que l'œdème du poumon était, comme les autres, l'effet de l'albuminurie, que cette dernière maladie existait plusieurs jours avant l'apparition de la bouffissure de la face, et que si les urines eussent été expérimentées à l'époque du développement de l'œdème pulmonaire, on les eût déjà trouvées albumineuses. Si l'œdème pulmonaire ne survint pas avant l'anasarque, mais en même temps que celle-ci, ou après elle, son identité avec les autres hydropisies trouvées chez Julie Sagou est encore plus incontestable. Au reste, il m'importe beaucoup moins de rechercher le rapport entre la maladie de Bright et l'œdème pulmonaire qui, d'ailleurs, n'est contesté par personne, que le rapport entre cette dernière affection et la carnification ; mais je me suis arrêté sur le rapport de succession entre l'œdème pulmonaire et l'hydropisie sous-cutanée, parce que la carnification ayant été, chez ce sujet, simultanée avec l'œdème pulmonaire, cette observation me fournit l'occasion d'établir que, dans les cas où le développement d'une carnification précède celui d'une anasarque, on ne peut néanmoins conclure de cette succession qu'il n'est pas possible que la carnification ait été précédée d'un œdème dans l'organe qui en est le siége.

La quantité du liquide contenu dans la cavité de la plèvre serait assez notable pour qu'il fût possible d'attribuer la carnification du poumon à la compression opérée sur cet organe par ce liquide. Mais les raisons suivantes m'empêchent d'admettre cette explication : 1° La surface du poumon carnifié est libre de fausses membranes, plus susceptibles qu'un épanchement séreux d'empêcher les mouvements d'expansion et de retrait de l'organe et enveloppant ordinairement les poumons carnifiés par compression pleurétique. 2° Le poumon carnifié était infiltré d'une notable quantité de liquide, tandis qu'un poumon comprimé par un épanchement est ordinairement, au contraire, plus sec qu'un poumon libre de compression, parce que cette compression même est un obstacle à l'afflux du liquide dans l'organe. 3° Le volume d'un poumon comprimé est ordinairement diminué, ce qui n'avait pas lieu, dans ce cas, pour celui qui était le siége de la carnification.

L'œdème de la rate n'était pas accompagné d'une modification dans la consistance, comme nous le verrons dans d'autres observations ; mais cette lésion mérite néanmoins d'être notée, parce qu'elle indique que la rate est l'un des organes qui s'infiltrent ordinairement dans les diathèses séreuses.

Obs. II. — Louise Feugneur, âgée de 7 ans, entre à l'hôpital des Enfants malades, le 19 octobre 1840, avec une albuminurie, de l'œdème aux paupières, au membre supérieur droit et aux deux membres inférieurs.

Le 21, on commence à constater de la matité et une diminution notable du bruit respiratoire, en arrière, dans le tiers inférieur des deux côtés du thorax. Le 23, matité dans le tiers inférieur du côté droit postérieur et dans la moitié inférieure du côté gauche postérieur. Alors l'anasarque diminue un peu. Mais le 25, l'anasarque augmente de nouveau, et devient bientôt générale. Les urines contiennent toujours une notable quantité d'albumine. Le 27 et le 28, matité et diminution très notable du bruit respiratoire dans le tiers inférieur du côté gauche postérieur. Le 29, une petite toux fréquente se joint aux autres symptômes. Une dyspnée croissante s'observe jusqu'à la mort qui a lieu le 31 octobre.

Quantité considérable de sérosité dans le tissu cellulaire sous-cutané et dans l'intervalle des muscles. Les deux reins offrent les caractères de la néphrite albumineuse, sauf les granulations. Environ un litre de sérosité dans la cavité du péritoine. Les divers replis de cette membrane sont infiltrés. Il en est de même des parois de l'estomac, de l'intestin grêle, et du gros intestin, ainsi que de celles de la vésicule biliaire, dont l'épaisseur est par là augmentée.

Chaque cavité pleurale contient environ cinq cuillerées de sérosité rougeâtre. Quelques adhérences celluleuses entre les lobes du poumon droit qui est grisâtre et crépitant partout, si ce n'est à la face interne, derrière la racine où la coloration est bleuâtre ; il surnage de plus des deux tiers. Les bronches ont une teinte un peu livide ; à la partie postérieure et inférieure, le tissu du poumon est rouge et laisse facilement pénétrer le doigt, quoique la surface de section ne soit pas grenue. Dans le reste de son étendue, le poumon offre une coloration d'un gris rosé et, excepté dans quelques points, conserve sa cohésion ; partout l'organe est infiltré de sérosité rougeâtre. Le poumon gauche surnage à peine d'un cinquième ; la coloration extérieure est bleue, l'organe dense et non crépitant, hormis à la partie supérieure du bord antérieur où sont quelques plaques d'emphysème. Les bronches sont généralement livides, comme du côté droit ; à l'intérieur, partout le poumon est brun lie de vin sombre, infiltré d'une grande quantité de sérosité sanguinolente et laisse facilement pénétrer le doigt ; les surfaces de section ne sont pas grenues, mais lisses et humides. En quelques parties, si le doigt ne pénètre pas assez facilement, on dirait que le tissu est carnifié, tant les divers éléments semblent confondus en une substance homogène.

Dans des conditions propres à produire des hydropisies et, en même temps que des hydropisies multiples, survient un œdème pulmonaire double, très-prononcé, au milieu duquel, du côté où l'infiltration est le plus considérable, on trouve quelques parties qui semblent carnifiées, mais dans lesquelles le doigt pénètre encore assez facilement. Il est vraisemblable que c'est là un commencement de carnification, une carnification encore incomplète, qui, ultérieurement, aurait joint l'augmentation de cohésion à ses autres caractères. L'altération, ainsi que les circonstances qui l'accompagnent, est donc très-analogue à celle décrite dans l'observation précédente. Il semble qu'elle soit moins avancée qu'elle ne l'était dans le poumon gauche, chez Julie Sagou, plus avancée que dans le poumon droit de cette jeune fille.

Est-ce aux altérations trouvées dans le poumon ou à des épanchements pleurétiques qui auraient disparu avant que la malade succombât, qu'il faut attribuer les modifications survenues dans les résultats de la percussion

---

distante de cette épaule que de la droite. En mesurant avec un compas l'intervalle qu'il y a verticalement entre le lobule de l'oreille et une ligne horizontale fictive, marquant la racine du cou et la naissance des épaules, on trouve :

Pour le côté gauche . . .	10 cent.	9 millim.
droit.	9	0

Ces deux inclinaisons inverses de la tête sur le cou et du cou sur l'épaule se balancent de telle sorte que la tête est à peu près ramenée dans la verticale. En outre, le cou est légérement penché en avant, ce qui est surtout visible quand on regarde *le sujet* de profil.

Il est bon de faire remarquer en passant que les inclinaisons de la tête et du cou, et les différences de longueur signalées, ne peuvent être mises sur le compte du raccordement, la naissance des épaules étant comprise dans le fragment supérieur.

2° Tout le côté droit de la face est notablement réduit et, comme vous dites, *écrasé*. La tempe correspondante est beaucoup plus plate qu'à gauche ; la pommette moins arrondie, plus raboteuse ; on sent plus sous la chair la proximité d'une surface osseuse. Le bord inférieur de ce côté de la mâchoire est aussi plus saillant. L'œil droit est plus superficiellement placé que le gauche, en d'autres termes, plus rapproché du plan superficiel de la face. Le pli de la paupière inférieure droit est presque entièrement effacé.

Cette atrophie de la demi-face droite est rendue manifeste par les mesures suivantes :

	A GAUCHE.		A DROITE.	
De l'angle externe de l'œil, au bord de la mâchoire inférieure, en ligne verticale.	11 c.	4 mm.	10 c.	8 mm.
Du lobule de l'oreille à l'aile du nez.	11	5	10	7
Du lobule de l'oreille à la partie moyenne et inférieure du menton. . .	14	2	13	0

Ce n'est pas tout. Le côté droit de la face porte un signe évident de la traction des traits de haut en bas ; c'est la position de l'œil qui est, d'une très-petite quantité, il est vrai, mais d'une quantité appréciable, situé plus bas que le gauche ; disposition qui ne tient pas à l'inclinaison de la tête et qui reste visible encore, alors que, par la pensée, on se représente la tête replacée dans la rectitude (1).

Le cou, indépendamment de son inclinaison et de sa courbure, présente aussi quelques déformations. Le côté gauche est plus arrondi, plus gros que le droit. On y remarque, dans une direction oblique de bas en haut, de dedans en dehors et d'avant en arrière, un relief allongé qui correspond évidemment au trajet du muscle sterno-mastoïdien. Pas de saillie bien appréciable du côté droit, ni sur le trajet du muscle, ni à la partie inférieure ; mais il faut dire que l'attache de ce muscle est traversée par la ligne sinueuse du raccordement.

Les archéologues feront une objection. Le marbre, enfoui pendant dix-huit cents ans, a été corrodé par l'action des eaux et des sels, et le modelé primitif

(1) La naissance de l'aile droite du nez est conservée sur l'antique ; la restauration du reste du nez n'apporte pas de cause d'erreur dans la mensuration.

et de l'auscultation ? La première explication est la plus probable ; car on ne perçut pas d'égophonie, et, s'il y avait eu un épanchement pleurétique, cet épanchement, en se résorbant, aurait suivi, dans les derniers jours, une marche complétement opposée à celle des autres hydropisies, qui alors, au contraire, augmentaient.

Je ne pense donc pas qu'il se soit formé d'épanchement pleurétique notable. Mais, s'en fût-il formé, on ne pourrait prétendre que la carnification en fût le résultat, car cet épanchement n'eût pas été assez considérable, et n'eût pas duré assez longtemps pour la produire ; d'autant plus qu'il ne restait pas de fausses membranes autour du poumon, pour continuer la compression de cet organe. D'ailleurs, comme dans le cas précédent, le poumon était fort infiltré de liquide, au lieu d'être sec comme un poumon comprimé, et son volume n'était pas diminué.

Chez Louise Feugneur, la carnification était plus avancée du côté où la quantité du liquide infiltré était le plus considérable. Nous verrons le contraire chez d'autres sujets.

L'alternative observée, chez Louise Feugneur, entre l'anasarque et les symptômes d'affection thoracique, ne doit pas étonner, si l'on admet que ces symptômes étaient liés à un œdème pulmonaire ; car on voit ordinairement, dans ces circonstances, l'œdème se porter d'une région à une autre, changer plusieurs fois de siége, avant que la maladie soit assez avancée pour que l'hydropisie devienne à peu près générale.

Obs. III. — Clotilde Dupont, âgée de 4 ans, entre à l'hôpital des Enfants malades, le 10 février 1839.

Après avoir habité pendant six mois une chambre humide, elle tomba malade, deux mois avant son entrée à l'hôpital, et présenta dès lors les signes rationnels de la tuberculisation. Il s'y joignit quinze jours avant l'entrée à l'hôpital, à la suite d'un bain, une anasarque générale qui débuta par les membres inférieurs et gagna ensuite tout le reste du corps, même la face. Après avoir duré environ dix jours, cette anasarque disparut dans le même ordre qu'elle s'était manifestée. En même temps, commença une gangrène au devant de la partie moyenne du maxillaire inférieur.

Lorsque cet enfant entra à l'hôpital, le menton et la lèvre inférieure étaient en partie envahis par la gangrène ; une large tache noire, une induration notable, et la chute de trois incisives inférieures étaient le résultat de cette maladie. La paroi abdominale était tendue, et le volume de cette partie contrastait avec la maigreur prononcée de tout le reste du corps. L'enfant avait une diarrhée très-fétide. Son pouls était imperceptible. Les jours suivants, cette diarrhée persista. L'appétit, qui d'abord était considérable, se supprima ; la gangrène envahit toute l'étendue de la lèvre inférieure, de la gencive correspondante et du menton ; une prostration de plus en plus prononcée survint. Tandis que, le jour de l'entrée à l'hôpital, la percussion du thorax était sonore et le bruit respiratoire normal, deux jours après, le bruit respiratoire devint un peu soufflant à droite et en arrière, et la moitié inférieure de la même région du thorax, mate à la percussion. L'enfant très-abattu était habituellement couché sur le dos ou sur le côté droit. Il succomba le 15 février 1839.

Outre les altérations locales de la gangrène, on trouve une adhérence générale de tous les viscères de l'abdomen entre eux, par l'intermédiaire de fausses membranes péritonéales, recouvrant tous les organes de cette cavité, ainsi que la face profonde de la paroi abdominale antérieure, et contenant dans leur épaisseur un grand nombre de tubercules ; de nombreux points d'inflammation à la membrane du gros intestin ; un foie gras ; les ganglions bronchiques presque entièrement occupés par des tubercules ; une coloration d'un rouge-brun foncé et une légère diminution de cohésion dans la partie postérieure du lobe inférieur du poumon gauche ; les deux plèvres sans altérations.

Les lobes supérieur et moyen du poumon droit surnagent, tandis que la presque totalité du lobe inférieur de cet organe gagne le fond du vase. La coloration extérieure du lobe supérieur et du lobe moyen est d'un gris violet ; celle du lobe inférieur, violacée. A l'intérieur, les lobes supérieur et moyen sont d'un gris rouge, et la pression en fait sourdre une assez grande quantité de liquide spumeux. On ne rencontre pas la même infiltration dans le lobe inférieur, dans la plus grande partie duquel la surface de section est lisse, non grenue, d'un rouge brun uniforme, et présente l'aspect de la chair ; le doigt, toutefois, s'y enfonce assez facilement.

Ce qu'il m'importe de faire ressortir, dans ce cas, c'est l'existence de la carnification chez un sujet qui venait d'être affecté d'une anasarque, et chez lequel toutes les parties non carnifiées du poumon droit étaient occupées par un œdème notable. La carnification était encore à un degré moins avancé que nous la rencontrerons dans plusieurs des observations suivantes ; on pouvait la regarder comme commençante, condition d'ailleurs en rapport avec le court intervalle qui sépara le moment de la mort de celui où l'on commença à percevoir des signes de maladie dans le poumon droit.

Ces signes appartiennent, sans contredit, à la carnification ; car si, dans les deux observations précédentes, il était jusqu'à un certain point possible d'élever quelque doute sur leur cause, il ne l'est plus chez Clotilde Dupont. Chez cette jeune fille, en effet, on ne pouvait attribuer les symptômes stéthoscopiques et la carnification du poumon à un épanchement pleurétique. Il n'y avait pas d'égophonie ; la matité était perçue dans un intervalle trop peu étendu pour que, si elle eût été due à un épanchement, cet épanchement fût assez considérable pour comprimer le poumon au point de le carnifier. On ne trouva pas, à l'autopsie, de liquide dans la plèvre, et cependant la matité fut perçue encore quelques heures avant la mort ; ce qui démontre aussi que cette matité n'était pas produite par un épanchement, car ce n'est pas en quelques heures, et surtout dans les dernières heures de la vie, qu'une collection de liquide assez grande pour carnifier un lobe de poumon tout entier peut être résorbée. Enfin, quand on rencontre des lésions très-susceptibles de fournir l'explication des symptômes, pourquoi supposer l'existence d'autres lésions ? Les signes physiques étant donc certainement liés à la carnification, chez Clotilde Dupont, nous pouvons en conclure qu'ils dépendaient de la même cause dans les deux cas précédents où ils étaient semblables ; c'est une preuve à ajouter à celles que j'ai déjà données de la production des symptômes stéthoscopiques par la carnification chez Julie Sagou et Louise Feugneur.

Il n'est pas indifférent de se rappeler le décubitus habituel de Clotilde Dupont, pendant les jours qui précédèrent la mort, car c'était une condition bien propre à favoriser l'engorgement du poumon droit.

La grande ressemblance des altérations décrites dans les deux précédentes observations et dans celle-ci n'est pas moins intéressante à remarquer ; la modification est plus avancée dans la troisième que dans la seconde, puisque, sauf l'augmentation de cohésion qui certainement serait survenue plus tard, il ne manquait aucun caractère à la carnification. Chez Clotilde Dupont, la carnification avait déjà envahi toute l'étendue d'un lobe, tandis que, chez Louise Feugneur, elle n'était encore reconnaissable que dans des points disséminés. En rapport avec ce degré moindre de l'altération, chez celle-ci, remarquons que le lobe dans lequel siégeait la carnification était encore œdématié, tandis que, chez Clotilde Dupont, l'œdème n'était pas appréciable dans le lobe carnifié, mais seulement dans les deux autres.

Quoique, dans la troisième observation, on ne rencontre pas la carnifi-

---

de la figure a pu être altéré. La réduction du côté droit de la face n'est-elle pas purement et simplement le résultat de cette dégradation ? Encore que pas un auteur, pas un seul, ne signale de différence entre les deux côtés de la face et que plusieurs, pour la gravure de l'image, aient précisément choisi le côté droit, on ne peut affirmer qu'une pensée de ce genre ne soit renfermée dans la mention, commune à tous, de la détérioration générale du monument. J'ai honte de relever cette objection devant vous ; mais je le fais pour de moins experts. L'érosion du marbre peut bien avoir réduit dans ses dimensions et dans son relief le côté droit de la face ; mais elle ne peut en avoir *rapproché* les différentes parties. C'est l'opposé qui a dû avoir lieu ; en sorte que l'érosion, loin de déposer contre l'existence d'une déformation organique, en est, au contraire, un nouveau témoignage. En effet, supposez deux figures dont les deux côtés soient parfaitement harmoniques ; grattez un des côtés de la face et du cou ; la ligne qui sépare le cou des épaules va être portée un peu plus bas ; celle qui limite le lobule de l'oreille va remonter, et la distance de l'une à l'autre sera devenue plus grande que du côté opposé. Or, sur l'hermès, elle est plus petite. La ligne moyenne du menton n'aura pu se déplacer ; et comme la surface de l'oreille aura reculé, la distance entre ces deux points sera également agrandie. Or elle est positivement diminuée sur l'hermès. Comment expliquer encore, par la détérioration du marbre, la position superficielle de l'œil droit par suite de la dépression du plan osseux de la face ? Comment les eaux auraient-elles rongé à ce degré le bord de la cavité orbitaire, sans toucher au globe de l'œil ? Comment les paupières seraient-elles aussi bien conservées que celles du côté opposé ? Comment enfin, et cette remarque est tout à fait décisive, un simple appauvrissement de la forme aurait-il fait *descendre* l'appareil oculaire ? La dégradation n'a pu paraître considérable à quelques-uns, que parce qu'ils n'ont pas tenu compte de la déformation organique. En fait, elle est légère, comme on peut s'en assurer par le peu de relief des veines de quartz qui ont résisté. Visconti reconnaît lui-même que *les formes n'ont point été altérées*, et Carlo Fea que la peau est seulement *un peu usée*. Il n'est pas besoin d'ailleurs d'avoir le sentiment artistique très-développé pour reconnaître que les divers accidents de la face, principalement dans la région de la pommette, se fondent en un modelé naturel ayant l'expression d'une réalité vivante, au lieu d'accuser le travail capricieux d'une dissolution.

Il n'y a donc pas à en douter, ce conquérant de l'Asie, qui joignait, dit-on, la beauté à la gloire, dont on louait la façon gracieuse de pencher la tête, avait bel et bien un torticolis par rétraction du sterno-mastoïdien droit. Ce visage *régulier* avait un côté atrophié, les yeux en escalier, la pommette ratatinée. Ceci pourrait bien donner quelque peu la clef de ce privilége exclusif donné à Lysippe de représenter Alexandre par la statuaire, à Apelle de le peindre et à Pyrgotèle de le graver sur pierres fines. Mais on voit que Lysippe (car si ce n'est son œuvre originale, c'en est une copie) lui a joué une fois au moins le tour de le représenter au naturel, avec une impertinente exactitude.

Je vous demande, mon cher rédacteur, l'hospitalité pour un second article où j'essayerai de compléter la signification archéologique du marbre de Tivoli.

A. Dechambre.

cation dans le même lobe que l'œdème, ainsi qu'on l'a vu dans les deux premières, il est permis d'admettre que chez Clotilde Dupont, comme chez les autres, il existe une relation intime entre l'œdème et la carnification. La gradation de l'un à l'autre est, à la vérité, moins évidente; mais il est très-vraisemblable que les différentes portions du même organe, douées d'une organisation et de propriétés identiques et réunies par la continuité de leurs principaux élements, sont affectées d'une maladie de même nature, surtout quand cette maladie n'a qu'une durée de deux ou trois jours; il est donc permis de croire que l'altération du lobe inférieur du poumon droit est de la même nature que celle des deux autres lobes de ce même poumon; et si l'on considère que le lobe inférieur était, par sa position et par le décubitus habituel du sujet, plus exposé encore à l'œdème que les lobes supérieur et moyen du même poumon, que l'on trouva œdématiés, on sera disposé à croire que l'œdème avait précédé la carnification dans le lobe inférieur.

Ainsi que Julie Sagou, Clotilde Dupont avait été exposée, pendant un certain temps, à l'humidité, cause d'hydropisie, avant de tomber malade. Elle n'avait pas d'albuminurie, comme les sujets des deux premières observations, mais des tubercules et une gangrène, affections que nous retrouverons encore dans d'autres cas.

(*La suite au prochain numéro.*)

THÉRAPEUTIQUE CHIRURGICALE.

MÉMOIRE SUR LE TRAITEMENT DE L'ASCITE PAR LES INJECTIONS IODÉES; par M. BOINET.

(Suite. — Voir les numéros 31, 33, et 36.)

Depuis la lecture de ce mémoire à la Société de chirurgie de Paris (séance du 6 février 1850; BULLET. DE LA SOC. DE CHIROR. DE PARIS, t. I, p. 539) de nouveaux exemples ont été publiés, l'un par le docteur Ad. Burggraeve (ANN. DE LA SOC. DE MÉD. DE GAND, année 1851, p. 145), deux autres par M. Coste (de Bordeaux) (JOURN. DE MÉD. DE BORDEAUX, 1851; REVUE MÉDICO-CHIRUR. DE PARIS, t. IX, p. 41).

OBS. XIX. — Chez un jeune homme que les boissons spiritueuses avaient amené à un état d'infiltration ou d'hydropisie générale, M. Burggraeve fit dans le péritoine une injection iodée. Il n'y avait aucune irritation intestinale; le foie, la rate et les reins n'offraient rien d'anormal. Tous les diurétiques avaient été employés sans succès. La collection péritonéale, après avoir été évacuée par la paracentèse, se reformait presque aussitôt. Assisté du docteur Van de Moortele, il eut recours à l'injection iodée laissée en place. Après avoir retiré la plus grande partie de la sérosité par la ponction, il introduisit dans le ventre à peu près 60 grammes de teinture qu'il chercha à répandre uniformément en malaxant la paroi abdominale. Au bout de quelques heures, il se produisit une péritonite au premier degré, mais qui fut bientôt suivie de résolution, sans qu'il fût besoin de la restreindre par les sangsues et les embrocations. Un régime tonique et fortifiant a ramené ensuite la santé. (ANNALES DE LA SOCIÉTÉ DE MÉDECINE DE GAND, 1851, p. 145.)

Les deux faits suivants sont empruntés au JOURNAL DE MÉDECINE DE BORDEAUX.

ASCITE CHRONIQUE; UNE SEULE INJECTION IODÉE; GUÉRISON.

OBS. XX. — François Marie, âgé de 50 ans, cordier, d'une constitution assez robuste, a eu plusieurs fois des fièvres intermittentes de types divers. Le quinine en fit toujours justice. Elles revinrent l'an dernier sous le type quotidien, et dès lors il remarqua que son ventre grossissait. Bientôt on constata un épanchement dans la cavité abdominale. Il entra une première fois à l'hôpital où l'on traita et fit disparaître la fièvre. L'hydropisie persista; on conseilla la paracentèse; le malade s'y refusa et sortit.

Deux mois après, le 2 septembre 1850, il entrait dans le service de M. Coste, dans un état de maigreur extrême; l'appétit conservé, mais l'estomac ne supportant que peu d'aliments; la soif intense; oppression, dyspnée; rien au cœur; abdomen très-volumineux; peau distendue et lisse avec de l'œdème; au niveau de l'ombilic, tumeur fluctuante.

Le 3, on pique avec une lancette la tumeur de l'ombilic, et on fait évacuer 5 ou 6 litres de sérosité albumineuse.

Le 12 septembre, nouvelle ponction dans le même point. Sortie de 8 kilogr. de liquide.

Le 16, nouvelle ponction au lieu d'élection cette fois. Injection d'un mélange de

Eau distillée	100	grammes.
Teinture d'iode	20	—
Iodure de potassium	2	—

Le liquide injecté séjourne environ deux minutes; puis on en laisse écouler par la canule le plus possible.

Immédiatement après l'injection, le malade se plaignit d'une douleur vive surtout vers la fosse iliaque gauche. Bientôt cette douleur se calma, et le malade put prendre un bouillon. Deux heures après l'injection, les douleurs se réveillèrent plus vives, frissons intenses, nausées, soif très-vive, respiration courte, anxieuse; abdomen tendu et douloureux à la pression; refroidissement des extrémités; pouls à 80 (il était remonté de 22 pulsations). Le malade fut réchauffé avec des boules d'eau chaude, des cataplasmes laudanisés furent appliqués sur le ventre. Vers dix heures du soir la chaleur avait reparu aux pieds et aux mains; le pouls était à 104. Ventre aussi douloureux à la pression et plus tendu (0,05 d'extrait d'opium pour la nuit.)

Vingt-quatre heures après l'injection, mieux notable. Un peu de sommeil la nuit; traits plus reposés, pouls à 90, soif toujours vive, ventre douloureux. Le malade a uriné pour la première fois le matin.

Le 18, le mieux se soutient et se confirme.

Le 19, le pouls est revenu à son état normal.

Le 21, le ventre a diminué de volume; on peut le presser assez fort; cependant la pression de la région hépatique est encore douloureuse. (Lavement purgatif; frictions avec l'huile d'amandes douces.)

Tout s'améliore jusqu'au 25. A cette époque très-bon état, sauf l'œdème des jambes, qui a considérablement diminué le 1er octobre. Le ventre a repris son volume normal, et les palpations ne démontrent plus la présence du liquide. Mais quelques jours après, il survient de la diarrhée que l'on arrête avec l'eau à lamidon. Jusqu'au 18 il y a des alternatives de diarrhée et de constipation.

Le 21 on cesse toute médication, et le 29 le malade quitte l'hôpital parfaitement guéri. Il est entré depuis à l'hôpital pour se reposer au mois de mars, et n'avait pas eu de rechute.

HYDROPISIE ASCITE; INJECTION IODÉE; RÉCIDIVE; GUÉRISON PAR LES PURGATIFS ET LES DIURÉTIQUES.

OBS. XXI. — Ce fait est relatif à une femme de 47 ans, mal réglée, qui a eu, à l'âge de 43 ans, une légère hépatite et des fièvres intermittentes tierce et quarte. L'hydropisie a paru après une imprudence, la malade s'étant plongée tout en sueur, ayant ses règles, dans l'eau froide. Le début remontait à seize mois. Une première ponction fut faite et la malade mise à l'usage d'une tisane diurétique; l'épanchement s'étant reproduit rapidement, M. Coste pratiqua, le 21 octobre, une injection iodée avec le liquide dont la composition est indiquée dans l'observation précédente, sauf que la quantité d'iodure était de 4 grammes. Immédiatement après, il y eut des douleurs vives avec chaleur dans l'abdomen, des refroidissements des extrémités. Dans la soirée, le pouls s'éleva à 144; il était petit, serré, fréquent. Nausées, vomissements, anxiété, frissons vagues, respiration courte, ventre légèrement tendu à droite, douloureux à la pression. Dans la nuit il y eut encore des vomissements; mais sans aucun traitement actif les accidents se calmèrent.

Le 27, évacuations abondantes, liquides et jaunâtres, œdème des jambes. Deux jours après on constate la présence d'un liquide dans l'abdomen.

Le 1er septembre, les progrès de l'hydropisie sont sensibles, et le 4 on pratique la ponction; on retire autant de liquide que la première fois, très-albumineux et n'ayant aucune odeur d'iode. Le lendemain la malade est traitée par les pilules de gomme-gutte (0,30) et la limonade avec l'acétate de potasse. Grâce à ce traitement, les jambes et le ventre diminuèrent rapidement; et après une convalescence de quinze jours, la malade quittait l'hôpital en fort bon état. La guérison s'est maintenue; seulement il existe de temps en temps des tiraillements dans la région splénique. (JOURNAL DE MÉDECINE DE BORDEAUX, 1851.)

FIÈVRES INTERMITTENTES; HYPERTROPHIE AVEC DÉGÉNÉRESCENCE DU FOIE; ASCITE; DEUX INJECTIONS IODÉES; MORT. (Observation recueillie dans le service de M. le professeur REQUIN, par M. MAINGAULT, interne.)

OBS XXII. — Le nommé Harsaut, âgé de 42 ans, marinier, est entré à la Pitié, salle Saint-Raphaël n° 3, le 28 octobre 1850, pour une tumeur dans le côté droit, produite par un développement considérable du foie. Cet homme offrant un état cachectique assez prononcé a toujours eu une mauvaise santé, et s'enrhumait facilement. A l'âge de 23 ans, il eut une fièvre tierce bien caractérisée qui dura trois mois. A 33 ou 34 ans, il a été atteint d'un rhumatisme articulaire qui a cédé à deux saignées; depuis 1837, il a eu chaque hiver des fièvres intermittentes, tantôt tierces, tantôt quotidiennes, qui duraient deux ou trois mois et ne cédaient que très-difficilement au sulfate de quinine. Depuis 1840, il a été purgé et saigné bien des fois. En général, les digestions étaient bonnes et l'appétit passable, les garde-robes étaient régulières.

Au mois de juillet 1850, il remarqua qu'il avait les chevilles enflées le soir, que ses forces diminuaient et que son ventre prenait du développement. Son appétit était conservé, mais il n'éprouvait aucune douleur. Il vint à Paris et fut placé dans le service de M. Piorry, à la Pitié. A cette époque, dit le malade, il avait la rate très-grosse et était pris de fièvre tous les jours. Soumis au traitement du sel marin, les accès disparurent au bout de quinze jours et la rate diminua de moitié, mais le ventre resta toujours aussi gros. Une tumeur assez volumineuse existe au-dessous des fausses côtes droites, et M. Piorry pense qu'elle est due à un kyste du foie.

Ce malade fut ensuite soumis, mais sans résultat aucun, à des purgatifs fréquemment répétés, malgré un dévoiement continu qui dure depuis son entrée à l'hôpital. Il porte deux hernies inguinales volumineuses, qui ne sont pas habituellement réduites quoique réductibles. Celle du côté gauche date de 1832 et celle du côté droit de 1842. Il éprouve souvent des coliques. La région du foie n'est douloureuse ni à la pression, ni autrement. L'épaule droite est le siége d'une douleur continue. Cet homme a une teinte ictérique très-prononcée.

Au moment où l'injection iodée est faite, Harsant présente tous les signes d'une cachexie profonde, il est maigre, décharné; la peau est jaune, sèche; le ventre offre un volume considérable et est énormément distendu; les cuisses et les jambes sont infiltrées; le pouls est faible. Chaque soir il ressent un peu de fièvre. Il n'a pas de palpitations; il a un peu d'appétit, mais les digestions sont laborieuses; il éprouve de l'oppression. Le sommeil est conservé. Malgré le développement du ventre, on constate qu'il existe, à 3 centim. au-dessous des côtes, une tumeur volumineuse qu'il est impossible de limiter exactement. La rate ne paraît pas très-développée. Ce malade n'a jamais été ponctionné.

Le 25 mars, à neuf heures et demie du matin, M. Boinet pratique une ponction qui donne issue à 16 litres d'un liquide citrin, albumineux, et pratique ensuite une injection iodée composée de

Eau distillée.	200	grammes.
Teinture alcoolique d'iode. . . .	30	—
Iodure de potassium.	2	—

Au moment de l'injection, le malade éprouve une sensation de chaleur vive, de brûlure dans tout le ventre, qui est bientôt remplacée par une douleur sourde, mais très-supportable, qui dure jusque vers trois heures de l'après-midi. Le liquide de l'injection est laissé environ quatre minutes dans le péritoine, pendant lesquelles le ventre est malaxé dans tous les sens, après quoi on donne issue par la pression à un verre de sérosité peu colorée par l'iode. Un morceau de diachylon est placé sur la piqûre du trocart, et le ventre est modérément serré avec un bandage de corps.

Le pouls est à 72 au moment de l'injection et ne s'élève pas après. Au bout d'une demi-heure, le malade se trouve mieux, il éprouve quelques coliques, c'est à peine s'il sent quelques douleurs qui siégent surtout dans les hernies; si l'on presse l'abdomen, le malade ne se plaint pas. Vers quatre heures, le malade a eu quelques envies de vomir et a rendu un demi-verre d'un liquide verdâtre. Il a pris dans la journée un bouillon qui a bien passé.

26 mars. Ce matin, le malade a eu quelques nausées. Il ne souffre nullement, ni douleurs, ni coliques. Il a été une fois à la garde-robe et n'a pas uriné de la nuit, ce qu'il avait l'habitude de faire dix ou douze fois. Son état général est assez bon. Il n'a point de fièvre; le pouls est à 92. Le ventre n'est pas douloureux à la pression, mais il est gonfle. (Cataplasmes sur le ventre; bouillon; potages; vin de quinquina, 100 grammes; julep diacodé pour le soir. Pour boisson, tisane gommée, et matin et soir une cuillerée à bouche de la préparation suivante :

Eau distillée.	300	grammes.
Iodure de potassium.	10	—

Frictions sur la région du foie, dont le développement est devenu très-appréciable depuis la ponction avec la pommade qui suit :

Axonge.	30	grammes.
Iodure de potassium.	4	—

A la visite du soir, le malade a encore éprouvé quelques vomissements depuis le matin (environ un verre). Il dit n'éprouver de la douleur que dans les changements de position. Peau chaude; pouls à 96. Le malade tousse un peu, mais il est atteint depuis longtemps d'une bronchite chronique.

27 mars. Bonne nuit, bonne journée. Point de fièvre, nulle douleur dans le ventre. Quelques envies de vomir, quand il boit trop de tisane, mais quand il boit peu, ou son vin, il n'éprouve rien; le bouillon et le potage ont bien passé. Urines normales; point de garde-robes. Même traitement. On sent que l'épanchement se reproduit.

28, 29, 30 et 31. Rien de nouveau; pas de douleur dans l'abdomen, langue, souple et humide, soif modérée; ni nausées, ni vomissements; peau fraiche; pouls de 88 à 80. Sommeil, appétit; deux garde-robes les deux derniers jours; augmentation du ventre. Même traitement.

Du 1er au 4 avril. Même état que précédemment. Aucun phénomène nouveau.

Le 4 avril, nouvelle ponction; sous-injection iodée. Sortie de 7 kilogrammes 500 grammes d'un liquide de même nature que la première fois. Compression légère sur le ventre. Même traitement. Cette nouvelle ponction paraît soulager beaucoup le malade.

Les jours suivants, absence de toute douleur dans l'abdomen; sommeil; très-bon appétit. La maigreur du malade est toujours extrême, et sa faiblesse semble encore augmenter.

6 avril. Le volume du ventre augmente encore; la fluctuation est évidente, mais le ventre est souple, non douloureux à la pression; le malade dort bien et a bon appétit; le malade continue de tousser et ses crachats sont teints de sang. Le pouls est à 72.

9 avril. Nouvelle ponction, nouvelle injection; au moment de l'injection, le pouls était à 92; quelques minutes après, il est à 72. Au moment de l'injection, le malade n'a rien ressenti; seulement, quelques minutes après, il éprouve comme une sensation de chaleur, de brûlure légère, mais supportable au-dessus de l'ombilic. Le liquide, injecté à la dose de 100 grammes, est composé comme la première fois. Après être resté quatre ou cinq minutes, il ressort environ un litre de liquide coloré par l'iode. La ponction avait donne issue à environ 13 livres de sérosité citrine.

A la visite du soir, quelques coliques légères, quelques élancements dans le ventre, qui est douloureux à la pression; quelques nausées, suivies de quelques petits vomissements bilieux, après lesquels le malade dit éprouver du soulagement. Il préfère se coucher sur le côté droit, pour éviter la douleur qu'il éprouve lorsqu'il se met sur le dos. Le ventre est légèrement tendu, la peau froide; le pouls est petit et à 72; pas de céphalalgie. Même traitement que les jours précédents.

10 avril. Le malade a dormi passablement. Les douleurs ont cessé dès hier soir. Ce matin, le ventre est souple, non douloureux, mais on sent manifestement le flot du liquide. Moiteur de la peau; pouls à 76; langue blanche; plus d'envies de vomir, ni vomissements. Quatre ou cinq selles diarrhéiques dans la nuit.

11, 12, 13, 14. Rien de nouveau; seulement le malade maigrit considérablement; la face devient de plus en plus jaune, terreuse; le ventre n'est pas douloureux; pas de garde-robes depuis plusieurs jours. L'appétit diminue; la langue est blanche, la bouche amère; pas d'envies de vomir. Le pouls est à 66, petit, dépressible. Le volume du ventre augmente d'une manière sensible.

A partir du 15, il est pris de diarrhée; le ventre n'est pas douloureux à la pression; la petitesse du pouls augmente, de même que la teinte jaune de la face et l'amaigrissement. Le sommeil est moins bon, l'appétit est nul; de l'œdème apparaît à la main gauche et aux jambes. Le malade expectore des crachats bronchiques; il existe de la matité à la base du poumon droit, avec quelques râles sous-crépitants; la langue devient sèche; le pouls tombe à 60 pulsations, et le malade succombe le 22 avril, dans un état de marasme complet.

Autopsie. — Tout le corps, qui est considérablement amaigri, offre une teinte ictérique très-prononcée. Le ventre est volumineux et paraît renfermer encore une grande quantité de liquide. Les jambes et les bourses sont œdématiées. La région du foie, au-dessous des côtes et dans une grande étendue, offre de la matité qui correspond à une énorme tumeur qu'il est facile de sentir à travers les parois abdominales.

A l'ouverture de l'abdomen, il s'écoula environ 12 litres d'un liquide coloré en jaune; tout le péritoine offre les traces d'une inflammation légère; il a une couleur violacée, pâle, légèrement brunâtre en certains endroits; il est comme macéré; il n'existe d'adhérences dans aucun point, ni sur la paroi pariétale, ni entre les circonvolutions qui semblent séparées et réunies en même temps par une matière visqueuse, épaisse, comme gélatineuse, mais qui cède dès qu'on tire une anse intestinale. Toute la surface séreuse est comme dépolie, tomenteuse dans certains endroits. Le tissu cellulaire sous-pariétal paraît légèrement épaissi.

A la partie inférieure de l'iléon, dans une étendue assez considérable, on remarque à sa surface interne toutes les traces d'une inflammation aiguë.

Le foie offre un volume considérable; il refoule en haut le diaphragme et dépasse les fausses côtes de 7 ou 8 centimètres. Il a perdu sa forme ordinaire et présente des bosselures très-prononcées; il est dur, facile à déchirer et a l'aspect d'un foie cancéreux; il présente à la coupe et dans son centre, en différents points, des prolongements blanchâtres, larges de 3 à 4 centimètres. Ces prolongements, examinés au microscope n'ont rien de cancéreux, et paraissent formés par de la fibrine.

La rate paraît avoir son volume normal; elle est molle. Les poumons sont engoués, mais sans tubercules, ni adhérences; le cœur est sain.

Il nous a paru utile de rapporter cette observation avec détails, à cause des conséquences pratiques qu'on peut en tirer. Chez ce malade, deux injections iodées, composées de six parties d'eau sur une de teinture d'iode, ont été faites dans le péritoine à une distance de quinze jours. Les signes qu'on a remarqués après ces injections, qui sont restées presque en totalité dans le ventre, n'ont pas été ceux d'une péritonite, même légère. Quelques coliques, un sentiment de chaleur, de brûlure, un peu de sensibilité à la pression, quelques nausées ou vomissements... Tous ces symptômes se sont d'ailleurs promptement dissipés; ils n'ont pas duré même vingt-quatre heures et n'ont produit aucun phénomène de réaction; la position du malade, qui était gravement compromise, n'a pas paru s'aggraver davantage sous l'influence de ces injections. Cependant, à l'autopsie, on a trouvé des traces d'une péritonite que rien n'avait annoncée pendant l'existence, mais cette péritonite était si légère qu'elle n'eût probablement produit aucun accident si ce malade avait pu survivre et s'il n'avait pas été atteint de lésions organiques graves qui ont été la cause de la mort.

Un fait important que nous apprend cette autopsie, c'est que l'injection iodée pratiquée dans le péritoine ne détermine pas d'inflammation suppurative dans cette cavité que l'inflammation qu'elle peut y développer n'est pas mortelle, et que les phénomènes qu'elle y produit sont absolument les mêmes que ceux que M. le professeur Velpeau avait observés dans les expériences qu'il avait faites sur les animaux. En effet, ce savant chirurgien avait fait remarquer qu'une injection iodée au septième, au huitième, au neuvieme, etc., ne provoquait pas une inflammation capable de faire périr les animaux; qu'à ces degrés, l'injection iodée faisait naître un travail qui amenait des adhérences générales entre tous les organes contenus dans l'abdomen.

Les conclusions que M. Velpeau a tirées de ses expériences paraissent tellement d'accord avec ce que nous avons observé à l'autopsie de notre malade, que le lecteur nous saura gré de rappeler les principales.

« Comme c'est l'inflammation qui tue, et non l'empoisonnement, il est permis d'espérer qu'en ne donnant à cette inflammation qu'une intensité légère, on en viendra à faire de l'injection iodée une opération peu dangereuse. La crainte de laisser une certaine quantité d'eau iodée dans le péritoine n'arrêtera plus la main du thérapeutiste. Rien d'ailleurs n'empêcherait de combattre cette inflammation, si elle paraissait trop vive, par les moyens qui lui sont journellement opposés, quand elle tient à une autre cause.

» Aucun des animaux traités par l'injection iodée n'a eu d'inflammation purulente. Ce résultat me paraît d'une haute importance dans la question, puisque, à quelque degré d'intensité que l'inflammation se soit établie, à quelque époque que la mort soit survenue, nous n'avons jamais vu de matière purulente dans le péritoine. N'est-il pas permis de croire que les phlegmasies produites par les injections iodées sont essentiellement adhésives et très-peu disposées à devenir purulentes? N'y a-t-il pas là un nouvel encouragement, de quoi rassurer sur quelques-uns des dangers que pourraient faire craindre les injections iodées dans le traitement de l'ascite?

» Les matières trouvées dans la cavité péritonéale nous ont offert plusieurs nuances; dans les premières heures ou les premiers jours, ce n'était qu'une substance rougeâtre, sanguinolente ou brune. Ailleurs, dans les bourses, dans les différents kystes dont j'ai parlé, l'épanchement que produit l'injection iodée reste généralement d'un rose clair, et je suis disposé à croire que la teinte brune, chocolat, roussâtre, qu'elles prennent dans le ventre, dépend en partie d'un travail chimique dû au voisinage des matières intestinales, travail qui s'opère sous l'influence d'une sorte d'exosmose; plus tard, et quand l'inflammation n'est pas extrême, ces matières se coagulent à la façon d'une gelée légère; plus tard encore, nous avons vu cette gelée s'organiser, se voiler d'une lamelle qui se continue avec la surface séreuse, qui devient séreuse elle-même, qui unit les circonvolutions intestinales entre elles, et qui ne paraît pas destinée à se coller aux parois abdominales.

» Ce fait n'indiquerait-il pas qu'un léger glissement continuel des surfaces irritées par la teinture d'iode suffit pour les empêcher de se dépolir, de se coller aux surfaces voisines? Il semble, d'un autre côté, qu'enflammés par l'iode, les intestins se resserrent, se contractent d'une manière presque constante d'abord, au point de rester comme immobiles à côté les uns des autres.

» Chez les chiens qui ont survécu et qui ont été sacrifiés au bout de plusieurs mois, nous avons vu également que ce qui reste de cette gelée au fond des circonvolutions intestinales, entre les replis du mésentère, disparaît insensiblement par absorption, en ne laissant que quelques légères adhérences, comme trace de son existence.

» Tout ceci ne prouve-t-il pas que la matière épanchée dans le péritoine, à l'occasion des injections iodées, est une matière organisable, inoffensive, susceptible d'être résorbée ou détruite par les propres forces de l'organisme.

» Il y a encore ceci de remarquable, c'est que si les circonvolutions intestinales se sont toujours collées entre elles, si la face concave du foie et la face concave de la rate ont contracté des adhérences avec le tube digestif, les régions convexes de tous ces organes sont restées libres dans leurs rapports avec les parois mobiles de l'abdomen. » (Recherches sur les cavités closes, naturelles ou accidentelles de l'économie animale, par M. Velpeau, 1843, p. 202.)

(*La fin au prochain numéro.*)

REVUE DES JOURNAUX DE MÉDECINE.

JOURNAUX FRANÇAIS.

I. ARCHIVES GÉNÉRALES DE MÉDECINE.

Les numéros d'avril, mai et juin 1851 contiennent: 1° *Études analytiques de physiologie et de pathologie sur l'appareil spléno-hépatique*; par M. Beau. 2° *Sur la vraie nature de la fissure labio-palatine (bec-de-lièvre et ses complications)*; par M. A. Richard. 3° *Considérations sur les maladies des enfants, et notamment sur la fausse méningite et sur le traitement de la diarrhée*; par M. Barthez. 4° *Études sur les propriétés physiologiques et thérapeutiques des composés ammoniacaux*; par M. Delioux. 5° *Extirpation de l'astragale pratiquée avec succès pour une fracture avec luxation de cet os*; par M. Thore fils. (Cette simple opération dispensa le blessé de l'amputation de la jambe.) 6° *Recherches sur les propriétés physiologiques et thérapeutiques de l'électricité de frottement, de l'électricité de contact et de l'électricité d'induction*; par M. Duchenne (de Boulogne). 7° *Mémoire sur les hémorrhagies des cavités muqueuses; nouveau mode d'application de la glace dans le traitement de ces hémorrhagies*; par M. Chassaignac. 8° *De la syphilisation ou vaccination syphilitique*; par M. Auzias-Turenne. (Premier article.)

ÉTUDES ANALYTIQUES DE PHYSIOLOGIE ET DE PATHOLOGIE SUR L'APPAREIL SPLÉNO-HÉPATIQUE; par le docteur BEAU.

Nous avons souvent signalé le caractère ingénieux et sagace de tout ce qui sort de la plume de M. Beau. Le présent mémoire nous en offre une nouvelle occasion, à plus de titres encore que les précédents. Divisé en quatre longs articles, il renferme, non pas des expériences personnelles de physiologie, non pas des faits pathologiques inobservés jusqu'ici, mais des vues physiologiques, soit interprétatives, soit complémentaires de ce que les expériences modernes ont appris sur les fonctions de la veine porte, du foie et de la rate, et des vues pathologiques ou thérapeutiques en rapport avec les notions physiologiques. M. Beau le fait entendre lui-même, il a l'intention de préparer, par une bonne conception des données que la physiologie fournit, directement ou par induction, sur l'appareil spléno-hépatique, l'application de ces données à l'étiologie et au traitement des maladies du même appareil, et d'indiquer dès à présent les applications possibles.

Il importait de définir le but intentionnel de ce mémoire, afin de prévenir d'injustes reproches sur ce qui pourrait manquer du côté de la démonstration. Le travail est ouvertement spéculatif; mais quand la spéculation est bonne, elle a plus de mérite que l'observation; car elle la guide et elle la féconde. Nous nous hâtons d'ajouter que celle de M. Beau a, en général, ce caractère.

On en est revenu, sur les fonctions du foie, presque à la théorie de Galien. On admet généralement que les radicules veineuses du tube digestif absorbent les différents liquides du tube intestinal, à l'exception du chyle qui charrié par des vaisseaux particuliers et versé dans la sous-clavière; que les matières alimentaires, transportées par le tronc de la veine porte jusque dans le foie, subissent dans cet organe un travail qui a pour résultat d'assimiler certains matériaux au sang, et d'éliminer sous forme de bile ceux qui ne peuvent être transformés en éléments constituants de l'organisme. M. Bernard professe en outre que le chyle n'est autre chose que la matière grasse des aliments émulsionnés par le suc pancréatique; que le foie, en élaborant les matières absorbées, produit du sucre, de la graisse et de la fibrine, qui passent, par les veines sus-hépatiques, dans le torrent de la grande circulation (le sucre est détruit dans le poumon au contact de l'air atmosphérique); que la bile n'est pas seulement un résidu excrémentitiel, comme le veut M. Blondlot, mais concourt, avec le suc gastrique et le suc pancréatique, à former le *liquide intestinal* qui dissout les matières végétales, les matières hydro-carbonées et les matières azotées. Ce n'est pas tout encore. MM. Bernard, Mialhe, Bouchardat et autres, ont reconnu au sang en général le pouvoir de détruire et d'assimiler certaines substances alimentaires. M. Beau, s'emparant de ce dernier, fait émet l'opinion que le sang de la veine porte, étant mis le premier en contact avec les aliments absorbés, doit être celui qui a surtout pour fonction de modifier, détruire, assimiler les substances alimentaires. Il appuie cette vue de considérations tirées, et de la disposition des radicules de la veine porte, en vertu de laquelle les unes charrient les aliments avec le sang veineux pendant que les autres viennent apporter dans ce mélange une grande proportion de sang qui n'a rien absorbé et qui est fourni par le pancréas, les épiploons, la rate, etc., et des qualités particulières du sang de la mésentérique supérieure qui, d'après M. Béclard, contient une fibrine déliquescente, moins coagulable que celle du sang veineux de la grande circulation, que celui même qui revient par les veines sushépatiques, le foie ayant, par son action propre, donné à la fibrine du système porte la coagulabilité normale.

Ainsi, pour ce qui concerne le système hépatique:

1° La veine porte absorbe les aliments et les transporte au foie.

2° Le foie est un organe de sanguification et d'hématose; c'est l'organe de l'hématose alimentaire, tandis que le poumon est celui de l'hématose aérienne.

3° Tout porte à admettre, avec Galien, que les substances ingérées et absorbées subissent, avant d'arriver au foie, une première modification ou assimilation de la part du sang de la veine porte.

C'est cette dernière vue qui fournit à M. Beau l'explication d'une partie des fonctions de la rate. Les organes qu'on a dit plus haut mêler leur sang veineux à celui de la veine porte pour assurer l'assimilation des matières absorbées ont des fonctions spéciales évidentes, comme de renfermer la bile (vésicule biliaire), de sécréter un liquide (pancréas, etc.). Cela conduit à chercher un viscère qui ait pour fonction exclusive un principal d'envoyer à la veine porte du *sang assimilant*. La rate est précisément ce viscère. Bien qu'offrant une texture glanduleuse, elle ne sécrète pas de liquide particulier, destiné du moins à être déversé au dehors ou dans un autre organe. Le sang splénique a, comme celui de la veine porte, d'après les expériences de M. Béclard, une fibrine déliquescente, qui se décolore difficilement, qui est moins élastique que celle du sang artériel et veineux, qui ne se prend pas en filaments, mais en petites masses. M. Beau attache à ce fait une importance particulière comme permettant d'établir que la fibrine mollasse du sang n'est pas nécessairement de l'albuminose fournie par les aliments, comme le disent MM. Bernard et Mialhe. Mais on va voir que probablement le sang de la veine porte reflue souvent, en plus ou moins grande

quantité, dans la rate, et dès lors il n'est pas étonnant que le sang présente des caractères à peu près semblables dans les deux viscères. Enfin, suivant l'auteur, la fonction des *vasa breviora* qui vont du grand cul-de-sac de l'estomac à la veine splénique est de mêler au sang qui vient de la rate, pour y subir le travail d'assimilation, les aliments absorbés pendant la digestion stomacale.

Combinant avec cette théorie celle de Tiedmann et Gmelin, d'après laquelle la rate sécréterait une lymphe rouge et coagulable qui, transportée par les vaisseaux lymphatiques dans le canal thoracique, aiderait à la transformation du chyle en sang, M. Beau arrive à conclure que la rate est chargée d'une double assimilation. D'un côté, par le sang veineux qu'elle fournit, elle modifie les aliments qui ont pénétré dans le système porte; de l'autre, par la lymphe particulière qu'elle envoie au canal thoracique, elle rapproche le chyle de la nature du sang avant que ce changement soit complété dans l'acte respiratoire.

Là ne se bornent pas encore les fonctions de la rate. Quand il y a obstacle à la circulation veineuse, comme dans une course précipitée, l'engorgement de la veine cave s'étend de proche en proche aux veines sus-hépatiques, au foie, à la veine porte et à la rate. Même résultat quand il y a absorption surabondante d'aliments et de boissons. M. Beau ajoute que la rate se gonfle alors, *moins* par la rétrogradation du sang que par l'afflux de celui qu'apporte incessamment l'artère splénique; néanmoins il est impossible d'affirmer que le mélange du sang splénique et du sang porte n'a pas lieu dans une proportion quelconque. Quoiqu'il en soit, le tissu aréolaire de la rate, qui est contractile, réagit contre le sang qui le distend et rétablit la circulation. Elle remplit le rôle *d'un cœur à impulsion continue*.

M. Beau admet toutes ces théories sans tenir compte des scrupules qui vivent encore dans l'esprit de beaucoup de physiologistes. Mais nous le répétons, ce ne peut lui en faire un grand reproche, les inductions pathologiques et thérapeutiques qu'il va en tirer n'engageant pas définitivement l'avenir, même à ses yeux, et étant de nature surtout à éveiller la recherche.

Après avoir montré comment la pathologie a jusqu'ici reflété les croyances physiologiques en ce qui concerne le foie et la rate, il arrive à ses propres aperçus. Nous allons les résumer brièvement.

Les substances ingérées qui sont absorbées par les radicules de la veine porte et qui pénètrent par cette veine jusqu'au foie, ne pourraient-elles pas, dans certains cas, par leur nature irritante, offenser les organes qu'elles traversent? Le foie et la veine porte doivent être doués normalement d'une certaine résistance à l'action irritante des substances qu'ils sont destinés à recevoir; et c'est pour cela sans doute qu'ils supportent très-bien ordinairement l'action de l'alcool, de certains assaisonnements, etc. Mais ne peut-il pas arriver que par suite de qualités excitantes trop prononcées, ou de prédispositions liées au climat, au genre de vie, à une maladie préexistante, etc., certains *ingesta* triomphent de cette force de résistance et amènent des maladies? M. Beau estime qu'on doit rapporter à cette cause un grand nombre de coliques hépatiques qui sont de véritables névralgies, mais des névralgies par action directe de substances irritantes; et à cette occasion il s'élève, non sans raison, contre la tendance de la plupart des médecins à expliquer ordinairement les coliques hépatiques par la présence de calculs biliaires. A l'appui de son explication, il cite 8 cas de colique hépatique caractérisés en général par cette circonstance que l'ingestion de substances acides ou excitantes amenait rapidement dans la région du foie une douleur qui durait pendant tout le temps de la digestion. Pour donner une idée de la valeur et de la signification de ces faits, nous allons en rapporter deux brièvement.

Obs. I. — Le 30 mai 1848, une femme âgée de 30 ans entre à l'hôpital Saint-Antoine; elle est sujette à des douleurs permanentes dans l'hypocondre droit. Ces douleurs s'exaspèrent *à un degré insupportable* chaque fois qu'il y a ingestion de vin pur et de substances acides; elles s'accompagnent alors d'un gonflement de tout l'hypocondre, avec plaintes, cris et hoquet.

Le foie est hypertrophié et déborde les côtes de 3 centimètres; il est douloureux à la pression non-seulement dans cette partie, mais encore dans toute l'étendue de la matité. Appétit; pouls non fébrile. Il n'y a jamais eu d'ictère. (Bains alcalins; eau de Vichy coupée; cataplasmes.) La malade sort au bout de dix jours, à peu près dans le même état qu'en entrant.

Obs. II. — M. X., d'une constitution forte, âgé de 50 ans environ, a présenté, dans l'hiver de 1846-1847, tous les signes d'une colique hépatique, tels que douleur atroce dans le côté droit, absence de fièvre, douleur pendant six à sept heures. Après le paroxysme, ictère qui se dissipait au bout de deux jours. Envoyé à Vichy en 1847, il s'en est très-bien trouvé.

M. X. a éprouvé toujours des coliques après dîner, surtout quand, dînant avec ses amis, il buvait un peu plus de vin qu'à l'ordinaire. La susceptibilité du foie devint telle que, pendant un mois, il ne put pas ingérer les sauces ordinaires et médiocrement épicées, le vin coupé d'eau, les fruits, même cuits, sans éprouver immédiatement après des douleurs plus ou moins vives dans la région hépatique. Il fut obligé, pendant ce laps de temps, de se nourrir de potages au lait, de sauces et viandes blanches, et de boire de l'eau.

On devine le parti que tire l'auteur de l'action des *ingesta* absorbés pour l'étiologie de l'hépatite : il s'appuie en particulier sur les recherches d'Annesley et de Twinning concernant l'inflammation du foie dans les pays chauds, où l'on consomme beaucoup d'alcool, et sur cette assertion du second de ces auteurs, que les signes de l'hépatite se montrent d'ordinaire *immédiatement après le repas*. Mêmes remarques sur la cirrhose, qui succède souvent, comme on sait, à l'abus des liqueurs alcooliques.

Enfin M. Beau signale, sans s'y arrêter longtemps, l'importance des propriétés absorbantes du système de la veine porte, au point de vue de la thérapeutique des maladies du foie. Des agents médicamenteux peuvent être ainsi portés presque directement sur le siége du mal, et il demande si la propriété spéciale d'évacuer la bile, attribuée à certaines substances, ne tient pas à ce que ces substances, absorbées dans le foie, sont ensuite éliminées et rentrent dans les intestins par le canal cholédoque. Il conjecture que ce pourrait bien être là le mode d'action de certains purgatifs.

A partir de cet endroit du travail, on ne rencontre plus que des *desiderata* exprimés, ou, suivant l'expression de l'auteur, des indications de recherches à poursuivre. Ainsi :

Le foie sécrète du sucre. Quelle est la maladie qui résulterait du défaut ou de l'insuffisance de la sécrétion sucrée?

Le foie coagule la fibrine mollasse du sang de la veine porte. Qu'arrive-t-il quand cette faculté coagulante est diminuée? N'y a-t-il pas là une cause possible de scorbut ou de fièvre grave?

Le foie élimine, sous forme de bile, les matériaux impropres à la nutrition, tels que le carbone. Quand l'élimination est incomplète, quelle est, sur l'organisme, l'action de ces matériaux indûment passés dans le sang?

L'engorgement de la rate dans la fièvre paludéenne, la fièvre typhoïde, le scorbut, etc., ne tient-il pas à ce que le sang, qui a subi une infection particulière, frappe d'atonie ou de relâchement le tissu contractile des viscères?

La splénotrophie est plus considérable ordinairement dans la fièvre des marais que dans le scorbut ou la fièvre typhoïde, N'est-ce pas parce que l'individu qui a une fièvre d'accès continue à vaquer à ses occupations, à marcher, à monter les escaliers, à manger, toutes circonstances de nature à augmenter l'engorgement du système veineux spléno-hépatique?

On ne peut que résumer un travail de cette nature. Ce sont des questions posées; il n'y a d'autres réponses à y faire que de les éclairer par des recherches directes.

MÉMOIRE SUR LES HÉMORRHAGIES DES CAVITÉS MUQUEUSES; NOUVEAU MODE D'APPLICATION DE LA GLACE DANS LE TRAITEMENT DE CES HÉMORRHAGIES; par M. CHASSAIGNAC.

Nous sommes nécessairement condamnés à faire tort au travail de M. Chassaignac; car l'un de ses grands avantages est de rendre plus saisissables, plus populaires, grâce à la piquante concision de la forme, certaines considérations de chirurgie pratique. Or c'est là un genre de mérite que l'analyse ne saurait s'approprier. Voici toutefois ce que ces recherches contiennent de plus essentiel, soit en fait de remarques, soit en fait de préceptes.

On ne se fait généralement pas une juste idée des dangers de l'hémorrhagie. De ce que la perte sanguine n'a pas continué jusqu'au moment de la mort, on est ordinairement trop porté à admettre qu'elle n'a point causé cette terminaison fatale. Et la répugnance qu'un médecin éprouve à en convenir, l'impossibilité de démontrer anatomiquement que le malade a péri par hémorrhagie, concourent encore à entretenir cette idée de la rareté des pertes de sang mortelles. Après avoir signalé ces causes d'erreur, M. Chassaignac fait observer que le sujet qui meurt d'hémorrhagie ne périt que très-rarement durant l'acte même de l'hémorrhagie; que celle-ci, soit spontanément, soit artificiellement, est presque toujours arrêtée un certain temps avant la mort; que, en un mot, les cas de cette dernière espèce forment la règle, ceux de la première demeurant l'exception.

Du reste, l'hémorrhagie amène à sa suite des lésions graves et multipliées qui peuvent compromettre directement l'existence : et ce n'est qu'en s'opposant de bonne heure à l'écoulement sanguin qu'on empêche ces complications d'atteindre le degré où elles deviennent incurables.

Ayant ainsi établi avec plus d'insistance que ses prédécesseurs la gravité incontestable de toute hémorrhagie un peu sérieuse, M. Chassaignac est conduit naturellement à la partie thérapeutique de son mémoire où il s'est proposé de faire connaître les ressources qu'on trouve dans l'emploi local de la glace contre les hémorrhagies. Le fait qu'il cite en premier lieu montre admirablement l'héroïque pouvoir de cet agent bien manié. Il a rapporté une hémorrhagie très-abondante survenue chez une femme de 24 ans, bien portante, huit jours après l'ablation de l'amygdale droite avec l'instrument de Fahnestock. Divers moyens astringents locaux avaient déjà échoué; et l'urgence du péril avait décidé les consultants à l'application

du fer rouge. Mais pendant qu'on le préparait une inspiration frappa M. Chassaignac. « Avant d'en venir au bouton de feu, dit-il, essayons un bouton de glace ! » Il saisit alors avec une pince de Museux un morceau de glace du volume d'une noix, le porta sur le siége de l'hémorrhagie, où il le fit ensuite maintenir par la malade elle-même. L'hémorrhagie s'arrêta définitivement et ne reparut plus.

La facilité avec laquelle on peut saisir entre les mors des pinces de Museux un fragment de glace est une chose très-remarquable. M. Chassaignac, avant de l'avoir constaté, n'aurait pu croire à la puissance de ce mode de préhension. Ainsi, dit-il, une masse réfrigérante, d'un volume assez notable, devenant à la fois un agent de compression et une cause de refroidissement, se moulant promptement sur la forme des parties par l'influence de leur chaleur propre, ne laissant échapper, par sa fusion, qu'un liquide inoffensif et nullement désagréable, n'obligeant pas par conséquent le malade à de continuels efforts d'expuition, pouvant être ôtée et remise en place instantanément sans entraîner d'interruption dans l'action réfrigérante, pouvant être maintenue en position par le malade lui-même, et mettant à se fondre, même dans la cavité buccale, beaucoup plus de temps qu'on ne s'y serait attendu, voilà les avantages de ce procédé si simple dans son exécution.

Pour configurer le glaçon hémostatique à volonté et selon le lieu où il doit être placé, on peut tailler un morceau de glace avec un bistouri ou un couteau; on peut encore en modifier la surface en promenant un morceau de fer chauffé sur lui, ce qui fait fondre ses parties les plus saillantes.

Enfin, comme perfectionnement extrême dans l'exécution de l'idée, ne pourrait-on, au moyen des mélanges réfrigérants, faire congeler dans des récipients de forme déterminée, soit de l'eau, soit divers liquides doués d'une action médicamenteuse, astriogente, styptique, etc.?

II. REVUE MÉDICALE.

Les numéros d'avril, mai et juin 1851 contiennent les travaux originaux suivants : 1° *De la résistance vitale*; par M. Anthoine. 2° *De l'emploi des enduits imperméables contre les phlegmasies viscérales*; par M. Robert Latour. 3° *De l'usage des eaux de Vichy dans les maladies de l'Algérie*; par M. Durand-Fardel. 4° *Cas rare de nævus maternus guéri par un traitement antisyphilitique*; par M. Duparcque. 5° *Resection du maxillaire inférieur, depuis le milieu de la branche ascendante gauche jusqu'au niveau de la canine droite*; par M. Corbet. (Guérison.) 6° *Laryngotomie cricoïdienne, nécessitée par le passage d'un noyau de cerise dans les voies aériennes*; par M. Corbet. 7° *Erreur du diagnostic touchant les fièvres intermittentes*; par M. Audouard. 8° *Mémoire sur les polypes de l'oreille et sur une nouvelle méthode opératoire pour obtenir leur guérison*; par M. Bonnafond. (Premier article.) 9° *Lettre sur la suette qui a régné à Poitiers en 1845*; par M. Morineau. 10° *Ramolissement du cerveau, tumeurs squirrheuses dans cet organe*; par M. Delasiauve.

LARYNGOTOMIE CRICOÏDIENNE NÉCESSITÉE PAR LE PASSAGE D'UN NOYAU DE CERISE DANS LES VOIES AÉRIENNES; par M. CORBET.

L'opération pratiquée dans ce cas n'a pas eu de résultat satisfaisant; mais la connaissance des désordres qu'elle a révélés est de nature à éclairer la conduite du chirurgien dans des cas analogues; et ce motif suffit bien pour que nous l'enregistrions ici.

Obs. — Un enfant de 2 ans, voulant parler en mangeant des cerises dont il avalait les noyaux, fut subitement pris de quintes de toux violentes et d'accès de suffocation. L'asphyxie étant imminente, et le récit des circonstances antérieures simplifiant d'ailleurs le diagnostic, M. Corbet pratiqua immédiatement la laryngo-trachéotomie. Aussitôt le canal aérien ouvert, l'anxiéte se dissipe; la respiration redevient libre. Cependant le corps étranger ne fut pas rencontré. La plaie se cicatrise, et quinze jours se passent, durant lesquels la santé est parfaite et la respiration entièrement régulière.

La fistule aérienne était donc tout à fait fermée et la plaie extérieure presque guérie, lorsque l'enfant fut tout à coup saisi de symptômes encore plus alarmants que la première fois. M. Corbet, sans hésiter, incise le tissu inodulaire, introduit une sonde de femme dans la trachée, et l'explore en tout sens, tant avec le doigt qu'avec une tige de baleine armée d'une petite éponge. On ne put découvrir le corps étranger; la suffocation redoubla et emporta l'enfant dans une crise.

A l'autopsie, on divisa et on examina le tube aérien jusqu'au niveau de la bifurcation des bronches, sans rien trouver. Cependant la mort survenue malgré l'ouverture fort ample de la région cricoïdienne faisait supposer que le corps étranger devait plutôt se rencontrer au-dessous de la plaie. — En incisant le larynx, on vit enfin le noyau de cerise qui descendait dans la trachée, déplacé sans doute par les mouvements qu'on avait faits pour placer la tête du sujet sur un billot. Effectivement, le ventricule droit du larynx était creusé d'une arrière-cavité formée par ulcération et tellement disposée, qu'en y introduisant le noyau on apercevait à peine un point de sa surface, pourvu qu'on mît son grand diamètre parallèlement à celui du ventricule.

On comprend aisément comment le chirurgien ne put reconnaître la présence de ce noyau dans la glotte, bien que pendant la seconde opération il eût introduit ses deux doigts indicateurs, l'un de haut en bas par l'arrière-gorge, l'autre de bas en haut par la plaie du larynx, jusqu'à ce qu'ils se touchassent. — Mais un autre enseignement, plus directement lié à la thérapeutique, ressort de ce fait : c'est que, dans les cas semblables de recherche infructueuse du corps étranger après la trachéotomie, il ne faut jamais négliger d'imprimer de brusques secousses au patient, en changeant soudainement sa tête de position. C'est la manœuvre qui seule réussit, chez l'ingénieur Brunel, à déloger la pièce de monnaie, qui avait jusque-là résisté à tous les moyens d'extraction. Les détails de l'autopsie que nous venons de relater prouvent que des mouvements de ce genre sont ceux auxquels fut également dû le déplacement du noyau de cerise sur le cadavre de l'opéré de M. Corbet.

A. DECHAMBRE et P. DIDAY.

(La suite au prochain numéro.)

(La suite au prochain numéro.)

TRAVAUX ACADÉMIQUES.

ACADÉMIE DES SCIENCES.

SÉANCE DU 10 NOVEMBRE. — PRÉSIDENCE DE M. RAYER.

M. FOUCAULT lit la première partie d'un mémoire sur les causes du goître et du crétinisme. Cette première partie est consacrée à l'examen critique des diverses opinions émises jusqu'ici sur ce sujet. Nous reviendrons sur ce travail lorsqu'il sera terminé.

CAUSE DE L'EXISTENCE DU SUCRE DANS LES URINES.

M. ALVARO REYNOSO communique une note sur l'une des causes de l'existence du sucre dans les urines. Dans une note précédemment communiquée à l'Académie, M. A. Reynoso avait cherché à établir qu'il existe une liaison entre les phénomènes respiratoires et la présence du sucre dans les urines, de telle sorte que toutes les substances qui ralentissent la respiration en diminuant l'hématose produite dans le poumon sont autant de causes qui pourraient déterminer le passage du sucre dans les urines. Suivant ce principe, ajoutait M. A. Reynoso, on doit trouver du sucre dans les urines des individus soumis à des traitements hyposthénisants. C'est ce qu'il se propose de démontrer dans ce nouveau travail. Pour énumérer en un mot tous les agents hyposthénisants, dit M. Alvaro Reynoso, nous n'aurons qu'à citer la belle généralisation de M. E. Robin. D'après lui, les substances qui, après la mort, préservent de la combustion lente, effectuée par l'oxygène humide, sont à des degrés différents des hyposthénisants pendant la vie, par exemple, les sels métalliques, les éthers, les sels de quinine et en général les narcotiques.

Ayant examiné les urines de personnes soumises à des traitements de bichlorure, iodure et sulfure de mercure, sels d'antimoine, opium et sulfate de quinine, M. A. Reynoso a trouvé du sucre.

Il se réserve de voir au bout de combien de temps, après la cessation des traitements ci-dessus, le sucre disparait complétement des urines, et s'il y a coïncidence entre sa disparition et la complète élimination du médicament.

SUR LE RAPPORT QUE LES VÉGÉTAUX COMME LES ANIMAUX PRÉSENTENT ENTRE LA QUANTITÉ DE VIE ET LA QUANTITÉ DE COMBUSTION, ET SUR LA CAUSE ESSENTIELLE DE L'INFLUENCE EXERCÉE PAR LA CHALEUR DANS LA VÉGÉTATION.

M. ED. ROBIN adresse sous ce titre la note suivante :

Dans une note précédente, je m'étais proposé, dit M. Robin, de prouver que, chez les végétaux comme chez les animaux, la combustion lente par l'oxygène humide s'effectue dans toutes les parties douées de vie, éclairées ou dans l'obscurité; qu'elle est, pour les végétaux, le seul acte véritablement respiratoire, et que la décomposition d'acide carbonique n'est encore pour eux qu'un nouveau mode de respiration de l'oxygène humide auquel se joint un acte de nutrition. Je vais plus loin dans la nouvelle note que j'ai l'honneur de soumettre aujourd'hui au jugement de l'Académie; les faits qu'elle présente me semblent montrer que la quantité de vie des végétaux est toujours en rapport avec la quantité de combustion qu'ils subissent. En sorte que la combustion se montre toujours, et de plus en plus, comme le principe de la vie dans les végétaux, ainsi que, d'après mes recherches antérieures, elle s'était manifestée comme le principe de la vie dans les animaux, de même qu'elle est la cause essentielle et constamment nécessaire de la putréfaction dans toutes les matières organisées, la source unique où tous les ferments puisent incessamment leur activité.

Quant à la question de savoir pourquoi, bien que toujours agent de combustion lente, l'oxygène humide exerce un rôle si différent pendant la vie et après la mort, je l'ai résolue ainsi :

Pendant la vie de l'animal, pendant celle du végétal, la combustion s'opère sur des parties qui se renouvellent et, par suite, qui offrent à son action un aliment toujours nouveau, toujours suffisant; ces parties protégent le reste de l'organisme contre la combustion lente qui l'atteindrait bientôt. Alors la combus-

tion est entièrement bienfaisante ; la chaleur, l'électricité ou le fluide vital qui en résulte devient l'agent qui met en jeu la machine organisée, la force qui l'anime, le principe de sa vie.

Après la mort, et dès que la température est suffisante, l'oxygène humide exerce, comme pendant la vie, son action combnrante et sur les matières animales et sur les matières végétales ; mais, outre que l'activité de la combustion n'est pas la même dans l'un et l'autre cas, l'action s'opère après la mort sur des parties qui ne se renouvellent plus. La combustion, au lieu de rester limitée, envahit le mécanisme entier ; elle en opère la désorganisation, la transformation générale, qu'on nomme putréfaction. De là naissent l'humus, les matières ammoniacales, l'acide carbonique et une portion de la chaleur nécessaire à l'existence des végétaux.

En résumé, la vie de tous les êtres organisés naît de la combustion lente, et se tient en rapport avec elle ; la chaleur n'exerce son influence générale sur la végétation, sur les engrais et sur la vie des animaux qu'en régissant les phénomènes de combustion lente exercée par l'oxygène humide. La découverte de ce principe, si je ne m'abuse, ne sera pas seulement la point de départ d'une transformation considérable dans les notions physiologiques relatives aux animaux et aux végétaux, d'une réforme importante en thérapeutique ; il fera naître encore une nouvelle branche de culture pour les végétaux, celle qui aura pour but de remplacer autant que possible par des agents chimiques tantôt modérateurs, tantôt excitateurs de la combustion lente par l'oxygène humide, le rôle tantôt modérateur, tantôt excitateur que, par l'intermédiaire de la même combustion, la chaleur exerce dans la végétation comme dans la vie des animaux. (Commissaires : MM. Magendie, Payen, Gaudichaud.)

NOUVEAUX AGENTS PROPRES A REMPLACER LES MERCURIAUX COMME ANTISYPHILITIQUES.

M. E. ROBIN adresse, en outre, une note sur de nouveaux agents propres à remplacer les mercuriaux comme antisyphilitiques, suivie de recherches expérimentales par M. le docteur Vicenti.

Dans une note précédente, l'auteur avait énoncé l'idée suivante, savoir : que dans les maladies syphilitiques, les mercuriaux n'ont point un mode d'action particulier ; qu'ils agissent en se combinant avec le virus et le transforment en composé nouveau, inerte dans la circulation. Nombre de substances, ajoute M. Robin, font des composés analogues avec les matières organisées ; nombre de substances doivent avoir, comme les mercuriaux, le pouvoir antisyphilitique, et, d'après mes recherches, toutes celles qui ont été mises en usage avec un véritable succès, appartiennent en effet à la classe qui vient d'être désignée, c'est-à-dire à celle des antiputrides par combinaisons.

De là l'explication des propriétés antisyphilitiques des arsénieaux, des préparations d'or, d'argent, de plusieurs composés de fer, d'antimoine ; de là aussi la possibilité de remplacer les mercuriaux par des substances organiques qui, probablement, auront moins d'inconvénients.

Parmi les composés métalliques inusités dans ces maladies, ceux dont l'essai me paraîtrait offrir le plus d'intérêt, sont : le bichromate de potasse, le sesquichlorore de fer, etc.

Sur mon invitation, un praticien très-exercé, M. le docteur Vicenti, a bien voulu étudier expérimentalement l'action du bichromate de potasse. Une première observation a été publiée dans la GAZETTE DES HÔPITAUX (19 juin 1851, page 283) ; une seconde, relative à une guérison rapidement obtenue sans aucune intervention des mercuriaux, et dans un cas très-grave, vient de m'être communiquée.

D'après les faits que j'ai observés, dit M. Vicenti :

1° Il est hors de doute pour moi que le bichromate de potasse est antisyphilitique et agit avec plus d'énergie et de rapidité que les préparations mercurielles.

2° Dans les trois cas où j'ai administré ce nouvel agent thérapeutique, aucun des malades n'a éprouvé le moindre accident, si ce ne sont quelques nausées au commencement, surtout quand ils négligeaient de boire de l'eau après la pilule pour en éviter l'effet local, légèrement caustique ; mais avec cette précaution et l'addition d'opium, comme correctif, l'estomac a bientôt toléré le bichromate de potasse, dont la parfaite solubilité dans l'eau permet l'administration en potions et en pilules.

Les pilules que les malades ont prises après une première digestion n'ont jamais provoqué de nausées ni de vomissements, sans doute parce que l'estomac est alors bien moins irritable qu'à l'état de jeûne.

3° Le bichromate de potasse étant bien soluble, son absorption dans l'économie est complète presque instantanément ; de là vient la rapidité de son action thérapeutique à la dose de 1/4 de grain.

4° Le bichromate de potasse ne m'a pas semblé antiplastique comme le mercure ; il n'a produit ni salivation, ni diarrhée, ni aucun phénomène particulier.

5° En conséquence de tout ce que nous avons dit, si des faits ultérieurs confirment de plus en plus l'action antisyphilitique du bichromate de potasse, il est hors de doute que cet agent remplacera avantageusement le mercure. (Commissaires : MM. Roux, Andral et Lallemand.)

ACADÉMIE DE MÉDECINE.

SÉANCE DU 11 NOVEMBRE. — PRÉSIDENCE DE M. ORFILA.

Le procès-verbal de la dernière séance est lu et adopté.

M. le ministre du commerce transmet, conformément au désir exprimé par M. le préfet de la Gironde, un exemplaire du recueil des rapports faits par le conseil central d'hygiène publique et de salubrité de ce département, depuis le 16 juin 1848 jusqu'au 16 juin 1851.

— M. le ministre des affaires étrangères transmet une réclamation relative aux envois de vaccin que l'Académie fait à l'étranger.

— M. DUPLAN, chirurgien principal de l'hôpital militaire de Tarbes, adresse un état nominatif des malades traités à l'établissement thermal et militaire de Baréges, pendant l'année 1850, avec l'annotation des résultats. (Comm. des eaux minérales.)

CHOLÉRA EN TURQUIE.

M. ROBINET transmet le document suivant sur la marche du choléra, qui vient de lui être adressé de Constantinople :

« Le choléra, après avoir ravagé Bassora et la frontière de Perse, est arrivé à Bagdad, où il exerce de très-grands ravages. Il a emporté en dix jours 1,008 personnes. Les médecins assurent que c'est une grande épidémie.

» Le choléra va probablement remonter le Tigre, et nous l'aurons peut-être à l'automne prochain, ou au commencement de l'hiver 1852-1853, si ce n'est avant.

» Le conseil de santé a décidé qu'il ne prendrait aucune mesure quarantenaire et qu'on se bornerait aux précautions hygiéniques.

» La disette d'eau est à son comble, et rien n'annonce de la pluie. »

— M. CHEVALLIER adresse, à l'occasion de la lecture que M. Aubergier a faite dans la dernière séance, sur la culture du pavot indigène, une lettre dans laquelle il rappelle que M. Marck a cultivé en 1846 et 1847, dans les environs de Darmstadt, des graines de pavot qui lui avaient été envoyées de la Natolie, et que cette culture avait été faite avec succès.

— M. BOUILLAUD transmet deux communications de M. le docteur Peixoto (de Rio-de-Janeiro).

La première est relative à la fièvre jaune qui a régné épidémiquement dans le Brésil, depuis 1849 jusqu'en 1851.

La deuxième contient la relation d'une opération pratiquée avec succès pour un cas d'éléphantiasis énorme du scrotum, qui descendait plus bas qu'à mi-jambe.

Ces deux communications sont renvoyées à la commission des correspondants étrangers.

— M. LEGRAND adresse une lettre au sujet de la question de l'influence de la grossesse sur la tuberculisation pulmonaire.

— M. STURNE, officier de santé à Blandecques, près Saint-Omer, adresse un mémoire sur le traitement de l'asthme et de la coqueluche par la teinture et l'extrait de la racine d'aristoloche. (Commissaires : MM. Bouchardat et Bricheteau.)

— M. CARRON DU VILLARDS transmet, par l'intermédiaire de M. Ducros (de Marseille), un mémoire sur un cas de réduction d'une luxation sous-pubienne du fémur datant de sept mois. (Comm. : MM. Bégin et Malgaigne.)

— M. CAZENAVE (de Bordeaux) adresse un mémoire sur trois cas de lithotritie pratiqués avec succès. (Comm. : M. Ségalas.)

STÉTHOSCOPE INTERCOSTAL.



M. le docteur BIANCHI (de Palerme) adresse un modèle de stéthoscope qu'il appelle intercostal, et qui est destiné à s'appliquer sur les espaces intercostaux lorsque les malades sont très-amaigris et que l'instrument de Laënnec ne peut s'appliquer exactement sur les côtés de la poitrine. (Commiss. : M. Piorry.)

— M. LE PRÉSIDENT informe l'Académie de la décision que vient de prendre le conseil d'administration à l'égard du legs de 1,000 fr. de rente que M. Capuron a fait à l'Académie pour la fondation d'un prix dont il lui a laissé le soin de déterminer le sujet.

Ce prix ne devant être distribué qu'en 1853, et la somme alors disponible s'élevant, avec les arrérages, à 2,500 fr., le conseil a pensé qu'il y aurait lieu à diviser cette somme et à l'allouer à deux prix différents.

M. Capuron s'étant, comme tout le monde le sait, beaucoup occupé d'accouchements, et ayant été inspecteur d'eaux minérales, le conseil a pensé que pour rendre hommage à sa mémoire, il convenait d'affecter l'un de ces prix à une question d'accouchements, l'autre à une question relative aux eaux minérales.

La décision du conseil soumise à l'Académie est adoptée.

En conséquence, la section d'accouchements et la commission des eaux minérales auront à se réunir pour déterminer les questions à mettre au concours.

DES SUBSTANCES DONT L'USAGE DOIT ÊTRE INTERDIT DANS LES EMBAUMEMENTS.

M. CAVENTOU, au nom d'une commission composée de MM. Orfila, Bussy,

Chevallier, Poiseuille et Caventou, rapporteur, lit un rapport sur un projet de réponse à faire au ministre de l'agriculture et du commerce, qui, par une lettre en date du 13 octobre dernier, consultait l'Académie sur l'opportunité qu'il y aurait, d'après l'avis du conseil de salubrité, à interdire pour les embaumements l'usage de toute substance toxique.

Voici, d'après M. le rapporteur, le résultat des délibérations de la commission, et le projet de réponse qu'elle l'a chargé de soumettre à l'Académie.

« Les agents reconnus par de nombreuses expériences, pour conserver le plus efficacement les matières animales, font partie du règne minéral ; ce sont certains sels alcalins et terreux, comme les chlorures de potassium ou de sodium, le sulfate de soude, le nitrate de potasse, les sels alumineux, etc., mais ces composés ne conservent que pour un temps limité. On a dû par conséquent y renoncer pour la conservation des cadavres au sein de la terre ; les sels alumineux purs qu'on avait cru, un instant, pouvoir répondre à toutes les exigences, ont été reconnus pour n'avoir une efficacité réelle que quand ils étaient associés à une certaine quantité d'acide arsénique, ainsi que cela résulte d'expériences faites par une commission de l'Académie.

» Dans l'état actuel de la science, il est de toute nécessité, pour atteindre le but de l'embaumement des corps, d'avoir recours à certains sels métalliques parmi lesquels nous citerons les sels de zinc, de mercure, de plomb, de cuivre et de fer.

» Tels sont les agents chimiques auxquels l'homme de l'art doit recourir pour la conservation des corps ; leur prix modique permet de concilier avec la sûreté de l'opération, l'économie désirable dans l'intérêt des familles ; ils sont à la vérité tous toxiques, mais à des degrés bien différents, et c'est à ce point de vue que nous nous placerons pour motiver les conclusions du rapport.

» Quelques-uns de ces composés agissent sur l'économie à petites doses avec une énergie violente ; ils tuent en peu de temps, quelquefois d'une manière lente, suivant les habiles précautions d'une infernale prudence. C'est dans le but de discerner leur emploi que l'administration supérieure se préoccupe avec sollicitude pour qu'un acte de piété des familles ne serve en aucun cas de manteau au crime, afin de le soustraire à la rigueur des lois.

» C'est dans ce but si utile de sûreté publique, que le gouvernement a déjà proscrit l'emploi des composés arsenicaux dans les embaumements et l'ordonnance royale du 29 octobre 1846, dans son art. 10, consacre cette mesure essentielle. Afin d'assurer davantage l'efficacité de cette disposition, l'administration a fait plus ; elle a ordonné dans une instruction en date du 19 juin 1747, adressée à MM. les commissaires de police, que toutes les fois qu'une déclaration d'embaumement leur serait faite, de prélever et de mettre sous scellés deux échantillons du liquide employé pour l'opération, de manière que l'un de ces échantillons soit laissé à la garde de l'opérateur et l'autre être transmis avec le procès-verbal à M. le préfet de police pour être soumis à l'analyse et mettre ainsi l'autorité à même de vérifier s'il y existe de l'arsenic et de constater les infractions à l'art. 10 de l'ordonnance suscitée qui interdit l'emploi de ce toxique dans les opérations d'embaumement. Un des honorables membres du conseil de salubrité est spécialement chargé de ces sortes d'analyses, et c'est ainsi qu'il fut constaté que depuis l'interdiction de l'arsenic, on faisait usage assez fréquemment de sublimé corrosif, et même dans quelques circonstances plus rares de dissolutions d'acétate de plomb et de sels de cuivre, et comme les empoisonnements par ces agents chimiques, quoique bien moins multipliés que ceux produits par l'arsenic, sont néanmoins encore assez nombreux, on a pensé qu'il serait prudent de proscrire leur emploi dans les embaumements, comme l'était déjà celui des composés arsenicaux.

» La commission partage ces appréhensions du conseil de salubrité, mais elle croit qu'il suffit, quant à présent, de se borner à ces seuls toxiques ; l'opération de l'embaumement n'en sera point pour cela entravée ni rendue impossible avec toutes ses modernes conditions de perfectibilité, car l'Académie sait parfaitement qu'il est des composés peu toxiques dont l'usage n'est point consacré comme poisons, et qui néanmoins appliqués avec intelligence, conservent admirablement les cadavres et peuvent suffire même à toutes les éventualités de la médecine légale.

» En conséquence, la commission propose de répondre au ministre, que l'Académie croit utile d'ajouter à l'art. 10 de l'ordonnance du 29 octobre 1846, un paragraphe ainsi conçu :

« Sont également interdits la vente et l'emploi des composés de mercure, de cuivre et de plomb pour l'embaumement des corps et la destruction des insectes. »

M. Bussy, tout en approuvant les conclusions du rapport et son contenu, pense cependant qu'il eût été convenable peut-être de faire une réserve en ce qui concerne l'usage des sels d'alumine. Il est dit dans le rapport qu'aucune substance n'est capable de conserver les corps à moins qu'elle ne contienne de l'arsenic. On sait que M. Gannal affirme le contraire, et M. Chevallier, qui a été chargé d'examiner un grand nombre de préparations destinées à l'embaumement, n'y a point trouvé d'arsenic. La proposition du rapport serait donc trop absolue ; or il est bon de tenir compte qu'il s'agit ici d'une industrie sur laquelle on jetterait une grande défaveur.

M. Caventou : Nous ne disons pas que les sels d'alumine ne conservent pas, nous disons seulement qu'ils ne conservent que dans des limites très-restreintes ; ils ne conservent pas, par exemple, dans le sein de la terre, ce qui est précisément le point capital.

M. Bussy : Je ne m'oppose pas à l'adoption du rapport, mais je demande seulement que tous les droits soient respectés.

M. Orfila : Je crois qu'il importe de rétablir les faits dans toute leur vérité. L'Académie se rappelle qu'une commission a eu à examiner les liquides conservateurs de M. Gannal. La commission a constaté que le premier liquide soumis à son examen n'était pas *légèrement* mais *très-fortement* arsénical. M. Gannal, après ces premières expériences, apporta à la commission un second liquide ; celui-ci ne contenait pas d'arsenic, mais on sait ce qui arriva. Les cadavres injectés avec ce liquide furent trouvés, au bout de quelque temps, horriblement pourris. Nous pouvons donc affirmer aujourd'hui que les sels alumineux seuls ne conservent pas.

Les conclusions du rapport sont mises aux voix et adoptées.

EAU MINÉRALE SULFUREUSE DES BATIGNOLLES.

M. O. Henry, au nom de la commission des eaux minérales, litrum supplément de rapport sur l'eau minérale sulfureuse des Batignolles (près Paris).

On se rappelle que lors de la lecture d'un premier rapport qui concluait à l'autorisation de l'exploitation demandée, une discussion s'éleva au sein de l'Académie, par suite de laquelle il fut sursis à l'adoption des conclusions du rapport et ordonné une nouvelle enquête. C'est à la suite de cette nouvelle enquête, à laquelle vient de se livrer la commission, que M. le rapporteur vient soumettre de nouveau à l'approbation de l'Académie le rapport primitif de la commission et un supplément de rapport qu'il termine par les conclusions suivantes :

Considérant que l'eau de la source des Batignolles est d'une nature franchement sulfureuse, et que sa formation paraît se rattacher à des causes naturelles qui ne sauraient en faire proscrire l'emploi ;

Considérant que, depuis cinq ou six ans qu'elle est découverte, cette eau a toujours indiqué le même caractère sulfureux ;

Que les applications médicales qui en ont été faites sont très-satisfaisantes, malgré son degré de sulfuration peu élevé ;

Considérant que, par son produit, elle peut, sans faire concurrence à des eaux de la même nature plus abondantes, répondre au moins à l'exigence d'un bon nombre de buveurs ;

Considérant enfin que, par sa position aux portes de Paris, dans une commune déjà très-peuplée, elle doit rendre d'utiles services à la thérapeutique, en fournissant en tout temps et sans déplacements onéreux ses ressources médicales ;

La commission propose de répondre au ministre du commerce, qu'il y a lieu d'accorder aux propriétaires de l'eau minérale sulfureuse des Batignolles l'autorisation d'en exploiter l'eau. (Adopté.)

— M. O. Henry lit ensuite une note sur un moyen de puiser et d'embouteiller les eaux minérales naturelles pour les expédier au loin intactes.

PARALYSIE DES MUSCLES INTEROSSEUX DE LA MAIN ; FONCTIONS DE CES MUSCLES.

M. Bouvier communique à l'Académie une observation de paralysie des muscles interosseux de la main, qu'il vient de recueillir dans son service, à l'hôpital Beaujon, et lit à cette occasion une note très-étendue sur la physiologie de ces muscles.

Dans le cas dont M. Bouvier expose l'histoire à l'Académie, il constata ce qui suit : Le volume de la main était diminué, les espaces interosseux un peu déprimés ; les deuxième et troisième phalanges de l'annulaire et du petit doigt à demi-fléchies, de manière à donner à ces doigts une forme arquée qu'ils conservaient même lorsque le malade, s'efforçant d'étendre toute la main, amenait les autres doigts à une rectitude complète. Il pouvait, au contraire, fléchir tous les doigts également, par conséquent exagérer la flexion des deux derniers ; mais il ne ramenait ensuite ceux-ci qu'à une extension incomplète, bien que le mouvement de leur première phalange eût son étendue normale. Cependant on n'éprouvait point de résistance en redressant leurs dernières phalanges avec la main, et le malade parvenait lui-même à effectuer ce redressement, s'il pressait de l'autre main sur la première phalange, et l'empêchait ainsi d'obéir à l'action des extenseurs.

Les mouvements latéraux d'abduction et d'adduction du pouce, de l'index et du médius s'exerçaient avec assez de facilité ; mais ces mouvements étaient très-bornés au petit doigt et tout à fait nuls à l'annulaire. Dans l'état de repos, l'adduction l'emportait sur l'abduction pour l'auriculaire, qui restait toujours un peu écarté du quatrième doigt.

Le pouce pouvait être aisément opposé au doigt indicateur et au médius ; mais il fallait de grands efforts musculaires pour le joindre aux deux autres doigts, et la chose était même quelquefois impossible à l'égard de l'auriculaire.

Le malade voulait-il, en réunissant tous les doigts à leur sommet, en former une sorte de faisceau conique, il lui était impossible de porter l'index et l'auriculaire à la rencontre l'un de l'autre ; tous ses efforts n'aboutissaient qu'à les rapprocher quelque peu et à recourber leur extrémité dans le sens de la flexion.

Cherchait-il à augmenter la concavité de la face palmaire de manière à donner au creux de la main l'apparence d'une gouttière presque transversale, il ne pouvait y réussir ; l'éminence thénar seule s'avançait un peu vers les quatre derniers doigts, incapables d'exécuter la flexion isolée des premières phalanges, nécessaire à la production de ce mouvement.

L'extension et la flexion du poignet, la pronation et la supination de l'avant-bras, avaient lieu comme dans l'état normal.

Il y avait un engourdissement de toute la main, accompagné d'un sentiment de faiblesse très-prononcé. La sensation du tact était obtuse. Dans cet état, la main remplissait difficilement la plupart de ses fonctions.

M. Bouvier porta le diagnostic suivant : *Paralysie partielle des muscles de la main, siégeant spécialement dans les derniers interosseux et lombricaux, et dans les muscles de l'hypothénar, dépendant d'une affection primitive des dernières ramifications, du nerf cubital et en partie du médian, ainsi que de la trame musculaire elle-même.*

Le traitement consista d'abord dans l'emploi des bains sulfureux et des frictions avec le baume Oppodeldoch, auquel on joignit, au bout d'un mois, l'électrisation des muscles paralysés au moyen de l'appareil électro-magnétique de M. le docteur Duchenne. Déjà, avant l'application de l'électricité, les derniers doigts s'étaient en partie redressés. L'auriculaire jouissait de mouvements un peu plus étendus. L'amélioration continua le second mois, et l'on remarquait plus de facilité dans les mouvements après chaque application du magnétisme, dont l'effet immédiat était d'exciter des contractions distinctes dans tous les muscles affectés.

Sorti de l'hôpital après cinquante jours de traitement, le malade continua le même traitement pendant encore environ cinq semaines. Il pouvait alors se livrer à quelques travaux un peu pénibles; le petit doigt reprenait presque toute sa rectitude; l'annulaire était encore un peu fléchi; l'abduction et l'adduction du doigt auriculaire étaient assez sensibles; l'amaigrissement persistait. Le malade, revu depuis, ne présentait presque plus de traces de la maladie.

Prenant texte du mémoire que M. Duchenne a communiqué à l'Académie en février dernier, sur l'action des interosseux, M. Bouvier s'attache ensuite à démontrer, à l'aide de préparations anatomiques qu'il met sous les yeux de l'Académie, les fonctions que M. Duchenne a assignées à chacun des muscles des doigts, à savoir que les petits muscles de la main, à l'exception des opposants, fléchissent la première phalange des doigts correspondants et étendent les deux autres; que les longs extenseurs des doigts sont spécialement affectés à l'extension des premières phalanges; qu'ils n'exercent qu'une action secondaire sur la deuxième et la troisième, et que, d'un autre côté, les fléchisseurs sublime et profond n'agissent que secondairement sur la première phalange, qui a pour fléchisseurs principaux ces mêmes muscles de la main, antagonistes réels, sous ce rapport, des longs extenseurs, dont ils sont les congénères pour les articulations plus inférieures.

A quatre heures et demie, l'Académie se forme en comité secret.

BIBLIOGRAPHIE.

ANNALES D'HYGIÈNE PUBLIQUE ET DE MÉDECINE LÉGALE.

Année 1850, t. XLIII et XLIV.

Les quatre livraisons de l'année 1850, formant les volumes XLIII et XLIV, renferment pour la partie de l'hygiène publique les mémoires originaux suivants : 1° *Statistique des décès dans la ville de Paris*, par M. Trébuchet. (Travail considérable commencé dans les livraisons de l'année 1849 et non encore terminé). 2° *Mémoire sur les plantations d'arbres dans l'intérieur des villes*, par M. Jeannel. 3° *De l'emploi du fer émaillé, sous le point de vue de la salubrité et de l'hygiène, pour la confection d'un grand nombre d'objets*, par M. Gaultier de Claubry. (La confection du fer émaillé consiste dans l'application à la surface de la tôle, d'un verre dont la base est un silicate de plomb dans lequel on fait entrer une petite proportion d'acide borique, et qui susceptible de s'appliquer en couches très-minces, adhère de la manière la plus complète au métal qu'il recouvre, et le rend, par là même, inattaquable. La tôle, ainsi préparée, peut servir à confectionner des ustensiles de toutes formes et de toutes dimensions appropriées, au grand avantage de l'économie et de la salubrité, aux usages pharmaceutiques ou culinaires, dans lesquels ils peuvent être substitués aux vases d'argent ou de cuivre étamé.) 4° *De l'application des procédés de vidanges inodores comme moyen de suppression de la voirie de Bondy*, par le même. (L'amélioration que l'auteur réclamait, par cet article, dans cette partie importante de la police sanitaire de la ville de Paris, se trouve actuellement effectuée grâce à l'ordonnance de M. le Préfet de police, du 12 décembre 1849, qui prescrit la désinfection des matières contenues dans les fosses d'aisances avant leur extraction.) 5° *Note sur la santé de certains ouvriers en aiguilles*, par M. Villermé fils. (L'une des opérations dont se compose la fabrication des aiguilles est seule signalée comme insalubre, c'est celle qui est désignée sous le nom d'*empointage*, consistant à faire la pointe des aiguilles, à l'aide de meules en grès quartzeux. Les poussières de fer et de grès mélangées, que soulève cette opération, paraissent concourir au développement de la phthisie chez un grand nombre d'ouvriers. Un bon système de ventilation analogue à celui qui a été mis en usage dans les aiguiseries d'armes de guerre, pourrait parer peut-être à ces graves inconvénients.) 6° *Rapport sur le rendement de la farine en pain*, par M. Gaultier de Claubry. 7° *Sur les cités ouvrières*, par M. Villermé. (L'auteur ne se montre pas partisan des cités ouvrières dont il signale les assez nombreux inconvénients, notamment ceux qui sont inhérents à la promiscuité d'un grand nombre de familles, et auxquelles il préférerait l'appropriation à la même destination de petites maisonnettes pour chaque famille ou pour un petit nombre de familles.) 8° *Rapport sur les accidents occasionnés par les appareils mécaniques dans les ateliers industriels*, par le Conseil de salubrité du nord. (Le Conseil de salubrité après avoir énuméré les nombreux accidents causés par les grands appareils mécaniques employés dans les usines du Nord, et indiqué quelques-uns des moyens propres à les atténuer, appelle l'attention du Gouvernement sur la nécessité de pourvoir, dans l'intérêt de la vie et de la santé des ouvriers, aux omissions de la législation à cet égard, par une loi spéciale ou tout au moins par une ordonnance qui, en classant les manufactures en question dans l'une des catégories fixées par le décret du 15 octobre 1810, sur les établissements dangereux ou insalubres, donnât à ce décret une extension convenable.) 9° *De l'insalubrité des rizières*, par M. Boileau-Castelnau. 10° *Mémoire sur les ouvriers qui travaillent le cuivre et ses alliages*, par MM. Chevallier et Boys de Loury. 11° *Études statistiques sur les lois de la population*, par M. Boudin. 12° *Sur les moyens de reconnaître la nature des substances ajoutées à l'alcool pour en opérer la dénaturation*, par M. Gaultier de Claubry. 13° *Des causes d'insalubrité et de stérilité dans la première vallée du Jura, et des moyens de les faire cesser*, par M. Germain. 14° *De la production et de la consommation de la viande au point de vue de l'hygiène publique*, par M. Boudin. 15° *Observations sur les secours à donner aux noyés et aux asphyxiés*, par M. Guérard.

SUR LES PLANTATIONS D'ARBRES DANS L'INTÉRIEUR DES VILLES, CONSIDÉRÉES AU POINT DE VUE DE L'ASSAINISSEMENT.

L'opinion générale admet que la plantation des arbres contribue à l'assainissement des villes ; cette opinion est fondée sur des faits de physiologie végétale et de statique chimique dont il n'est venu à l'idée de personne jusqu'ici de contester la réalité. Mais tout est-il profit dans ces plantations? ce moyen d'assainissement donne-t-il tous les avantages qu'on lui attribue et qu'on en attend? N'y a-t-il point à côté de ces avantages des inconvénients qui les balancent ? Dans quelles limites convient-il de renfermer l'usage des plantations des villes dans l'intérêt de la salubrité publique? Telles sont les questions que M. le docteur Jeannel, pharmacien en chef de l'hôpital militaire de Bordeaux s'est proposé de résoudre, d'après des faits de physiologie végétale, comparés à des faits de physiologie humaine et de statistique.

Voici le calcul approximatif auquel s'est livré M. Jeannel pour apprécier le degré d'influence salutaire que peut exercer la somme de plantation existant dans une ville donnée, sur ses habitants. Soit la ville de Bordeaux prise pour exemple. D'après les données de la statique chimique, il est établi qu'un homme produit en moyenne dans un jour 750 litres d'acide carbonique contenant 401 grammes de carbone qui sont brûlés par l'acte de la respiration ; ce qui donne pour un an la somme totale de 145k,465. En évaluant à la moitié de cette somme, la quantité de carbone brûlé par la respiration des animaux domestiques, on a 73k,082. Le chiffre de carbone pur converti chaque année en acide carbonique par la consommation des combustibles, soit pour les usages industriels ou les usages domestiques, est évaluée, par chaque habitant et par an à 795k,306, chiffre qui, joint aux chiffres précédents, donne par an et par chaque habitant la somme totale de 1014k,553, soit par jour 2k,779. — La ville de Bordeaux contenant 100,000 habitants, c'est donc 100,000 fois 2k,779 ou 277,900k de carbone pur qui se trouvent brûlés par jour dans cette ville. D'après les théories chimiques en bonneur, ce serait donc 277,900k de carbone dont l'air se trouverait privé chaque jour dans la ville de Bordeaux et qui devraient lui être rendus par la végétation. Or, d'après les calculs de l'auteur, sachant d'une part qu'un hectare de forêt produit annuellement 2014 kilog. de carbone pur, et par jour 5k,517, c'est-à-dire à peu près de quoi suffire à compenser la viciation produite par la respiration de deux hommes ; évaluant d'autre part à 36 hectares environ l'étendue des jardins publics, promenades et lieux plantés de la ville de Bordeaux, il en résulterait que la somme de carbone exhalé par les plantations de Bordeaux ne suffiraient à compenser la viciation atmosphérique que pour 72 habitants seulement, au lieu de 100,000 qui réclameraient le même bénéfice.

En admettant l'exactitude des calculs et des données sur lesquelles ils reposent, il en résulterait une conséquence que le lecteur en a déjà tirée : savoir l'insuffisance de la végétation dans l'intérieur des villes pour l'assainissement des habitants. Mais cette conclusion n'est encore que le moindre argument de l'auteur contre les applications pratiques de la théorie chimique dont il s'agit à l'assainissement des villes. L'insuffisance, d'ailleurs, loin d'être une objection contre le développement que l'administration cherche à donner depuis quelques années aux plantations dans l'intérieur des villes, ne serait au contraire qu'un motif de plus pour encourager à les multiplier. Un autre motif beaucoup plus puissant est invoqué par M. Jeannel contre la trop grande extension des plantations dans l'intérieur des villes, c'est leur nocuité, due à l'humidité qu'elles répandent abondamment dans l'atmosphère, à l'interception de la lumière et de la chaleur. Ainsi d'une part les plantations intérieures ne rempliraient que très-incomplètement le but de salubrité qu'on se propose, puisqu'elles ne contribuent que pour une très-petite part au renouvellement et à l'assainissement de l'air; d'autre part

elles iraient directement contre ce but, par l'humidité qu'elles entretiennent autour des habitations et par l'interception de la lumière et de la chaleur. Pour obvier à cet inconvénient et concilier les intérêts de la salubrité avec l'embellissement des villes, M. Jeannel propose le système suivant qui mériterait d'être soumis à l'appréciation des édiles et de leurs conseils.

« Les rues qui ont de 25 à 30 mètres de largeur pourraient seules être plantées d'arbres. Dans les rues les arbres formeraient dans le milieu de l'espace existant entre les maisons une avenue de 6 mètres de largeur seulement.

Les arbres seraient élagués à la hauteur de 7 à 8 mètres environ; les branches du côté des maisons seraient élaguées de manière à réprimer les écarts..... Dans les rues de 30 à 40 mètres de largeur, comme les boulevards de Paris, où la chaussée doit être mitoyenne, à cause des besoins de la circulation, les arbres ne seraient jamais plantés à moins de 10 mètres des maisons; on n'en conserverait qu'une seule rangée de chaque côté, de la hauteur de 7 mètres, et les branches seraient rejetées vers la chaussée mitoyenne par un élagage bien dirigé.... Les mêmes conditions d'éloignement devraient être observées pour les larges espaces tels que les quais, places, carrefours, etc.

DE L'INSALUBRITÉ DES RIZIÈRES.

C'est un fait parfaitement établi aujourd'hui que la culture du riz entraîne de graves inconvénients pour la santé des ouvriers qui y sont employés et pour les populations qui avoisinent les rizières. Quelques dissidences se sont élevées sur les moyens d'exploitation propres à en atténuer les fâcheux effets, mais le fait de l'insalubrité des rizières est hors de toute contestation, surtout depuis le beau rapport du professeur Puccinotti au congrès de Florence, dont nos lecteurs ont eu connaissance. (Voy. GAZETTE MÉDICALE du 8 juin 1850.)

Le savant rapporteur concluait non-seulement que ce genre d'industrie exerce une influence pernicieuse sur la santé publique, mais encore qu'il augmente l'insalubrité naturelle des contrées marécageuses où l'on établit ordinairement les rizières. Cette dernière proposition, à l'égard de laquelle il avait été émis quelques doutes, n'est malheureusement que trop fondée. Nous devons à M. le docteur Boileau-Castelnau, auteur du travail dont nous venons d'inscrire le titre, une communication intéressante qui confirme pleinement les conclusions du rapport de M. Puccinotti. Voici les faits qui y ont donné lieu.

Dans un rapport fait en 1848 à l'Académie du Gard, sur l'exploitation du domaine du château d'Avignon, en Camargue, un savant agronome donnait l'espoir que la culture du riz, qui venait seulement à cette époque d'être introduite, diminuerait l'insalubrité du sol de cette contrée. Quelques mois après, le professeur chargé du service de la clinique à l'Hôtel-Dieu Saint-Éloi de Montpellier, recevait un grand nombre de fiévreux provenant de ce domaine, et signalait la gravité de ces fièvres, dont quelques-unes, de forme pernicieuse, avaient déjà entraîné la mort de plusieurs malades. La marche de la maladie et les altérations matérielles constatées sur le cadavre témoignaient l'action d'une cause profondément désorganisatrice et agissant sur l'ensemble de l'économie avec la rapidité d'un toxique. Les fièvres intermittentes à type quotidien, et surtout à type quarte, qui en automne remplacèrent les fièvres rémittentes, signalèrent encore l'insalubrité de la rizière de la Camargue. Les malades qui provenaient de cette localité étaient généralement beaucoup plus souffrants, plus abattus que ceux qui venaient des autres parties marécageuses de la contrée; leur fièvre était plus opiniâtre et plus rebelle aux traitements.

Un médecin expérimenté, habitant depuis vingt-sept ans ces contrées, signalait en même temps, depuis la création de cette industrie, une augmentation considérable des pyrexies de toute nature qui y sévissaient auparavant. Quant au genre de maladies auxquelles les ouvriers des rizières étaient le plus exposés, elles consistaient, au rapport de ce médecin, pendant l'été, en fièvres quotidiennes et tierces, intermittentes ou rémittentes; en automne, en fièvres quartes, en gastro-entérites, fièvres paroiciennes dysentériques, cholériques larvées, etc. En résumé, le château d'Avignon, qui déjà avant l'établissement des rizières était insalubre, l'était devenu bien davantage, d'après l'avis du médecin de la contrée, à l'époque de l'année correspondante à l'enlèvement de cette récolte.

Ainsi, d'après les faits relatés dans le mémoire de M. Boileau-Castelnau et affirmés par tous les médecins du pays, les maladies provenant des rizières seraient plus graves que celles qui atteignent les habitants des autres marais; les maladies du château d'Avignon, en particulier, seraient plus fréquentes et plus graves depuis la création rizicole, qu'elles ne l'étaient lorsque les marais produisaient des joncs ou des plantes inutiles. Loin donc d'améliorer l'état hygiénique du pays, rendu déjà malsain par la présence de marais, l'établissement des rizières y engendrerait des maladies plus nombreuses et plus graves. C'est du moins ce qui est arrivé pour le domaine du château d'Avignon. M. Boileau-Castelnau tire la conclusion naturelle de ces faits en émettant le vœu que les principes du décret du 15 octobre 1810, relatif aux industries insalubres, soient étendus aux établissements agricoles en général, et en particulier à ceux qui sont l'objet de ce mémoire.

MÉMOIRE SUR LES OUVRIERS QUI TRAVAILLENT LE CUIVRE ET SES ALLIAGES.

Les diverses industries dont le cuivre est l'objet sont-elles ou non nuisibles à la santé des ouvriers? Poser cette question c'est déjà presque la résoudre et la résoudre dans le sens négatif, car si le travail du cuivre avait une influence fâcheuse bien manifeste sur la santé, il est évident qu'on n'en serait pas à se poser encore aujourd'hui cette question. Cependant des doutes ayant été élevés, des faits graves et qui, s'ils eussent été bien rigoureusement observés et interprétés, semblaient devoir faire placer le cuivre à côté du plomb sous le rapport de la nocuité, ayant été énoncés et livrés à la publicité, il était important qu'une enquête sérieuse, faite avec toute la maturité que comportent d'aussi graves intérêts et sur la plus grande échelle possible, vînt mettre un terme à ces doutes et éclairer l'opinion. C'est à une sorte d'enquête officieuse de cette nature que MM. Chevallier et Boys de Loury ont consacré ce mémoire.

Pour donner à leurs conclusions la plus large base possible et les plus grandes garanties possibles d'exactitude, ils ont basé leur travail sur trois ordres de documents, les documents écrits ou historiques, les renseignements pris auprès des chefs d'établissements et des ouvriers eux-mêmes, et enfin leurs observations et expériences personnelles.

Il résulte, d'une part, de l'examen critique des principaux faits signalés dans les traités classiques et dans les monographies les plus connues sur la matière, que la plupart des symptômes d'intoxication métallique attribués à l'action du cuivre, ne sont autres en réalité que les symptômes d'empoisonnement par le plomb avec lesquels on les a confondus; et d'autre part, l'enquête clinique à laquelle MM. Chevallier et Boys de Loury se sont livrés leur a démontré qu'aucun des malades qu'ils ont été à même de voir comme traités de colique de cuivre dans les hôpitaux, n'avait été réellement atteint de cette affection, et de plus qu'une grande partie des états notés comme appartenant aux fondeurs en cuivre, n'avait pas de rapport avec cette catégorie d'ouvriers.

Cependant voulant être complétement éclairés sur l'absorption du cuivre et sur son innocuité à la suite de son introduction dans l'économie animale, MM. Chevallier et Boys de Loury ont eu recours à l'analyse chimique. Ils ont opéré sur des résidus charbonneux provenant d'urines rendues par des ouvriers en cuivre; sur des cheveux des mêmes ouvriers; sur des fragments d'os provenants de cadavres d'ouvriers en cuivre, etc. Ils ont constaté dans tous ces échantillons la présence d'une plus ou moins notable quantité de cuivre, bien que les individus qui en avaient fourni les éléments n'eussent jamais été atteints de coliques ou d'autres maladies attribuables au cuivre. Il est résulté, pour ces auteurs, de toutes les recherches auxquelles ils se sont livrés, que le cuivre, soit par lui-même, soit au moment de sa fonte, soit lorsqu'il était réduit en poudre légère, est inoffensif; qu'il en est à peu près de même lorsqu'il est allié au zinc en telle proportion que ce soit.

Les observations consignées dans ce mémoire sont, comme on le voit, en contradiction avec les résultats annoncés dans le travail le plus récent et le plus considérable sur ce sujet, celui de M. le docteur Blandet. Ainsi, tandis que d'après M. Blandet, il y aurait à Paris, par an, des milliers de cas de colique de cuivre, au point que cette affection serait même plus commune que la colique de plomb, MM. Chevallier et Boys de Loury ont été conduits, au contraire, par les recherches minutieuses auxquelles ils se sont livrés sur ce sujet, à considérer l'inspiration des particules cuivreuses comme parfaitement innocente. Les ouvriers en cuivre, et notamment les fondeurs, sont comme toutes les personnes astreintes à des occupations pénibles, sujets à être affectés de symptômes de courbature, manifestement dus à la fatigue; mais les observations les plus attentives n'ont jamais pu faire découvrir un seul ouvrier ayant éprouvé la colique pour avoir soulevé la poussière de cuivre.

Nous croyons les conclusions du travail de MM. Chevallier et Boys de Loury parfaitement fondées, et s'il nous était permis d'y joindre le contingent de notre propre observation, très-faible assurément à côté des nombreux documents qu'ont pu réunir les laborieux auteurs de ce mémoire, nous dirions que, médecin nous-même depuis un certain nombre d'années de plusieurs établissements industriels où l'on manipule le cuivre, il ne nous est arrivé que très-exceptionnellement d'être consulté pour des accidents attribuables au cuivre, et qu'il nous a paru que l'état de santé habituel des ouvriers fondeurs, ciseleurs ou autres, ne différait généralement en rien de celui des autres ouvriers placés dans les conditions hygiéniques ordinaires.

ÉTUDES STATISTIQUES SUR LES LOIS DE LA POPULATION.

Bien qu'nn ne saisisse pas parfaitement l'ordre d'enchaînement des faits consignés dans ce travail, ni le but précis que s'est proposé l'anteur en groupant à côté les uns des antres les résultats statistiques empruntés pour la plupart aux docnments officiels de l'administration, ces résultats ont, pour la plupart, assez d'intérêt par enx-mêmes, ponr que nous croynns devoir signaler en passant quelqnes-uns de ceux qui portent avec eux nne déduction ou une application utile an point de vue des rapports de l'économie avec l'hygiène publique, notamment ponr ce qui concerne la France.

Un premier résnltat intéressant à consigner est celni de l'état compatif de la fécondité des mariages dans les divers pays de l'Europe et en France. Il en résulte que les naissances en France, depuis 1772, c'est-à-dire dans nne période de quatre-vingts ans, ont suivi une marche décroissante, telle que la fécondité anrait diminué de plus de 40 pour 100. Il ne s'agit, bien entendu, que d'une diminution de la fécondité relative à l'accroissement habituel de la population. Voici quel est, par rapport à l'accroissement de la population, le rapport de la France avec quelques-uns des principaux États de l'Europe : tandis que la populatinn se trouve doublée, en Belgique, dans une période de quarante et un ans, en Hollande et dans les États sardes, en quarante-deux ans, en Norwége et en Irlande, en cinquante ans, en Autriche et en Pologne, en cinquante-deux ans, en Espagne, en Écosse et en Suède, en cinquante-sept ans, dans le Royaume-Uni, en soixante-deux ans, en Italie, en soixante-six ans, en Prusse, en soixante-dix ans, en Portugal, en quatre-vingt-dix-sept ans, etc., la proportion de l'accroissement de la population, en France, ne serait que de 1 sur 190 en un an, c'est-à-dire telle qu'elle ne serait doublée que dans une période de cent trente-deux ans. D'un autre côté, d'après les calculs de l'étendue du sol livré à la culture, d'après d'autres calculs portant sur la part de céréales qui revient à chaque habitant, il résulterait que la production des céréales a à peu près doublé depuis cent cinquante ans : d'où l'on serait amené à conclure que la France serait, et par le ralentissement de la fécondité, d'une part, et par nne meilleure culture du sol, d'une autre part, sinon entièrement soustraite aux terribles conséquences de la loi de Malthus, au moins mieux partagée à cet égard que les autres États de l'Europe, dans quelques-uns desquels la population a doublé en cinquante et même en quarante ans. M. Boudin a examiné le mouvement de la population en Europe sous un autre point de vue non moins digne d'intérêt, celui de l'âge. On a coutume, dans les statistiques, de mesurer la force d'une population d'après le chiffre absolu d'individus qui la composent, tandis que la véritable force de la population repose principalement sur les adultes. Malheureusement les éléments de ce calcul n'existant pas pour la France, où les tableaux de recensement de la population ne font pas mention de l'âge, M. Boudin s'est servi, pour cette appréciation, des documents empruntés au recensement de quelques autres États, notamment de l'Angleterre, du Danemark, du Piémont, de la Prusse, de la Russie, etc. Le fait le plus saillant qui ressort du relevé de ces populations par âge, c'est l'accroissement proportionnel des individus agés de 15 à 50 ans, par rapport aux deux extrêmes de la vie. Ainsi en Angleterre, par exemple, l'accroissement de la population, dans une période de vingt ans, de 1821 à 1841, ayant été de 32,79 pour 100, il a été :

De 22,26 pour les individus âgés de moins de 15 ans ;
De 42,15 — — de 15 à 50 ans ;
Et de 30,87 — — de 50 ans et au-dessus.

Ce résultat est remarquable, ee ce qu'il contraste avec la statistique présentée récemment, à un autre point de vue, par M. Carnot, pour démontrer l'influence funeste de la vaccine sur la portion adulte et féconde de la population. Il est d'autant plus remarquable qu'il est puisé dans le pays où la vaccine est le plus en bonneur.

H. BROCHIN.

VARIÉTÉS.

— A la suite du concours ouvert, le 6 octobre dernier, à l'École de médecine navale du port de Rochefort, le jury d'examen a proposé à la sanction du pouvoir exécutif les nominations suivantes :

Au grade de professeur, M. Arlaud;

Au grade de chirurgien de premiere classe (service des ports), MM. Dronet et Girardeau ;

A celni de chirurgien de seconde classe (service des colonies, Sénégal), MM. Pestre et Rulland ;

A celni de chirurgien de troisième classe (service des ports), MM. J. Coignet, Dumay et Garuer.

M. Saint-Marc a été proposé pour le grade de pharmacien de troisième classe.

— La séance de rentrée de l'École préparatoire de médecine et de pharmacie de Marseille a été présidée par le recteur de l'Académie, et le discours de rentrée a été prononcé par M. le docteur Sue, directeur de l'École.

— Le conseil d'hygiène publique et de salubrité de l'arrondissement de Marseille a procédé, la semaine dernière, à l'installation de trois nouveaux membres, nommés par M. le préfet, d'après son arrêté du 10 octobre courant.

Ces membres sont MM. les docteurs Marseille et Seux, en remplacement de MM. Daniel et Bouquet, sortants d'exercice, et M. Laurens, pharmacien, en remplacement de M. Camoin, démissionnaire.

Le conseil a procédé ensuite au renouvellement de son bureau. M. Rousset, docteur-médecin, a été maintenu président; M. le docteur Chaudoin a été élu secrétaire en remplacement de M. Roux, et M. Plantain bibliothécaire au lieu de M. Chaudoin.

— Depuis quelques jours, la suette épidémique règne dans la commune de Gramat (Cahors); elle sévit principalement dans les villages de Rignac, Roumegons, Roussière et Darnis. On compte déja un grand nombre de victimes. Le bourg de Gramat lui-même a été infecté de la contagion. M. le maire vicot de preodre, dans l'intérêt de la salubrité publique, un arrêté ponr ordonner la propreté la plus rigoureuse dans les habitations, rues et places publiques, empêcher le séjour de tous les objets, matières et fumiers de nature à vicier l'air. Indépendamment de ces mesures de sage prévoyance, M. le sous-préfet de Gourdon a chargé un médecin de la localité de faire nn rapport sur les symptômes de la maladie.

A Alvignac, il y a eu deux décès occasionnés par la suette; à Rignac, trois personnes en sont mortes; à Blanat, commune de Rocamadour, il y a eu pareillement trois cas qui ont eu une issue fatale.

Voici les symptômes de la maladie : frissons suivis de fortes douleurs de tête, mal aux reins, vomissement, malaise général suivi d'une sueur abondante. La durée de la maladie est de douze à seize jours. La période la plus critique se présente le troisième et le huitième jonr.

M. Ribeyrolles, médecin à Gramat, a déposé un rapport demandé par l'admidistration, sur cette maladie; il en résulte qu'il faut attribuer la présence de la suette aux esnx insalubres qui ont fait la boisson générale des habitants de cette localité pendant les longues et excessives chaleurs de l'été dernier. La période décroissante, qui est arrivée pour cette épidémie, fait supposer sa prompte disparition.

— On écrit de Nantes :

« La dyssenterie a complétement disparu de Champtoceau, et tout porte à croire que ce fléau a enfin quitté le pays. »

— La statistique officielle des décès cholériques dans la ville et la banlieue d'Oran, pendant l'année 1851, donne les détails suivants, curieux pour la science: Total des décès du 18 juillet au 11 septembre, 504, dont 260 hommes, 105 femmes, 89 garçons et 52 filles.

La division par nations donne: 160 Français, 214 Espagnols, 4 Anglo-Espagnols, 2 Italiens, 5 Allemands, 27 musulmans, 59 israélites et 33 des diverses nations de l'Enrope.

Les décès en ville ont été de 323; à l'hôpital civil, 58 sur 104 entrants; à l'hôpital militaire, de 123 sur 186 entrants.

— Il est mort à Paris, dans le mois de septembre, 2,125 individus : 1,049 hommes, 1,076 femmes; au-dessous de 3 mois, 248 garçons, 205 filles; de 3 mois à 1 an, 40 garçons, 60 filles; de 1 à 6 ans, 125 garçons, 160 filles; de 6 à 8 ans, 11 garçons, 13 filles; de 8 à 15 ans, 15 garçons, 24 filles; de 15 à 20 ans, 44 garçons, 59 filles; de 20 à 30 ans, 108 hommes, 122 femmes; de 30 à 40 ans, 99 hommes, 88 femmes; de 40 à 50 ans, 88 hommes, 75 femmes; de 50 à 60 ans, 97 hommes, 83 femmes; de 60 a 70 ans, 92 hommes, 70 femmes; de 70 à 80 ans, 61 hommes, 85 femmes; au delà, 21 hommes, 30 femmes.

Sont morts de la phthisie pulmonaire : 121 hommes, 171 femmes; de la pneumonie, 56 hommes, 65 femmes; du catarrhe pulmonaire : 43 hommes, 42 femmes, de la fièvre entérite : 148 hommes, 153 femmes; de la fièvre typhoide : 36 hommes, 22 femmes; de la fièvre cérebrale : 52 hommes, 44 femmes; de l'apoplexie : 26 hommes, 24 femmes. Sont morts-nés : 105 garçons, 79 filles; sont morts du croup : 19 garçons, 18 filles; de convulsions : 24 garçons, 14 filles; de la rougeole : 9 garçons, 14 filles; de la petite vérole, au-dessous de 3 mois, 2 garçons, 4 filles; de 1 à 6 ans, 1 garçon, 3 filles; de 8 à 15 ans, 2 filles; de 15 à 20 ans, 2 garçons, 1 fille; de 20 à 30 ans, 2 hommes, 2 femmes; de 30 à 40 ans, 2 hommes, 2 femmes, de 40 à 50 ans, 3 femmes. Sont morts de maladies diverses : 338 hommes, 404 femmes. Se sont tués : 1 fille de 15 à 20 ans; 4 hommes, 2 femmes de 20 à 30; 3 hommes, 2 femmes de 30 à 40; 4 hommes, 1 femme, de 40 à 50 ans; 3 femmes de 50 à 60 ans.

Sur le mois précédent, il est mort en moins 42 enfants de 3 mois à 1 an; en plus, 18 enfants de 15 à 20 ans; 40 vieillards en plus de 70 à 80 ans; au delà 11 vieillards en moins; 17 décès en plus de phthisie, 26 de pneumonie, 11 de catarrbe; 15 décès en moins d'entérite; 14 de fièvre typhoide; 10 en plus de fièvre cérebrale, et 19 en plus du croup, 21 en moins de petite vérole, etc.

ALIÉNÉS. — On a dû renfermer, pendant le mois de septembre, 157 aliénés; on en a pu laisser sortir, comme guéris, 128; 57 sont morts. Il y a eu 37 rechutes, 1 évasion.

— M. Is. Geoffroy-Saint-Hilaire ouvrira son Cours de Zoologie au Jardin des plantes (muséum d'histoire naturelle) le 15 novembre, à une heure. Il traitera particulièrement de l'histoire naturelle des oiseaux.

— MALADIES DES YEUX. COURS PUBLIC ET GRATUIT. — M. le docteur Deval continue ses consultations cliniques sur les maladies des yeux, à son dispensaire, rue de l'Échelle, n° 8, tous les jours, à onze heures du matin, excepté le dimanche et le mercredi.

Le rédacteur en chef, JULES GUÉRIN.

REVUE HEBDOMADAIRE.

ACADÉMIE DES SCIENCES. — DE L'INGESTION DES VIANDES PROVENANT D'ANIMAUX MORTS DE MALADIES CONTAGIEUSES.

L'important travail lu à la dernière séance de l'Académie des sciences par M. Renault (d'Alfort) s'applique à deux ordres d'idées étroitement unis par le lien scientifique, mais distants de tout l'intervalle qu'il y a entre la théorie et la pratique, et pouvant ainsi être considérés séparément. L'un touche la physiologie spéculative ; l'autre l'hygiène publique. Le premier découvre un point de vue nouveau ; le second, ajoutant des expériences à d'autres expériences déjà connues, apporte de nouvelles lumières dans une question obscurcie par des éléments contradictoires.

Eu faisant avaler à des animaux d'espèces différentes des débris cadavériques provenant d'animaux morts de diverses maladies contagieuses, telles que rage, morve, maladie charbonneuse ou *sang de rate*, typhus contagieux, péripneumonie des bêtes à cornes, épizootie contagieuse des gallinacés ; en multipliant, en variant les expériences, l'habile professeur d'Alfort est arrivé à ce résultat général que les carnivores et les omnivores (chien, porc, poule) peuvent être alimentés sans danger avec des matières virulentes, même crues, tandis que l'ingestion des mêmes matières dans l'estomac des herbivores (mouton, chèvre et cheval) donne lieu fréquemment à des accidents de contagion. Quelques réserves sont commandées seulement à l'égard de l'épizootie des gallinacés qui jusqu'ici, et sauf la décision d'expériences à tenter hors de l'atmosphère épidémique, paraît susceptible de se transmettre, par les voies digestives, aux gallinacés eux-mêmes. Une conséquence à tirer du fait général se présente d'elle-même, et M. Renault ne manque pas de la signaler. L'immunité dont jouissent les carnivores et les omnivores alimentés avec des matières virulentes ne tient-elle pas à ce que les virus, étant de nature animale, subissent dans les organes naturellement destinés à digérer des aliments animaux une altération qui leur enlève leurs propriétés délétères ? Cette pensée, nous le répétons, sourit à l'esprit. A notre avis pourtant, M. Renault a fait sagement de se renfermer dans une forme dubitative. Nous n'avons sous les yeux que ses conclusions ; mais il est impossible que, sur ce point si essentiel, elles ne résument pas scrupuleusement le contenu du mémoire. Or nous voyons, dans ces conclusions, que si toutes les maladies contagieuses nommées plus haut ont fourni leur contingent aux expériences qui ont eu pour sujet les carnivores et les omnivores, on n'a expérimenté sur les herbivores qu'avec le charbon. L'induction, à la supposer fondée, ne serait donc légitime qu'en ce qui concerne la matière virulente fournie par cette dernière maladie. Mais cette induction est de celles qui ne sont vraies que si elles sont générales ; car si la propriété de ne se communiquer par les voies digestives qu'à deux espèces d'animaux et non à une troisième appartenait uniquement au virus du sang de rate, il serait tout à fait insoutenable que cela dût être attribué à une différence dans la destination physiologique de l'appareil digestif. Nous avons encore un autre scrupule que, sans y attacher plus d'importance que de raison, nous ne serions pas fâché de voir lever par le seul moyen qui convienne ici, par l'expérience. Il y a des poisons très-actifs, dont une parcelle introduite sous la peau, tue instantanément, et qui néanmoins peuvent être ingérés à haute dose sans le moindre danger. On a démontré sans réplique que l'immunité, dans ce dernier cas, ne tient en aucune façon à la digestion, à l'altération du toxique, mais uniquement au défaut d'absorption. Le chien, le porc, la poule, à qui certain virus est fatal quand ou l'insère sous la peau, reçoivent impunément ce virus dans le tube digestif ; la chèvre, le mouton, le cheval, sont passibles de la contagion par l'une et l'autre voie. Est-ce parce que les premiers seuls digèrent le virus, on parce que seuls ils ne l'absorbent pas ? La première hypothèse peut être plus vraisemblable que la seconde, la faculté d'absorber un principe animal paraissant plus en rapport avec les fonctions digestives d'un carnivore ou d'un omnivore qu'avec celles d'un herbivore. Mais il n'y a de raisons péremptoires ni pour l'une ni pour l'autre ; car les expériences de Spallanzani relatives à l'action du suc gastrique sur les viandes *putréfiées*, ne répondent pas complétement à la difficulté présente. Comment sortir du doute ? Qu'on se rappelle les curieuses expériences de MM. Pelouze et Cl. Bernard sur le *curare*. Ce poison si violent, le chien et les lapins l'avalent sans en éprouver le moindre accident ; ils sont foudroyés si on en dépose une gouttelette sur le tissu cellulaire. Le poison perd-il ses propriétés délétères dans l'estomac ? Non ; car recueilli par une fistule gastrique, il a conservé toute son activité. Ne serait-il pas intéressant de reprendre dans l'estomac, dans les intestins du chien, du porc, de la poule, la pâte alimentaire, et de rechercher si elle ne conserverait à aucun degré des propriétés contagieuses ?

Et ceci nous conduit à la dernière remarque que nous désirions faire sur ce point. L'ingestion de certains poisons *animaux* n'a aucun inconvénient pour les carnivores ; elle a de graves dangers pour les herbivores. Si l'on expérimentait avec des poisons *végétaux*, le contraire n'aurait pas lieu — l'expérience permet de l'affirmer dès à présent — et la vue théorique exprimée par M. Renault n'en souffrirait aucunement, puisque les carnivores digèrent également les végétaux. Mais il y a, ou vient de le voir, des poisons végétaux exempts de danger pour les herbivores, parce que leur tube digestif est inapte à les absorber. Les lapins avalent impunément du curare, et l'on pourrait citer d'autres exemples du même genre. Ici la théorie chancelle ; car si les herbivores ne sont inaccessibles aux virus que parce que ce sont des principes animaux, on se demande pourquoi ils sont également insensibles à certains poisons végétaux. L'expérience doit n'en a pas fini avec cette question.

Le sujet pratique traité par M. Renault est relatif à l'alimentation de l'homme et de quelques animaux avec des viandes provenant d'individus morts de maladies contagieuses. Il fut un temps où l'on regardait la consommation de ces viandes comme mortelle ; les législations les plus anciennes l'interdisent, et, si l'on en croyait les auteurs, J.-P. Franck, Fracastor, Lancisi, etc., les exemples ne seraient pas rares de morts imputables à l'usage de la chair d'animaux morts de la rage, du charbon, de la morve ou du typhus. Mais l'opinion a bien changé, surtout depuis les grandes expériences dont la France a été témoin pendant la révolution et l'empire. A Saint-Germain, trois cents chevaux morveux servirent à la nourriture des pauvres ; à Alfort, un nombre également considérable de chevaux atteints de morve et de farcin furent abattus dans le bois de Vincennes et mangés par les habitants du voisinage. Personne n'en ressentit d'effet nuisible. En 1814 et 1815, lors de l'invasion de l'Alsace, les troupes alliées et les habitants du pays se nourrirent en grande partie de chair d'animaux morts du typhus, et ce fut pour le père du doyen actuel de la

---

Feuilleton.

UNE PROMENADE EN ALLEMAGNE.

A M. le docteur Jules Guérin.

Mon cher confrère,

La GAZETTE MÉDICALE a souvent publié, au grand plaisir de ses lecteurs, des relations de voyages médicaux en France et à l'étranger. Les praticiens, nos compatriotes, ont une telle tendance à la vie sédentaire, il faut de si graves occurrences pour les enlever à leurs malades, que toute excursion un peu lointaine leur semble le renversement des plus saines traditions de l'exercice de la médecine. Aussi, pour se dédommager de cette privation, lisent-ils volontiers les récits de ceux d'entre nous que des circonstances particulières entraînent vers des pays étrangers. Et, chose remarquable, cette curiosité semble s'accroître à mesure que les habitudes casanières ont perdu de leur empire. Le corps médical lui-même a subi l'influence des nouveaux moyens de locomotion. Si chaque année voit augmenter dans une proportion énorme le nombre des voyageurs que les chemins de fer transportent dans toutes les directions, personne ne contestera que nos honorables confrères fournissent un beau chiffre à ce total de touristes, j'en conclus que ce goût de voyages qui s'empare de tout le monde s'étend jusqu'aux récits des voyageurs, d'autant plus que chacun ayant la possibilité de contrôler l'exactitude de la narration, celle-ci prend nécessairement un caractère de vérité dont nos prédécesseurs se piquaient peu. De là certaine sentence proverbiale contre laquelle les modernes voyageurs peuvent réclamer à juste titre.

Ainsi donc on dit vrai, même quand on revient de loin. Mais dire ne suffit pas, il faut écrire, il faut publier, et l'on peut s'étonner à bon droit de lire un si petit nombre de descriptions de voyages dans un temps où une foule de promeneurs s'accordent de si belles vacances. Un médecin qui, pour une raison quelconque, abandonne son cabinet et ses clients, et se lance au hasard des grandes routes, ne perd pas son caractère spécial, il ne cesse pas d'être médecin, observateur, critique, il porte en lui cette source inépuisable de curiosité qui cherche, d'analyse qui compare, et toute excursion lointaine devient l'occasion d'une récolte, d'un bénéfice.

Dirai-je que les médecins français, partageant à cet égard certains préjugés nationaux, se laissent aller très-volontiers à la douce persuasion d'une supériorité que les étrangers veulent bien ne pas nous contester, par courtoisie pure. Dirai-je que notre isolement relatif, au milieu du grand mouvement des nations voisines, ne nous permet guère une impartialité qui serait cependant de bon goût, et qu'accoutumés aux suggestions de notre vanité, nous ne pouvons nous résigner à croire que les étrangers fassent mieux ni même aussi bien que nous. Cela est pourtant vrai, nous ne sommes ni généreux, ni justes à l'égard du reste de l'Europe, et celle-ci, qui aurait certes le droit de se moquer de nos prétentions,

Faculté de médecine de Strasbourg l'occasion de se signaler par d'importantes recherches sur cette grave qnestion d'hygiène poblique. Malgré toutes ces garanties de sécnrité, personne o'avait encore, que nous sachions, établi en principe l'absolue innocnité des viandes épizootiqnes, et proposé, an moins indirectement, l'abrogation des mesnres de police qui en interdisent la consommatinn. Ce qn'nn avait demandé de plus radical jusqn'à présent était de restreindre la proscription anx viandes putréfiées et à celles d'animaux morts du charbon. M. Renault établit qu'avec la précaution de faire cuire la chair et bouillir les liquides, leurs propriétés virulentes sont *complétement anéanties*. C'est le résultat constant et uniforme de ses expériences. Si, comme l'habileté et la sévérité connues de l'observatenr autorisent à le peoser, ce résultat n'est pas démenti par des expériences nltérieures, une nouvelle ressource pourra être ainsi ouverte à l'alimentation du peuple. Néanmoins, il sera toujonrs prudent de n'y recourir que dans les besoins urgents et avec de grandes précautions, le maniement des chairs épizootiques avant la cuisson exposant, de l'aveu de tous, aux plus graves dangers.

A. DECHAMBRE.

ANATOMIE PATHOLOGIQUE.

MÉMOIRE SUR LA CARNIFICATION; par M. C. BARON, médecin des hôpitaux.

(Suite.— Voir le numéro précédent.)

OBS. IV. — Charon, âgé de 7 jours, est apporté à l'infirmerie de l'hospice des Enfants trouvés, le 4 janvier 1846, avec nn pen d'induration des membres. Son cri est faible et voilé; son thorax, assez sonore en avant, est très-peu sonore en arrière et à gauche, presque complétement mat en arrière et à droite. Le bruit respiratoire est faible en avant, presque nul en arrière. On entend dans cette dernière région un peu de râle sous-crépitant dans l'inspiration; de la bronchophonie et une respiration légèrement bronchique en arrière et à droite, dans la moitié supérieure. Le 5, sonorité très-faible dans le côté droit, en arrière; râle crépitant en arrière, des denx côtés; respiration bronchique dans la région postérieure droite; bruit respiratoire presque nul, et râle sous-crépitant en avant du même côté. Le 6, râle sous-crepitant en arrière dans les deux côtés. La faiblesse déjà grande les jonrs précédents augmente encore. L'enfant succombe.

Au niveau du pariétal droit est une tumeur ovalaire d'avant en arrière, formée par l'infiltration d'un liquide sérenx, janne, gélatiniforme, an-dessous de la peau. Dans la moitié postérieure des deux poumons, la surface de section est lisse, rouge grisâtre clair; le tissu paraît homogène, est dense, et néanmoins laisse assez facilement pénétrer le doigt. Le reste des poumons est gorgé de liquide spumeux.

Voici encore une carnificatioo coïncidaot avec un œdéme pulmonaire et une diathèse séreuse exprimée chez ce sujet par un scléréme. La carnification est à peu près au méme degré que chez le sujet de l'observation précédente, et, comme chez celui-ci, l'augmentation de la cohésion est, des caractéres de la carnification, le seul qui manque.

Le râle sous-crépitant était dû à l'œdème et s'accorde avec l'état spnmenx de cet œdéme. La diminution de la sonorité thoracique et du bruit respiratoire, la respiration bronchique et la bronchophonie doivent être attribuées à la carnification. Le caractère du cri était sans doute dû aussi à la carnification ou à l'œdéme pulmonaire. Comme le râle sons-crépitant fut entendu dans une régioo du thorax où précédemment on percevait de la respiration bronchique, et au oiveau de laquelle on tronva le ponmon carnifié, il semblerait que la perméabilité de l'organe respiratoire, après avoir été abolie dans la partie carnifiée, tendait ensuite à se rétablir, quoique la carnification persistât.

OBS. V. — Duissant, âgé de 3 aos et demi, entre à l'infirmerie des Enfants-Trouvés en août 1847, avec nne varicelle dont plnsieurs boutons deviennent gangréneux. L'enfant s'affaiblit et maigrit graduellement; il lui survient de la diarrhée. Dans les derniers jours de la vie, on constate du râle sibilant et un peu de râle muqueux, en arrière et à gauche, à la partie supérieure du thorax; puis, plusieurs bulles de pemphigus gangréneux se developpent. La gangrène se manifeste aussi à la surface d'un vésicatoire applique sur les parois thoraciques. La mort survient le 24 septembre 1847.

Nombreux points d'inflammation dans l'intestin grêle; développement prononcé des follicules agminés et isolés. Foie pâle. Bile très-pâle dans la vésicule. La plupart des organes sont aussi notablement pâles. Environ 60 grammes de sérosité dans le péricarde. Au sommet du ponmon gauche, il y a quelques granulations et quelques petits tubercules commençant à se ramollir. Les deux poumons, dans toute leur étendue, excepté dans leur quart antérieur, présentent les altérations suivantes : Le tissu parait homogéne, tout à fait semblable à la chair; il est plus dur que dans l'état normal. Il ne s'aplatit pas par la pression; toutefois le doigt s'y enfonce plus facilement que dans l'état sain, mais non sans une certaine résistance. Les surfaces de section sont lisses, unies, d'un rouge brun sombre. Sur cette coloration tranchent seulement les vaisseaux principaux et les bronches; il sourd de tous les points une sérosité abondante, très-légèrement spumeuse.

Nous ne trouvons pas ici d'aoasarque, mais ooos sommes aotorisé à admettre que l'état général de cet enfant, fort analogue à celui de plnsieurs sujets des observations précédentes, et en particulier de la troisième, était très-propre à favoriser les hydropisies. Cette disposition, d'ailleurs, était indiquée par l'hydropéricarde et par l'œdéme pulmooaire. La coïncidence de cet œdéme avec la carnification du poumon est le fait principal de cette observation et la rapproche de celles qui précèdent. L'infiltratioo persiste encore dans les portions de poumon qui présentent déjà les caractères de la carnification; aussi, celle-ci n'est pas encore très-avancée, car la cohésion n'est pas très-grande.

Le râle muqueux était produit, dans les bronches d'un assez grand calibre, par le mélange de l'air et de la sérosité qui, en effet, était un peu spumeuse. Le râle sibilant était déterminé par la carnificatioo ou par l'œdéme.

OBS. VI. — Chez un jeune scrofuleux, mort, pendant l'été de 1840, à l'hôpital des Enfants-Malades, je trouvai une carie du second métacarpien de la main gauche, des premier et troisiéme métacarpien de la main droite; des abcès tuberculeux dans les deux aisselles et à la partie inférieure du bras droit; des adhérences cellulo-fibreuses dans la plévre droite; quelques granulations dans le lobe inférieur du poumon droit; cet organe, d'un brun grisâtre, infiltré de liquide et laissant pénétrer facilement le doigt; le poumon gauche généralement gorgé de liquide, contenant, dans sa partie postérieure et inférieure, un petit tubercule; cette dernière portion laissant pénétrer le doigt assez facilement; le reste de cet organe conservant sa souplesse et sa cohesion, sauf quelques parties bleuâtres, à l'extérieur, d'un brun foncé, à l'intérieur, denses, à surface de section lisse, ne laissant pénétrer le doigt que difficilement, enfin carnifiées.

---

se contente d'améliorer ses institutions, d'enrichir ses écoles et de nous offrir, sur plusieurs points, des modèles à imiter.

Il faut bien s'accoutumer à tenir compte des progrès que fait partout l'enseignement public et privé des sciences médicales; que notre amour-propre en souffre, c'est un petit malheur, l'essentiel, c'est de reconnaître en quoi nous sommes inférieurs à nos rivaux; si ces notes recueillies en courant peuvent contribuer à dissiper certains préjugés qui, pour être naïfs, n'en sont pas plus respectables, j'aurai cru me rendre utile. Peut-être même quelque contradicteur se décidera-t-il à soumettre mes assertions à un contrôle éclairé. Ce que j'ai vu d'une façon superficielle paraîtra digne d'un examen approfondi; un voyageur très-sérieux ira étudier les institutions médicales de l'Allemagne, et je pourrai me féliciter d'avoir fourni l'occasion d'une étude où la France a beaucoup à gagner.

Donc, M. Orfila et moi, poussés par divers motifs, nous quittions Paris le 10 septembre dernier, et après avoir franchi Strasbourg, Carlsrhue et Stuttgard, nous sommes arrivés à Munich, pleins du désir de voir tout ce que renferme la capitale de la Bavière. Ne craignez pas, cher confrère, que j'abuse de la patience de vos lecteurs en leur racontant les merveilles artistiques dues au chaleureux patronage de l'ex-roi Louis, les énormes dépenses faites dans l'intérêt du travail intellectuel, ces galeries de tableaux où les élèves en peinture trouvent d'inimitables modèles libéralement exposés à leurs études, ces bibliothèques ouvertes à tous, ces monuments, qui reproduisent avec une fidélité scrupuleuse les plus beaux types de l'architecture grecque et romaine, tout cela n'est pas de mon ressort, et je me hâte d'arriver à l'hôpital de Munich.

Je n'affirmerais pas que l'édifice a été élevé tout exprès pour y loger des malades. C'est en effet chose assez rare, même en France, de rencontrer un hôpital créé *ad hoc*. Presque toujours on a adapté à cet usage un vieux couvent, un collége, une caserne, et Dieu sait si les arrangements consécutifs remédient aux vices de forme du premier plan. Peut-être l'hôpital de Munich est-il entaché de ce défaut, mais enfin, tel quel, j'ai pu y faire les remarques suivantes.

Toutes les salles sont petites, elles ne contiennent pas plus de dix à douze lits; ce sont en quelque sorte des chambres où l'on peut réunir quelques malades offrant certaines analogies d'âge, de profession, et qui, par cela même, sont plus agréables à ceux que la misère conduit à l'hôpital. Cette disposition rend l'isolement facile, favorise le silence, le repos, contribue en un mot au soulagement plus prompt et plus complet de ceux qui viennent y chercher les secours de l'art et de la charité. Comparez cela avec nos immenses salles où des lits à perte de vue reçoivent des centaines de malheureux, et dites en conscience dans lequel de ces deux hôpitaux vous préféreriez être, non pas médecin, mais malade.

Ce n'est pas à dire que j'approuve tout dans cet établissement. La salle d'opérations est au second étage, peut-être pour y trouver une meilleure exposition à la lumière, mais cela ne compense pas suffisamment les inconvénients du transport des malades. Et cependant cette salle est fort bien disposée; les élèves et les assistants y trouvent le grand avantage de bien voir le chirurgien qui opère, et celui-ci a décoré le pourtour de son amphithéâtre de façon à donner la meilleure opinion de son goût et de sa modestie. Les portraits de tous les chirurgiens célèbres, vivants ou défunts, couvrent ces murailles savantes : Français, Anglais, Italiens, Allemands, tous ceux qui, depuis le commencement de ce siècle, ont

Comme chez deux sujets des observations précédentes, nous rencontrons ici des tubercules. Il n'y a pas d'anasarque, mais la carnification coïncide avec un œdème pulmonaire, comme dans les cas précédents. La carnification est plus avancée que nous ne l'avons encore observée chez la plupart des sujets, puisque le doigt ne pénètre dans la substance qu'avec difficulté. Ainsi que nous l'avons déjà rencontré, c'est dans le poumon infiltré de la plus grande quantité de liquide que l'altération se développe, et elle apparaît par points disséminés.

Obs. VII. — Noyaux, âgée de 73 ans, entre à l'hôpital de la Charité le 27 octobre 1842, et jusqu'à sa mort, qui survient le 19 novembre, on observe chez elle une faiblesse de plus en plus prononcée; une toux assez fréquente; des râles muqueux et sous-crépitant à la partie inférieure des deux côtés postérieurs du thorax, dans une plus grande étendue et plus serrés à droite qu'à gauche. Dans le commencement du séjour de cette femme à l'hôpital, la respiration était légèrement soufflante dans le côté antérieur gauche; mais bientôt elle redevint purement vésiculaire. Peu de jours après l'entrée à l'hôpital, les membres inférieurs d'abord, puis le membre supérieur gauche s'œdématièrent. Une ulcération au voile du palais et du muguet sur la langue survinrent dans les derniers jours.

La partie postérieure du poumon droit est unie aux côtes par des adhérences très-intimes. Les deux poumons sont, dans presque toute leur étendue, infiltrés d'une grande quantité de sérosité spumeuse qui s'écoule à l'incision; le tissu est néanmoins un peu crépitant, mais il laisse généralement pénétrer le doigt par une pression peu considérable; sa couleur est généralement gris noirâtre, rougeâtre à la moitié inférieure. La plus grande partie du lobe inférieur du poumon gauche offre à la coupe une surface unie, lisse; le tissu à cette région est dense, comme homogène, carnifié, et laisse assez difficilement pénétrer le doigt. Les deux poumons présentent, soit dans leur intérieur, soit à leur surface, sous la plèvre, de petites indurations squirrheuses, plus nombreuses à gauche qu'à droite. Entre la base du poumon droit et la partie postérieure de la face squirrheuse du foie, intimement adhérentes, on trouve une tumeur osseuse du volume d'une grosse noix.

Cette carnification du poumon accompagnant un œdème du même organe et de son congénère, chez un sujet qui présentait aussi de l'infiltration en différentes régions du corps, place naturellement cette observation à côté des précédentes. Ici, de même que chez le sujet de la sixième observation, la cohésion de la carnification était déjà grande, quoique la quantité du liquide infiltré dans le poumon fût encore considérable.

Le râle muqueux et le râle sous-crépitant sont dus à la présence, dans les ramifications bronchiques, de la sérosité qui, en effet, fut trouvée spumeuse. Comme le caractère légèrement soufflant du bruit respiratoire fut perçu seulement en avant, et que la carnification occupait principalement la région postérieure, il est douteux que cette modification du bruit respiratoire soit due à la carnification; mais s'il en était ainsi, le bruit respiratoire ayant bientôt perdu son caractère soufflant, la perméabilité du poumon, malgré la persistance de la carnification, serait redevenue plus parfaite, après avoir été un instant amoindrie. Ce serait un point d'analogie avec la quatrième observation.

Obs. VIII. — Poly, âgé de 5 ans, entre le 26 octobre 1839 à l'hôpital des Enfants. Il est malade depuis trois semaines, et les principaux symptômes observés chez lui depuis lors ont été de l'œdème en différentes régions du corps, de la diarrhée, des coliques et des douleurs lombaires, de la fièvre, un affaiblissement notable. A l'hôpital, on constate ces divers symptômes, et de plus un peu de râle sibilant dans le côté droit postérieur du thorax et une ulcération superficielle, sans engorgement, à la face interne de la lèvre inférieure. L'œdème occupe les jambes, les pieds, l'avant-bras et la main du côté gauche. L'enfant succombe le 27 octobre.

Infiltration séreuse sous la peau et dans les interstices musculaires. Un peu de sérosité sous l'arachnoïde viscérale. Chaque ventricule en contient deux cuillerées.

Le poumon gauche est à l'extérieur d'un bleu foncé uniforme dans sa moitié postérieure, violet par places en avant; un tiers au plus de l'organe surnage. A l'intérieur, le lobe inférieur est rouge noirâtre dans toute son étendue; le doigt ne s'y enfonce pas facilement; les surfaces de section sont lisses, unies; le tissu est dense, non grenu; le doigt ne le déprime et ne s'y enfonce qu'avec difficulté, et il n'y détermine pas de crépitation; il y a carnification; le lobe supérieur est rougeâtre, gorgé de sang; dans quelques endroits, le doigt pénètre avec facilité dans la substance qui, dans d'autres, est carnifiée. Le poumon droit offre les mêmes altérations dans les lobes inférieur et supérieur que le poumon gauche, mais à un degré un peu moindre; l'organe surnage dans la moitié de son étendue, et il est plutôt violet que bleu à l'extérieur.

Rougeur et ramollissement de la membrane muqueuse de presque toute l'étendue de l'estomac et de nombreuses parties de l'intestin grêle et du colon. Cinq noyaux d'apoplexie ou d'inflammation dans le rein droit. Rate un peu ferme.

Carnification des deux poumons dont les parties non carnifiées sont occupées par une infiltration sanguine; en même temps que cette infiltration sanguine, coloration rouge de cette carnification, paraissant indiquer un rapport entre l'infiltration et la carnification; augmentation de densité de la rate, altération qui se rapproche de la carnification et dont la coïncidence avec cette dernière, chez le même sujet, semble indiquer pour toutes deux une origine commune et, sans doute aussi, une grande analogie dans le mode de formation; présence de ces altérations chez un sujet ayant une anasarque ainsi qu'un épanchement séreux dans le crâne, et porteur d'une affection du rein, susceptible sans doute de produire des infiltrations: telles sont les particularités les plus essentielles de cette observation. La carnification semble moins avancée dans le poumon droit que dans le gauche.

Les poumons étaient perméables, puisque l'on ne constatait d'autre signe stéthoscopique qu'un peu de râle sibilant, modification bien minime pour une altération aussi considérable. Cependant les parties carnifiées de ces organes ne contenaient point d'air ou en contenaient fort peu, au moment de l'inspection cadavérique, puisqu'elles ne crépitaient ni ne surnageaient. Nous donnerons plus tard l'explication de cette apparente anomalie.

Obs. IX. — Elise Derourière, âgée de 6 ans, entre à l'hôpital des Enfants le 12 octobre 1840. A la suite d'une scarlatine survenue trois semaines auparavant, elle fut prise le 4 octobre, après avoir été exposée à un courant d'air, d'une anasarque commençant par la face. Le 8, on s'aperçut que son ventre se tuméfiait. Les urines devinrent épaisses et rougeâtres et leur quantité diminua. A l'hôpital, on constate la présence de l'albumine dans les urines. Bientôt l'enfant offre les symptômes d'une inflammation pseudo-membraneuse des voies respiratoires, et succombe le 25 octobre. Le 20, on avait constaté du râle crépitant et de la respiration bronchique, en arrière et à gauche, avec de la dyspnée et de la fièvre, et en même temps l'anasarque diminuait. Le 24, le murmure respiratoire était revenu en haut et à gauche, bien qu'un peu faible, et il y était accompagné d'un peu de râle muqueux et d'une légère diminution de la sonorité à la percussion; en même temps l'infiltration du tissu cellulaire sous-cutané redevenait plus considérable.

Infiltration notable du tissu cellulaire sous-cutané. Fausses membranes dans le larynx, la trachée et les bronches, se continuant à droite jusqu'aux troisièmes divisions bronchiques. Un verre de sérosité sanguinolente dans la cavité de la

---

contribué aux progrès de la médecine opératoire, figurent dans ce musée, et nous avons eu le plaisir de reconnaître que l'école française y tient une belle et honorable place.

Cherchez quelque chose de semblable dans nos amphithéâtres de Paris; demandez à nos célébrités un pareil hommage à l'égard de leurs confrères; essayez d'établir un panthéon de cette nature dans chacun des grands établissements qui attirent la foule des étudiants français et étrangers, et vous reconnaîtrez peut-être que les chirurgiens bavarois ont donné là un bel exemple d'impartiale libéralité. C'est tout ce que je voulais établir.

Diverses circonstances ne nous ont pas permis de pousser plus loin nos recherches sur l'enseignement médical en Bavière; nous nous réservons d'ailleurs pour Vienne et Berlin, ces deux grandes capitales qui résument en elles tous les progrès de la science d'outre-Rhin.

Un mot encore sur Munich. L'hygiène publique est bien entendue dans cette ville. Les nouveaux quartiers sont largement percés, les rues sont vastes, les maisons séparées par des jardins; l'air circule librement dans des places de grande dimension, tout indique une application intelligente des vrais préceptes de la science.

On ne quitte pas Munich sans visiter l'œuvre colossale de Schwanthaler. Une statue en bronze qui, avec son piédestal, a 30 mètres de hauteur, mérite une mention honorable, surtout de la part de ceux qui ont vu le saint Charles Borromée, d'Arona. L'artiste bavarois a presque fait un bronze florentin, tandis que l'ouvrier italien a fabriqué une immense pièce de chaudronnerie. Quel dommage que le créateur inspiré de cette admirable *Bavaria*, n'ait pu jouir de son triomphe! Plusieurs années passées au milieu de cette montagne de terre glaise ont causé à Schwanthaler une bronchite chronique, et il est mort après avoir mis la dernière main au modèle, mais trop tôt pour voir s'élever dans les airs ce prodige de la sculpture moderne. Les médecins qui s'occupent de l'hygiène des professions n'oublieront pas de noter ce fait, et peut-être trouvera-t-on le moyen de soustraire les artistes à l'action pernicieuse de cette humidité rhumatique.

Je voudrais transporter le lecteur de Munich à Vienne, mais le trajet est long, et quand on doit traverser successivement Salzbourg, Ischl, Gmunden et Linz, il est difficile de ne pas recueillir quelques observations intéressantes. Le Tyrol autrichien, celui qui comprend le versant nord des Alpes rhétiques, est un pays extrêmement pittoresque, riche en eaux minérales, et plus particulièrement en eaux salines. On exploite, dans ces contrées, depuis les temps les plus reculés, des amas de sel gemme qui sont une source intarissable de richesses. Il n'y a pas longtemps que l'on a eu la pensée d'utiliser ces exploitations sous le rapport médical ou thérapeutique; on a créé à Ischl des étuves où pénètre la vapeur qui s'exhale des chaudières dans lesquelles l'eau salée s'évapore, on donne des bains d'eau salée, et sans prétendre nier l'influence de la mode qui attire à Ischl l'aristocratie autrichienne, on ne peut se refuser d'admettre les effets salutaires d'un agent aussi actif que l'eau très-chaude et fortement chargée de sel. Je n'ai pas entendu dire que ce médicament ait triomphé de toutes les fièvres intermittentes dont il était naguère le spécifique. Salzbourg et ses montagnes cristallines, qui applaudissaient à la destitution du quinquina, se consolent en continuant de saler la soupe des Autrichiens, et ceux-ci, reconnaissants de ce bon office, ne fa-

plèvre droite. Un demi-litre de sérosité sanguinolente dans la cavité de la plèvre gauche. Le poumon gauche s'enfonce entièrement dans l'eau ; sa coloration extérieure est bleuâtre, marbrée ; il ne crépite pas sous la pression. La coloration intérieure est, en général, violet foncé, brunâtre en quelques points, surtout au sommet ; le tissu est ferme ; le doigt s'y enfonce difficilement ; la surface de section est humide, lisse, unie ; il y a carnification. A la partie inférieure, le tissu est moins consistant que dans les autres régions ; le doigt s'enfonce aisément ; il y a infiltration sanguine et quelques points noirâtres de pneumonie lobulaire autour des extrémités bronchiques. Cette dernière lésion se rencontre aussi dans le poumon droit. Environ un verre de sérosité dans le péricarde ; le péritoine en contient aussi un quart de litre. Il y a une quantité assez notable de bile dans le duodenum et dans le commencement de la portion valvulaire de l'intestin. Le foie est pâle à l'extérieur et à l'intérieur ; son tissu, quoique infiltré d'une assez grande quantité de liquide, est très-dense ; le doigt s'y enfonce difficilement ; l'organe, les vaisseaux exceptés, paraît formé d'un tout homogène ; il y a carnification. Altérations prononcées de l'affection de Bright dans les deux reins.

Encore une carnification du poumon avec une affection de Bright et des épanchements séreux multiples. Cette carnification est, comme chez plusieurs autres sujets, accompagnée d'une infiltration occupant toutes les parties non carnifiées de l'organe ; mais ce qui tend à prouver que la portion carnifiée était infiltrée comme les autres avant de s'indurer, c'est la coloration de cette induration, plus foncée que nous ne l'avons rencontrée dans la plupart des autres cas, et en rapport avec celle de l'infiltration du reste du poumon. En effet, la sérosité déposée dans cet organe était si rouge que le poumon est dit infiltré de sang. La sérosité qui formait cette infiltration était semblable à celle déposée dans les autres parties, ainsi dans les plèvres, le péricarde, le péritoine ; je reviens à dessein sur cette similitude, parce qu'elle tend à prouver l'identité de nature et de cause des altérations du poumon et de celles des autres parties du corps.

On ne peut attribuer la carnification du poumon gauche à l'épanchement pleurétique. La quantité du liquide contenu dans la plèvre n'était pas assez considérable, même pour comprimer les portions inférieures du poumon, puisque ces portions n'avaient rien perdu de leur volume et étaient infiltrées de liquide, au lieu d'être plus ou moins sèches, comme l'est un organe rendu imperméable par la compression ; à plus forte raison, le liquide contenu dans la plèvre ne pouvait comprimer la partie supérieure du poumon, placée au-dessus du niveau de ce liquide ; et c'était précisément cette portion qui était indurée. La carnification du poumon ne dépendait pas plus de l'épanchement pleurétique, que celle du foie, de l'épanchement péritonéal.

Nous avons déjà rencontré l'augmentation de la densité du foie, mais voici le premier exemple de carnification parfaitement caractérisée de ce viscère. Celle-ci, comme les carnifications pulmonaires, est accompagnée d'une infiltration de l'organe, et, ce qui prouve le rapport de cette infiltration avec la carnification, c'est que le foie induré n'est pas d'une couleur rouge foncée, comme le poumon infiltré de sérosité sanguinolente, mais, au contraire, il est pâle comme la sérosité dont il est imbibé. J'ignore pourquoi cette sérosité n'était pas aussi rouge dans le foie que dans les autres parties du corps.

Je ne pense pas que l'on puisse attribuer la production de l'épanchement péritonéal, au moins dans sa totalité, à l'altération du foie, car j'ai rencontré cette altération, ou une augmentation de densité, une induration du parenchyme du foie, paraissant avoir beaucoup d'analogie avec la carnification, sans qu'il y eût, en même temps, une suffusion séreuse dans le péritoine. L'épanchement du péritoine, chez Decourière, semblable à ceux que l'on trouvait dans les autres séreuses, dépendait principalement de la même cause que ceux-ci, de la néphrite albumineuse. Au reste, j'ai plutôt pour but, dans ce travail, de rechercher les causes de la carnification que ses effets, et l'ascite fût-elle le résultat de l'altération du foie, cela n'empêcherait pas que celle-ci ne coïncidât avec plusieurs autres épanchements indépendants d'elle, ainsi qu'avec une maladie susceptible de déterminer des hydropisies dans toute l'économie.

La coïncidence de la carnification du poumon et du foie permet de croire que, dans les deux organes, l'altération dépendait d'une cause commune, générale, et avait une nature identique ; la seconde partie de cette proposition est, de plus, prouvée par la grande ressemblance de la lésion, dans ces deux organes ; il n'y avait, en effet, que la coloration qui fût différente, et, si la couleur du poumon carnifié eût été, chez Decourière, la même que chez la plupart des autres sujets, la carnification eût été presque entièrement semblable dans le poumon et dans le foie.

J'ai abrégé la partie symptomatologique de l'observation, parce que les symptômes de la carnification du poumon furent difficiles à distinguer, au milieu de ceux des épanchements pleorétiques et péricardique et de la laryngo-bronchite pseudo-membraneuse.

Parmi les signes obtenus par l'auscultation et la percussion, j'ai noté seulement ceux qu'il était possible de rapporter à l'induration du poumon, comme ayant été perçus au niveau de cette lésion. A la respiration bronchique, constatée à la région où l'on trouva ensuite le poumon carnifié, succéda le retour de la respiration vésiculaire ; dans ce cas donc, ainsi que nous l'avons remarqué chez d'autres sujets, la portion carnifiée, après avoir été privée, pendant un certain temps, de sa perméabilité, la recouvra, quoique, en même temps, la carnification persistât. J'explique le râle muqueux par la présence d'une infiltration séro-sanguinolente qui occupait, à l'époque où l'on constata ce râle, la portion de poumon trouvée carnifiée, et qui disparut ensuite. Cette explication est d'autant plus admissible, que les parties non carnifiées du même organe étaient encore, au moment de la mort, le siége d'une infiltration notable. La simple diminution de la sonorité et du bruit respiratoire est, ainsi que dans le cas précédent, en désaccord apparent avec la privation complète d'air, constatée après la mort, dans la partie carnifiée. Enfin, je rappelle que l'on vit l'anasarque diminuer, en même temps que les altérations du poumon se développaient.

(La suite au prochain numéro.)

THÉRAPEUTIQUE CHIRURGICALE.

MÉMOIRE SUR LE TRAITEMENT DE L'ASCITE PAR LES INJECTIONS IODÉES; par M. BOINET.

(Suite et fin. — Voir les numéros 31, 33, 36 et 46.)

L'observation suivante, que nous devons à l'obligeance de M. le docteur Deperrière, médecin de l'hôpital de Saumur, vient confirmer pour l'espèce humaine et d'une manière toute particulière ce que les expériences de M. Velpeau avaient déjà démontré pour les animaux, et ce que nous avons

---

voriseront pas les empiétements de la cuisine sur la pharmacie.

Halleim, Ischl, Ebeusée, où se trouvent les principales usines consacrées à l'extraction du sel, semblent devoir profiter de la faveur qui s'attache à cet agent thérapeutique. Ce que l'on vient de tenter avec un si grand succès à Lons-le-Saunier, à Salins, à Dieuze, ce qui se fait si utilement à un autre Salins, en Suisse, ne peut manquer de réussir également dans les environs de Salzbourg, et les malades qui ont besoin de l'action combinée des bromures, des iodures, en si grande quantité dans les eaux mères de ces salines, pourront trouver la guérison de leurs maux dans un pays qui ne le cède en rien aux plus beaux sites de la Suisse et de l'Italie. Notez bien que l'on voit s'élever au sein de ces montagnes des hôtels parfaitement confortables, et que le voyageur y trouve ce que l'on cherche dans les meilleurs établissements thermaux.

Dans ces régions alpestres, où les chemins de fer n'ont pas encore pénétré, on voyage, sinon rapidement, du moins de ... façon la plus agréable, à l'aide de tous les procédés de locomotion connus jusqu'à ce jour. Ainsi, en visitant le Durrenberg, on descend au sein de cette montagne de sel, en se laissant glisser sur des plans inclinés à 40 et même à 45 degrés, et en parcourant ces abîmes, ce ne sont pas les pieds, je vous l'assure, qui jouent le principal rôle. Pour gagner Ischl, il faut recourir au voiturier qui gravit lentement les collines de cette route accidentée. D'Ischl à Ebeusée, un vaste omnibus vous transporte aux bords d'un lac sur lequel flotte un excellent bateau à vapeur. Enfin, à Gmunden, vous trouvez un chemin de fer où des chevaux remplacent la locomotive. De Salzbourg à Linz, on épuise tous les moyens de transport, et quand on se voit aux bords du Danube, on se prend à regretter ces lieux si pittoresques et à désirer que des communications moins rapides encore laissent au voyageur le temps de contempler une nature si riche en merveilles de tout genre.

De Linz à Vienne, de grands bateaux à vapeur s'élancent sur le Danube avec une extrême promptitude, emportant tous les voyageurs qui aiment l'attrayant spectacle d'un grand fleuve, un trajet rapide et les loisirs studieux d'une navigation en salon. Ces paquebots offrent toujours la ressource d'une société choisie, de promeneurs appartenant à tous les peuples européens. On voit sur le pont des malades non guéris qui reviennent des eaux les plus renommées du grand-duché de Bade, du Wurtemberg ou de la Bavière ; on acquiert la certitude que ces thermes ne peuvent rien contre certaines affections chroniques des poumons ou du cœur, et le médecin capable d'écouter, recueille des histoires qui forment la contre-partie de tant de cures racontées dans les livres. Les traités d'hydriatrie sont, je crois, ceux où l'on trouve le plus grand nombre d'observations incomplètes. La chirurgie des armées ne vient qu'en seconde ligne.

Nous avons franchi sans malencontre le Strudel, espèce d'écueil où le Danube, resserré entre des rochers formidables, emporte comme un trait le bateau qui bondit sur l'onde écumante, nous avons salué le vieux château où fut enfermé Richard Cœur de Lion, le fameux convent de Molk, où la science des Bénédictins a trouvé le plus magnifique asile que puissent désirer des hommes voués à l'étude et à la méditation, puis nous avons vu plusieurs édifices immenses consacrés à l'éducation de la jeunesse, et bientôt nous sommes arrivés à Vienne, tout disposés à mettre le temps à profit et à passer en revue la plupart des établissements scientifiques de cette capitale.

été à même d'observer à la suite de l'autopsie que nous venons de rapporter plus haut.

Obs. XXIII. — Au mois d'août dernier, une dame Trubert, âgée de 55 ans, se présenta à l'Hôtel-Dieu de Saumur pour subir la paracentèse. Cette dame n'est plus réglée depuis huit ans, et depuis quatre ans elle est hydropique. Déjà six ponctions ont été pratiquées et ont fourni environ 40 litres de liquide. Il n'y avait aucun dérangement dans les autres fonctions. Le traitement suivi a été une application de 20 sangsues au siége, de la digitale à l'intérieur, de l'eau de Vichy, etc. Après avoir épuisé diverses médications inutiles, je lui pratiquai la ponction pour la première fois le 10 avril 1850. Elle quitta l'Hôtel-Dieu le surlendemain. L'examen attentif de tous les organes ne laissait reconnaitre aucune lésion organique; cependant de nouvelles ponctions devinrent nécessaires le 10 juin, le 15 septembre 1850, le 10 avril, le 12 juin et le 5 septembre 1851. Au moment de la dernière ponction, la malade était très-amaigrie, les fonctions digestives, la station et la marche étaient impossibles, le décubitus sur le dos ne pouvait être conservé; elle était réduite à vivre dans un fauteuil; les membres inférieurs infiltrés avaient acquis un volume énorme depuis la ponction du 12 juin. Une tumeur s'était manifestée dans la région épigastrique, un peu à droite de la ligne médiane. Cette tumeur, qui était profonde, mal circonscrite, irrégulière, parait appartenir au pancréas, et comprime probablement la veine cave inférieure.

Le pouls est habituellement lent, mou, très-dépressible; le premier bruit du cœur est prolongé surtout vers l'aorte et dans les carotides; on y entend un bruit de souffle prononcé. Les muqueuses sont décolorées. Ces symptômes se rapportent évidemment à un état chloro-anémique. Rien du côté des organes respiratoires; les urines sont peu abondantes, mais normales; le foie parait sain.

Le 20 septembre, la collection abdominale est déjà très-abondante; la malade est dans un triste état : elle ne mange plus, a des nausées au moindre mouvement, la respiration est gênée et souvent elle est menacée de lipothymie. Malgré la tumeur abdominale constatée depuis les trois dernières ponctions, je propose à la malade de faire suivre la nouvelle ponction que j'allais pratiquer d'une injection iodée, suivant les conseils de mon ami le docteur Boinet, qui m'avait rassuré contre les dangers de ces injections dans le péritoine, et m'avait parlé de succès obtenus par ces injections, même dans les cas d'affection organique. La malade accepta résolument et comme un grand bonheur ma proposition, et le 23 septembre, après avoir évacué le liquide péritonéal, j'ajoutais à sa place le liquide suivant:

Eau distillée.	500	grammes.
Teinture d'iode	100	—
Iodure de potassium. . . .	5	—

Je malaxai le ventre pendant deux ou trois minutes, pour mettre tous les points du péritoine en contact avec l'injection, et fis ensuite placer la malade sur le côté pour la retirer par la canule du trocart, mais je ne pus en faire sortir que quelques gouttes.

J'avais à peine injecté la moitié du liquide que la malade éprouva une vive douleur dans le ventre; je continuai cependant jusqu'à épuisement du liquide contenu dans la seringue. La douleur alla en augmentant, et au bout de trois minutes elle avait acquis une très-grande intensité. Ce fut alors que j'essayai, mais en vain, de retirer l'injection.

La malade accusa successivement à la gorge, puis à l'estomac, un sentiment de chaleur âcre, qui ne tarda pas à se propager aux entrailles, puis des douleurs très-aiguës, s'étendant jusque dans la poitrine, se firent sentir dans tout l'abdomen; difficulté de respirer, angoisses. Le pouls, qui était à 64 avant l'opération, monta à 90; il devint irrégulier. Soif ardente, accompagnée de nausées et de vomissements.

Dix minutes après l'opération, la douleur est beaucoup plus vive dans le point du ventre où a pénétré le trocart. L'opérée éprouve des frissons continus; les membres supérieurs et inférieurs sont glacés; il y a impossibilité de conserver la même position; les lèvres, la face et tout le corps sont pris de mouvements convulsifs.

Une *demi-heure* après l'opération, la prostration est extrême, le corps est couvert d'une sueur froide et gluante; la physionomie est très-altérée, le pouls nul, le froid glacial, le teint plombé, la voix éteinte; la malade fait comprendre qu'elle éprouve un sentiment de brûlure extrême depuis la bouche jusque dans et par tout le ventre. Elle accuse en même temps un très-mauvais goût dans la bouche. (Tilleul orangé; lainages chauds; eau bouillante dans le lit pour rappeler la chaleur.)

Quatre heures après l'injection, la chaleur générale est revenue, mais faible; la peau est visqueuse, la langue froide, l'haleine brûlante; le pouls est à 120, la soif très-ardente, mais la malade craint de boire, de peur de vomir; âcreté insupportable dans la bouche. L'intelligence est nette. Envies d'uriner sans résultat; le ventre est un peu moins douloureux; il est mou et n'a pas augmenté de volume. Le soir, et pendant la nuit, le pouls est à 130; la soif est toujours très-vive; les douleurs du ventre sont supportables. (Boissons fraîches; cataplasmes; quelques cuillerées de potion calmante.)

24 sept. Le pouls est à 140. La malade n'a pas dormi; elle a uriné plusieurs fois avec une sensation de chaleur désagréable au méat urinaire et dans le vagin. Les urines sont brunes et présentent à la surface, des yeux, comme le bouillon non dégraissé. Le décubitus est conservé; le ventre a beaucoup augmenté de volume; il n'y a pas de fluctuation. (Cataplasmes; bouillon de poulet; potion calmante; demi-lavement.)

25. La malade a dormi; la langue est brune, sèche et râpeuse; la chaleur et l'âcreté de la gorge ont diminué; le ventre est tendu et météorisé, médiocrement douloureux, si ce n'est dans la région iliaque droite, point où l'injection a été faite. L'inflammation péritonéale s'est concentrée sur ce point. (20 sangsues; cataplasmes; boissons *ut supra*; demi-lavement huileux, *bis*.)

Le soir, la douleur iliaque a diminué, mais la prostration est très-grande; le pouls est à 130; la malade est dans une somnolence dont on ne peut la tirer. (Sinapismes aux jambes.)

26. La malade a dormi et s'est réveillée avec un sentiment de bien-être prononcé; elle exprime sa satisfaction et se félicite du danger auquel elle a échappé. La figure n'exprime plus la souffrance; le pouls est à 75; la langue est plus humide, moins brune; les urines ont été assez abondantes, mais de couleur très-foncée, brun noir. Il y a eu deux selles liquides, accompagnées de coliques. Appétit. (Deux potages, du bouillon; cataplasmes; eau de Seltz gommée.)

27. Pouls à 80; empâtement douloureux dans la région iliaque droite. Plusieurs selles liquides avec coliques. Urines claires. (Large vésicatoire, *loco dolenti*; le reste du traitement *ut supra*.)

28. Pouls à 80, égal, régulier; facies bon. La douleur du flanc droit a diminué. La diarrhée persiste; urines plus rares et plus brunes. Le soir, peau chaude, teint animé; 100 pulsations. (Même traitement.)

29. La nuit a été bonne; la malade peut se remuer, se retourner dans son lit et se mettre sur son séant facilement. Elle exprime le bien-être qu'elle éprouve et demande à manger. Le ventre est médiocrement développé; à droite, il existe un peu d'empâtement sans douleur; point de météorisme, point de fluctuation, de la matité partout (Pommade d'iodure de plomb en frictions sur le flanc droit; cataplasmes; bains alcalins trois fois la semaine.)

Depuis cette époque, madame Trubert n'a plus présenté d'accidents fâcheux; l'appétit s'est développé rapidement. Elle prend chaque jour un gramme de fer, du vin, des aliments réparateurs. Les garde-robes sont faciles, régulières, de bonne nature; la nutrition se fait bien.

Le 21 octobre, la santé générale est très-bonne; l'œdème des jambes a disparu; elle fait des promenades qu'elle supporte bien; seulement le ventre est resté dur et un peu volumineux; la marche n'en est pas gênée, et il n'a pas besoin d'être soutenu. A la percussion, il est mat, et toutes les circonvolutions intestinales paraissent réunies entre elles, comme soudées; on sent, par en-

---

On dit volontiers du mal de la police en général, et de celle de l'Autriche en particulier. Voyez l'injustice! En descendant du bateau à vapeur, les passeports sont soumis à l'inspection d'un agent supérieur de l'administration, et lorsque, passant à son tour devant ce personnage, M. Orfila reprenait la feuille indispensable, l'inspecteur le salua profondément et dit à notre maître : « Soyez » le bien-venu dans ce pays, monsieur le professeur, l'Autriche est honorée de » votre visite, et vous y recevrez l'accueil dû à votre célébrité. » Un instant après nous galopions vers Léopoldstadt, quartier excentrique, mais commode, en raison de la proximité du chemin de fer. Entre Vienne et Paris, il y a un railway continu, c'est un trait d'union de cinq cents lieues à l'usage des corps vivants, du matériel, et si l'on y joint le fil télégraphique pour la pensée, on comprendra le merveilleux lien qui soude ces deux capitales. Mais parlons d'autre chose.

Je n'entreprendrai pas une description minutieuse de l'Université de Vienne, de la Faculté de médecine et de toutes ses dépendances. Un mot sur le grand hôpital. Il y a partout de vastes édifices, de grandes cours bien aérées, des promenoirs plantés de beaux arbres; mais ce que l'on ne rencontre pas partout, ce sont les deux ou trois particularités suivantes.

Le professeur Rokitansky, chargé de l'enseignement de l'anatomie pathologique, a sous sa direction la salle des nécropsies du grand hôpital. Toutes les ouvertures de cadavres se font par lui ou sous sa surveillance, à l'aide d'un personnel qui recueille avec le plus grand soin tout ce qui a quelque valeur aux yeux du maître. Le résultat de chaque autopsie est consigné sur des feuilles qui deviennent ainsi le complément des observations prises dans les salles des malades. On sent tout ce qu'il y a d'utile dans cette organisation, combien de pièces intéressantes sont recueillies, préparées, conservées par des mains habiles, et quelle sincérité préside à ces dernières démonstrations du diagnostic des médecins. C'est une sorte de contrôle désintéressé qui doit avoir une heureuse influence sur l'exercice de l'art. J'ajoute (entre parenthèses) que le cabinet d'anatomie pathologique, assez riche en pièces intéressantes, n'est pas encore classé et disposé pour l'étude. C'est un établissement nouveau, dans lequel il y a beaucoup à faire pour arriver à ce que l'on est en droit d'attendre des hommes éminents qui le dirigent.

Près de cet amphithéâtre, où les lésions morbides des tissus sont étudiées et décrites en présence d'un bon nombre d'élèves avancés et de jeunes docteurs, se trouve un laboratoire où se font des analyses délicates des liquides altérés de l'économie, des productions de certains états pathologiques : c'est une institution régulière, sans analogue en France, et qui sans nul doute doit produire des découvertes importantes. Les divers fluides de l'économie vivante, modifiés par la maladie, peuvent être à l'instant soumis aux recherches d'hommes habitués à ces sortes d'analyses. Le médecin trouve là des sources fécondes d'indications rationnelles; il n'est pas tenu, comme chez nous, de s'en rapporter à des suppositions théoriques, à des vues approximatives. Il peut marcher d'un pied ferme dans une voie éclairée par la science, et l'on comprend tout le prix qui s'attache à un enseignement médical posé sur de telles bases.

Je sais bien que nous voyons dans nos hôpitaux parisiens des verres à patte sur la tablette de certains lits; que l'interne de service verse quelques gouttes d'acide nitrique dans l'urine soupçonnée; je sais que l'on trouve à l'Hôtel-Dieu

droit, des indurations, des masses dures qu'on ne peut déplacer ; quelques-unes ont le volume d'un petit œuf, et sont à n'en pas douter le produit de l'inflammation, puisque, avant l'opération, je n'avais jamais senti ni tumeurs de ce genre, ni ganglions mésentériques. La tumeur du pancréas n'est plus appréciable au milieu de cette induration générale du ventre, qui n'est pas dépressible, quoique suffisamment sonore. Cet état ne nuit en aucune façon aux digestions qui sont faciles, ainsi que la défécation. Somme toute, la malade se trouve très-heureuse de l'état actuel, en le comparant à l'ancien, et jouit d'une bonne santé aujourd'hui 20 novembre.

Plusieurs réflexions importantes se présentent tout naturellement à la lecture de cette observation. La première est relative à la composition du liquide injecté. En effet, cette injection, outre qu'elle a été de beaucoup plus considérable qu'elle ne devait l'être, et qu'on ne l'emploie habituellement, était composée de cinq parties d'eau sur une partie de teinture d'iode ; elle était évidemment trop concentrée ; aussi est-il survenu chez cette malade des phénomènes très-graves d'intoxication et une péritonite des plus manifestes. Cependant, malgré l'intensité de l'inflammation, il n'est pas survenu d'inflammation purulente, résultat important et qu'il est bon de constater, puisqu'il vient en aide aux expériences faites sur les animaux, et prouver que, à quelque degré d'intensité que l'inflammation soit établie, cette terminaison, ordinairement si fâcheuse dans le péritoine, n'est pas à craindre après les injections iodées faites convenablement. Les observations de M. Velpeau, et les faits que nous avons rapportés, démontrent que le moyen d'éviter ces accidents est de n'employer l'injection iodée qu'au septième, au huitième, et que les chiens succombaient lorsque l'injection était au cinquième, au quart, au tiers, etc.

Chez cette femme, l'injection a été employée au cinquième, et la mort n'a pas eu lieu, mais de graves accidents ont apparu immédiatement, et ont fait courir les plus grands dangers à l'opérée ; il est donc évident que l'injection était trop concentrée, et que si la vive inflammation qu'elle a produite n'a pas donné lieu à une péritonite purulente, elle a provoqué un épanchement considérable de matière plastique, qui s'est ensuite transformée en durillons, en masses dures, qui occupent le ventre de toutes parts, et qui ont réuni entre elles les circonvolutions intestinales. A en juger par les expériences et par les faits que nous connaissons déjà, il est probable que cette sécrétion de matière organisable aurait été moindre si l'inflammation avait été plus légère, si la dose de la teinture d'iode qui entrait dans l'injection avait été moins grande, et si la quantité de l'injection elle-même avait été moins considérable. Quoique le résultat obtenu dans ce cas ait été des plus heureux, il doit nous servir d'exemple pour l'avenir, et nous mettre en garde contre les inconvénients qu'il peut y avoir à pousser dans le péritoine des injections iodées trop concentrées ; une injection au septième ou huitième pouvant guérir tout aussi bien et sans accident aucun.

Un autre fait bien précieux qui ressort également de cette intéressante observation, et qui souvent a été invoqué contre les injections iodées dans le péritoine, c'est la crainte où l'on était que la masse intestinale, agglutinée, agglomérée, réunie, ne pût plus remplir ses fonctions, et que la nutrition ne vînt à en souffrir. Déjà les expériences et les observations de M. Velpeau avaient diminué de beaucoup la valeur de cette objection ; cette nouvelle observation vient la renverser tout à fait. En effet, chez cette malade, dont le ventre est farci de durillons, de masses dures ; dont le ventre n'est pas dépressible, mais est sonore, les digestions et la défécation ont lieu facilement et normalement ; elle a même repris de l'embonpoint depuis la guérison que lui a procurée cette injection ; elle ne souffre en aucune façon du ventre, n'éprouve aucun tiraillement, quoique probablement les intestins soient collés entre eux et réunis par ces masses dures, nombreuses, qui s'opposent à la dépressibilité de l'abdomen.

Il est probable qu'avec le temps ces indurations disparaîtront, que le ventre reprendra sa souplesse ordinaire, et que les intestins cesseront d'être agglutinés les uns avec les autres.

Cette observation prouve enfin qu'une tumeur abdominale ne doit pas être, dans tous les cas, une contre-indication pour les injections iodées dans le péritoine.

Tels sont les faits d'injection de teinture d'iode dans le péritoine que nous avons pu rassembler, et ce sont probablement les seuls. Ils sont au nombre de 13. Sur ces 13 cas, il y a eu 11 guérisons et 2 insuccès, encore ceux-ci n'ont-ils été suivis d'aucun accident, quoique le péritoine ait été soumis deux fois à quinze jours d'intervalle au liquide iodique. Nous rappellerons que c'était chez une femme et chez un homme atteints de cirrhose et de cancer du foie. Ce qu'il y a de remarquable dans ces injections, c'est leur innocuité, point de réaction, point d'accidents ; les phénomènes qu'on a notés après leur emploi ont été d'une simplicité étonnante ; chez les uns, une sensation de chaleur agréable, avec absence de toute douleur (obs. 11, 14, 16, 22) ; chez les autres, une douleur plus ou moins vive, un sentiment de tension, chaleur du ventre (obs. 13, 15, 18, 20, 21, 23) ; chez tous, une fièvre légère, un peu de météorisme du ventre, de sensibilité à la pression, quelques coliques, de l'insomnie, etc. : chez deux ou trois, quelques symptômes d'une légère péritonite (obs. 14, 19, 21) ; chez un seul, péritonite intense (obs. 23), etc. Mais tous ces phénomènes ont été de très-courte durée, un ou deux jours seulement. Ils nous paraissent d'ailleurs nécessaires et d'un bon augure pour la guérison ; s'ils ne se produisaient pas assez vivement, on devrait craindre que le but qu'on se propose par ces injections ne soit manqué. Jamais ils n'ont été si manifestes que plusieurs heures après les injections et ont duré plus ou moins longtemps, quelquefois douze ou quinze heures, rarement plus longtemps ; aussi se dissipent-ils facilement et sans laisser aucune trace fâcheuse. Le repos, la diète, des émollients, les antiphlogistiques, les ont toujours calmés assez promptement.

Ces injections iodées sont restées dans le péritoine quatre à cinq minutes ; quelquefois l'impossibilité de les faire ressortir a forcé d'en laisser le quart, la moitié, les trois quarts et même la totalité, et jamais il n'en est résulté le moindre accident, si ce n'est dans un seul cas où l'injection était trop concentrée et en trop grande quantité (obs. 23).

L'injection qui a été employé le plus souvent, et qui a produit la guérison avec le moins de réaction était composée comme il suit :

Eau distillée.	200 à 250	grammes.
Teinture pure d'iode . .	25 à 30	—
Iodure de potassium. . .	2 à 4	—

La quantité du liquide injecté a varié entre 125, 150 à 250, 300 grammes.

Les phénomènes consécutifs de ces injections ont été 11 fois sur 13 la disparition du liquide contenu dans le péritoine et le retour de cette membrane, probablement à son état normal. Dans 3 ou 4 cas, les malades ont éprouvé la sensation d'un tiraillement, d'une espèce de bride, dû probablement à quelques adhérences du péritoine ; mais chez les malades où ce phénomène a été noté, il a diminué avec le temps et a fini par disparaître. Dans un seul cas (obs. 23), des adhérences probablement nombreuses ont eu lieu ; des masses dures ont été la conséquence de l'injection ; malgré

---

un appareil de M. Biot pour déterminer la présence et la quantité de sucre chez les diabétiques ; mais ces efforts individuels sont loin de valoir un travail régulier, officiellement organisé, prenant sa place dans un système complet d'enseignement médical, et je dis que, sous ce rapport, Vienne nous présente un bon modèle à suivre.

Ce n'est pas le seul : il y a dans ce même grand hôpital une clinique spéciale pour la syphilis. Ce n'est point l'œuvre isolée d'un médecin, le résultat d'une position exceptionnelle, une preuve de bonne volonté de la part d'un homme qu'entoure la faveur publique. M. le docteur Sigmund est chargé d'un enseignement officiel ; il a mission expresse d'initier un certain nombre d'étudiants à la connaissance approfondie des maladies vénériennes. Un local, parfaitement disposé pour cela, permet d'offrir aux élèves la série complète de ces altérations spécifiques. Le professeur peut consacrer tout le temps nécessaire à la description de ce Protée pathologique qui joue un si grand rôle dans l'histoire de nos infirmités, et là encore se trouve comblée une lacune qui reste béante dans l'enseignement de nos Facultés françaises.

Paris possède deux hôpitaux pour les enfants malades, et chacun sait combien ces établissements sont précieux. Vienne n'en a qu'un, encore est-il fort petit ; mais tel qu'il est, il offre un certain perfectionnement que je voudrais voir introduire chez nous : c'est une sorte de salle d'asile où les pauvres femmes, ayant un enfant à la mamelle, sont reçues pendant la nuit, et trouvent, avec un abri convenable, une couchette pour l'enfant, du lait chaud et autres douceurs nécessaires. N'est-ce pas là une œuvre de civilisation que l'on s'étonne à bon droit de ne rencontrer qu'aux bords du Danube ? Ces faibles créatures que décime la misère n'ont-elles pas besoin d'une protection spéciale qui leur manque chez nous ? Avis à qui de droit.

Tout ce qui tend au perfectionnement de la philosophie naturelle réagit avec bonheur sur l'étude de la médecine. Vienne nous a paru richement dotée en établissements ayant pour but la science zoologique dans sa plus large acception. Une magnifique école d'hippiatrie renferme, comme à Alfort, des collections d'anatomie comparée et d'anatomie pathologique, servant de base à un enseignement dogmatique et pratique porté à un haut point de perfection. Les cabinets d'histoire naturelle contiennent des richesses sans nombre qui gagneraient sans doute à être mieux exposées, témoin les mammifères ; mais il en est d'autres qui peuvent servir de modèles partout. La collection d'oiseaux est merveilleusement classée ; elle s'étend à l'aise dans un local suffisant, et, sous ce rapport, elle l'emporte de beaucoup sur notre galerie du muséum parisien. Là aussi les insectes ont été l'objet d'une étude approfondie, surtout en ce qui touche l'agriculture et les diverses branches de l'industrie. Il y a là un éminent professeur, M. Collar, qui a consacré de longues années à l'étude des divers animaux qui exercent une influence quelconque sur toutes les substances organiques utiles à l'homme. On voit, rangés dans un ordre admirable, l'insecte à ses divers degrés de développement et de transformation, les choses dont il se nourrit, son mode d'habitation, sa manière d'attaquer les végétaux, les changements qui indiquent sa présence, les dégâts qu'il occasionne, les pertes qu'il entraîne ; et enfin les procédés à l'aide desquels on peut le détruire : une monographie complète du genre cynips (l'insecte de la noix de Galle, du bedeguar, etc.) a coûté dix ans de recherches. Un autre petit insecte, dont le nom

tous ces phénomènes consécutifs, la malade a parfaitement guéri et peut remplir facilement toutes ses fonctions.

On croit encore généralement aujourd'hui que la guérison de l'hydrocèle s'obtient par l'adhésion des parois de la tunique vaginale entre elles. Quelques faits récents d'anatomie pathologique sont venu ébranler cette opinion, et chez des individus opérés d'hydrocèle par l'injection iodée, on a trouvé à l'autopsie faite avec grand soin, qu'il n'existait aucune adhérence entre les parois de la tunique vaginale et que sa cavité était parfaitement libre. D'un autre côté, les résultats d'autopsie d'individus atteints d'hydropisies articulaires, chez lesquels des injections iodées ont été faites, ont démontré que les genoux affectés ont présenté les mêmes caractères anatomiques que les genoux restés sains; les cas d'hydarthroses où les malades ont guéri en recouvrant la mobilité des articulations en sont la preuve incontestable.

Dans les cas d'injection iodées sur les séreuses, l'effet de l'iode n'est donc plus le même que dans ceux où on cherche à obtenir une inflammation adhésive.

Que se passe-t-il, en somme, dans les hydropisies, quel que soit leur siége? Évidemment il y a défaut d'harmonie entre les deux phénomènes qui constituent la fonction récrémentitielle des séreuses, et qui consiste dans des cas, dans une suractivité des vaisseaux exhalants de ces membranes, coïncidant avec l'insuffisance des vaisseaux absorbants, et pour d'autres cas dans une activité à peu près normale des vaisseaux exhalants des séreuses, coïncidant avec un état d'atonie ou de défaut d'activité des vaisseaux absorbants. Qu'a produit l'injection iodée dans les cas de cette espèce où elle a été mise en usage? Évidemment un changement du mode anormal de vitalité de l'exhalation et de la résorption des membranes séreuses, en ce sens que l'inflammation ou l'irritation causée par l'injection iodée a rétabli l'équilibre rompu entre ces deux fonctions, modifié les surfaces péritonéales, et ramené la santé dans les parties malades. L'action de l'iode dans ces circonstances se limite à activer, à ranimer ses fonctions absorbantes et à provoquer ainsi la résorption des épanchements. Cette action est spéciale, spécifique pour ainsi dire.

Si l'inflammation dépasse les bornes qu'on veut lui donner, si elle devient trop intense, alors apparaissent d'autres phénomènes. Le liquide sécrété change de nature, il devient plus plastique; c'est une lymphe coagulable, une matière glutineuse, comme une sorte de gelée qui se répand ou se forme entre les circonvolutions intestinales, les réunit, les agglutine; cette matière, si l'inflammation a eu encore plus d'intensité, peut se transformer en cellules, en brides qui peuvent former des adhérences; adhérences qui avec le temps finissent par se résorber et disparaître; dans aucun cas on n'a vu l'inflammation produite par l'injection iodée devenir suppurante.

En présence de ces faits, il est permis de se demander si l'on doit encore hésiter avec autant de frayeur à porter la teinture d'iode dans l'intérieur du péritoine, surtout si l'on réfléchit que ces injections iodées ont été faites dans des circonstances fâcheuses, dans des hydropisies chroniques, invétérées, dont quelques-unes offraient de graves complications, des altérations organiques, et qui ayant résisté aux traitements les plus rationnels et les mieux appliqués avaient amené les malades à deux doigts de leur perte. Pensera-t-on que 11 (1) succès sur 13 opérations seront un résultat à dédaigner (1)? Quelle est l'opération un peu importante et faite dans des conditions égales d'ailleurs, qui pourrait offrir un pareil résultat; pour nous, ces hydropisies, de causes si différentes, guéries par les injections iodées, sont des résultats merveilleux.

L'opinion si générale parmi les médecins, et d'ailleurs si juste, que la pénétration de l'air ou de quelqu'autre corps étranger dans la cavité du péritoine, est souvent, sinon toujours, un accident mortel, a dû naturellement faire reculer les chirurgiens devant une pareille médication. Cette opinion qu'une injection quelconque et surtout irritante dans la cavité péritonéale est une opération très-dangereuse, est tellement enracinée dans les esprits, que bien des médecins, pour ne pas dire presque tous, plutôt de croire à l'innocuité des injections iodées qu'ils rangent au nombre des injections irritantes et toxiques, aiment mieux mettre en doute la réalité des faits publiés et croire qu'il s'est glissé quelque erreur de diagnostic, comme d'avoir pris des hydropisies enkystées pour des ascites. Mais en admettant même que ces injections ont été faites dans des hydropisies enkystées, et assez volumineuses pour contenir 10, 15 et plus de 20 litres de liquide, ne serait-ce pas déjà un beau succès, et de pareils résultats seraient-ils à dédaigner; mais cette opinion si généralement admise perdra considérablement de sa valeur lorsqu'on saura que l'iode n'agit pas à la manière des irritants et qu'il a sur les séreuses une propriété particulière spéciale, comme de nombreux faits l'ont démontré.

Ainsi, aujourd'hui qu'on connaît le mode d'action de la teinture iodée sur nos tissus, on aura lieu de revenir de sa première terreur sur les dangers de cette injection dans le péritoine. D'ailleurs la crainte de ces terribles accidents signalés par les auteurs, comme pouvant être la conséquence d'une pareille tentative, s'évanouit devant l'expérience et l'innocuité des injections iodées dans les hydropisies péritonéales et autres, leur efficacité, sont aujourd'hui avérées, démontrées. Nous avons exposé, dans un autre travail sur les injections iodées (2), pourquoi ces injections n'étaient pas irritantes à la manière des autres caustiques, et pourquoi l'introduction de l'air dans une cavité injectée d'iode n'avait aucun inconvénient. En étudiant l'action de l'iode sur nos tissus, nous avons été amené à constater que les cavités où l'on injecte de la teinture d'iode ne sont plus susceptibles d'absorption, ni de sécrétion, au moins dans les premiers jours qui suivent l'injection, par suite de la modification qu'elles subissent par le contact de la teinture iodée.

Donc, d'après les faits que nous venons de rapporter et d'un grand nombre d'autres publiés dans ces dernières années, avec lesquels ils ont beaucoup d'analogie sous bien des points, nous pouvons conclure que les injections iodées peuvent être mises en usage sans trop de danger dans des cas nombreux d'ascites. L'expérience apprendra si l'on doit les employer dans tous les cas, quel que soit leur cause ou leur nature. Nous avons vu qu'elles avaient réussi, même dans des cas où l'ascite était le résultat de l'engorgement d'organes abdominaux; seulement nous dirons que toutes les autres ressources de l'art doivent avoir été essayées avant d'en venir aux injections iodées, mais qu'il nous paraît convenable de les employer, dès que l'ascite paraît trop rebelle aux médications employées, et ne pas attendre que les malades soient à peu près épuisés.

(1) Un malade a subi trois injections.

(1) Les malades où l'injection n'a pas guéri l'hydropisie ont subi deux injections iodées, et ces injections n'ont produit aucun accident du côté du péritoine.

(2) GAZETTE MÉDICALE, 1849.

m'échappe, produit souvent d'immenses ravages parmi les troupeaux de bœufs qui couvrent les plaines de la Hongrie. La sagacité de M. Collar s'est exercée à propos de ce petit animal, si préjudiciable aux intérêts des éleveurs, et ceux-ci recevront avec gratitude les instructions nécessaires pour préserver l'espèce bovine des attaques de cet ennemi acharné.

On sent bien que l'habile professeur n'a pas négligé les parasites de l'homme, ceux qui l'attaquent *intus* et *extus*, et je ne doute pas qu'il ne possède aujourd'hui l'*acarus* mâle si heureusement trouvé à l'hôpital Saint-Louis par M. Lanquetin. Vienne montre avec orgueil une magnifique collection de vers intestinaux ou parenchymateux, de filaires, d'œstres, de chiques et autres espèces qui s'attachent à la nôtre; l'Allemagne nous a frayé la voie dans ce genre d'études. Tout cela est mis très-libéralement au service des amateurs, et chose remarquable, c'est que les procédés d'exposition sont des plus parfaits. Nulle part, si ce n'est à Paris, au musée Orfila, je n'ai vu des armoires mieux éclairées, des flacons remplis de liqueurs plus limpides; nulle part les objets les plus ténus ne sont mis en relief avec plus de talent; il n'y a pas de confusion possible; les échantillons sont nombreux; on a pris le soin de les présenter sous tous les aspects, de sorte que l'étudiant armé d'un livre classique trouve sous la main les objets que la meilleure description ne fait qu'imparfaitement connaître.

Ces remarques s'appliquent également aux galeries de géologie et de minéralogie, où règne le savant professeur Haidinger. Il est impossible de mieux mettre en évidence des objets destinés à être étudiés sous toutes leurs faces; cet art de l'exposition est porté à ses dernières limites, et la grande galerie minéralogique du musée de Paris pourrait trouver à Vienne des arrangements que nos conservateurs français feraient bien d'imiter.

Quoique ces choses ne soient pas précisément médicales, elles ne nous sont pas cependant étrangères, et en signalant leur perfection relative, je voudrais y voir l'indice de qualités pareilles dans les collections qui nous touchent de plus près. L'absence de M. le professeur Hirtl ne nous a pas permis de voir les travaux de ce célèbre anatomiste, je ne puis donc en parler, et je le regrette, car la seule chose que je connaisse de lui, sa préparation des osselets de l'ouïe dans toute la série animale, indique un talent de premier ordre. La collection d'anatomie humaine en cire est digne d'intérêt, sans doute, mais ces pièces artificielles n'ont pas la valeur de celles qu'on admire au musée de la Faculté de médecine de Paris. Sous ce rapport, le joséphinum est largement distancé par le musée d'anatomie comparée de cette Faculté. Espérons que l'exemple de cette collection modèle sera profitable à nos illustres confrères de la Faculté de Vienne.

Nous avons visité un magnifique établissement destiné aux maladies mentales. Le gouvernement autrichien a envoyé dans toutes les parties de l'Europe un savant architecte, M. Fellner, avec mission spéciale d'étudier les maisons d'aliénés, de constater les perfectionnements divers dus à l'expérience des hommes chargés de la direction de ces maisons, et le plan fourni par cet artiste doit être le résumé de cette étude comparative. Le vaste édifice que nous avons parcouru est parfaitement placé sur une hauteur. Entouré de grands jardins, il pourra contenir cinq à six cents aliénés des deux sexes, appartenant aux diverses classes de la société. Cet établissement modèle est placé sous la direction

Maintenant que nous avons rapporté et examiné isolément les injections de nature diverse qui ont été faites avec plus ou moins d'avantage dans le péritoine, voyons lesquelles de ces injections offrent à l'art le moyen le plus sûr et le moins dangereux d'obtenir la cure radicale des hydropisies ascites ou enkystées.

En résumé, nous avons passé en revue 23 cas d'injection dans le péritoine. Sur ces 23 cas, des succès ont été obtenus trois fois par l'injection de vapeur vineuse, trois fois par le gaz protoxyde d'azote, une fois par l'injection alcoolique, une fois par des injections d'eau tiède et de décoction de quinquina, enfin onze fois par l'injection iodée. Les injections vineuses, au gaz protoxyde d'azote comptent chacune un insuccès; les injections iodées en comptent deux. Le tableau suivant fera voir d'un seul coup d'œil la nature des causes des différentes hydropisies qui ont été traitées et guéries, l'âge et le sexe des malades, la nature du liquide injecté, les résultats obtenus, etc.

CAUSES PRÉSUMÉES.	NOMBRE DES CAS.	CHIFFRE DES OBSERVAT.	AGE.	SEXE.	NATURE DE L'INJECTION.	NOMBRE DES INJECTIONS.	GUÉRIS.	INSUCCÈS.	ACCIDENTS, OBSERVATIONS.
Suppression ou dérangement des règles.	3	obs. 1	22 ans	Femme.	Injection vineuse.	1	1		
		obs. 2	18 ans	Femme.	vineuse.	1	1		Tiraillement, douleurs.
		obs. 18	38 ans	Femme.	iodée.	1	1		
Fièvres intermittentes	4	obs. 21	47 ans	Femme.	iodée.	1	1		Nouvelle ponction, purgatifs.
		obs. 10	40 ans	Homme.	Eau tiède, quinquina.	Plusieurs.	1		Série d'accidents graves.
		obs. 17	13 ans	Garçon.	iodée.	1	1		19 ponctions.
		obs. 20	50 ans	Homme.	iodée.	1	1		3 ponctions.
Maladies du foie (cirrhose).	3	obs. 6	50 ans	Femme.	Gaz protoxyde d'azote.		1		Liquide purul. Plusieurs ponct.
		obs. 15	58 ans	Femme.	iodée.			1	Point d'accident.
		obs. 22		Homme.	iodée.	2		1	Point d'accident.
Gastro-entérites (diarrhée chronique). .	2	obs. 8		Homme.	Protoxyde d'azote.			1	
		obs. 11	42 ans	Homme.	iodée.	3	1		5 ponct. antérieures.
Hématémèse	1	obs. 3	49 ans	Homme.	vineuse.	1	1		Coliques sourdes. 6 ponctions.
Maladie du cœur	1	obs. 5	52 ans	Homme.	Protoxyde d'azote.		1		9 ponctions.
Péritonite chronique	1	obs. 7	29 ans	Femme.	Protoxyde d'azote.		1		
Affection des voies respiratoires	1	obs. 14	17 ans	Jeune fille.	iodée.		1		
— abdominale non déterminée. .	1	obs. 16	7 ans	Garçon.	iodée.		1		
Causes non indiquées.	4	obs. 4		Femme.	vineuse.			1	Hydropisie datant de 29 ans.
		obs. 9			alcoolique.	1	1		Accidents nombreux.
		obs. 13	18 mois	Petite fille.	iodée.	1	1		8 ponctions.
		obs. 12			iodée.	1	1		
Boissons spiritueuses.	1	obs. 19			iodée.	1	1		Péritonite légère.
Tumeur abdominale	1	obs. 23	55 ans	Femme.	Iodée.	1	1		6 ponctions, accidents graves (600 grammes de liquide iodé au 5e avaient été injectés).

Comme l'indique le tableau ci-dessus, ces injections ont été pratiquées 19 fois sur des adultes, 9 fois sur des femmes, 8 fois sur des hommes et 4 fois sur des individus au-dessous de 17 ans, 2 filles et 2 garçons. Dans 2 cas, le sexe n'est pas indiqué.

L'âge n'est pas indiqué non plus dans 6 cas. Il a varié de 18 mois à 58 ans. Le sujet le plus jeune était une petite fille de 18 mois, le plus âgé une femme de 58 ans. Cette dernière, qui était atteinte d'une cirrhose du foie, compte parmi les insuccès; mais nous ferons remarquer que, même dans ce cas, la teinture d'iode injectée dans le péritoine n'a produit aucun accident.

Les causes présumées de l'hydropisie dans ces 23 cas n'ont pas été les mêmes; elle serait survenue sans cause connue ou indiquée par les observateurs, 4 fois, et sur ce nombre, il y a 3 succès, 2 dus aux injections iodées (12e et 13e obs.), et le troisième à l'injection alcoolique (9e obs.). Celle-ci a déterminé de nombreux accidents avant d'arriver à une guérison complète. La quatrième observation, traitée par l'injection vineuse, est un insuccès, mais chez un malade atteint d'hydropisie depuis vingt-neuf ans (obs. 4). Les autres causes auraient été 2 fois la suppression et 1 fois le dérangement des règles; 4 fois des fièvres intermittentes, 2 fois des gastro-entérites chroniques, 3 fois des maladies du foie, 1 fois une hématémèse, 1 fois une maladie du cœur, 1 fois une péritonite chronique, 1 fois une affection des voies respiratoires, 1 fois une affection abdominale non déterminée, 1 fois les boissons spiritueuses, enfin 1 fois une tumeur abdominale.

Des 3 hydropisies survenues à la suite d'un dérangement des règles, 2 ont été guéries par l'injection vineuse (obs. 1 et 2), et l'autre par l'injection iodée (obs. 18). Celles produites par des fièvres intermittentes, doivent leur guérison, l'une à des injections d'eau tiède et de décoction de quinquina (obs. 10), et 3 à l'injection iodée (obs. 17, 20 et 21). Nous ferons remarquer que la guérison du malade de l'obs. 10 n'a été obtenue qu'après une série d'accidents graves qui ont failli, à plusieurs fois, mettre les jours du malade en grand danger. Les hydropisies dues aux affections du foie ont été traitées, la première avec succès, par le gaz protoxyde d'azote; les deux autres avec insuccès par la teinture d'iode; celle-ci, quoique n'ayant pas

---

du docteur Riedel que de grands travaux sur ce point de la science recommandaient à la faveur de l'autorité. Dans quelques mois les malades prendront possession de ce splendide palais qui a coûté un million de florins. Cette somme, les frais d'entretien, le personnel, etc., représentent un capital énorme dont l'intérêt sera loin d'être couvert par les recettes de l'établissement; mais, nous disait l'habile directeur, le gouvernement n'a pas voulu tenter une affaire, il fera le plus de bien possible, ce qui est à la fois dans son rôle et dans ses goûts.

En résumé, Vienne est une ville savante, les établissements destinés à l'enseignement public sont nombreux, richement dotés, dirigés par des maîtres habiles et parfaitement disposés pour remplir leur but. Il y a, ainsi que je l'ai démontré, plusieurs institutions scientifiques qui manquent à Paris et qui sont bonnes à imiter. Voyons maintenant si d'autres villes nous fourniront un même tribut de richesses et de nouveaux exemples à suivre.

De Vienne à Pesth, il y a loin, mais le chemin de fer aidant, on arrive bientôt dans la capitale de la Hongrie. Bude, la ville antique qui domine la rive droite du Danube, nous a montré les sources thermales et la piscine bâtie par les Turcs, nous avons vu également la trace encore récente des discordes civiles qui ont ensanglanté les deux cités rivales; puis nous avons visité un palais récemment construit à Pesth, dans lequel on a réuni des objets précieux, trace splendide de la civilisation des peuples qui ont occupé ces contrées lointaines. A l'aspect de ces collections savantes, on s'écrie comme le philosophe grec : « Je vois là des pas d'hommes! » C'est un premier jalon dans une voie féconde, un effort salutaire qui en appelle d'autres; après les arts, les sciences, tout se tient par une chaîne d'or et la société humaine ne peut plus rétrograder.

Nous n'avons pas fait comme elle. Au delà de Pesth, il fallait atteindre Constantinople, l'Orient, tandis que l'Allemagne nous montrait bien des richesses à explorer. Donc nous revînmes à Vienne pour reprendre la route du Nord, et notre première station se nommait Prague. Après la Hongrie, la Bohême, puis la Saxe, la Prusse. On voit que le champ à parcourir est vaste, intéressant, accordez-moi donc un peu d'attention bienveillante, et je vous dirai ce que j'ai vu, je vous ferai part de ma récolte.

MÉNIÈRE.

— Par décret du 24 octobre 1851, M. Pagès, médecin inspecteur des eaux de Baréges depuis plus de treize ans, est nommé chevalier de la Légion d'honneur, pour les services qu'il a rendus en cette qualité.

— Le corps médical de Rouen vient de faire, dans la personne de M. Jean-Amédée Quesnel, une perte bien sensible. M. Quesnel exerçait la médecine depuis déjà un grand nombre d'années, et avait su mériter l'estime de ses concitoyens.

M. Quesnel était médecin de la douane et médecin adjoint du bureau de bienfaisance de Sainte-Madeleine.

— M. Alexandre Huvelin, docteur en médecine, est décédé dans le courant du mois dernier, à Jussey (Haute-Saône), à l'âge de 59 ans.

guéri l'hydropisie, n'a fait naître aucun accident. C'était chez une femme de 58 ans, affectée de cyrrhose du foie, et chez un homme de 42 ans, affecté, sinon de la même maladie, du moins d'une affection organique du foie, où deux injections iodées ont été pratiquées sans produire d'accidents (obs. 15 et 22). Dans les 4 cas d'hydropisie, produite par des affections abdominales, il y a eu 3 guérisons par les injections iodées (obs. 11, 16 et 23), et 1 insuccès par le gaz protoxyde d'azote (obs. 8). Ce traitement a réussi dans 2 hydropisies produites, l'une par une péritonite chronique (obs. 7), et l'autre par une maladie du cœur (obs. 5). L'injection vineuse compte encore un succès dans une ascite survenue à la suite d'un hématémèse (obs. 3); enfin, l'injection iodée a réussi dans 1 hydropisie qui ne paraissait avoir d'autre cause qu'une affection des voies respiratoires (obs. 14). En somme, les injections iodées ont procuré la guérison 11 fois sur 13, et on pourrait dire 13 fois sur 15, puisqu'elles ont été employées 3 fois sur le même individu, dans l'espace de deux mois et demi; les injections vineuses ont réussi, de même que les injections avec le gaz protoxyde d'azote 3 fois sur 4. Tous ces succès ont eu lieu, quoique la cause de l'ascite ait été de nature très-diverse, ainsi que l'indique le tableau suivant.

CAUSES SUPPOSÉES DES ASCITES, TRAITÉES PAR L'INJECTION IODÉE.

Obs. 19.	Boissons spiritueuses	Guérison.
18.	Suppression des règles	Id.
17.	Fièvre intermittente, engorgement de la rate et du foie	Id.
15.	Cyrrhose du foie	Insuccès.
22.	Dégénérescence du foie, fièvres intermittentes	Id.
11.	Diarrhée chronique	Guérison.
14.	Affection des voies respiratoires	Id.
16.	Affection abdominale, non déterminée	Id.
13.	Hydropisie dite essentielle	Id.
12.	Cause inconnue	Id.
21.	Fièvres intermittentes	Id.
20.	Fièvres intermittentes	Id.
23.	Tumeur abdominale (pancréas)	Id.

CAUSES DES ASCITES TRAITÉES PAR L'INJECTION VINEUSE

Obs. 1.	Suppression des règles	Guérison.
2.	Suppression des règles	Id.
3.	Hématémèse	Id.
4.	Cause inconnue	Insuccès.

CAUSES DES ASCITES, TRAITÉES PAR LE GAZ PROTOXYDE D'AZOTE.

Obs. 6.	Maladie du foie	Guérison.
8.	Gastro-entérite	Insuccès.
5.	Maladie du cœur	Guérison.
7.	Péritonite chronique	Id.

TRAITÉE PAR L'EAU TIÈDE ET LA DÉCOCTION DE QUINQUINA.

Obs. 10.	Fièvre intermittente	Guérison.

TRAITÉE PAR L'INJECTION ALCOOLIQUE.

Obs. 9.	Cause inconnue	Guérison.

Chez tous les malades, la constitution était assez mauvaise, délabrée; presque tous avaient suivi pendant longtemps, et sans succès, de nombreux traitements, et subi déjà plusieurs ponctions. L'un d'eux avait été ponctionné 18 fois; d'autres 9, 8, 6, 5 fois, etc. (obs. 3, 5, 11, 13, 17, 23). Dans ces cas, l'injection a aussi bien réussi que chez les malades où on l'avait pratiquée immédiatement après la première ou la deuxième ponction (obs. 1, 2, 7, 9, 10, 14, 16, 18).

La durée de l'ascite établi, chez tous ces malades, depuis un espace de temps assez long, depuis six mois (obs. 11), une année (obs. 13), quatorze mois (obs. 14), trois ans (obs. 7), et dix ans (obs. 3). Dans un cas (obs. 4), elle datait de vingt-neuf ans. L'ancienneté de l'hydropisie ne paraît avoir eu aucune influence sur le résultat de l'injection.

3 malades ont été soumis à plusieurs injections. Chez l'un (obs. 11), on a été obligé de revenir 3 fois à l'injection iodée, et 3 fois cette injection a été faite avec succès, et sans déterminer aucun phénomène morbide vers le péritoine. Chez deux autres (obs. 15, 22), l'injection iodée a été pratiquée aussi deux fois; les malades n'ont pas été guéris de leur ascite, qui dépendait d'une affection organique du foie, mais le péritoine, injecté deux fois à quinze jours d'intervalle, n'en a éprouvé aucun symptôme fâcheux.

La quantité de liquide retiré par la ponction n'est pas non plus notée dans toutes les observations, mais il y a des cas où à chaque ponction, on a retiré 8, 10 litres, jusqu'à 24 litres de sérosité (obs. 11, 16, 17, etc.). Habituellement le liquide extrait était séreux, comme celui des ascites; une seule fois il a été purulent (obs. 6).

La quantité du liquide injecté n'est pas indiquée du tout dans quelques observations, ou ne l'est pas d'une manière rigoureuse dans quelques autres. Cette remarque regarde surtout les malades traités par l'injection de vapeur vineuse, et par celle de gaz protoxyde d'azote. Pour les injections iodées, la quantité de liquide injecté a varié de 90, 250 à 600 grammes. Dans toutes ces injections, la composition du liquide a été à peu près la même, c'est-à-dire de 25 à 30 grammes de teinture alcoolique d'iode pour 150 à 200 grammes d'eau distillée; dans quelques cas, on a ajouté, et avec raison, de 2 à 4 grammes d'iodure de potassium (obs. 11, 12, 13, 14, 18). Dans un seul cas (obs. 23), l'injection a été de 600 grammes, et composée de cinq parties d'eau sur une partie d'iode. La malade a guéri, mais après avoir éprouvé de graves accidents. L'injection qu'on doit préférer doit être préparée ainsi :

Eau	200 grammes.
Teinture alcoolique d'iode	30 —
Iodure de potassium	4 —

En un mot, on ne doit jamais faire d'injections contenant plus d'un sixième ou un septième d'iode.

Le dernier point qui nous reste à examiner, et dont la solution nous paraît de la dernière importance, est de savoir, parmi ces injections de nature diverse, laquelle doit être préférée. Nous avons déjà dit, en parlant de chaque injection en particulier, quels étaient ses dangers, ses inconvénients et ses avantages. Et d'abord, les dangers et les inconvénients plus ou moins grands attachés aux injections pratiquées par MM. Jobert (de Lamballe) et Vivielle (injection alcoolique, injection d'eau tiède et de décoction de quinquina), quoique ayant amené chacune une guérison radicale, sont plus que suffisants pour les faire rejeter, et pour justifier en partie les praticiens qui se bornent à employer des moyens seulement palliatifs. Nous ne nous arrêterons pas à les discuter; nous avons dit ailleurs ce qu'on doit en penser : elles offrent trop de dangers et d'inconvénients pour être mises en usage.

Quant aux injections de vapeur vineuse et de gaz protoxyde d'azote, elles méritent un examen plus sérieux, et doivent fixer notre attention, car elles ont fourni chacune 3 succès sur 4 opérations. L'action de la vapeur vineuse paraît être la même que celle du gaz protoxyde d'azote, c'est probablement d'apporter une simple modification de vitalité, qui rétablit l'équilibre entre la sécrétion et l'absorption de la sérosité péritonéale; peut-être que la vapeur vineuse produit une inflammation plus vive qui peut quelquefois faire naître des adhérences entre les feuillets du péritoine, mais jusqu'à présent l'autopsie n'est pas venue démontrer l'existence réelle de ces prétendues adhérences qu'on suppose exister, à cause des espèces de tiraillement dont se plaignent quelques malades. L'inconvénient le plus grand de ces injections vient de la difficulté de les doser, de régler leur température, leur force; c'est sans doute ce motif qui les a fait abandonner. Cette vapeur de vin, qui n'est au fond que de la vapeur d'alcool, comment la refroidir à un degré convenable pour qu'elle n'arrive pas trop irritante, brûlante sur le péritoine, ou trop faible et mélangée d'air? En effet, avec un refroidissement trop intense, la vapeur alcoolique se condense en quelques gouttelettes dans la seringue, et le vide qu'y produit la liquéfaction est rempli par l'air. Cependant nous reconnaissons que les injections de gaz protoxyde d'azote méritent d'être expérimentées de nouveau, car, comme les injections iodées, elles paraissent exemptes d'accidents primitifs comme d'accidents consécutifs. Quelques douleurs de ventre légères et momentanées sont les seuls phénomènes qu'elles ont provoqués au moment de leur emploi.

Restent donc les injections iodées; les détails dans lesquels nous sommes entrés lorsque nous les avons examinées, nous dispensent d'y insister plus longuement pour faire ressortir les avantages qu'elles ont sur toutes les autres injections que nous avons passées en revue. En effet, de toutes celles qui ont été employées jusqu'ici, aucune ne paraît mieux remplir les indications que les injections iodées. Elles sont d'une innocuité remarquable, ne produisent souvent aucune douleur au moment de leur arrivée dans le péritoine; ou si une douleur se manifeste, elle n'est que légère et momentanée. Elles sont d'un usage facile, et leur efficacité a été constatée 13 fois sur 15, et les 2 seuls cas où elles n'ont pas réussi ont été encore une preuve de leur innocuité. Presque toujours une seule injection suffit pour la cure radicale d'une hydropisie; mais si le retour du mal l'exige, ou bien si l'ascite ne guérit qu'incomplétement, comme nous en avons rapporté un exemple, on peut pratiquer successivement de nouvelles injections, sans exposer le malade au plus petit accident. Leurs effets consécutifs ont été la guérison; dans quelques cas, les malades ont ressenti de légers tiraillements, qui n'ont altéré en rien les autres fonctions de l'économie, et ont disparu peu à peu. Enfin, ces injections iodées ont donné des guérisons dans des ascites très-anciennes, de nature et de cause très-diverses.

Des faits et des considérations énoncés dans ce travail, il résulte :

1° Que différents fluides peuvent être injectés sans danger dans le péritoine, et avec beaucoup d'avantage pour la guérison de l'ascite;

2° Que ces fluides sont, par ordre de mérite, les injections de teinture d'inde, de gaz protoxyde d'azote, de vapeur vineuse, d'alcool mélangé d'eau et d'eau tiède mélangée d'une décoction de quinquina ;

3° Qu'on doit, malgré les succès qu'elles ont procurés, rejeter les injections d'eau tiède, d'alcool étendu d'eau et de vapeur vineuse, à cause de la difficulté de leur emploi et des accidents qu'elles ont fait naître, avant d'amener la guérison ;

4° Enfin, que les injections iodées doivent être préférées aux injections du gaz protoxyde d'azote, en raison de leur emploi plus facile, de leur innocuité constante, et des succès bien constatés qu'elles ont eus jusqu'à ce jour, dans des ascites de cause et de nature bien différentes.

Dans un prochain mémoire nous nous occuperons du traitement des hydropisies enkystées de l'ovaire par les injections iodées.

REVUE DES JOURNAUX DE MÉDECINE.

JOURNAUX FRANÇAIS.

II. REVUE MÉDICALE.

(Suite.)

DES MALADIES CONTAGIEUSES ET INFECTIEUSES ; par le docteur AUDOUARD.

Cette note est une réponse aux objections que M. Durand-Fardel, dans un travail dont nous avons rendu compte (n° 18), a élevées contre les opinions de M. Audouard touchant l'étiologie de la fièvre jaune. M. Audouard pense que cette maladie, de nature infectieuse, a son origine dans l'encombrement des noirs à bord des navires de traite ; que l'infection survit au débarquement des navires et peut être transportée à de grandes distances ; que c'est de cette manière que la fièvre jaune a été importée à Barcelone et au Passage. M. Durand-Fardel soutient que la fièvre jaune a, comme la peste, le typhus, sa source dans des influences climatologiques spéciales, dont certaines circonstances, comme l'encombrement, l'amas des déjections, peuvent seulement accroître l'activité, et que si la fièvre jaune peut être exportée, c'est que le navire peut recueillir des miasmes spécifiques et les transmettre en Europe. Nous nous sommes rangés, dans cette discussion, du côté de M. Durand-Fardel. La réponse de M. Audouard peut d'autant moins nous décider à changer d'avis, que non-seulement elle ne détruit pas les objections de son adversaire, mais encore elle laisse debout celles que nous avions cru pouvoir y ajouter.

A part l'induction tirée du non-développement de la fièvre jaune en Espagne depuis les épidémies de 1821 et 1823, époque où ce pays fut visité par des navires négriers, à part cette induction qui est depuis longtemps dans le débat et qui ne peut se substituer à une démonstration, nous ne voyons guère dans le travail de M. Audouard que deux arguments : 1° Si le climat vient en aide au développement des germes de la maladie, comme on l'accorde, « *pourquoi* l'infection des bâtiments négriers, activée par la chaleur, ne serait-elle pas à la fièvre jaune ce que sont à la peste, selon M. Durand-Fardel, les demeures infimes des quartiers populeux du Caire et d'Alexandrie? » Pourquoi? C'est une question qu'on peut faire, mais à laquelle on est bien libre de ne pas répondre. Nous ne croyons pas que personne ait contre cette idée des antipathies naturelles ; mais est-elle exacte? C'est d'abord ce qu'il faut savoir, et c'est ce qu'on ne prouve pas. 2° « Des pays qui furent ravagés jadis par la fièvre jaune, en Amérique et en Europe, n'en souffrent plus depuis longues années, malgré la permanence des climats. » Mais on n'en peut dire autant de la peste ; en faut-il conclure que la peste n'a pas une étiologie spécifique inhérente à certaines contrées? En invoquant les climats, M. Durand-Fardel avait eu soin de prendre le mot dans sa plus large acception, d'y comprendre *toutes les choses naturelles*, et M. Audouard semble le réduire ici à des conditions géographiques.

Quant à nous, puisqu'on invoque l'immunité de l'Espagne depuis 1824, nous demandons comment il se fait que pendant les quinze cents ans précédents, où la traite était très-active et où l'Espagne n'a pas été sans être assez fréquemment visitée par des navires négriers, elle n'a pas eu la fièvre jaune. Nous demandons aussi pourquoi cette fièvre ne s'est jamais développée sous l'influence de l'encombrement ou de conditions tout à fait identiques à celles des esclaves à bord, même avec le concours de la chaleur ; pourquoi le climat américain, ou la présence des navires venus de pays infestés par la fièvre jaune ont été les conditions constantes du développement de cette nature d'épidémie ; pourquoi, comme le dit M. Durand-Fardel, la fièvre jaune a continué à exercer ses ravages à la Martinique et à la Guadeloupe, depuis la suppression de la traite ; pourquoi enfin, comme le remarque M. Audouard lui-même dans une autre Note de ce même journal sur une *erreur de diagnostic*, la fièvre jaune a toujours été rare à Cayenne, où le commerce des esclaves n'a jamais langui.

III. JOURNAL DES CONNAISSANCES MÉDICO-CHIRURGICALES.

Les numéros d'avril, mai et juin 1851 contiennent : 1° *Traitement de la tumeur et de la fistule lacrymale*; par M. Tavignot. 2° *Nouveau moyen de pratiquer des saignées locales*; par M. Heurteloup. 3° *Traitement des loupes par les injections iodées multiples*; par M. Moussilac. 4° *Moyen de reconnaître les pierres dans la vessie sans cathétérisme*; par M. Heurteloup. 5° *Tumeur fibreuse de l'utérus, constituant un obstacle invincible à l'accouchement, opérée avec succès*; par M. Danyau. 6° *Des cataplasmes galvaniques*; par M. Massé. 7° *De l'extraction des dents*; par M. Désirabode. 8° *Du safran (propriétés physiologiques et thérapeutiques)*; par M. Martin Lauzer. 9° *Histoire naturelle de la belladone*; par le même. 10° *Nouveau mode de panification*; par M. Richart.

TUMEUR FIBREUSE DE L'UTÉRUS, CONSTITUANT UN OBSTACLE INVINCIBLE A L'ACCOUCHEMENT, OPÉRÉE AVEC SUCCÈS; par M. DANYAU.

OBS. — Une dame âgée de 31 ans, déjà accouchée naturellement de trois enfants, avait presque constamment eu une perte de sang depuis le septième mois d'une nouvelle grossesse. En outre, arrivée à sept mois et demi, elle avait vu les eaux s'écouler, puis le travail commencer depuis cinq heures. Une perte sanguine se renouvelait à chaque douleur. Enfin, elle ne sentait plus l'enfant se mouvoir.

M. Danyau, appelé à ce moment reconnut d'abord avec le doigt une tumeur volumineuse occupant la presque totalité de l'excavation pelvienne ; au devant de cette tumeur, la lèvre antérieure mince et aplatie ; entre elles deux, un trajet de 5 à 6 centimètres de long, conduisant à l'orifice interne de l'utérus, qui était dilaté en forme de croissant à concavité postérieure, et offrait 3 à 4 centimètres d'étendue transversale ; enfin, au niveau de cet orifice, un petit pied qui ne pouvait s'y engager, et dont on ne touchait que les orteils. On ne distinguait point de placenta.

En imprimant avec sa main restée libre quelques mouvements au fond de l'utérus, M. Danyau reconnut qu'ils se communiquaient à la tumeur, qui d'ailleurs était enclavée et ne pouvait être portée ni en haut, ni de côté. Descendant fort au-dessous de la lèvre antérieure du col, elle se recourbait en arrière et remplissait en grande partie la concavité du sacrum, où le toucher rectal la faisait percevoir, au-dessous de l'angle sacro-vertébral. En avant, elle n'était éloignée de la symphyse pubienne que de 2 à 3 centimètres. La paroi postérieure du col était certainement envahie dans sa totalité par cette tumeur ; mais on ne pouvait savoir si l'altération s'étendait jusqu'au corps de l'organe. Il n'y avait ni bosselures, ni inégalités ; seulement, en bas et en avant, le tissu de la tumeur était mou, presque fongueux.

Les fonctions menstruelles, non plus que la santé, n'avaient subi aucun trouble chez cette femme. La grossesse avait seulement été accompagnée de douleurs de reins un peu plus fortes que les précédentes fois.

M. Danyau, convaincu qu'il s'agissait d'un énorme corps fibreux développé dans la lèvre postérieure du col utérin, résolut d'en tenter l'énucléation, encouragé par cette pensée, que s'il ne l'enlevait pas tout entière, il en emporterait du moins une assez grande partie pour frayer un passage par lequel le fœtus pourrait être extrait.

Les douleurs ayant continué sans résultat pendant vingt-quatre heures, M. Danyau procéda à l'opération que M. P. Dubois avait approuvée après examen des parties. Sur l'index et le médius gauches portés en pronation jusqu'à l'orifice interne, il fit glisser un bistouri à garde, à l'aide duquel il fit sur la partie antérieure et supérieure de la tumeur une incision. Puis, avec deux doigts de la main droite introduits entre les lèvres de l'incision, il commença l'énucléation, et la poursuivit, après avoir continué avec des ciseaux, jusqu'à l'insertion du vagin, l'incision commencée par le bistouri. De fortes pinces de Museux, implantées dans la tumeur, servaient, en l'attirant en divers sens, à la séparer de ses connexions. Enfin la tumeur, détachée de toutes parts, put être tirée en bas ; mais comme elle était trop grosse pour sortir, il fallut la diviser en deux parties égales, ce qui rendit possible son extraction. — Elle offrait toutes les apparences d'un corps fibreux de l'utérus, pesait 650 grammes, et mesurait 15 centimètres dans son plus grand diamètre.

M. Danyau portant alors la main dans le vagin, trouva le pied ainsi que la tête, avec une main. Il saisit le pied, le fit descendre sans peine, mais ne put engager le siége qu'après avoir fait en arrière trois petits débridements sur l'orifice interne qui résistait, n'ayant prêté ni pendant la grossesse, ni pendant le travail. Le reste du corps vint facilement, mais il était déjà putréfié.

L'opération, supportée avec courage, avait duré un peu plus de trois quarts d'heure. La malade, reportée dans son lit, prit trois doses de seigle ergoté, pour assurer la rétraction de l'utérus. Trois jours après, il n'était pas survenu le plus léger accident ; les lochies coulaient aussi abondantes que de coutume, sans odeur particulière.

Il y a d'autant plus de raisons de féliciter M. Danyau du parti qu'il a si bien su prendre et exécuter, que l'opération césarienne, seule autre ressource possible, n'aurait pas compensé, par son résultat, les chances fâcheuses inhérentes à son exécution, puisque l'enfant était déjà mort.

NOUVEAU MODE DE PANIFICATION PROPRE A RENDRE LE PAIN PLUS FRAIS ET A COMBATTRE LA CONSTIPATION; par le docteur RICHART (de Soissons).

Nous parlions récemment des propriétés laxatives du son et nous rappelions les indications fournies sur ce sujet par le docteur Warren (de Boston). M. Richart, qui paraît avoir constaté expérimentalement ces avantages du son introduit en substance dans le pain, fait remarquer que la classe aisée consent difficilement à faire un usage habituel du pain bis, et il recommande un moyen de donner au pain toutes les propriétés de celui dans lequel du son a été introduit, sans le rendre plus désagréable à la vue et au goût que le pain ordinaire. « Cette méthode, ajoute-t-il, a été expérimentée avec beaucoup d'avantages; elle prouve que c'est moins la partie ligneuse inerte du son que *le gluten, l'amidon et surtout la matière grasse* contenus dans le son, qui maintient le pain frais, le rend plus *digestif*, plus nourrissant et moins *constipable*. » Elle consiste à faire bouillir du son dans l'eau qui doit servir à faire la pâte. On passe au tamis avant de faire la pâte. M. Richart établit que, cette eau étant plus pesante que l'eau ordinaire et la pâte perdant moins à la cuisson, il y a bénéfice d'un cinquième.

Nous rappellerons que, indépendamment du mélange direct du son à la farine, qui nous avait paru propre surtout à désagréger les matières, M. Warren avait aussi conseillé l'eau de son, soit aux repas, soit en tisane. C'était bien reconnaître l'action des principes constitutifs du son, du gluten, de la matière grasse, etc. Depuis notre dernier article, nous avons suivi quelquefois les conseils du médecin de Boston, sans en retirer grand profit; mais notre expérience sur ce point n'est pas assez étendue pour nous permettre de nous prononcer.

IV. REVUE MÉDICO-CHIRURGICALE.

Avril, mai et juin 1851.

OBSERVATIONS POUR SERVIR A L'HISTOIRE DES FRACTURES DE L'ARCADE ZYGOMATIQUE; par M. LÉGER.

Le fait le plus important qui résulte des études de M. Léger, c'est que ces fractures, dont on possède très-peu d'exemples, n'ont aucun danger pour la vie, et que, contre la prévision qui s'offrirait de prime abord, elles ne gênent même pas le mouvement de la mâchoire inférieure. Elles ont néanmoins ordinairement lieu par cause directe; et l'on comprend que la violence qui les détermine puisse en même temps produire des contusions graves, ou même la fracture du crâne, ainsi que cela a été observé par M. Tavignot. Mais lorsqu'il n'y a qu'enfoncement pur et simple de l'arcade zygomatique, comme dans le premier cas cité par M. Léger, tout se borne à une gêne momentanée et spontanément dissipée du jeu de la mâchoire, à une ecchymose assez vaste. Mais ces symptômes disparaissent bientôt et ne laissent place qu'à une difformité en rapport avec le degré de dépression, mais surtout très-peu sensible, surtout chez les sujets gras.

M. Léger voulant savoir pourquoi il y a de ces fractures avec esquilles, et d'autres constituées par une simple solution de continuité, a mesuré comparativement cette partie sur plusieurs cadavres, et a trouvé qu'il est des arcades plates et des arcades convexes. Ces dernières ont parfois une saillie de 7 à 16 millimètres de plus que les premières, accroissant d'autant la profondeur de la fosse temporale. On pourrait donc présumer qu'une arcade ainsi conformée s'enfoncerait plus facilement et serait plus exposée à se briser en éclats. Mais il faut remarquer, d'autre part, que l'apophyse coronoïde du maxillaire inférieur se courbe et s'écarte en dehors d'autant plus que l'arcade s'éloigne en ce sens, et l'espace qui les sépare reste par conséquent à peu près toujours le même.

On comprend que, devant une lésion si peu grave dans ses suites, le chirurgien puisse et doive le plus souvent demeurer inactif. En cas d'enfoncement considérable, persistant, mettant obstacle à l'élévation de la mâchoire, il serait sans doute indiqué de faire pénétrer un petit levier sous l'os déprimé pour le relever. Mais les observations connues ne fournissent pas d'exemple d'une occasion où cette pratique ait été nécessaire; et l'on conçoit bien qu'il en soit ainsi; car l'aponévrose d'insertion du crotaphite est séparée de l'arcade par 8 ou 10 millimètres de tissu adipeux; or l'arcade s'enfoncerait de toute son épaisseur, qui est de 6 millimètres tout au plus, que l'action du crotaphite n'en serait pas notablement gênée.

DE L'OPIUM A HAUTE DOSE DANS LE TRAITEMENT DU TYPHUS CÉRÉBRO-SPINAL; par M. BAILLY.

Ce n'est pas le lieu de soulever la question de savoir lequel de ces deux noms; méningite cérébro-spinale ou typhus cérébro-spinal, convient le mieux à la nature de la maladie dont il s'agit dans ce mémoire. L'essentiel est qu'on s'entende sur l'appareil phénoménal, puisque l'auteur ne veut qu'exposer empiriquement les résultats de la médication opiacée et aider à fixer les règles qui en peuvent assurer le succès. Il rapporte comme exemples quatre observations plus ou moins détaillées, dont l'une n'offre pas moins de quatre atteintes chez le même individu.

L'emploi de l'opium contre l'affection cérébro-spinale n'a jamais été aussi large, si nous ne nous trompons, qu'entre les mains de M. Bondin. Ce hardi praticien ouvre le traitement par 2 ou 3 *décigrammes* d'extrait gommeux administrés dans 20 grammes de liquide, *en une seule fois*. Puis il en donne toutes les demi heures 5 centigrammes *jusqu'à production d'assoupissement léger*, ce qui porte ordinairement la dose totale à 2 et 3 grammes. Il suspend l'opium dès que le narcotisme se caractérise, et a recours alors à de fortes doses de café. Si les accidents se reproduisent, il revient immédiatement à l'opium. Il faut ajouter que cette substance constitue le seul moyen de la médication active, de sorte qu'il est plus facile que dans les expériences d'autres praticiens d'en apprécier le degré d'efficacité. Or c'est à l'appui de la pratique de M. Bondin que M. Bailly rapporte quelques observations recueillies à l'hôpital militaire du Roule.

Les quatre malades appartenaient à des régiments déjà éprouvés antérieurement par la méningite, aux 14e, 18e et 69e. Les détails des observations, surtout des deux dernières qui sont plus circonstanciées que les autres, ne laissent pas de doute sur le caractère nosologique de la maladie. Dans le premier cas, où l'opium n'a été employé qu'à la dose de 6 centigrammes par jour en deux prises, puis de 3, puis de 2 centigrammes, et où le malade a pris, en vingt et un jours, 5 grammes 2 centigr. d'extrait gommeux et 8 centigr. d'hydrochlorate de morphine, la maladie s'est terminée par la mort. Dans le troisième cas relatif au sujet qui a eu une forte atteinte et trois récidives, l'opium a été administré à la dose recommandée par M. Bondin. Les trois premières atteintes se sont heureusement terminées; la dernière a été suivie de mort le troisième jour. Les deux autres malades traités de la même manière ont guéri.

La plus curieuse de ces observations (la troisième) est trop longue pour que nous puissions la rapporter dans tous ses développements; mais nous en donnerons au moins le résumé.

OBS. — Un soldat de 21 ans, d'une très-forte constitution, est apporté le 9 janvier au soir à l'hôpital du Roule, dans l'état suivant: Perte complète de connaissance, trismus considérable, faciès turgescent, sensibilité exagérée de la région cervicale; le plus léger attouchement en cet endroit suscite des douleurs indiquées par des plaintes ou des mouvements brusques et presque convulsifs de la tête et des membres; anesthésie du thorax et des membres, pupilles dilatées, mais contractiles; pouls dépressible, petit, fréquent; température de la peau normale; constipation.

Le lendemain 10, cet état persistait; on prescrit: *extrait d'opium, 1 gramme 50 centigr., à prendre en trois fois; un quart de lavement avec teinture d'opium, 40 gouttes.*

Vers neuf heures du soir, agitation extrême, pouls accéléré, peau chaude, respiration suspirieuse.

Le 11, même état que la veille; seulement la connaissance est un peu revenue; soif vive; constipation opiniâtre; vomissements de matières verdâtres. *Extrait gom. d'opium, 50 centigr. en une seule prise; un quart de lavement avec extrait d'op., 30 centigr.*

A quatre heures du soir, pas de changement. Les deux lavements ont été gardés. *Ext. d'op., 1 gramme en trois fois, à une heure d'intervalle; un quart de lavement avec extr. d'op., 30 centigr.* Ainsi, dans les vingt-quatre heures, le malade a pris *un gramme et demi* d'extrait d'opium par la bouche et 60 cent. par le rectum.

Le 12, peu de changement; trismus persistant; intelligence plus nette; pas de selle. — *50 centigr. d'extr. d'op.*

Les 13 et 14, amélioration notable; trismus diminué; intelligence parfaite, mais lente; plus de sensibilité au cou. — *1 gramme d'extr. gom. d'op.; un lavement matin et soir avec extr. d'op., 1 gramme pour chacun.*

Les 15 et 16, amélioration croissante. On cesse l'emploi de l'opium. Bouillon; lavement purgatif. Le 20, le malade demande de sortir. On lui délivre son *exeat* le 24.

Une deuxième attaque se déclare le 30 mai, à la suite de travaux très-fatigants. Les symptômes sont identiquement les mêmes que la première fois. Le chirurgien de garde prescrit *2 grammes d'hydrochlorate de morphine en pommade, appliquée aux aines et aux aisselles*; vésicatoires aux jambes et aux cuisses; lavement purgatif.

Le 4 mai, même état. 60 centigr. d'extr. d'op. en une seule prise; deux lavements avec *1 gramme d'extr. d'op. chacun.*

Du 5 au 7, légère amélioration; connaissance revenue; trismus persistant; pouls moins fréquent, à 80 pulsations; sensibilité toujours vive de la région cervicale. Le malade a pris pendant chacun des trois jours: *extr d'op., 1 gram., le matin, en une seule prise, et un lavement opiacé à 1 gramme le soir.*

Le 8 au matin, aucune modification notable. Un peu d'assoupissement. Les lavements sont gardés. *Extr. d'op., 1 gramme en une seule fois.*

A trois heures du soir, amélioration notable; le trismus commence à diminuer. *Extr. d'op., 50 centigr.*

Le 9 et le 10, amélioration progressive. *Extr. d'op.*, 50 *centigr.* *le* 9, *et* 40 *centigr. le* 10.

Du 11 au 17, la convalescence s'établit. Sortie le 18.

Troisième atteinte le 27 mai. Mêmes symptômes que précédemment. Le sujet prend 2 *grammes* d'extr. d'op. le 28 mai; 1 *gramme et demi* le 29. Ce jour-là même amélioration; le trismus disparaît peu à peu. Du 30 mai au 9 juin, l'état général devient de plus en plus satisfaisant. Guérison parfaite le 9.

Quatrième atteinte le 17 juin. Le 19, on commence l'usage de l'opium à 1 gramme; mais le sujet meurt dans la nuit.

A l'AUTOPSIE, on constate: injection des enveloppes du cerveau et de la moelle; légère opalescence de l'arachnoïde; consistance du cerveau et de la moelle un peu moins ferme qu'à l'état normal. Piqueté de la substance cérébrale.

Aucune lésion dans les autres organes.

Ainsi le sujet a pris pour la première atteinte, dans l'espace de quatre jours, 7 grammes, 30 centigr. d'extrait d'opium; pour la deuxième atteinte, en huit jours, 10 grammes et demi; pour la troisième, en trois jours, 4 grammes et demi.

Quelque compte qu'on tienne de cette tolérance spéciale et passagère de l'organisme que donne l'*opportunité*, on ne peut se défendre d'un sentiment de surprise en voyant inurgiter ou recevoir par le rectum d'aussi énormes doses d'extrait d'opium. Ici le fait est tout-puissant et il faut l'accepter. Quant à la valeur de la médication en elle-même, il est évident qu'on ne saurait la juger sur quatre observations. Aussi ne sont-ce là, même dans la pensée de l'auteur, que des *pièces à l'appui*. Telles qu'elles sont, elles ne manquent pas de signification (1).

A. DECHAMBRE et P. DIDAY.

(*La suite au prochain numéro.*)

TRAVAUX ACADÉMIQUES.

ACADÉMIE DES SCIENCES.

SÉANCE DU 17 NOVEMBRE. — PRÉSIDENCE DE M. RAYER.

ÉTUDES EXPÉRIMENTALES SUR LES EFFETS DES MATIÈRES VIRULENTES INGÉRÉES DANS LES VOIES DIGESTIVES DE L'HOMME ET DES ANIMAUX.

M. RENAULT, directeur de l'École d'Alfort, lit sous ce titre un mémoire qu'il résume lui-même dans les conclusions suivantes:

Des expériences rapportées dans ce mémoire, il résulte:

1° Que le chien et le porc peuvent manger, sans danger pour leur santé, tous les produits de sécrétion, quels qu'ils soient; tous les débris cadavériques, cuits ou non cuits, provenant d'animaux affectés de maladies contagieuses dont il a été question dans ce travail, à savoir: La morve; la maladie charbonneuse, dite sang de rate; — La rage, le typhus contagieux et la péripneumonie des bêtes bovines; l'épizootie contagieuse des gallinacés.

2° Qu'il en est de même pour les poules, à l'égard des mêmes maladies; à l'exception peut-être de celle qui leur est propre, et sur laquelle il serait nécessaire, avant de se prononcer, d'expérimenter hors de l'atmosphère épizootique, ce que je n'ai pu faire dans les circonstances où je me suis trouvé.

3° Que les matières virulentes de la morve et du farcin aigus, qui perdent complétement leurs propriétés contagieuses dans les voies digestives du chien, du porc et de la poule, les conservent, bien que moins énergiques, dans les voies digestives du cheval.

4° Que la matière virulente du sang de rate, que peuvent manger, sans inconvénient, le chien, le porc et la poule, donne souvent lieu à des accidents charbonneux, quand elle est avalée par des herbivores tels que le mouton, la chèvre et le cheval.

5° Que cette immunité à l'égard de la contagion, dont jouissent les carnivores et les omnivores alimentés avec des matières virulentes, alors que celles-ci peuvent produire tous leurs effets quand elles sont avalées par des herbivores, pourrait bien tenir à ce que les virus étant évidemment, par leur origine, des principes de nature animale, subiraient dans des organes destinés à digérer des aliments animaux, des modifications qui, en les altérant profondément, leur feraient perdre leurs propriétés malfaisantes; ce qui n'aurait pas lieu chez les herbivores qui, par leur organisation, ne sont aptes à digérer que des aliments végétaux.

6° Que, quoi qu'il en soit de cette explication, il est constant, en fait, que les porcs et les poules n'éprouvent, ni dans leur santé, ni dans la qualité des produits qu'ils fournissent à l'alimentation de l'homme, aucune altération par suite de leur nourriture provenant d'animaux morts de la morve ou du farcin, du charbon, de la rage; et que l'homme peut se nourrir sans danger de la chair et des produits de ces animaux ainsi alimentés.

7° Que la cuisson sur les viandes, et l'ébullition sur les liquides provenant d'animaux affectés de maladies contagieuses, ont pour effet d'anéantir les propriétés virulentes de ces liqueurs et de ces viandes; à tel point, que, non-seulement, les matières morveuses peuvent alors être avalées impunément par le cheval; les matières charbonneuses par le cheval, le mouton et la chèvre; les débris des gallinacées morts de l'épizootie par les poules; mais encore, que toutes ces matières qui sont si actives, dont la puissance contagieuse est si énergique et si certaine, quand ils sont inoculés, à l'état frais, restent complétement inertes sur quelque animal que ce soit, même après leur inoculation, quand elles ont subi l'action de la cuisson ou de l'ébullition.

La conséquence pratique des faits exposés dans ce mémoire est donc:

A. Qu'il n'existe aucune raison sanitaire d'empêcher l'alimentation des porcs et des poules avec des débris des clos d'équarrissage, quels qu'ils soient.

B. Que, si concevable que soit la répugnance de l'homme à se nourrir de viandes ou de laitage provenant de bêtes bovines, porcs, moutons ou poules, affectés de maladies contagieuses, il n'y a, en réalité, aucun danger pour lui à manger de la chair cuite ou du lait bouilli fourni par ces animaux.

DE L'ARRÊT DE DÉVELOPPEMENT CONSIDÉRÉ COMME SIGNE CARACTÉRISTIQUE DU CRÉTINISME.

M. BAILLARGER, médecin à l'hôpital de la Salpêtrière, lit, sous ce titre, un Mémoire dont nous extrayons les passages suivants qui le résument:

« Il existe sur la nature du crétinisme, dit M. Baillarger, deux opinions très-différentes et qui divisent aujourd'hui les auteurs qui se sont occupés de ce sujet.

» La première consiste à n'admettre chez les crétins qu'un élément principal: la privation congéniale plus ou moins complète de l'intelligence, c'est-à-dire l'idiotie. D'après la seconde, au contraire, la dégradation de l'intelligence ne suffirait pas; il faudrait, en outre, la dégradation physique, un état particulier du corps (*sui generis habitus*).

» Cependant, quand on parcourt les pays infectés, et qu'on recherche l'ensemble des traits assignés à la conformation des crétins, on trouve beaucoup d'individus plus ou moins privés d'intelligence et auxquels la description des auteurs ne s'applique que très-imparfaitement. Ainsi, par exemple, d'après ce tableau reproduit dans tous les ouvrages, la taille des crétins est petite et ramassée, leurs membres sont trapus, leur cou court et gros, etc.; mais il est facile de prouver qu'il existe à tout cela beaucoup d'exceptions. Il suffit, en effet, d'ouvrir le remarquable rapport de la commission de Piémont, pour voir qu'un assez grand nombre de crétins atteignent la taille de cinq pieds, de cinq pieds et demi, et que Mafel a même rencontré deux crétins de six pieds. D'un autre côté, M. Ferrus a observé à l'hôpital de Sion toute une classe de crétins dont la conformation extérieure était complétement en désaccord avec la description dont j'ai parlé plus haut...

» Une autre difficulté, c'est que beaucoup des traits assignés au crétinisme, le volume et la difformité de la tête, la difformité du visage, etc., se voient souvent chez les idiots ordinaires.....

» Après avoir consacré près de deux mois à l'étude des crétins dans les Pyrénées, il m'a semblé possible de faire cesser cet état de confusion en assignant au crétinisme un caractère unique, essentiel, l'arrêt de développement de l'organisme. Au lieu de m'attacher à constater la conformation plus ou moins vicieuse du corps, la difformité des traits, j'ai recherché avec soin ce qui se rattachait au développement des organes et des fonctions, et en particulier tout ce qui se rapporte à la dentition et à la puberté.

» Les faits que j'ai recueillis dans cette voie ne m'ont pas paru seulement intéressants pour l'histoire du crétinisme, mais aussi pour celle de la physiologie pathologique.

» C'est ainsi que, dans certains cas, j'ai pu constater que la seconde dentition n'était pas commencée à dix-huit et même à vingt-quatre ans, et qu'il n'y avait souvent à cet âge aucun signe de puberté. Chez les sujets dont je parle, la taille reste petite, la physionomie enfantine, de telle sorte qu'on prend, au premier abord, ces jeunes gens pour des enfants de huit à dix ans. »

L'auteur rapporte ici trois observations. La première est relative à une fille de vingt-trois ans qui offrait l'apparence d'une fille de dix ans, et chez laquelle M. Baillarger a constaté l'absence complète de tout signe de puberté et la persistance de toutes les premières dents.

Dans la deuxième observation, il s'agit d'une fille âgée de dix-sept ans et demi, dont l'apparence était celle d'un enfant de sept à huit ans, et chez laquelle il y avait également absence de tout signe de puberté et persistance des premières dents.

La troisième, enfin, a trait à un garçon de dix-huit ans qui paraît en avoir sept ou huit. Chez ce dernier, la seconde dentition, commencée très-tardivement, est restée tout à fait incomplète, et les organes génitaux ressemblent à ceux d'un enfant de cinq ans.

Les sujets dont il vient d'être question ont comme les enfants la poitrine étroite, le ventre proéminent, leurs membres sont grêles, et il n'y a aucun développement du système musculaire. Une particularité qui mérite aussi d'être notée, c'est la fréquence du pouls restée ce qu'elle est chez les enfants.

« Le goitre, ajoute M. Baillarger, manquait dans presque tous les cas que j'ai observés, surtout dans ceux où l'arrêt de développement était le plus complet. Ce fait pourrait, au premier abord, paraître assez étrange si on considère que les idiots et les imbéciles dans les mêmes localités sont presque tous goitreux; peut-être cependant est-il susceptible d'explication; l'hypertrophie du corps thyroïde ne se développe en général qu'à l'époque de la puberté. On comprend donc que les sujets dont j'ai parlé et qui sont restés à l'état d'enfance, soient la plupart exempts de goitre.

» Il faudrait d'ailleurs se garder de croire indistinctement à un arrêt définitif de développement dans tous les cas analogues à ceux que j'ai cités. Quelquefois ce effet l'évolution organique se continue à un âge plus avancé. C'est ainsi que j'ai vu avec M. le docteur Borden un homme chez lequel la seconde dentition n'a été achevée qu'à trente-deux ans; la puberté ne s'était établie qu'à vingt-sept ans; l'accroissement de la taille s'était continué jusqu'à trente ans.

(1) Cet article appartient au premier trimestre.

» Dans quelques cas, on assiste au développement normal de l'intelligence, tandis que l'ensemble de la constitution est au contraire arrêtée. C'est une sorte de crétinisme partiel et purement physique.....

» En résumé, le crétinisme me paraît pouvoir être défini :

» Le développement incomplet, irrégulier et le plus souvent très-lent de l'organisme.

» Cette définition établit une ligne de démarcation tranchée entre les crétins et les idiots. Dans l'idiotie congéniale, en effet, la constitution acquiert son entier développement et l'évolution cérébrale seule est arrêtée. Aucune confusion ne serait donc possible et le mot crétinisme aurait désormais un sens précis et nettement déterminé. »

M. Baillarger présente à l'appui de son mémoire une planche représentant quatre crétins en pied et nus. Ces portraits ont été faits au daguerréotype. On reconnaît dans tous la conformation de l'enfance. Deux de ces crétins âgés de 17 et 18 ans ont même comme une apparence fœtale remarquable.

COMPRESSION DE LA PARTIE SUPÉRIEURE DE LA MOELLE PAR L'APOPHYSE ODONTOÏDE.

M. Jobert (de Lamballe) communique l'observation d'un cas de compression de la partie supérieure de la moelle par l'apophyse odontoïde, suivie d'asphyxie rapide et de mort, observation qui lui paraît venir à l'appui de l'opinion émise et récemment rappelée par M. Flourens, sur l'importance physiologique assignée à cette petite portion de la moelle allongée qu'il désigne sous le nom de *nœud ou point vital*.

Il s'agit d'une jeune femme qui était entrée dans son service pour une tumeur avec fistule de la région cervicale supérieure. La malade, dont l'état général semblait ne devoir inspirer aucune crainte, succomba rapidement après un mouvement de la tête. Les ligaments qui maintiennent l'apophyse odontoïde étaient altérés et s'étaient rompus pendant ce mouvement. Cette rupture avait permis à cette apophyse de se porter en arrière et de comprimer la moelle. Une asphyxie instantanée avait été le résultat de cette compression. La malade, dit M. Jobert, s'est éteinte à la manière d'une lampe qu'on souffle.

EMPLOI DU GAZ OXYGÈNE DANS LA GLUCOSURIE.

M. Bouchardat communique sous ce titre la note suivante :

Après avoir constaté, dit l'auteur (supplément à l'Annuaire de 1846) un abaissement de température de 1 ou 2 degrés chez les glucosuriques fortement atteints, inspiré par les belles observations de M. Chevreul sur l'influence de l'oxygène sur les transformations des matières organiques en présence des alcalis, j'eus la pensée de faire respirer du gaz oxygène aux glucosuriques. J'ai fait, il y a plus de quatre ans, deux expériences dans lesquelles j'ai constaté l'influence certainement heureuse de l'inhalation du gaz oxygène pour faciliter, chez un malade dont l'urine ne contenait qu'une petite proportion de glucose, la complète destruction de ce principe. Je fus arrêté dans ces recherches (que j'ai toujours la volonté de reprendre) par des difficultés d'exécution qu'ont rencontrées tous ceux qui ont voulu employer d'une manière suivie les inhalations d'oxygène dans les maladies.

ACADÉMIE DE MÉDECINE.

SÉANCE DU 18 NOVEMBRE. — PRÉSIDENCE DE M. ORFILA.

Le procès-verbal de la dernière séance est lu et adopté.

La correspondance officielle comprend douze lettres du ministre du commerce transmettant à l'Académie :

1° Diverses recettes de remèdes proposés pour la guérison des fièvres intermittentes (comm. des remèdes secrets) ;

2° Un échantillon d'un remède pour la guérison des cors (même comm.) ;

3° Un remède pour guérir les hernies (même comm.) ;

4° Un rapport de M. le docteur Louhier, médecin-inspecteur des eaux minérales de Propiac (Drôme), sur le service médical de cet établissement pendant l'année 1851 (comm. des eaux minérales) ;

5° Un rapport de M. le docteur Fuzet-Duponget, médecin-inspecteur des eaux minérales de Saint-Laurent-les-Bains (Ardèche), sur le service médical de cet établissement pendant l'année 1851 (même comm.) ;

6° Un rapport de M. le docteur Fouquet, membre du jury médical du Morbihan, sur l'épidémie de dyssenterie qui a régné dans les communes de Marzan et d'Arzal pendant les mois d'août, septembre et octobre derniers (comm. des épidémies) ;

7° Un rapport de M. le docteur Pourcelot, médecin des épidémies de l'arrondissement d'Altkirch, sur l'épidémie de fièvre typhoïde qui a régné en 1850 et 1851 dans la commune de Haulguen (même comm.) ;

8° Deux rapports de M. le docteur Pourcelot sur l'épidémie de dyssenterie qui a régné en 1850 et 1851 dans la commune de Leymen (Haut-Rhin) (même comm.) ;

9° Un rapport dans lequel MM. les officiers de santé en chef de l'hôpital militaire de Bourbonne ont consigné leurs observations sur les malades au traitement desquelles les eaux minérales de cette localité ont été appliquées pendant la saison de 1850 ;

10° Une notice et le modèle d'un appareil que la dame Coquillard propose comme propre à faciliter les accouchements laborieux (comm. : M. Chailly.

— M. le préfet de police adresse le relevé statistique de la mortalité de la ville de Paris pendant les mois d'août et septembre derniers.

— M. Jacquez, de Lure (Haute-Saône), adresse un mémoire sur un nouveau procédé pour la recherche de l'acide arsénieux dans les matières organiques soit animales, soit végétales. (Comm. : MM. Chevallier et Caventou.)

— M. Dujardin (de Lille) communique quelques détails relatifs à un accouchement dans lequel il a pratiqué la perforation de la base du crâne par un procédé très-simple, qui lui paraît préférable à ceux qui ont été employés jusqu'ici en pareil pas. (Comm. : MM. Villeneuve et Chailly.)

— M. Mercier adresse une note sur les difficultés du cathétérisme dans les cas de rétrécissement de l'urètre et sur les moyens de les vaincre. (Comm. d'Argenteuil.)

— M. Bouvier, à l'occasion de la corespondance, présente une pièce anatomique destinée à montrer la disposition des muscles qui mettent le pouce en mouvement.

M. Bouvier dit avoir reconnu que le court abducteur et l'adducteur du pouce agissent sur le pouce comme les interosseux, dont ils sont les analogues, et que les muscles de l'éminence thénar semblent particulièrement affectés à l'extension de la dernière phalange coïncidant avec la flexion de la première.

SUPERFÉTATION OMBILICALE CONGÉNITALE.

M. Danyau lit, en son nom et au nom de MM. J. Guérin et P. Dubois, un rapport sur une observation de superfétation ombilicale congénitale d'une fille de 14 ans, guérie au moyen d'une opération extraordinaire, par M. le docteur Théophile Sulikowski, de Jallancourt (Meurthe).

Il résulte des détails de cette longue et intéressante observation, et des réflexions dont M. le rapporteur a fait suivre la relation, qu'il s'agissait bien réellement, dans ce cas, d'une véritable *monstruosité par inclusion*, expression qui eût mieux rendu le véritable caractère du fait que celle dont l'auteur s'est servi. Du reste, M. le rapporteur, après avoir longuement analysé les détails de cette observation, a payé un juste tribut d'éloges à l'auteur pour l'habileté et l'heureuse hardiesse avec lesquelles il a conduit à bonne fin une aussi grave opération, et il conclut en proposant :

1° D'adresser à M. Sulikowski des remerciments pour sa très-intéressante communication ;

2° De déposer honorablement son mémoire dans les archives de l'Académie.

Après une courte discussion sur les conclusions, et sur l'insistance de quelques membres qui, en raison de l'importance du fait, en demandent l'insertion dans les mémoires, le rapport et la communication de M. Sulikowski sont renvoyés au comité de publication.

DU TRAITEMENT ANTISYPHILITIQUE DES FEMMES ENCEINTES.

M. Gibert, au nom d'une commission composée de M. Danyau et lui, rend compte d'un travail de M. Devilliers, dans lequel l'auteur, partisan du traitement spécifique, à toutes les époques de la grossesse, chez les femmes vénériennes, a cherché à résoudre les objections et les difficultés pratiques qui se rattachent aux deux questions suivantes, savoir : 1° l'époque de la grossesse la plus favorable au traitement ; 2° le mode de traitement le plus efficace et le moins sujet à inconvénients.

M. Gibert donne son approbation aux conseils de l'auteur, qui pense que, dans les premiers mois de la grossesse, surtout à cause de la susceptibilité des organes digestifs, on doit, à l'imitation des praticiens du seizième siècle, et notamment de l'un des plus recommandables d'entre eux, le célèbre Nicolas Massa (1536), donner la préférence aux frictions mercurielles. M. Gibert croit cependant que, dans beaucoup de cas, chez les femmes enceintes, ainsi que chez les enfants et les sujets cachectiques, le *sirop de deuto-iodure ioduré*, qu'il a préconisé comme le seul sirop mercuriel inaltérable connu, est bien toléré et peut être employé avec avantage.

Tous les auteurs de traités d'accouchements et de maladies vénériennes se sont vivement préoccupés des deux écueils à redouter dans le traitement des femmes enceintes, savoir : le défaut de tolérance des médicaments chez la mère, et la possibilité de nuire au fœtus et de provoquer l'avortement, qui, comme on sait, est toujours tant à craindre chez les femmes vénériennes.

Tandis que, dans les premiers mois de la grossesse, on peut voir l'avortement provoqué d'une manière pour ainsi dire mécanique par les vomissements ou les tranchées de la mère, lorsqu'une médication stimulante détermine chez elle des troubles digestifs, on sait que c'est surtout dans la seconde moitié de la durée de la gestation, c'est-à-dire dans les mois qui suivent le quatrième ou le cinquième, que se montre l'avortement par cause vénérienne : d'où l'indication de prévenir, s'il est possible, cette fâcheuse disposition par un traitement spécifique commencé dès les premiers temps de la grossesse. Aussi, dans plusieurs faits rapportés par M. Devilliers, ce traitement a réussi à guérir la mère et préserver l'enfant, même lorsque celui-ci est venu avant terme, mais viable, par exemple à huit mois.

Les syphilides, et surtout les symptômes génitaux (tubercules plats, ulcérations, végétations), présentent assez souvent des variations chez la femme grosse, disparaissent même quelquefois (surtout après l'accouchement) sans qu'on doive pour cela renoncer au traitement, dont la durée seule peut prévenir le retour du mal et en assurer la guérison.

Dans le cas où le temps a manqué pour faire un traitement suffisant, soit qu'on ait été consulté trop tard, soit que l'apparition des symptômes ait été tardive, soit que quelque accident ait forcé à interrompre le traitement commencé, il ne faut pas différer de le reprendre après l'accouchement, surtout si la femme allaite son enfant. Il suffit de laisser huit à dix jours d'intervalle pour les premières suites de couches.

En somme, M. Gibert croit, avec M. Devilliers, qu'il faut traiter la syphilis, chez la femme enceinte, comme chez tout autre sujet, soit qu'il s'agisse de symptômes primitifs, soit, à plus forte raison, qu'il s'agisse de symptômes consécutifs ; seulement chez elle, plus encore que chez tout autre, il faut avoir égard au degré de tolérance des organes et préférer, dans les premiers mois, les frictions mercurielles aux médicaments internes.

Cette npinion se trouve conforme à celle si bien motivée de Bertin, qne M. Gibert a reprodnite an chap. 3. du livre v de son MANUEL DES MALADIES VÉNÉRIENNES.

M. Gibert termine en dnnnant des éloges à ce nonvean travail de M. Devilliers, dnnt il rappelle brièvement les traranx antérieurs, et concint au dépôt aux archives et à des remercîments à l'anteur. (Adopté.)

— M. DEPAUL, candidat à la place vacante dans la section d'acconchement, lit un travail sur le renversement de l'ntérus qni snrvient au moment de l'acconchement, et en particulier à l'occasion de la délivrance.

SYPHILISATION.

M. RICORD présente à l'Académie nn malade, médecin étranger, M. le docteur L..., qui s'est sonmis à des inocnlations répétées, dans le bnt de vérifier les idées récemment émises sur la syphilisation. Il est ntile de rappeler d'abord, dit M. Ricord, que l'on a cherché dans ces derniers temps à établir denx points : 1° que la syphilis constitutionnelle ne peot être acquise qu'une fois et prévient la reprodnctinn de nouveaux accidents de même nature ; 2° qne, par des inoculations snccessives dn pns chancrenx, de maniere à en saturer en qoelque sorte l'économie, on prévient le développement de la syphilis constitntionnelle et l'on rend les individns inaptes à contracter de nonveanx accidents syphilitiqnes. C'est dans le bnt de s'assnrer de la vérité de cette dernière proposition qne M. le docteur L... s'est sonmis à des inocnlations répétées.

M. L... s'est ainsi produit snccessivement dix-sept chancres, dont la plnpart nnt pris depnis le caractère phagédénique, comme cela a lieu habituellemeut chez les individus qni, ayant nne syphilis constitutionnelle, contractent de nonveanx chancres. Le phagédénisme dn premier chancre n'a pas été atténué par les chancres qui ont snivi et qni sont devenns phagédéniqnes à leur tonr. Loin que les accidents de syphilis constitutionnelle qui se sont manifestés depnis aient été favorablement influencés par les inocolations ultérieures, ces accidents, au contraire, ont semblé prendre nne nouvelle intensité an fnr et à mesnre que les chancres d'inoculation tendaient au phagédénisme.

Snr qnelqnes qnestions de M. Velpeau, M. le président, pensant qu'nne discussion pourra s'élever avec plus de fruit après nn examen attentif du malade, propose de renvoyer cette discussion après l'examen d'une commission qui serait nommée immédiatement. Cette proposition étant adoptée, le bnreau délègue une commission composée de MM. Velpean, Ricord, Lagnean, Ronx et Bégin, ponr examiner ce malade séance tenante.

L'académie se forme en comité secret à qnatre henres et demie.

BIBLIOGRAPHIE.

GUIDE DU MÉDECIN PRATICIEN, OU RÉSUMÉ GÉNÉRAL DE PATHOLOGIE INTERNE ET DE THÉRAPEUTIQUE APPLIQUÉES ; par le docteur VALLEIX. — Deuxième édition, revue, corrigée et augmentée. — Paris, chez J.-B. Baillière.

Après avoir rendu compte, avec tous les développements et tout le soio que nous y avons apportés, de la première édition de cet oovrage, on ne doit pas s'attendre à ce que nous recommencions la besogne. Nous nous proposons seulement d'indiquer en peu de mots les différeoces qu'il y a entre la nouvelle édition et la précédeote.

Inutile de dire que la coulenr scientifique du livre est restée la même. On n'a pas toute la maturité d'esprit de M. Valleix, une édncation médicale achevée, une observation abondante, pour chaoger ainsi du jour au lendemain. Bien qne nous ayons nous-même autrefois hasardé à ce sujet quelques remarques, nous n'oserions dire quelques conseils, nous ne nous attendions pas à des modifications sensibles. Au fond, la chose n'était guère présumable, parce que des changements, même limités, dans la partie doctrinale d'un livre, en snpposeraient de très-considérables dans l'esprit de l'auteur ; nous ajouterons qu'on peut s'en consoler dn moment où le genre de qnalités qu'il faudrait, suivant nous, pour une plus forte et plus large conception du snjet, est comme étouffé sons l'extrême développement de qualités d'un autre ordre, telles qu'une extrême rigueur d'observation, un choix judicieux de faits, une connaissance approfondie de la matière, une grande sûreté de jugement. Un passage de la préface de cette édition est à notre adresse : « Un avis que je mentionne ici, dit M. Valleix, parce que c'est celui que j'aurais le plus désiré pouvoir suivre, m'engageait vivement à diviser le traitement suivant les diverses indications. Assurément, ce serait là nne division parfaite, mais sommes-nous en mesure de l'établir ? » Et M. Valleix conclnt par la négative, en ajontant qn'il a *exposé le traitement le plus complètement et le plus méthodiquement possible*, et qn'il a indiqné, *toutes les fois qu'il l'a pu*, les cas où telle ou telle médication paraissait plns particnlièrement applicable. Nous ne voulons pas sontenir que la division du traitemeot par indications soit applicable d'nn bout à l'autre de la pathologie interne ; taot s'en fant ! Mais nous persistons à penser que, sans s'aventurer dans la pure spéculation, sans quitter le terrain pratique, il serait possible de pousser, en beaucoup de points, la science des indications plus loin que ne l'a fait M. Valleix. Ce qui nous rend à cet égard un peu exigeant, c'est le but avoué et le titre même de son livre. Ce n'est pas nn simple traité de pathologie, c'est nn *guide du praticien*. Or, qu'est la pratiqne, sinon la science des indications thérapeutiques ? Mais nous le répétons, nons en avons fait, comme oo dit, notre denil, et les lacunes que nons avons regrettées ne mettent que plus en relief à nos yeux la richesse des antres parties de l'onvrage. Nulle part, la mise en œnvre des faits et des opinions n'a été plus scrupnleuse ni mieux entendue ; nulle part les tableaux nosologiques ne sont plus vrais et le diagnostic plus précis.

La présente édition a tiré parti d'uoe foule de faits nouveaux, dont quelques-nns même se sont produits dans la science très-probablemeot pendant l'impression du volume où ils ont été consignés. Mais surtont, on y lira avec plaisir nn certain nombre d'articles qu'on regrettait de ne pas trouver dans l'édition précédente.

Le *sclérème des adultes*, dont nous avions particulièremeot signalé l'absence, est décrit avec éteodue. Mettant à contribution les observations de MM. Thirial, Forget, Pntégnat, Rilliet, Pelletier, et même celles que M. Ravel a exhumées des auteurs anciens, M. Valleix a tracé dn sclérème une histoire des plns complètes. Il y indique avec soin toutes les différences qui séparent le sclérème des adultes de la maladie désigoée par lui sous le nom d'œdème des nouveau-nés, et fait voir qoe la première affectioo, en tant qu'altération pathologique, consiste essentiellemeot daos un endurcissement de la peau, tandis qne, daos la seconde, la tension de la peau est consécutive à un œdème du tissu cellulaire.

Du côté des organes digestifs, l'anteur a introduit trois nouveaux articles sur la *salivation idiopathique*, le *vomissement nerveux* et la *colique végétale*. L'article snr la diarrhée emprunte presqne tons ses matérianx du travail publié en 1844 par M. Tanquerel des Ptaoches, travail dans lequel l'antenr, imité en cela par M. Valleix, n'a peut-être pas assez insisté, après avoir rangé la grossesse parmi les *causes prédisposantes* de la maladie, sur le caractère d'opiniâtreté que le flux salivaire présente souvent dans cette circonstance spéciale. Pour la description du vomissement uerveux on spasmodique, M. Valleix n'avait pas à chercher bien loin des matérianx ; il n'avait qu'à résumer, en l'adaptant anx dispositions particulières de son œuvre, le mémoire qu'il a publié en 1849, dans le BULLETIN DE THÉRAPEOTIQOE. Eofin, on trouvera, dans l'article sur la *colique végétale*, non-seulement une description très-complète et très-fidèle de la maladie, mais une très-juste appréciation de ses canses et de sa nature probable. Pour l'auteur comme pour le docteur Segond, la colique dite *végétale* est principalement due aux variations atmosphériques, bien que l'usage des fruits acerbes et des liqueurs acides puissent contribuer à la développer, et ce n'est autre chose qu'une colique nervense.

La *névralgie générale*, sur laquelle M. Valleix a publié deux mémoires, l'un dans L'UNION MÉDICALE, l'autre dans le BULLETIN DE THÉRAPEOTIQUE, forme ici nn long et substantiel article : il s'agit « d'une affection caractérisée par de nombreux points douloureux à la pression sur la surface du corps, par les autres phéoomèoes de la névralgie le loog de plusieurs nerfs, et par des symptômes cérébraux, tels que les étourdissements, les vertiges, le tremblement, l'abattement des forces. » Il importerait pourtant ici de spécifier eo quoi et comment cet état morbide constitue une névralgie générale. Si les douleurs répandues dans les différentes régions du corps, le long de la colonoe vertébrale, à l'épigastre, à l'hypogastre, le long des nerfs trifacial, occipital, cubital, radial, sciatique, etc., n'étaient que la conséquence d'une affectioo des centres rachidiens, comme peut le faire penser l'existence d'étourdissements, de vertiges, de tremblements, de faiblesse des membres, on ne pourrait guère donner le nom de névralgie à une pareille affection. M. Valleix croit, il est vrai, que les symptômes émanés directement des centres nerveux sont *la conséquence* de la névralgie générale ; mais c'est un poiot sur leqnel nous ne sommes pas édifié. Il faudrait avoir étudié avec soio le *rapport de succession* des deux ordres de phénomènes, et avoir trouvé que les phéoomènes névralgiques soot antérieurs aux phénomènes encéphaliques. C'est ce qui ne ressort pas clairement de l'article que nous avons sous les yeux.

Eofin, dans la précédente édition, l'histoire de la fièvre puerpérale était confondue, et, on peut le dire, perdue dans celles de la métrite et de la métro-péritonite ; elle en a été dégagée, avec grande raison, dans l'édition actuelle. Le tableau qui en est tracé serait très-complet si l'on y avait joiot le résultat des recherches modernes sur les rapports de la fièvre puerpérale avec l'érysipèle.

Nous signalerons, en terminant, une amélioration matérielle qni a son importance : nous voulons parler de la combinaison typographique qni a permis de contracter en cinq volumes les dix volumes de la première édition. Le caractère n'en est pas moins lisible et de la plus grande netteté. L'ouvrage est terminé par une table générale, qni était en effet bien à désirer dans un ouvrage d'uoe aussi grande éteodue.

A. DECHAMBRE.

Le rédacteur en chef, JULES GUÉRIN.

REVUE HEBDOMADAIRE.

SYPHILISATION. — ÉTAT DE LA QUESTION.

D'après les expériences de Hunter, MM. Cullerier, Ricord et d'autres éminents syphilographes, on admettait que la syphilis n'était pas transmissible de l'homme aux animaux. M. Auzias-Turenne, guidé par l'analogie, inspiré par les beaux travaux de M. Rayer, qui avait montré, contrairement à l'opinion reçue, que la morve pouvait se transmettre du cheval à l'homme, eut l'idée d'expérimenter l'inoculation de la syphilis aux animaux les plus rapprochés de l'homme, et particulièrement au singe. Après de nombreux essais, favorisés par la libéralité éclairée de l'administration de la ménagerie du Muséum, M. Auzias crut être parvenu à donner des chancres syphilitiques aux singes. Il fit à cet égard une communication à l'Académie des sciences (novembre 1844), et montra à l'Académie de médecine et d'autres corps savants des singes ayant des pustules, des ulcérations aux oreilles, aux paupières, au nez. Le fait parut accepté d'abord dans le sens que lui donnait M. Auzias. Bientôt il se manifesta contre cette opinion une vive réaction. M. Cullerier, rejetant la nature syphilitique de ces accidents dans un travail lu à la Société de chirurgie, entraîna l'opinion de tous les savants. Ce qui dut donner gain de cause à M. Cullerier contre M. Auzias, c'est que ce dernier, mis en demeure de donner des chancres à des animaux par lui choisis, dut renoncer publiquement à son opinion. Il persista à soutenir qu'il avait *maintes fois* réussi.

Se fondant sur des résultats positifs, il chercha en silence à se rendre compte de ces alternatives de succès et de revers. Tenant un compte rigoureux de toutes ses observations, il crut surprendre un fait d'une haute portée s'il se confirmait.

Les ulcérations qu'il donnait au singe diminuaient graduellement de largeur et d'activité à mesure qu'il les multipliait successivement sur le même individu, et qu'il arrivait un moment où il ne pouvait plus produire que des pustules qui avortaient; qu'enfin, en multipliant ses essais, il ne pouvait plus rien produire sur eux. Il dit en outre que *les singes auxquels il n'avait donné que quelques chancres dépérissaient bientôt, tandis que ceux qu'il avait, suivant certaines règles, inoculés jusqu'à épuisement de leur réceptivité syphilitique, jouissaient de la santé la plus parfaite, malgré les mauvaises conditions climatériques.*

Swédiaur seul, en admettant la diminution d'intensité dans la vérole par sa propagation, parut à M. Auzias un point d'appui, quoique vague. Voilà pour la bibliographie. Tous les cliniciens qu'il consulta nièrent le fait, les uns absolument, les autres au moins pour ce qui touche l'homme.

Cependant M. Auzias annonça avoir découvert des personnes chez lesquelles la réceptivité syphilitique était sinon épuisée, du moins telle qu'il ne put leur donner que de petites pustules. De là il conclut bardiment à l'analogie des faits observés sur les singes avec ceux offerts par l'homme. Sous le titre de SYPHILISATION, il fit part de sa découverte à l'Académie des sciences (août 1850).

M. Auzias institua un enseignement de syphilis expérimentale, dans lequel les démonstrations paraîtraient avoir été assez rigoureuses pour que des étudiants et des médecins se soient spontanément soumis aux inoculations successives.

Sur ces entrefaites, des personnes atteintes d'accidents syphilitiques graves et réfractaires aux traitements ordinaires, se sont présentées à M. Auzias qui les a traitées et prétend les avoir guéries par des inoculations successives. Des jeunes gens se sont montrés, affirmant qu'ils étaient réfractaires à la syphilis par suite de syphilisation.

La découverte de M. Auzias fut consciencieusement et savamment examinée par M. Diday et bien favorablement accueillie en Italie, plus particulièrement à Turin. Nos lecteurs connaissent les recherches importantes du docteur Sperino, dont le savoir n'est contesté par personne. Ses observations n'ont été publiées que très-succinctement, parce qu'elles sont soumises à l'examen d'une commission de l'Académie de Turin, dont le rapport sera bientôt prêt et promet d'être favorable.

De nombreuses objections ont été adressées aux assertions de M. Auzias; la plus sérieuse paraît être l'objection vivante de M. L..., médecin instruit, qui s'est fait inoculer le virus. Le docteur L... a été présenté à l'Académie de médecine, à la séance du 18 novembre dernier; il porte sur les bras une série d'ulcérations toutes également étendues et virulentes. M. L... est en outre atteint d'accidents constitutionnels que les inoculations n'ont pas fait disparaître. M. Auzias répond à ce cas que la syphilisation n'a pas été convenablement dirigée; que les chancres ont été inoculés à des jours trop rapprochés. Or tout le monde sait qu'un malade que l'on voudrait guérir par un altérant quelconque, on ne le traiterait pas d'un seul coup, avec la somme de doses qu'il devrait prendre en fractions.

En second lieu, M. Auzias répond que les piqûres ont été trop rapprochées les unes des autres, mais surtout qu'elles ont été faites avec toute espèce de pus (voir les comptes rendus de l'Académie des sciences). Dans la séance du 25 novembre de l'Académie de médecine, des communications importantes ont été envoyées à ce corps savant, et M. Laval, ancien élève du Val-de-Grâce, a écrit lui-même qu'il était syphilisé et qu'il se soumettrait à toutes les expériences que la commission voudrait bien entreprendre. M. Auzias prétend, malgré l'assertion contraire de M. Ricord, que l'éminent syphilographe a fait sur M. Laval sept inoculations publiques sans pouvoir produire des traces de pus inoculable. Ce fait est du reste facile à vérifier, puisque M. Laval se met à la disposition des commissaires. M. Auzias prétend encore qu'on ne peut pas donner de blennorrhagie à M. Laval. Cette maladie est, comme on le voit, pour M. Auzias, de nature syphilitique.

Les éléments du problème sont posés; il faut les étudier tous pour pouvoir résoudre la question.

La Société de chirurgie, en décidant la question dans un sens, comme par une sorte d'entraînement, n'a pas rendu une décision sans appel.

En effet, ses membres ont unanimement protesté et ont accepté sans examen, et sur l'affirmation de M. Cullerier, qu'on ne pouvait pas même donner de chancre aux animaux, alors qu'il est de notoriété scientifique que M. Auzias a répété publiquement, pendant tout l'été dernier, ses expériences; que M. Robert de Wels les a montrées publiquement en Allemagne; que M. Sigmund, médecin du grand hôpital de Vienne, les a reproduites sur des lapins et des chevaux; enfin, que notre savant collaborateur, M. Diday, a lui-même confirmé les résultats trouvés par M. Auzias sur la transmissibilité aux animaux.

Contrairement aux conclusions de la Société de chirurgie, cette dernière question paraît résolue.

La question de la syphilisation est à résoudre, mais non à rejeter à l'avance.

Feuilleton.

CARACTÈRES DE LA FIGURE D'ALEXANDRE, ÉCLAIRÉS PAR LA MÉDECINE.

A monsieur le Rédacteur en chef de la GAZETTE MÉDICALE.

(Second article. — Voir le n° 46.)

Inclinaison de la tête à droite; inclinaison du cou à gauche et un peu en avant; légère courbure de la colonne cervicale à convexité gauche; réduction générale du côté droit de la face; léger abaissement de l'œil du même côté; soulèvement du muscle sterno-mastoïdien droit : tels sont donc, mon cher rédacteur, les caractères de la figure d'Alexandre le Grand sur l'hermès du Musée (1). Comment, direz vous, les archéologues ont-ils pu méconnaître des caractères qui doivent sauter aux yeux à la première inspection, et en décrire même de tout à fait opposés? Vous serez bien plus surpris quand vous saurez que, dans les publications qui contiennent des gravures de l'hermès, les inclinaisons alternes de la tête et du cou, avec courbure de la colonne cervicale, sont représentées telles que je les ai décrites, alors même que le texte n'en mentionne qu'une ou indique des inclinaisons en sens contraire. Ainsi, dans l'édition française de Winckelmann et dans le MUSÉE PIRANÈSE, où le texte signale bien l'inclinaison de la tête à droite, mais ne dit rien de celle du cou, on voit distinctement le cou penché sur l'épaule gauche et dessinant une légère courbe pour rejoindre la tête penchée à droite. Ces deux inclinaisons, ainsi que la courbure, sont très-bien représentées également dans Visconti, qui n'en écrit pas moins que la tête est déjetée du côté *gauche*, et ne dit rien de la direction du cou. Mêmes remarques sur le MUSÉE BOUILLON. Bien plus, sur quelques gravures, il n'est pas impossible de reconnaître, sinon la réduction de la demi-face droite, au moins l'expression particulière des traits de ce côté. Une des gravures de l'ICONOGRAPHIE GRECQUE (le profil) est très-remarquable sous ce rapport : elle rend avec beaucoup de vérité le caractère osseux et comme ratatinée de la pommette.

Ce démenti donné au texte par la gravure, je le relève, comme vous pensez bien, à mon profit. Les artistes ont joué aux écrivains à peu près le même tour que Lysippe à Alexandre : ils ont scrupuleusement copié, sans permission.

Les archéologues, cher rédacteur, ne se sont pas contentés d'une description fantastique de la figure. Pénétrant sans façon dans la physiologie, ils s'y sont permis quelques commentaires agréables dont vous ne serez pas fâché d'être régalé. Deux d'entre eux ont remarqué le relief du muscle sterno-mastoïdien

(1) En y joignant : 1° la disposition des cheveux, implantés bas (Petit-Bodal) et rejetés sur les côtés de la tête et en arrière; 2° la dépression circulaire de la tête, on aura la caractéristique entière de la figure.

Les pièces du procès se rassemblent, et nous croyons du devoir de tout esprit sage de se garder, en si grave matière, de toute prévention pour ou contre, et de se rappeler que les grandes découvertes se présentent souvent avec les allures du paradoxe.

HIFFELSHEIM.

ANATOMIE PATHOLOGIQUE.

MÉMOIRE SUR LA CARNIFICATION ; par M. C. BARON, médecin des hôpitaux.

(Suite. — Voir les nos 46 et 47.)

OBS. X. — Jean Hombourger, âgé de 8 ans, entre à l'hôpital des Enfants, le 12 février 1844, avec une anasarque générale, consécutive à une scarlatine. Ses urines ne sont pas albumineuses. On constate chez lui une ascite, une diarrhée assez abondante et une faiblesse prononcée, symptômes qui se continuent jusqu'à la mort, arrivée le 24 février. Dans les jours qui précédèrent immédiatement la mort, l'auscultation et la percussion ne furent pas pratiquées; auparavant, la résonnance thoracique était normale, et le bruit respiratoire, vésiculaire.

Quatre ou cinq cuillerées de sérosité citrine dans chaque plèvre. En arrière du sommet du poumon droit, le tissu est d'un rouge pâle, dense et ferme, et ne laisse pas pénétrer le doigt, même par la plus forte pression ; ses divers éléments, sauf les vaisseaux, semblent former un tout homogène ; les surfaces de section sont lisses et unies; la pression n'exprime pas de liquide de la substance carnifiée ; au niveau de l'altération, l'organe est, à l'extérieur, de couleur ardoisée. La partie postérieure du lobe inférieur offre un léger degré de splénisation : à l'extérieur, coloration violacée; à l'intérieur, coloration rouge noirâtre, infiltration d'un peu de sérosité sanguinolente, très-léger ramollissement de tissu. A la partie postérieure du lobe inférieur du poumon gauche, il y a un peu d'engouement.

Environ deux litres de sérosité citrine, un peu pâle, dans le péritoine. Un peu de bile d'un jaune clair dans l'intestin grêle. Rougeur et épaississement de la muqueuse du colon. Epaississement du tissu sous-muqueux. Nombreuses ulcérations ayant leur point de départ dans les follicules isolés. Le foie est dense et ferme; sa couleur, grise légèrement rosée, pâle, unique et uniforme, à l'intérieur; on n'y trouve pas d'apparence de deux substances; les surfaces de section sont lisses et unies ; le tissu semble homogène et les vaisseaux seuls sont distincts du reste; l'on ne peut faire pénétrer le doigt dans le parenchyme de l'organe, même par la plus forte pression ; à l'extérieur, la coloration est d'un brun clair ; le volume de l'organe paraît normal. La rate, d'un brun noirâtre, est dense et ferme; la pression n'en fait pas sourdre de liquide ; la surface de section est unie, mais à un moindre degré que celle du foie et du poumon ; la substance ne paraît pas aussi homogène que dans ces deux autres organes ; on reconnaît encore la trame cellulo-caverneuse et le sang qu'elle contient, mais ces deux éléments semblent commencer à se confondre l'un avec l'autre ; le doigt n'y pénètre que par une très-forte pression. Les reins sont très-denses, très-fermes, sans autre altération apparente.

Cette observation nous offre un exemple de carnification du foie, de la rate et du poumon, chez un sujet porteur d'une anasarque, d'épanchements dans le péritoine et les plèvres, d'un peu d'infiltration dans les deux poumons. Nous avons déjà remarqué assez souvent la coïncidence des hydropisies et des carnifications, pour qu'il soit superflu de nous y arrêter encore cette fois. Dois-je répéter aussi, à l'occasion de cet enfant qui nous offre un remarquable exemple d'indurations multiples, que le développement simultané de plusieurs carnifications entièrement semblables, chez le même sujet, tend à indiquer, pour toutes ces altérations, une identité de cause, de nature et de mode de production ?

La carnification du poumon, en rapport avec la coloration des épanchements, n'était pas, comme chez le sujet de l'observation précédente, d'un rouge foncé, mais au contraire très-pâle. Elle était arrivée à son développement complet ; aussi, la pression n'en faisait plus sourdre la moindre goutte de liquide; ce qui ne prouve pas, toutefois, que le parenchyme n'en avait pas été imprégné auparavant, comme l'était encore, au moment de la mort, une autre partie du même organe.

Dans celle-ci, l'altération était analogue à ce que nous avons vu décrit dans les premières observations, à un léger ramollissement de tissu, accompagné d'infiltration et occupant des portions de poumon voisines d'autres portions carnifiées, état dont nous expliquerons plus loin la relation avec la carnification. L'altération ressemblait aussi à la splénisation, et nous nous arrêterons plus tard sur la présence simultanée de cette dernière lésion et de la carnification.

Dans le foie, la carnification présente, comme dans le poumon, une coloration analogue à celle des épanchements que l'on trouve chez ce sujet, et, en particulier, de celui du péritoine ; ce qui permet de présumer qu'une infiltration s'était, comme chez le sujet de la précédente observation, opérée auparavant dans la substance de la glande ; on n'y retrouve plus de liquide, mais la carnification est, ainsi que celle du poumon, arrivée à son complet développement.

Celle de la rate est moins avancée; mais elle n'offre pas moins d'intérêt, parce qu'elle met, pour ainsi dire, sous les yeux de l'observateur, le mode suivant lequel l'altération se forme.

L'état des reins est aussi fort remarquable : ce n'est pas une carnification, car les éléments de l'organe sont encore bien distincts ; mais la coïncidence de cette induration avec des carnifications chez le même sujet, n'en est pas moins très-importante. Est-ce cette altération des organes sécréteurs de l'urine, que nous devons regarder comme la cause des hydropisies, chez ce sujet ? J'incline plutôt à penser que les reins, comme les autres viscères indurés, chez cet enfant, avaient été, quelques jours avant la mort, le siége d'une infiltration séreuse, et que l'induration des reins avait suivi et non précédé l'hydropisie. La cause de celle-ci resta ignorée.

OBS. XI. — Bobière, âgé de 4 ans, venait d'être affecté d'une rougeole avec bronchite intense, d'une entérite et d'une gangrène de la bouche, lorsqu'il entra à l'hôpital des Enfants, le 18 novembre 1839. On observa chez lui de la diarrhée, de la toux, une excavation résultant de la gangrène, de la faiblesse et une pâleur prononcée. Jusqu'au 6 janvier, on ne découvrit aucune modification du bruit respiratoire ni aucun râle ; plus tard l'auscultation ne fut pas pratiquée. Vers la fin de novembre, quelques vomissements survinrent ; puis, à la fin de janvier 1840, des convulsions, de la somnolence et de la catalepsie. L'enfant succomba le 10 février 1840.

Infiltration des membres, surtout de ceux du côté gauche. Sérosité incolore, abondante, dans la cavité de l'arachnoïde et au-dessous de cette membrane. Une demi-cuillerée de sérosité incolore dans chaque ventricule. Un tubercule dans l'épaisseur de la tente du cervelet.

Adhérence du sommet du poumon droit aux côtes. Les trois quarts inférieurs de la cavité thoracique de ce côté contiennent du pus épais, d'un jaune verdâtre, entouré par une fausse membrane jaune et molle. Le poumon est, dans presque

---

gauche, et y voyant l'un et l'autre la cause première de la difformité, voici les belles explications qu'ils ont imaginées. Celui-ci, qui appelle tête tout ce qui est au-dessus des épaules, et qui écrit que la tête penche à gauche parce que le cou offre en effet une inclinaison dans ce sens, charge le sterno-mastoïdien gauche d'exécuter ce mouvement, c'est-à-dire—entendez-bien—de renverser *le cou* sur l'épaule gauche. Celui-là, qui a reconnu l'inclinaison *de la tête* à droite, ajoute doctement : « C'est pour cette raison qu'on aperçoit une légère grosseur au cou du côté gauche, qui fait pencher la tête du côté opposé. » Ainsi la tête est repoussée *à droite* par le gonflement du muscle sterno-mastoïdien *gauche*.

Pas n'est besoin assurément de rembarrer des théories de cette force, ni même de déterminer ici la vraie filiation des éléments de la difformité. Le muscle sterno-mastoïdien droit atteint de rétraction primitive; la tête tirée à droite ; cette inclinaison balancée par une inclinaison inverse du cou, la colonne cervicale décrivant une courbe à convexité gauche, avec soulèvement du sterno-mastoïdien correspondant; la face déformée consécutivement : tout cela est le *pont aux ânes* de l'orthopédie—bien entendu, pour ceux qui viennent après vous. Mais vous aurez remarqué spécialement sans doute un élément qui a ici un double intérêt : d'une part, il vous apporte un secours assez inattendu contre d'opiniâtres contradictions ; de l'autre, il sert à expliquer l'absence, sur l'Alexandre du Musée, d'un caractère habituel du torticolis par rétraction du sterno-mastoïdien. L'élément dont je parle est l'inclinaison du cou avec courbure latérale.

Si j'ai bonne mémoire, on vous a vivement contesté cette inclinaison et cette courbure de balancement. On vous renvoyait *à la clinique*, avec vos plâtres. Que va-t-on dire de l'antique? Il n'est pas présumable que le héros macédonien ait été assez malicieux pour renverser le cou à gauche et courber la colonne cervicale dans le but unique de chagriner vos adversaires. S'il y a une *observation* qui mérite confiance, c'est celle-là. On ne dira pas que les illusions de la doctrine ou de l'amour-propre y aient eu la moindre part. Voilà pour le premier point; voici pour le second.

Pour que les caractères du torticolis sur la figure d'Alexandre soient complets, il y manque la *rotation* de la tête et sa flexion en avant. Le muscle sterno-mastoïdien droit étant raccourci, la face devrait regarder à gauche et en bas ; elle regarde plutôt un peu à droite et horizontalement. Mais pour donner la clef de cette différence, je n'ai qu'à ouvrir vos livres. Un individu atteint de torticolis qui, habituellement et *au repos*, a la tête inclinée sur une épaule, sur la droite, par exemple, et la face tournée à gauche et fléchie en avant, n'est pas privé pour cela de la faculté de regarder en face ou à droite ; seulement, comme ce double mouvement d'extension et de rotation, inverse de celui qu'avait produit le raccourcissement du sterno-mastoïdien, ne peut avoir lieu sans éloigner les deux points d'insertion du muscle déjà tendu, le sujet est forcé instinctivement, pour relâcher la corde et lui donner du jeu, d'exagérer l'inclinaison de la tête à droite, celle du cou à gauche et la courbure de la colonne cervicale. Aussi le mouvement ne s'exécute-t-il pas suivant un plan horizontal, mais bien suivant un plan oblique de haut en bas et de gauche à droite. Or c'est justement la nécessité où se trouve celui qui, voulant faire exécuter son portrait, s'applique à regarder l'artiste en face ou même à prendre l'attitude qui lui permet le mieux

toute son étendue, dense et non crépitant, d'un rouge un peu grisâtre, uniforme; la surface de section est lisse; le tissu paraît homogène; il y a une légère crépitation. La moitié à peine de l'organe surnage. Adhérences celluleuses et deux cuillerées de sérosité dans la plèvre gauche. Fausse membrane gélatiniforme autour du poumon de ce côté, qui est à l'état d'hépatisation rouge dans presque toute son étendue, et dont le sommet contient quelques granulations tuberculeuses. Quelques tubercules dans les ganglions bronchiques du côté gauche. Environ 125 grammes de sérosité limpide dans le péricarde.

Plusieurs ulcérations tuberculeuses dans l'intestin. Un peu de bile jaunâtre dans l'iléon. Le foie a 17 centimètres et demi d'étendue transversale, 12 centimètres et demi d'avant en arrière; sa couleur est d'un violet foncé à l'extérieur. Dans le lobe gauche, à l'intérieur, les surfaces de section sont lisses, d'un gris rougeâtre, uniforme, sur lequel se dessinent les parois vasculaires; le tissu paraît homogène; il est dense et laisse difficilement pénétrer le doigt; le lobe droit offre généralement une coloration plus foncée que le gauche; le tissu est infiltré d'une plus grande quantité de sang, et le doigt y pénètre avec facilité. La substance corticale des reins a un peu moins de consistance que dans l'état ordinaire. Ces organes sont fort injectés.

Carnification du foie et du poumon chez un sujet porteur d'œdèmes et d'épanchements multiples, probablement produits par une affection rénale.

Le foie n'est pas ici, comme dans les deux précédentes observations, entièrement carnifié, et la portion de cet organe non envahie par cette altération est le siége d'une infiltration assez notable. N'est-ce pas là tout à fait ce que nous avons vu plusieurs fois pour les poumons : une partie du viscère déjà carnifiée et une autre partie du même viscère infiltrée et légèrement ramollie, ou même offrant de la ressemblance avec la splénisation? Je pense que le lobe carnifié du foie avait été précédemment infiltré comme l'autre lobe; il conservait, d'ailleurs, encore un peu de cette infiltration, puisqu'il est dit dans la description anatomique que le lobe droit était plus pénétré de liquide que le gauche, ce qui suppose que celui-ci l'était aussi.

Quant à la carnification du poumon, sa coïncidence avec celle du foie rapproche cette observation de plusieurs des précédentes; il est très-probable qu'elle était due à la même cause générale que la carnification du foie; mais comme on pourrait soutenir qu'elle fut le résultat de la compression déterminée par le liquide qui entourait le poumon, cette coïncidence a moins d'importance, dans ce cas, que dans la plupart des autres.

Le sujet de l'observation précédente était affecté de deux maladies que nous retrouvons chez plusieurs de ceux dont l'histoire compose ce recueil, la gangrène et les tubercules. Nous reviendrons, dans les généralités, sur l'appréciation des rapports que ces deux affections peuvent avoir avec la carnification.

Obs. XII. — Neveu, âgé de 3 ans, entre, le 2 janvier 1840, à l'hôpital des Enfants. Depuis trois mois il a une abondante diarrhée, de la toux et parfois des vomissements. Depuis quelques jours un purpura et une gangrène au niveau du trochanter gauche. On constate tous ces phénomènes morbides, qui s'accroissent pendant le séjour du malade à l'hôpital, et auxquels se joint, dans les derniers jours de la vie, un peu d'œdème en différentes parties du corps. La respiration, pendant les premiers jours du séjour à l'hôpital, était vésiculaire, sans râles. L'enfant succombe le 28 janvier.

Un peu d'infiltration aux pieds et à la main droite. Sérosité incolore dans l'arachnoïde et sous le feuillet viscéral de cette membrane. Un peu de sérosité citrine dans la plèvre droite. Le poumon de ce côté est violet ou bleuâtre à l'extérieur, dans la plus grande partie de son étendue, et dense; le sommet seul offre de la souplesse; l'organe surnage d'un tiers; dans les parties denses, le tissu est rougeâtre et a de la cohésion, si ce n'est dans le lobe moyen, qui est grisâtre et infiltré de pus. Les bronches contiennent une assez grande quantité de sérosité un peu rougeâtre; la muqueuse qui les tapisse est pâle. Sérosité jaune verdâtre, fausses membranes floconneuses et adhérences molles dans la plèvre gauche. Le centre du poumon, de ce côté, est occupé par une caverne tuberculeuse. De nombreuses granulations sont disséminées dans le reste de l'organe qui, presque partout, offre les caractères de l'hépatisation grise. Les ganglions bronchiques du côté gauche contiennent une assez grande quantité de tubercules. Péricarde rempli de sérosité citrine, limpide. Foie gras. Le tissu de la rate est assez dense et d'une couleur lie de vin foncée. Double affection de Bright, commençante à gauche, plus avancée à droite.

Affection de Bright, hydropisies multiples et indurations viscérales, tels sont les faits principaux à noter dans l'observation précédente.

Il est douteux que l'induration des poumons soit une carnification, quoique l'augmentation de densité, jointe à la conservation de la cohésion, et sans état grenu, se rapproche de cette altération. Peut-être était-ce une carnification commençante ou incomplète; mais ne serait-ce qu'un simple endurcissement, son analogie avec la carnification rapproche ce fait de ceux que contient ce recueil. Cette lésion du poumon est fort semblable à celle que présentait la rate chez ce même sujet. Pour la rate comme pour le poumon, j'ignore si l'augmentation de consistance indiquait une tendance à la carnification; mais, comme celle du poumon, cette induration survenant chez un sujet disposé aux œdèmes et porteur de plusieurs épanchements, assigne à cette observation une place à côté de celles qui la précèdent.

Il n'est pas mentionné dans cette observation, comme nous l'avons vu dans plusieurs autres, que le tissu du poumon, dont une portion est carnifiée, présentât de l'infiltration; mais, ainsi que nous le trouvons dans d'autres cas, les bronches du poumon induré contiennent une notable quantité de sérosité, et la présence de cette sérosité, dans le voisinage immédiat de l'induration, permet d'admettre que la partie carnifiée elle-même a pu auparavant être aussi infiltrée.

Ainsi que Bobière, le jeune Neveu était porteur de tubercules et d'une gangrène.

Obs. XIII. — Parelle, âgé de 4 ans, entre, le 22 octobre 1839, à l'hôpital des Enfants, avec les signes d'une hydrocéphalie chronique. Dans les premiers jours de novembre, il est atteint d'une ophthalmie purulente qui détermine la perforation de la cornée. Vers le milieu du même mois, il est pris des symptômes d'une pneumonie double, paraissant d'abord exister surtout dans le lobe inférieur gauche, puis ensuite presque exclusivement dans le lobe supérieur droit, en arrière et il succombe le 17.

Environ 160 grammes de liquide incolore dans les ventricules cérébraux et cérébelleux. Un tubercule du volume d'une noix dans le lobe droit du cervelet.

Léger degré de carnification en un point très-limité, à l'intérieur du poumon gauche. Adhérence générale du poumon droit aux côtes. Cet organe est infiltré d'une assez grande quantité de liquide d'une couleur lie de vin, et les extrémités des bronches contiennent de la mucosité purulente. Environ 90 grammes de sérosité purulente et fausses membranes assez épaisses dans le péricarde.

Des matières fécales colorées par la bile et un lombric dans l'intestin. Le foie a 22 centimètres de largeur transversale, 14 centimètres d'avant en arrière, au niveau du grand lobe; la couleur de la surface externe, du côté de la convexité, est d'un jaune brunâtre, marbré de points linéaires et de plaques d'un jaune

---

de dissimuler une partie de sa difformité. Une conjecture de ce genre appliquée à Alexandre qui posait pour la postérité et qui avait pris soin, au rapport des historiens, de répandre partout ses images, n'a rien que de très-plausible; et c'est vraisemblablement pour cela que la contorsion du cou a, relativement aux autres éléments de la difformité, une accentuation particulière.

J'insiste sur cette concordance de tous les caractères de la figure, qui rend facile de les relier les uns aux autres et de les rattacher tous à une origine commune, c'est-à-dire au raccourcissement d'un muscle; j'y insiste parce qu'elle donne le droit d'affirmer qu'il s'agit ici d'un véritable portrait, pour lequel le modèle a posé avec autant de simplicité que pouvait en mettre un tel personnage et où l'artiste, laissant la manière héroïque, s'est piqué surtout d'exactitude. La sévérité des lignes, la fermeté des traits, semblent se rapporter à une période avancée de la vie d'Alexandre, mort, comme on sait, à 32 ans. Ceux qui voient dans la dépression circulaire de la chevelure les traces du diadème persan y rattachent une conjecture du même genre; on peut maintenant ajouter à ce faisceau d'inductions le degré assez avancé de la difformité. On sait que le torticolis augmente toujours avec les années.

Je vous ai dit, dans le précédent article, que la croyance générale, dans les arts et ailleurs, attribue à Alexandre une inclinaison de la tête sur l'épaule *gauche*. On s'appuie sur la tradition. Vous pensez combien un tel désaccord entre le témoignage des historiens et les caractères par moi décrits infirmeraient ou mon observation ou l'authenticité du buste. J'ai donc voulu en avoir le cœur net, et je suis allé aux sources. Un seul auteur ancien parle en termes précis de l'attitude proprement dite; c'est Plutarque. On consulterait en vain, sous ce rapport, ceux même qui se sont occupés spécialement d'Alexandre, et Diodore de Sicile en son dix-septième livre, et Arrien tant cité par les écrivains postérieurs. Il ne faut pas compter Quinte-Curce où ce qui concerne Alexandre fait partie d'un supplément ajouté dans les temps modernes. On ne peut donc s'adresser qu'à Plutarque. Or voici ses propres paroles : « ἀνάστασιν τοῦ αὐχένος εἰς εὐώνυμον ἡσυχῇ κεκλιμένου; » mot à mot : *allongement du cou doucement incliné à gauche*. C'est donc proprement *le cou* et non la tête qui penchait sur l'épaule gauche, suivant Plutarque. Et il se sert encore du même mot dans la vie de Pyrrhus quand il fait cette réflexion que « Pyrrhus imitait d'Alexandre ses exploits, tandis que les rois successeurs du conquérant imitaient sa manière de s'habiller *et de pencher le cou*. » C'est peut-être cette expression ἀνάστασιν, *allongement*, qui a fait dire à quelques auteurs, sans raison plausible, qu'Alexandre avait le cou élevé, *cervice celsâ*, comme dit Solin, ou *la tête haute*, d'après la version de Sainte-Croix et de Barthélemy. En ce qui concerne la déformation et la réduction de la face, aucune indication dans aucun auteur. Quelques-uns s'aventurent à affirmer que le héros était *beau de visage*, ou de traits réguliers (Elien, Sainte-Croix, etc.). Or Arrien, le plus ancien des auteurs qu'on puisse consulter sur ce point (deuxième siècle), ne dit sur le physique d'Alexandre que ceci : τό τε σῶμα κάλλιστος. Or σῶμα ne désigne pas la figure, mais bien le corps, la personne. « *Alexandre était beau de sa personne,* » voilà tout ce qu'a dit et voulu dire Arrien.

Les archéologues, mieux éclairés, décideront jusqu'à quel point ces remarques doivent influer sur l'interprétation des figures que certaines considérations d'un autre ordre portent à regarder comme des Alexandre; notamment les statues. 174

clair; la coloration à l'intérieur est d'un gris blanchâtre, uniforme; le doigt pénètre facilement dans le parenchyme que déchire une traction assez faible. La vésicule contient de la bile à consistance sirupeuse, d'une couleur brune foncée. Le parenchyme de la rate est mou, et la pression le réduit facilement en putrilage.

Quoique, dans ce cas, l'infiltration ne se rencontre pas dans l'organe même qui est le siége de la carnification, elle est suffisamment appréciable dans l'autre poumon et dans d'autres organes du même sujet, pour que l'on soit fondé à accorder quelque importance à la coïncidence de cette infiltration avec la carnification pulmonaire. D'ailleurs, plusieurs raisons doivent faire présumer que le poumon gauche, dans lequel on trouve la carnification, avait été le siége d'une infiltration qui avait disparu avant la mort. D'abord, on trouva le poumon droit infiltré, et lorsque les deux poumons sont malades en même temps, il est beaucoup plus ordinaire de les voir tous deux affectés de la même maladie que d'une maladie différente. Ensuite, il est dit dans la note précédente que la maladie parut d'abord résider surtout dans le poumon gauche, et plus tard le quitter, pour rester bornée au poumon droit; comme nous trouvons à droite une infiltration pour rendre compte des signes stéthoscopiques, et que ces signes étaient constatés les mêmes dans le côté gauche et dans le côté droit, il est probable que c'était aussi une infiltration qui donnait lieu aux modifications stéthoscopiques, perçues d'abord à gauche, et que cette infiltration avait disparu lorsque ces modifications stéthoscopiques avaient elles-mêmes cessé.

La cessation des phénomènes stéthoscopiques à gauche, malgré la présence de la carnification de ce côté, serait à remarquer et à rapprocher de quelques autres cas de ce recueil, dans lesquels les modifications des bruits perçus à l'auscultation sont bien moindres que les lésions, si la position centrale et l'étendue limitée de la carnification ne suffisaient pour rendre sa présence inappréciable à l'oreille, même si l'on suppose à la carnification la propriété de modifier d'une manière particulière le résultat de l'auscultation.

L'altération du foie et de la rate est évidemment le produit de l'infiltration, dont elle offre, d'ailleurs, la couleur, étant un peu plus pâle dans le foie que dans la rate, parce que la proportion du sang contenu dans le liquide dont la rate est infiltrée est ordinairement un peu plus considérable. Quoique la lésion de ces deux viscères ne ressemble pas à la carnification, je ne crois pas qu'elle en diffère essentiellement; car nous retrouvons un état analogue dans le foie du sujet de la onzième observation, dont une partie est carnifiée, et dans les poumons de plusieurs autres sujets, qui présentent aussi en même temps de la carnification dans une autre partie de leur étendue. J'admets donc qu'il y a un certain rapport entre l'état du foie et de la rate et la carnification du poumon chez le jeune Parelle, et je ne suis pas éloigné de supposer qu'une carnification eût pu se développer dans le foie et dans la rate, à la suite de la lésion qui y fut rencontrée; car j'ai fait remarquer une succession analogue dans l'une des premières observations. Déjà, d'ailleurs, la coloration du foie était uniforme, et la distinction de ses différents éléments commençait à devenir confuse.

La relation que nous venons d'établir entre le ramollissement du foie et de la rate et la carnification est encore une présomption en faveur du rapport de la carnification du poumon gauche avec l'infiltration, puisque celle-ci avait précédé ce ramollissement.

L'altération du foie ne semble pas être de nature inflammatoire; car, outre qu'il ne s'était manifesté aucun des signes locaux ou généraux de l'hépatite, l'absence de l'ictère, la continuation de la sécrétion et de l'excrétion de la bile, prouvée par la quantité assez notable de ce liquide trouvée dans la vésicule et dans l'intestin, la coloration pâle de la substance du foie, sans la moindre trace de pus, suffisent pour exclure l'idée de l'inflammation. La ressemblance de la lésion de la rate avec celle du foie, la parité des conditions dans lesquelles elles se rencontrent, repoussent aussi la supposition de la splénite, dont, au reste, on n'avait non plus observé aucun symptôme.

Si le tubercule du cervelet a contribué à la production de l'hydrocéphale, ce fait peut servir à prouver que les tubercules sont une cause d'hydropisie.

Obs. XIV. — Adèle, âgée de 6 ans, entre à l'hospice des Enfants trouvés le 14 février 1847; elle y succombe le 10 mars, après avoir présenté les symptômes d'une maladie de Brighl.

Les deux reins offrent, à un degré à peu près égal, les caractères de cette maladie. Il y a une anasarque générale, de la sérosité dans les plèvres et le péritoine. Le foie et la rate sont carnifiés; ces deux organes sont denses, s'affaissent moins qu'à l'ordinaire, lorsqu'ils sont abandonnés à eux-mêmes; le foie est brun à l'extérieur; l'enveloppe de la rate conserve sa teinte grisâtre, mais sa coloration est néanmoins foncée, les surfaces de section des deux viscères sont brunes, lisses, semblent appartenir à un tissu homogène et ne laissent pénétrer le doigt que par une pression très-forte; la résistance à la compression est encore plus grande pour la rate que pour le foie.

Dans ce cas, le foie et la rate offraient les caractères bien tranchés de la carnification, dans des conditions semblables à celles dans lesquelles nous avons rencontré précédemment cette altération, savoir une cause générale d'hydropisie, une anasarque et des épanchements multiples.

Les organes carnifiés n'étaient pas en même temps infiltrés, ainsi que nous l'avons plusieurs fois observé précédemment; mais il y avait tant d'épanchements dans le reste du corps, on en rencontrait dans un lieu si voisin de la carnification, dans le péritoine, que l'on est porté à supposer à cette dernière altération une analogie d'origine et de nature avec cet épanchement; car il est probable que la cause générale devait produire partout des effets semblables, et agir sur le foie et sur la rate de la même manière que sur le péritoine. D'ailleurs, la rate et le foie étaient carnifiés dans toute leur étendue, et à un haut degré: c'étaient deux raisons pour que l'infiltration n'y fût plus appréciable; en effet, c'est, le plus ordinairement, lorsque la carnification était moins avancée que chez Adèle, ou lorsqu'elle n'avait pas envahi dans toute son étendue le viscère qu'elle occupait, que nous avons rencontré cette altération dans le même organe que l'infiltration. Je pense donc que, si l'on avait examiné le foie et la rate de cette enfant à une époque où la carnification était beaucoup moins avancée, on y eût rencontré encore de l'infiltration.

Obs. XV. — Un terrassier, âgé de 50 ans, entre, le 9 novembre 1842, à l'hôpital de la Charité. Cet homme, avant sa dernière maladie, avait été pendant un an porteur d'une hydrocèle qui s'était guérie, dit-il, spontanément. Il venait de travailler pendant un an aux fortifications de Paris, et était ainsi fort exposé à l'humidité. Il y avait sept mois qu'il se livrait à cette occupation, lorsque différentes parties de son corps commencèrent à enfler. Cette enflure devint bientôt générale. Vers le mois d'août, il commença à ressentir quelques douleurs dans le côté droit de l'abdomen.

Lors de l'entrée à l'hôpital, on constate une abondante quantité d'albumine

---

et 681, qui ne portent aucune trace de torticolis et sont d'ailleurs d'une authenticité douteuse. Je me borne pour mon compte à émettre les propositions suivantes, en manière de conclusions:

1° L'antique connu sous le nom d'Hermès-Alexandre représente un personnage atteint d'un torticolis par rétraction du muscle sterno-mastoïdien droit;

2° La représentation exacte et minutieuse des éléments de la difformité, ne pouvant être due au hasard du ciseau, atteste que l'antique est un portrait fidèle.

3° L'un de ces éléments (l'inclinaison *du cou*) est en rapport avec la tradition historique relative à Alexandre, et concourt, avec tous les témoignages de l'authenticité du monument, à établir qu'il s'agit réellement du héros macédonien.

4° Enfin, si le personnage représenté est Alexandre, c'est sur l'hermès du Musée qu'il faut aller constater les vrais caractères de la figure, et il y a lieu à rectifier en partie ce qui a été écrit sur ce sujet.

A. Dechambre.

— M. Honoré, chevalier de la Légion d'honneur, membre de l'Académie de médecine, médecin de l'Hôtel-Dieu, est décédé le 23 novembre, à dix heures du matin. Tous ceux qui ont connu cet excellent et savant confrère regretteront avec nous qu'il ait été aussitôt enlevé à la science. Quoique arrivé à l'âge de 74 ans, il avait conservé la plénitude de ses facultés, et il en donnait de fréquentes preuves dans les dissensions à l'Académie de médecine. Il se faisait surtout remarquer par un grand bon sens et une érudition de bon aloi.

— La commune de Sauville (Meurthe) vient de prendre une mesure qu'il serait fort heureux de voir suivre par toutes celles à qui leurs ressources le permettent.

Le bureau de bienfaisance de cette commune vient de faire la dépense d'une pharmacie de secours pour les pauvres. Une série de 22 médicaments, dont l'usage est des plus urgents et des plus journaliers, qu'il est très-facile de renouveler, dont la conservation est certaine et dont l'administration est réservée au docteur Leclerc, médecin cantonal, vient d'être installée au presbytère.

Cette dépense n'est que de 30 fr. environ, et les pauvres malades sont certains d'être secourus à propos, malgré l'éloignement des pharmacies.

Composition d'une pharmacie de secours: émétique, 30 grammes; séné, 125; sulfate de magnésie, 500; éther sulfurique, 60; laudanum de Sydenham, 32; pilules d'extrait gommeux d'opium, chacune de 0,05, n° 72; sulfate de quinine, 64; onguent napolitain, 50; onguent styrax, 30; onguent de la mère, 64; feuilles d'oranger, 64; feuilles de digitale, 64; ammoniaque liquide, 64; eau de Cologne, 100; eau rouge, demi-litre; camphre en poudre, 64; baume du commandeur, 250; sparadrap, 1 mètre; taffetas d'Angleterre, 2 pièces; farine de lin, 2 kil.; une seringue, une demi-seringue et six gobelets à ventouses.

dans les urines de ce malade, un épanchement dans l'abdomen et une augmentation de volume du foie qui déborde les fausses côtes et occupe la région épigastrique, jusqu'à l'ombilic, région au niveau de laquelle la pression détermine un peu de douleur. Les jours suivants, l'anasarque fait des progrès; la face seule contraste, par son amaigrissement notable, avec les autres parties. Pendant presque toute la durée du séjour du malade à l'hôpital, on entend dans les deux côtés postérieurs du thorax, principalement à droite, du râle sous-crépitant ou du râle muqueux. Les forces se dépriment graduellement, et le malade succombe le 11 décembre.

Le volume des deux poumons est assez considérable; le gauche, dans toute son étendue, et le quart supérieur du droit sont infiltrés d'une grande quantité de sérosité spumeuse, et le parenchyme laisse pénétrer le doigt avec quelque facilité; les trois quarts inférieurs du droit sont infiltrés d'un pus grisâtre qui s'écoule en grande quantité à la section; la substance est d'un gris terne et se laisse facilement déchirer; cette portion de l'organe est revêtue de fausses membranes. Le volume du cœur gauche est augmenté. Épanchement séreux dans le péritoine. Hydrocèle. Double affection de Bright. L'intestin grêle contient beaucoup de bile d'une couleur foncée. Le tissu du foie est dense, compacte, serré, comme homogène, d'une couleur grise bistre; cet organe est légèrement carnifié.

Carnification du foie accompagnant plusieurs épanchements, dans une ascite, chez un sujet porteur d'une cause générale d'hydropisie: tel est le fait principal de cette observation. Notons aussi que le volume du foie carnifié était notablement augmenté, et qu'il y avait un peu de douleur à la région de cet organe: c'est le seul cas dans lequel nous trouvions ce dernier symptôme mentionné. Ainsi que dans les cas précédents, la sécrétion et l'excrétion de la bile avaient continué à s'opérer. Remarquons aussi que la sérosité dont le poumon était infiltré était notablement spumeuse, et qu'il n'y avait pas de carnification dans ce viscère. Nous apprécierons plus tard la valeur de l'existence simultanée de ces deux caractères.

OBS. XVI. — Canauge, âgé de 3 ans, entre à l'hôpital des Enfants, le 13 janvier 1840, ayant de temps en temps de la diarrhée et des épistaxis. Le 18 janvier, sa face et ses membres inférieurs commencent à s'infiltrer. Cette infiltration augmente les jours suivants. Le 29 janvier, il se développe une éruption de scarlatine, et quelques jours après l'enfant succombé.

Hépatisation rouge et bronchite vésiculaire dans toute l'étendue du lobe inférieur et la partie postérieure du lobe supérieur du poumon gauche. Nombreux points d'inflammation à la muqueuse du jéjunum et de la seconde moitié du gros intestin. Le foie a 17 centimètres de largeur et 11 centimètres d'avant en arrière; d'un brun foncé à l'extérieur, il est à l'intérieur d'un gris foncé, uniforme; son tissu est dense; ses surfaces de section sont lisses; il est carnifié; ses vaisseaux sont gorgés de sang. Un peu de bile jaune, sirupeuse, dans la vésicule. Environ 120 grammes de sérosité dans la cavité du péritoine; deux cuillerées dans le péricarde et une notable quantité sous l'arachnoïde viscérale.

Carnification du foie, accompagnant une anasarque et des épanchements dans plusieurs séreuses, et coexistant par conséquent avec une cause générale d'hydropisie.

La réplétion sanguine des vaisseaux du foie a-t-elle joué un rôle dans la production de la carnification; ou, au contraire, en est-elle l'effet, par la compression que l'altération fait subir aux vaisseaux et la gêne qu'elle apporte à la circulation; ou enfin, sans relation avec la carnification, est elle seulement la conséquence de la scarlatine? Je ne saurais décider ces questions.

OBS. XVII. — Tourmès, âgé de 3 ans, entre à l'hôpital des Enfants le 9 février 1844, et jusqu'au 24 février, jour de sa mort, on observe chez lui de la diarrhée, une ascite, un peu de toux et une grande faiblesse.

Un peu d'engouement en arrière des deux poumons. Un litre et demi de sérosité citrine dans la cavité du péritoine qui ne présente aucune trace d'inflammation.

Carnification du tiers droit du foie; à cet endroit, le tissu est dense et ferme, ne laisse pas pénétrer le doigt, même par une forte pression, offre une coloration unique, uniforme, d'un rouge clair, et une surface de section lisse et unie; au niveau de cette altération, la coloration extérieure est ardoisée, tandis qu'elle est brunâtre dans les autres régions; la carnification se confond insensiblement avec les parties saines. Le volume de la rate est un peu augmenté; le tissu de cet organe est dense et ferme, ne se laisse pénétrer par le doigt ou déchirer qu'avec beaucoup de difficulté; la surface de section est assez unie; la structure de l'organe est encore reconnaissable, mais ses éléments semblent tendre à se confondre.

Il est présumable que la carnification du foie, celle de la rate et l'ascite sont trois effets d'une même cause à la connaissance de laquelle on ne put arriver. En effet, si, en général, la carnification du foie est susceptible de déterminer l'ascite, au moins semble-t-elle trop limitée, dans ce cas, pour produire cet effet. D'ailleurs resterait à expliquer la carnification de la rate, à moins qu'on ne l'attribuât, comme l'ascite, à celle du foie. Au reste, dans cette dernière hypothèse, la carnification de la rate serait due à la même cause que l'ascite, une carnification aurait la même origine qu'un épanchement séreux; et c'est précisément un des points principaux que ce travail est destiné à établir.

On voit dans la description anatomo-pathologique que la carnification du foie se confondait insensiblement, à son pourtour, avec le tissu sain; cette disposition est aussi celle de l'infiltration, lorsqu'elle n'est pas limitée par un obstacle qu'elle ne peut franchir.

La surface de la portion carnifiée est d'une couleur moins foncée que les portions non carnifiées du même organe, ce qui tend à indiquer que l'un des effets de la carnification est de décolorer un peu le tissu; d'autres cas sembleut aussi conduire à cette opinion.

Dans la rate, la carnification est beaucoup moins complète que dans le foie. De plus, les divers caractères de l'altération ne paraissent pas s'y développer, ou au moins arriver à leur état complet, dans le même ordre que nous l'avons observé chez d'autres sujets. En effet, l'augmentation de la densité et de la cohésion est déjà fort prononcée, tandis que l'œil peut encore distinguer les divers éléments qui constituent la substance de l'organe.

OBS. XVIII. — Pitré, âgé de 2 ans, avait, depuis plusieurs mois, une diarrhée fréquente, et le volume de son ventre augmentait lorsqu'on l'apporta à l'hôpital des Enfants le 5 février 1840. On constata chez lui une augmentation assez considérable du volume de la rate, un peu de diarrhée, un peu de diminution de la sonorité, en arrière du thorax, principalement dans le quart inférieur du côté droit, où l'on entendait du râle crépitant. L'enfant succomba le 7 février.

Une petite quantité de sérosité sous l'arachnoïde viscérale et dans les ventricules. Un peu de liquide jaune serin et quelques adhérences dans la plèvre gauche. Teinte rougeâtre des deux poumons en arrière. Un peu de sang liquide dans les cavités du cœur. Une petite quantité de liquide incolore dans la cavité de l'abdomen. Quelques points d'inflammation à la muqueuse de l'intestin grêle. Mésentère farci de ganglions grisâtres.

Le foie a 14 centim. 1/2 de largeur, 9 centim. d'avant en arrière; sa couleur est brunâtre à l'extérieur; à l'intérieur, la coloration est d'un gris rougeâtre, uniforme; les parois vasculaires tranchent seules sur la substance environnante par leur coloration blanchâtre; le tissu est dense; les surfaces de section sont lisses; il y a carnification; les vaisseaux du foie contiennent une certaine quantité de sang liquide. La rate a 15 centim. 1/2 de hauteur, 8 cent. 1/2 de largeur; sa section est triangulaire; sa substance dense, lie-de-vin clair, paraît contenir peu de sang.

Carnification du foie et induration de la rate chez un sujet affaibli par une maladie chronique, et chez lequel le sang a si peu de consistance qu'il reste liquide après la mort, conditions toutes deux propres à favoriser la production des hydropisies. De même, si l'altération de la rate et celle du foie étaient liées à des fièvres intermittentes dont l'enfant aurait été affecté antérieurement à son entrée à l'hôpital, et au sujet desquelles les parents ne purent fournir aucun renseignement, je rappellerais que les fièvres intermittentes sont fréquemment suivies d'hydropisies. Quoi qu'il en soit de ces conditions étiologiques, on ne pourrait se refuser à admettre que le jeune Pitré ne fût disposé aux suffusions séreuses, puisque l'on en rencontrait chez lui plusieurs. La carnification du foie et l'induration de la rate surviennent donc encore ici dans des conditions analogues à celles qui les accompagnaient chez les autres sujets dont nous avons précédemment rapporté l'histoire.

De ce qu'il est mentionné dans la description anatomique que la rate paraît contenir peu de sang, il ne faudrait pas conclure que l'induration de cet organe résulte d'une diminution de l'afflux des liquides dans son parenchyme; car, s'il en eût été ainsi, le volume de la rate eût été diminué, et, au contraire, il était notablement augmenté.

OBS. XIX. — Chauvin, âgé de 2 ans, étant resté pendant dix-huit mois en nourrice dans le département du Loiret où il avait souvent la fièvre, et habitant depuis deux mois un quartier central de Paris, est apporté, le 29 janvier 1840, à l'hôpital des Enfants. Sa pâleur et sa faiblesse sont extrêmes; ses paupières et ses mains légèrement infiltrées; il a de la diarrhée; sa rate est tuméfiée, et l'on constate la présence d'une petite quantité de liquide dans la cavité abdominale. Il succombe le 2 février.

Une demi-cuillerée de sérosité incolore dans chaque ventricule cérébral. Une cuillerée de sérosité citrine dans la plèvre gauche. Les cavités du cœur contiennent un peu de sang noir, liquide, qui s'échappe entièrement des cavités par l'incision des gros vaisseaux. Environ cinq cuillerées de sérosité citrine dans le péritoine. Le foie a 15 centim. transversalement, 9 centim. 1/2 d'avant en arrière; il est violet foncé, un peu bleuâtre, à l'extérieur; à l'intérieur, d'un gris bistre, uniforme; la surface de section est lisse; le tissu dense, consistant, laisse difficilement pénétrer le doigt et paraît homogène; il est carnifié; les vaisseaux ou peu aplatis contiennent une médiocre quantité de sang. La rate a 12 centim. 1/2 de hauteur, 7 centim. de largeur; elle paraît contenir peu de sang; sa substance est d'un gris brunâtre, dense, consistante et comme homogène.

Foie et rate carnifiés chez un sujet placé pendant longtemps dans des conditions susceptibles de favoriser la production des œdèmes, ayant contracté des fièvres intermittentes répétées qui, souvent aussi, déterminent

des hydropisies, chez lequel d'ailleurs on trouve diverses suffusions séreuses, et, comme chez le précédent, un sang dont la fluidité est propre à favoriser des épanchements de cette espèce.

Le volume du foie et surtout celui de la rate sont augmentés; et cependant, comme chez Pitré, ce dernier viscère semble contenir peu de sang.

Obs. XX. — Croix, âgé de 5 jours, est apporté, le 19 janvier 1841, à l'infirmerie de l'hospice des Enfants trouvés, dans un état de faiblesse extrême et avec la diarrhée. On perçoit dans sa poitrine un peu de râle sous-crépitant et muqueux et le bruit respiratoire est un peu faible. Cet enfant succombe dans la même journée.

Le volume du poumon droit est un peu augmenté; cet organe est infiltré d'un liquide qui donne à son parenchyme une couleur lie de vin. La cavité du canal artériel persiste. Un peu de liquide rougeâtre dans le péritoine. Le foie est d'une couleur foncée à l'extérieur, il paraît contenir peu de sang; le tissu est d'un gris brun foncé, semble homogène, et le doigt n'y pénètre que par la plus forte pression; les surfaces de section sont lisses.

Si l'on admet que la faiblesse extrême du sujet et la persistance du canal artériel sont susceptibles de favoriser la production des hydropisies, et que la disposition aux maladies de cet ordre est indiquée par la présence de l'épanchement péritonéal et de l'œdème du poumon, cet exemple de carnification du foie peut, sous ce rapport, prendre place à côté des autres observations de ce recueil.

Obs. XXI. — Élisa Jhrig, âgée de 4 ans, sevrée à l'âge de 6 semaines, délicate, habitant depuis quinze mois un entresol peu aéré, dans un quartier populeux, entre à l'hôpital des Enfants le 14 janvier 1839. Elle a toujours été sujette à la toux, aux coliques et à la diarrhée, surtout depuis quinze mois. Depuis cette dernière époque, elle a aussi maigri et s'est affaiblie d'une manière sensible. Ces symptômes morbides se sont accrus dans les deux mois qui ont précédé l'arrivée de l'enfant à l'hôpital.

Le 17 janvier, la face de l'enfant devient bouffie; puis, deux jours après, les mains et les pieds s'infiltrent, et l'on trouve de l'albumine dans les urines qui, de plus, se colorent en vert par l'acide nitrique. D'abord le thorax est très-sonore et le bruit respiratoire vésiculaire; mais, le 22 janvier, on entend dans tout le côté droit, en arrière, de la crépitation et du souffle bronchique. Le 25, on perçoit aussi un peu de râle crépitant sur la partie latérale. Le 27, la respiration bronchique est moins sensible, et l'on entend un peu de râle muqueux en arrière et à droite. Le 29, la respiration bronchique a disparu. Le 31, respiration vésiculaire et râle muqueux en arrière et à droite. Le 8 février, on découvre à la face interne de la joue droite une ulcération gangréneuse. Les jours suivants, cette gangrène s'étend; des phlyctènes brunâtres se développent aux environs et sur la main gauche; la faiblesse s'accroît; l'infiltration persiste. L'enfant succombe le 11 février.

Les deux reins, le gauche surtout, offrent à un haut degré les altérations de la maladie de Bright. Quelques lombrics dans l'intestin grêle. La tunique musculeuse et le tissu sous-muqueux des parois du gros intestin sont épaissis. La substance du foie est dense. La vésicule biliaire contient une demi-cuillerée de bile jaune et on n'en trouve pas dans l'intestin.

Quelques granulations dans le poumon gauche. Le lobe supérieur du poumon droit n'offre d'autre altération que quelques plaques d'emphysème; mais les lobes moyen et inférieur offrent, à l'extérieur, une coloration d'un violet foncé, analogue à celle de la rate; ils s'enfoncent complétement dans l'eau, sont compactes et ne crépitent pas, à l'intérieur de ces lobes, la surface de section est lisse, non grenue, d'un rouge brun, uniforme; le tissu est carnifié. La surface interne des bronches du lobe inférieur offre par places un peu de rongeur, et quelques-uns de ces canaux contiennent un peu de mucus purulent.

Il n'y a pas, dans ce cas, d'épanchement dans la séreuse voisine de l'organe carnifié, ainsi que nous l'avons rencontré chez les sujets des observations précédentes; mais la présence de la maladie de Bright et de l'anasarque suffit pour prouver la disposition d'Elisa Jhrig aux œdèmes et pour fixer à son histoire une place dans ce recueil.

L'augmentation de la densité du foie se rencontrant dans les mêmes circonstances est aussi digne de remarque. Il est présumable que cette altération a du rapport avec la carnification, car nous les retrouvons encore ensemble dans d'autres observations.

Les symptômes stéthoscopiques sont ceux d'une pneumonie au second degré, suivie du retour de la perméabilité du poumon, et cependant le poumon restait carnifié après la résolution apparente de la maladie, et les portions carnifiées étaient privées d'air au moment de la mort. Nous reviendrons plus tard sur l'explication de ces phénomènes contradictoires en apparence.

La coloration des urines en vert par l'acide nitrique est peut-être le résultat de la gêne apportée à la sécrétion de la bile par la modification survenue dans le parenchyme du foie, opinion qui semble recevoir sa confirmation de la très-petite quantité de bile trouvée hors de l'organe sécréteur. Toutefois, comme il n'y avait pas d'ictère, on doit croire que l'obstacle à la sécrétion de la bile était peu considérable.

Obs. XXII. — Durmalte, âgé de 3 ans et demi, entre, le 5 février 1840, à l'hôpital des Enfants, avec une anémie très-prononcée, un purpura, de l'infiltration aux mains et aux pieds, une diarrhée quelquefois sanguinolente, la rate tuméfiée. Bientôt l'infiltration envahit tout le côté gauche du corps. L'enfant s'affaiblit graduellement et succombe le 22 février.

Tous les tissus sont décolorés. On trouve à peine quelques gouttes de sang dans les vaisseaux. Les cavités du cœur sont vides. Quelques adhérences autour des poumons qui sont infiltrés, le gauche surtout, d'un liquide spumeux; quelques tubercules indurés dans le droit.

Cinq invaginations dans l'intestin grêle qui contient un peu de bile. Le foie a 18 centim. de largeur et 11 centim. d'avant en arrière; sa coloration extérieure est d'un gris brun, pâle, uniforme; à l'intérieur, la coloration est d'un gris rosé, uniforme; les parois vasculaires tranchent seules par leur teinte gris blanchâtre, sur la coloration générale de l'organe; la substance du foie est très-consistante; le doigt ne la pénètre qu'avec la plus grande difficulté; les surfaces de section sont lisses, unies, comme appartenant à un tissu homogène; les vaisseaux sont béants et ne contiennent pas de sang rouge, mais un peu de liquide séreux. Un peu de bile claire, oléagineuse dans la vésicule. La rate a 12 centim. de hauteur et 8 centim. de largeur; son parenchyme est dense, serré, consistant, d'un rouge lie de vin.

Chez un sujet affecté d'une anémie assez prononcée pour que le sang ne semble plus être que de la sérosité, et qu'il se développe des anasarques et des œdèmes, nous rencontrons une carnification remarquable du foie et une altération analogue de la rate.

On ne trouve pas d'infiltration dans le foie, mais le liquide séreux, contenu dans les vaisseaux de cet organe, semble de nature à sourdre facilement de leurs cavités, pour s'épancher dans le parenchyme ambiant.

La sécrétion de la bile n'était pas aussi gênée, dans ce cas, qu'elle semblait l'être dans le cas précédent, puisque ce liquide se retrouve en quantité assez appréciable, dans la vésicule et dans l'intestin.

Remarquons qu'il n'y avait pas d'épanchement dans le péritoine, quoique le foie fût très-notablement carnifié; ce qui prouve que l'ascite n'est pas une conséquence nécessaire de la carnification du foie.

Remarquons aussi que l'œdème des poumons était notablement spumeux, et que ces viscères ne contenaient pas de carnification, quoique le sujet y fût évidemment disposé.

Obs. XXIII. — Georges, âgé de 3 ans et demi, entre à l'hôpital des Enfants le 2 mars 1840. Sept jours après se développe une éruption de rougeole à la suite de laquelle il survient une diarrhée abondante, puis, de l'œdème aux membres inférieurs. Il meurt le 6 avril.

Quantité assez notable de sérosité sous l'arachnoïde viscérale; une cuillerée et demi de sérosité incolore dans chaque ventricule. Inflammation de la muqueuse de l'estomac, et inflammation gangréneuse de la muqueuse des 35 centimètres inférieurs de l'intestin grêle.

Le poumon droit est bleuâtre et dense, en arrière; ses deux tiers antérieurs surnagent; dans la partie postérieure, le tissu est dense, laisse difficilement pénétrer le doigt; les surfaces de section sont lisses, polies, d'un rouge brun, uniforme; il y a carnification.

Carnification du poumon chez un sujet disposé aux infiltrations séreuses, comme le prouvent l'œdème des membres inférieurs et la suffusion dans la pie-mère.

Obs. XXIV. — Guilmié, âgé de 6 jours, entre, le 4 janvier 1846, à l'infirmerie de l'hospice des Enfants-Trouvés, avec un peu d'ictère, visible surtout à la face, une légère induration des membres, principalement à leur région postérieure. Son cri est voilé; son thorax, plus sonore en avant qu'en arrière; le bruit respiratoire, développé en avant, très faible en arrière. Un peu de diarrhée jaune. Le lendemain, l'enfant est froid; l'ictère, plus général et plus prononcé; le bruit respiratoire, faible dans toute l'étendue de la poitrine; l'enfant succombe.

Induration du tissu cellulaire. Persistance du trou de Botal. Le bord postérieur du lobe supérieur, la presque totalité du lobe inférieur et la partie interne et postérieure du lobe moyen du poumon droit offrent une coloration brune noirâtre, à l'extérieur; à l'intérieur, la coloration brune occupe la partie postérieure du lobe supérieur et la presque totalité du lobe inférieur; la surface de section est lisse; tous les éléments du tissu semblent former un tout homogène, non crépitant, dense, dans lequel le doigt ne pénètre pas facilement. Le bord postérieur du lobe inférieur du poumon gauche est, dans l'épaisseur d'un demi-centimètre, d'un brun noirâtre; et, à cet endroit, le tissu est un peu plus dense que dans les autres régions. L'estomac contient un peu de bile. Le foie est assez dense; sa coloration est foncée. La bile contenue dans la vésicule est noirâtre.

La carnification des poumons était accompagnée ici d'un œdème du tissu cellulaire et de la persistance du trou de Botal regardés par certains pathologistes comme une cause d'hydropisie. Ce n'est pas la première fois que nous rencontrons cette carnification avec l'augmentation de densité du foie. Cette dernière altération n'empêchait pas, dans ce cas, la sécrétion de la bile, car on trouvait une quantité assez appréciable de ce liquide dans la vésicule et même dans l'estomac. L'ictère de ce sujet était un ictère des nouveau-nés ordinaire; je ne sais s'il avait quelque rapport avec l'augmentation de la densité du foie.

Les poumons carnifiés n'étaient pas imperméables, puisqu'il n'y avait ni matité complète, ni respiration bronchique, et que le bruit respiratoire était seulement faible.

Obs. XXV. — Aglaé Romet, âgée de 4 ans, entre à l'hôpital des Enfants, le 4 décembre 1840. Cinq jours auparavant, elle était sortie de ce même hôpital où elle avait été traitée avec succès pour une anasarque. Cette fois, elle arrive au second jour d'une scarlatine. Le 6, cette éruption disparaît. Le lendemain, on observe un peu d'œdème sous-cutané en différentes régions du corps, surtout aux membres inférieurs. Trois jours après, cet œdème diminue un peu, pour augmenter ensuite. Néanmoins, la desquammation s'opère. Il survient de la toux et de la fièvre, et l'on perçoit un peu de râle muqueux dans les deux côtés postérieurs du thorax. L'enfant s'affaiblit; ses traits s'altèrent; elle succombe le 17 décembre.

Des adhérences celluleuses assez denses unissent, dans toute son étendue, le lobe inférieur du poumon droit aux côtes; nu peu de carnification dans le lobe moyen, de ce côté. Un peu d'emphysème dans les deux poumons. Trois petites granulations tuberculeuses dans le rein droit. Le volume de la rate est augmenté.

Carnification du poumon coïncidant avec une anasarque, tel est le fait qui rapproche cette observation des précédentes. On ne peut supposer que la carnification du poumon fût le résultat de la compression déterminée par l'épanchement de la pleurésie dont on trouve des traces, car ces traces indiquaient une pleurésie ancienne, et, entre cette maladie et l'époque de la mort, il s'était écoulé un espace de temps suffisant pour que le poumon pût reprendre son aspect normal. D'ailleurs, c'était autour du lobe inférieur que l'on trouvait les traces de la pleurésie, et le tissu de ce lobe avait repris ses caractères ordinaires, tandis que la carnification siégeait dans le lobe moyen auquel sa situation antérieure, lors du décubitus dorsal, permet ordinairement d'échapper à la compression du liquide épanché dans la plèvre.

La carnification du poumon était certainement une altération récente. Elle ne se révéla par aucun signe stéthoscopique : on ne perçut que du râle muqueux, et autant du côté non occupé par la carnification que du côté où cette altération se rencontrait.

J'incline à penser que l'augmentation de volume de la rate était le résultat de l'infiltration de ce viscère; mais, comme les détails manquent sur cette altération, je m'abstiendrai de m'y arrêter.

Obs. XXVI. — Mongin, âgé de 5 ans, entre, le 5 novembre 1839, à l'hôpital des Enfants, dans un état de faiblesse très-prononcée. Le pouls est misérable; la peau jaunâtre; la partie des muqueuses appréciable à la vue, très-pâle. Les membres et la face sont infiltrés. Il y a une diarrhée abondante. Le thorax est un peu moins sonore à droite et en arrière qu'à gauche. Le bruit respiratoire est aussi un peu faible à droite et en arrière. Le 7, il y a matité complète et râle crepitant humide, à grosses bulles, dans toute la hauteur du côté postérieur droit du thorax. L'enfant reste constamment couché sur le côté droit; il succombe dans la soirée.

Six ulcérations annulaires dans l'intestin grêle. Le foie graisse un peu le scalpel; sa face supérieure est unie au diaphragme par de nombreuses adhérences au milieu desquelles on trouve un peu de liquide jaunâtre, puriforme. Adhérence génèra e des deux poumons aux côtes; quelques tubercules jaunâtres dans le gauche dont le tissu est rouge. Le droit est lourd, compacte, résistant à la pression, infiltré généralement de granulations jaunâtres très-fines et serrées, disséminées dans un tissu d'un rouge jaunâtre, très-dense, dans lequel le doigt pénètre difficilement.

Si la condensation du parenchyme pulmonaire n'est pas due à la présence des granulations tuberculeuses, assez nombreuses pour l'expliquer, cette observation nous offre encore un exemple d'induration viscérale jointe à une anasarque. Notons, de plus, que l'enfant était continuellement couché sur le côté droit, condition très-propre, chez un sujet faible, à favoriser l'afflux et la stagnation des liquides, dans le côté correspondant au décubitus.

La diminution de la sonorité thoracique et du bruit respiratoire doit être attribuée à l'altération du poumon.

Obs. XXVII. — Alexandre, âgé de 3 ans, rachitique, entra à l'infirmerie de l'hospice des Enfants-Trouvés, le 29 septembre 1847, avec les symptômes précurseurs d'une rougeole et une diarrhée verte. Ce dernier symptôme persista pendant un mois. L'éruption rubéolique fut très-pâle. Les forces de l'enfant se déprimèrent graduellement. Vers la fin d'octobre, il survint une pleurésie et une bronchite dont les symptômes s'amendèrent après quelques jours. L'enfant parut mieux ensuite, et le bruit respiratoire redevint naturel au niveau du poumon droit. Mais, vers le milieu de novembre, on s'aperçut que le tissu cellulaire sous-cutané de différentes régions du corps, et principalement de la face, s'œdématiait; bientôt, cette anasarque fit des progrès et gagna tout le corps. L'enfant succomba le 17 décembre.

Fausses membranes épaisses autour du tiers inférieur du poumon droit et à la face interne des côtes; ce viscère est induré, carnifié; sa substance semble homogène; la pression ne fait pas écouler de liquide; la surface de section est lisse. Collection séro-purulente dans la plèvre gauche. Le poumon, de ce côté, est généralement engoué et offre, principalement vers sa périphérie, plusieurs noyaux d'hépatisation grise. Une notable quantité de sérosité verdâtre dans la cavité du péricarde et dans celle du péritoine. Lésions de l'affection de Bright encore à un degré peu avancé des deux côtés. Parotide convertie en matière gélatiniforme.

On ne peut attribuer la carnification du poumon droit à la compression effectuée sur ce viscère par l'épanchement de la pleurésie qui avait existé de ce côté. En effet, cette pleurésie n'avait pas duré assez longtemps pour que le poumon pût rester encore carnifié un mois et demi après la cessation de cette maladie; ensuite, on a vu que le murmure respiratoire avait été perçu, depuis l'époque de la pleurésie, aux régions correspondantes au poumon droit; par conséquent, l'air pouvait pénétrer dans ce poumon, ce qui n'eût pu avoir lieu si cet organe était resté dans l'état de condensation auquel on pouvait le supposer réduit par la pleurésie; de plus, les fausses membranes dont la présence aurait pu être un obstacle au retour de la perméabilité du poumon, si elles avaient revêtu toute la surface de cet organe, n'en recouvraient que le tiers inférieur, tandis que toutes les parties du poumon étaient carnifiées; enfin, si la carnification eût été le résultat d'une compression opérée en dehors du poumon, cet organe eût été trouvé rétracté, tandis que son volume n'était nullement diminué. Ces raisons prouvent suffisamment que la carnification ne fut pas le résultat de la pleurésie; et par conséquent cette observation peut trouver place parmi les cas de carnification liée à une anasarque.

Si la carnification du poumon droit s'est développée vers la fin d'octobre, en même temps que la pleurésie du même côté, elle a précédé l'apparition de l'anasarque, au lieu de lui être consécutive, comme nous l'avons vu ordinairement; mais cette succession ne prouve pas que la carnification ne fut pas précédée par la néphrite albumineuse, et c'est bien plutôt la relation de ces deux derniers états morbides entre eux qu'il m'importe d'établir que celle de la carnification avec l'anasarque Si l'induration du poumon droit s'est développée dans les derniers jours de la vie, en même temps que la pleuropneumonie du côté gauche, elle a été précédée de l'anasarque, comme dans les cas ordinaires.

Obs. XXVIII. — Foucault, âgé de 4 ans, entre le 2 mars 1840 à l'hôpital des Enfants. Son habitation a toujours été humide. Il est malade depuis le mois de janvier. D'abord, il eut de la diarrhée, puis des vomissements, de la toux, de l'oppression, de la fièvre. Il arrive dans un état de maigreur et de faiblesse extrêmes, et succombe quelques jours après.

Quantité considérable de sérosité incolore sous l'arachnoïde viscérale et une cuillerée dans chaque ventricule. Environ 95 grammes de liquide un peu rougeâtre et quelques fausses membranes molles dans la plèvre gauche. Nombreuses granulations tuberculeuses au-dessous de la plèvre, au niveau de la scissure. Le poumon surnage dans un tiers de son étendue; la partie inférieure du lobe inférieur est bleuâtre à l'extérieur; à l'intérieur, cette partie est d'un rouge brun, à surface de section lisse, à tissu comme homogène, dense, ne laissant pas pénétrer le doigt, même par une forte pression. Environ trois cuillerées de sérosité citrine et quelques adhérences molles dans la plèvre droite. Quelques granulations et un petit noyau apoplectique au sommet du poumon de ce côté; la partie postérieure et inférieure du lobe inférieur présente une altération analogue à celle du poumon gauche, mais le tissu est plus grisâtre et le doigt s'y enfonce plus facilement. Tubercules dans les ganglions bronchiques. Le rein gauche est le siége d'une injection si serrée, qu'il a une coloration brune. Nombreux tubercules dans les replis du péritoine.

Il est permis de croire que l'état du rein était de nature à favoriser la production des hydropisies; de plus, l'habitation de l'enfant, son extrême faiblesse, la diathèse tuberculeuse, tendaient aussi chez lui au même résultat; enfin, la suffusion séreuse de l'encéphale peut sans doute être regardée comme un indice de cette disposition. Cette observation nous offre donc encore un exemple de carnification développée dans des conditions propres à la production des œdèmes.

Obs. XXIX. — Viard, âgé de 4 ans et demi, entre, le 12 janvier 1840, à l'hôpital des Enfants, avec une gangrène du voile du palais et quelques ulcérations aux gencives. La gangrène gagne en arrière, et l'enfant s'affaiblit et succombe le 26 janvier.

La gangrène occupe toute l'étendue du voile du palais, ainsi que de la muqueuse des joues, des gencives, de l'isthme du gosier, du pharynx et de l'œsophage, et même quelques parties de l'estomac. L'intestin contient une grande quantité de liquide aqueux, noirâtre, fétide. Un peu de liquide sanguinolent dans le gros intestin dont la muqueuse est, par places, brunâtre comme celle de l'estomac. Le mésentère est criblé de ganglions mollasses, grisâtres, noirâtres à leur centre. Le foie, d'un rouge bistre, à l'extérieur, est d'un gris rougeâtre à l'intérieur; son tissu est dense et ferme; la surface de section est lisse et d'une couleur uniforme; il offre un léger degré de carnification. Les reins offrent les caractères de la néphrite albumineuse, moins les granulations.

Assez notable quantité de sérosité sous l'arachnoïde viscérale. Caillot sanguin entre le feuillet membraneux et la convexité de l'hémisphère droit du cerveau.

A la partie antérieure du lobe moyen du poumon droit, la coloration extérieure est bleuâtre et la pression ne détermine pas de crépitation; la coloration bleuâtre tranche brusquement sur la teinte grise du reste du poumon; à l'intérieur, on trouve cet organe parfaitement sain, excepté à l'endroit correspondant à la coloration bleuâtre extérieure; à cet endroit, le tissu ne crépite pas; il est dense, ne laisse pas pénétrer le doigt; la surface de section est lisse, d'un rouge clair, uniforme, sur lequel tranchent les parois vasculaires : c'est une carnification. Le poumon gauche est sain partout, excepté dans quelques points de la circonférence de la base et de la région antérieure et inférieure du lobe supérieur qui offrent une altération analogue à celle signalée dans le poumon droit, mais au niveau desquels le tissu est un peu moins rouge et les surfaces de section sont plus inégales.

Quoique ce sujet n'ait pas eu d'anasarque, l'existence de la néphrite albumineuse ne permet pas de douter qu'il ne fût disposé aux hydropisies; voici donc encore un exemple de carnification développée dans ces conditions. Elle était à un degré plus avancé dans le poumon droit que dans le foie et dans le poumon gauche.

OBS. XXX.—Delosme, âgé de 3 ans, arrive, le 28 novembre 1847, à l'infirmerie des Enfants-Trouvés, avec une fièvre intermittente, tantôt quotidienne, tantôt tierce, ayant commencé à une époque indéterminée, et une hypertrophie de la rate. La fièvre cède bientôt à l'administration du sulfate de quinine. Vers le milieu de décembre, l'enfant est affecté d'une rougeole à la suite de laquelle il se développe, dans l'épaisseur de la joue et de la lèvre supérieure du côté droit, un abcès qui présente l'aspect d'une gangrène. Plusieurs points de gangrène apparaissent sur différentes régions du corps. La fièvre, qui n'avait pas cessé après la rougeole, persiste. Les forces de l'enfant se dépriment de plus en plus; il succombe le 9 janvier 1848.

Les lobes inférieurs des deux poumons sont bleuâtres à l'extérieur, en arrière; leur partie postérieure va au fond de l'eau; elle est privée d'air, dense, résistant à la pression, d'un rouge brun, à surface de section lisse, en un mot, carnifiée. Quelques points de carnification lobulaire se rencontrent aussi dans le reste de ces lobes. Le foie graisse légèrement le scalpel, et sa cohésion est un peu augmentée. La rate est brunâtre, dense, et son volume est fort augmenté.

Dans cette observation, il n'est fait mention ni d'épanchement, ni d'infiltration. Cependant, l'existence de la fièvre intermittente, de la fièvre éruptive et des gangrènes donne à l'histoire de ce sujet une telle ressemblance avec la plupart de celles dont la relation sert de base à ce travail, que l'on est fondé à admettre que le jeune Delosme était disposé aux hydropisies. La carnification, dans ce cas, se trouve donc dans des conditions analogues à celles dans lesquelles nous l'avons rencontrée précédemment.

OBS. XXXI. — Gransort, âgé de 2 ans, est apporté, le 30 novembre 1839, à l'hôpital des Enfants, à cause d'une ophthalmie purulente. Un mois après, cette maladie était presque entièrement guérie, lorsqu'il survint, chez l'enfant, une rougeole à la suite de laquelle, le 3 janvier 1840, il se développa une gangrène de la bouche, puis, le lendemain, six autres points gangréneux sur le tronc et la cuisse gauche. La mort eut lieu le 4 janvier 1840.

Quelques petits noyaux de pneumonie lobulaire, noirâtre, dans le poumon droit. Deux cuillerées de sérosité jaunâtre, claire, dans la plèvre gauche; une adhérence molle en arrière du lobe inférieur du poumon de ce côté. Un tiers seulement de cet organe surnage; quelques noyaux noirs grenus, au niveau desquels la coloration extérieure est violette, se rencontrent dans le lobe supérieur; le lobe inférieur est généralement d'un bleu violet à l'extérieur, dense, lourd, non crépitant; à l'intérieur, la coloration est rouge brun, très-légèrement grisâtre; le tissu ne se laisse pas pénétrer par une forte pression du doigt; il semble homogène, et l'on n'y rencontre plus les divers éléments de l'organe; la surface de section est lisse, polie, non grenue. Quelques petites taches gangréneuses à l'intérieur de l'estomac, près du pylore.

Je fais, pour cette observation, qui ne renferme aucune mention d'épanchement ou d'œdème, le même raisonnement que pour celle du jeune Delosme; la présence des gangrènes qui la rapproche manifestement de plusieurs des précédentes et l'existence antérieure d'un exanthème à la suite duquel, quoique beaucoup moins fréquente qu'après la scarlatine, l'anasarque n'est pas rare, permettent de croire que si Gransort avait succombé moins rapidement, on eût peut-être vu se développer chez lui des hydropisies. De sorte que cette observation ne s'éloigne pas réellement des précédentes.

(La suite au prochain numéro.)

THÉRAPEUTIQUE.

MÉMOIRE SUR LES GOÎTRES QUI COMPRIMENT ET DÉFORMENT LA TRACHÉE-ARTÈRE ET SUR LEUR TRAITEMENT, D'APRÈS LES LEÇONS CLINIQUES DE M. LE PROFESSEUR BONNET (DE LYON); par M. R. PHILIPEAUX.

CHAPITRE Ier.

DES GOÎTRES QUI COMPRIMENT ET DÉFORMENT LA TRACHÉE-ARTÈRE.

ARTICLE Ier. — Effets produits par ces tumeurs.

On a généralement l'habitude de considérer le goître comme une difformité n'entraînant à sa suite aucune lésion des fonctions respiratoires.

Il est de fait que, dans la majeure partie des cas, les tumeurs de la thyroïde n'amènent point de conséquences fâcheuses pour celui qui en est affecté. Il n'est pas rare de rencontrer de ces goîtres tellement volumineux qu'ils embrassent et déforment pour ainsi dire toute la partie antérieure du cou; d'autres qui, gagnant les parties latérales de cette région, atteignent même sa face postérieure, sans produire le moindre accident.

Mais si le volume contre nature de la glande thyroïde n'entraîne le plus souvent qu'une pure difformité, il est malheureusement des cas bien différents, dans lesquels le goître produit l'oppression, gêne la respiration et la production de la voix.

Les malades ne respirent que difficilement; leur haleine est courte, haletante et pénible; ils sont sujets à la toux et à des catarrhes bronchiques opiniâtres. La suffocation devient parfois imminente sous l'influence de la moindre marche. La déglutition n'a lieu qu'avec peine. Parfois la sécrétion des glandes comprimées se trouve activée. L'engorgement des veines jugulaires, déterminé par la compression, se manifeste par une teinte rouge et quelquefois livide de la face. Il survient souvent des congestions cérébrales, des vertiges, de la surdité, des assoupissements. L'apoplexie enfin peut être la conséquence des nouveaux progrès de la tumeur.

La voix subit aussi une altération notable. Dans quelques cas, elle devient petite, sourde et âpre; elle prend un timbre particulier, qui se rapproche, avance Pierre Franck, du *croassement*. Dans d'autres circonstances, la respiration fait entendre un bruit insolite, analogue à celui des chevaux affectés de cornage. Nous en citerons des exemples dans le courant de ce travail.

La trachée-artère, comprimée par le volume anormal de la glande thyroïde, éprouve dans son calibre des altérations et des changements qui doivent être rapportés ici.

M. Bonnet est celui qui s'est occupé le premier d'une manière toute particulière de ces détails d'*anatomie pathologique*. Ses premiers travaux sur cette matière ont été publiés en 1841, et se trouvent consignés en partie dans son TRAITÉ DES SECTIONS TENDINEUSES, p. 565. Ils se rattachent trop à notre sujet pour que nous ne les rappelions pas en peu de mots :

1° La *forme cylindrique* des trois quarts antérieurs de ce tube aérien peut se convertir en celle d'un prisme triangulaire dont les deux faces antérieures regardent le plan des muscles *sterno-cléido-mastoïdiens*. Cette disposition anormale s'observe lorsque les deux lobes latéraux de la thyroïde sont tuméfiés simultanément, et que les muscles ci-dessus indiqués s'opposent à leur développement. M. Bonnet, qui a eu l'occasion d'observer plusieurs fois ce genre de lésion, cite à ce sujet, dans son TRAITÉ DES SECTIONS TENDINEUSES, l'observation d'une femme qui mourut en 1831, dans la salle Saint-Paul de l'Hôtel-Dieu de Paris, avec des symptômes d'asphyxie qu'il fut impossible de ne pas rapporter à la compression qu'avait fait éprouver à la *trachée-artère* un kyste développé dans la glande thyroïde. Le conduit aérien, au lieu d'être *cylindrique* en avant, avait pris la forme d'un prisme triangulaire, dont les deux faces regardaient le plan des sterno-cléido-mastoïdiens. Évidemment c'étaient ces muscles qui, en s'opposant au développement externe de la tumeur, avaient exercé médiatement sur la trachée-artère la compression qui avait altéré la forme de ce conduit. Ce fait est assez intéressant, ce me semble, pour pouvoir trouver ici sa place; nous n'en rapporterons cependant que ce qui est relatif à la question qui nous occupe dans ce moment.

OBS. I. — Une femme âgée de 52 ans entra à l'Hôtel-Dieu de Paris, le 5 août 1831, dans le service de M. Récamier, alors que j'y étais interne; elle portait au devant du cou une tumeur d'un gros volume gênant extrêmement la respiration. Elle mourut deux jours après avec tous les symptômes d'asphyxie, et l'autopsie démontra ce qui suit :

La tumeur du cou était située au-dessous des muscles de cette région, qui sont placés au devant et sur les côtes de la glande thyroïde, et qui, étalés en forme de membrane résistante, en recouvraient les parties antérieures et laté-

rales. Ils avaient conservé toute leur épaisseur. Le tissu cellulaire qui les unissait à la tumeur était si lâche que je pus les en séparer avec le bout du doigt. Je pus séparer avec la même facilité la tumeur des artères carotides et des veines jugulaires; mais en la détachant du larynx et de la trachée-artère, j'éprouvai un peu plus de difficulté et j'enlevai une partie de la glande thyroïde, qui lui adhérait assez intimement.

Le kyste isolé avait le volume du poing. Lorsque je l'eus incisé, il s'en écoula un liquide d'un roux noirâtre, homogène, peu consistant. Ses parois étaient minces, fibreuses et égales à l'extérieur. Leur surface interne était un peu rugueuse et rougeâtre.

La trachée-artère avait une *forme à peu près triangulaire* dans la partie qui, dans l'état normal, correspond à la thyroïde; sa membrane muqueuse offrait quelques pointillés rouges peu apparents à l'endroit où existait la déformation.

MM. Bonnet, Bouchacourt et plusieurs autres chirurgiens ont eu depuis lors l'occasion de constater plusieurs fois sur le cadavre ce genre de lésion.

Dans sa dissertation inaugurale soutenue devant la Faculté de médecine de Paris, M. le docteur Gallois cite aussi une observation de goître ayant entraîné la mort, et qui avait déformé et aplati latéralement la trachée-artère depuis le premier anneau jusqu'au dix-huitième, c'est-à-dire dans l'étendue de 10 centimètres. (RECHERCHES ANATOMIQUES ET PHYSIOLOGIQUES SUR LE CORPS THYROÏDE, p. 38.)

2° *L'aplatissement de la trachée-artère* d'avant en arrière, ou, en d'autres termes, l'enfoncement de sa face antérieure, a été observé dans un certain nombre de faits. M. Bonnet se rappelle l'avoir rencontré dans des autopsies, alors que la glande thyroïde hypertrophiée était très-saillante en avant et qu'elle s'insinuait derrière le sternum. Dernièrement, M. Valette, *chirurgien en chef désigné* de la Charité de Lyon, a bien voulu me communiquer un fait semblable qu'il venait de recueillir dans sa pratique civile, à la suite d'un goître qui, en comprimant la trachée-artère, avait amené la mort. Il a pu trouver à l'autopsie un aplatissement très-prononcé d'avant en arrière du tube aérien.

3° Sous l'influence des tumeurs de la thyroïde, la trachée-artère non-seulement peut subir les lésions anatomo-pathologiques précédentes qui rétrécissent son calibre, puisque sa forme, à peu près ronde, est celle qui permet l'introduction d'une plus grande quantité d'air dans les poumons, mais elle peut changer de direction et se dévier à droite ou à gauche, suivant que la compression existe de tel ou tel côté. C'est ainsi, par exemple, que si la tumeur ne siége que sur un seul lobe de la glande, elle ne doit refouler le tuyau aérien que dans le sens qui lui est opposé, et *vice versâ*.

Toutes ces déformations et déviations de la trachée-artère persistent après la mort; on les retrouve, en effet, sur le cadavre telles qu'elles existaient pendant la vie.

L'anatomie pathologique démontre donc qu'il est des cas dans lesquels les goîtres amènent, par leur volume et leur situation, des résultats qui se traduisent, symptomatologiquement parlant, par une oppression extrême et ses conséquences, et matériellement par des changements survenus dans le calibre, la forme et la déviation de la trachée-artère.

Si la compression du tube aérien dure depuis longtemps, il doit en résulter une grande gêne dans les fonctions des poumons. En se guidant sur l'analogie, on peut *à priori* admettre, avance M. Bonnet, que, dans quelques cas, ces organes peuvent devenir le siége d'une dilatation des rameaux bronchiques, d'un emphysème pulmonaire et d'un catarrhe chronique; car pourquoi ce qui arrive lors de rétrécissements du canal de l'urètre, ne surviendrait-il pas à propos des rétrécissements du calibre de la trachée-artère?

Une femme (M. Bonnet, TRAITÉ DES SECTIONS TENDINEUSES, p. 553) avait présenté pendant longtemps les symptômes d'un catarrhe pulmonaire chronique, accompagné d'un asthme très-pénible; cependant elle avait un goître volumineux. Ses veines étaient dilatées. Il ne me parut pas improbable d'attribuer tous les symptômes qu'elle offrait à la compression exercée par son goître. Qu'on admette un instant, ce qui est à peu près sûr, qu'elle avait un emphysème pulmonaire, et l'on retrouvera dans les voies aériennes des symptômes absolument semblables à ceux qui se manifestent dans les voies urinaires à la suite des rétrécissements chroniques de l'urètre. En arrière de la coarctation, on trouve une inflammation catarrhale qui s'étend quelquefois jusqu'aux reins. Ce symptôme répond au catarrhe pulmonaire qui suit le rétrécissement de la trachée-artère. La vessie est hypertrophiée; les uretères et les reins sont distendus; en regard, les vésicules pulmonaires sont dilatées. L'excrétion de l'urine est difficile dans le premier cas; la respiration est aussi difficile dans l'autre. Des faits semblables se sont présentés en grand nombre depuis lors à mon observation. Toujours j'ai vu que la tumeur de la thyroïde était développée bien plus sur les côtés, au-dessous des sterno-mastoïdiens; toujours j'ai vu les moyens médicaux presque aussi inutiles qu'ils peuvent l'être dans les rétrécissements du canal de l'urètre.

ARTICLE II. — Des diverses espèces de goîtres qui compriment et déforment la trachée-artère.

Puisqu'il est suffisamment démontré, je l'espère, par ce que je viens de dire, qu'il est des goîtres qui compriment et déforment la trachée-artère, et amènent des résultats éminemment fâcheux, tels que l'oppression et ses conséquences, il importe de les faire disparaître ou bien de les placer dans des situations telles qu'ils ne soient plus pour ceux qui les portent un sujet de troubles fonctionnels.

Mais avant d'aborder la thérapeutique de ces graves lésions, recherchons tout d'abord quels sont les goîtres qui peuvent produire l'oppression.

Cette question importante n'a été traitée d'une manière satisfaisante que par M. Bonnet (de Lyon). En effet, ceux qui se sont occupés jusqu'à ce jour des goîtres ont bien signalé qu'il en est quelques-uns qui produisent l'oppression, mais ils n'ont pas péremptoirement établi pourquoi ils compriment et déforment la trachée-artère. Ils ont bien étudié les effets de ces tumeurs de la thyroïde, mais ils ne se sont pas suffisamment rendu compte des causes qui les engendraient.

L'explication qu'en donne M. le docteur Ferrus dans un excellent article sur le goître, laisse cependant quelque chose à désirer sous ce rapport.

« Pour que les accidents (de compression) se manifestent, dit-il (DICT. » EN 30 VOL., t. XIV, p. 162), il n'est pas nécessaire que le goître acquière » un grand volume; il est une espèce de goître qui, au lieu de s'accroître » vers l'extérieur, se porte vers la colonne vertébrale et constitue ce que » l'on a nommé *le goître en dedans*. On voit se manifester chez les indi» vidus qui en sont porteurs des symptômes graves et qui ne sont pas en » rapport avec le volume de la tumeur. »

Le goître en dedans est donc celui qui peut produire l'oppression; mais ce terme est assez vague pour ne pas satisfaire l'esprit d'une manière complète; essayons de combler en partie cette lacune.

M. Bonnet a avancé dans son TRAITÉ DES SECTIONS TENDINEUSES, p. 592, que les goîtres qui produisent l'oppression sont ceux qui sont placés de telle sorte que la tumeur se trouve refoulée contre la trachée-artère.

Or la tumeur peut être refoulée en arrière :

1° Par le sternum;

2° Par la clavicule;

3° Par les muscles de la région sous-hyoïdienne et principalement par les sterno-cléido-mastoïdiens.

1° OPPRESSION PRODUITE PAR LA SITUATION DU GOÎTRE EN ARRIÈRE DU STERNUM.

Les cas de cette nature, quoique rares, ne le sont pas cependant à ce point que l'on ne puisse pas en observer quelques exemples de temps en temps. Comme la tumeur est quelque fois petite et quelle se cache alors en arrière du sternum, il en résulte que souvent elle passe inaperçue au chirurgien ou médecin qui traite alors infructueusement un catarrhe chronique, au lieu d'un engorgement de la thyroïde. Nous citerons à propos de la thérapeutique de ces lésions un fait bien probant sous ce rapport.

Dans d'autres circonstances, le goître fait une assez forte saillie en devant du cou, et son extrémité inférieure finit par s'engager entre le sternum et la trachée; cette partie de la tumeur ne pouvant par suite se développer librement en avant, bridée qu'elle est par un tissu très-résistant, s'accroît et se porte en arrière, où elle va comprimer la trachée-artère et produire des accidents parfois bien funestes.

M. Ferrus a eu l'occasion d'observer avec MM. Biett et Blaudin, pendant la vie, et de disséquer après la mort un goître chez une dame née dans un pays où il était endémique, et chez laquelle il s'était montré de fort bonne heure. Cette dame a vécu plus de 30 ans, sans en être notablement incommodée. La tumeur avait acquis en dehors un volume considérable, et ce n'est que dans les dernières années de la vie, de 40 à 45 ans, qu'elle a donné lieu à des accidents plus ou moins graves; mais alors son extrémité inférieure avait acquis une grande extension; elle s'étendait en pénétrant sous le sternum jusqu'au médiastin avec lequel elle avait contracté d'étroites adhérences (*loc. cit.*, p. 171).

Nous avons eu nous-même occasion de voir à la clinique chirurgicale de M. Bonnet les faits d'oppression extrême produite par un goître engagé entre le sternum et la trachée. Nous en rapporterons plusieurs exemples dans le courant de ce travail.

2° OPPRESSION PRODUITE PAR LA SITUATION DU GOÎTRE EN ARRIÈRE DE L'EXTRÉMITÉ INTERNE DE LA CLAVICULE.

Pour que cette cause de compression soit produite, il faut que le goître soit très-long et développé sur un des lobes de la thyroïde. Une partie de la tumeur s'engageant alors derrière l'extrémité interne de la clavicule se

trouve refoulée en arrière contre la trachée-artère. En voici un fait tiré de la pratique de M. Bonnet :

Obs. II. — Une dame de Tarare, âgée de 38 ans, éprouvait depuis quatre années environ une très-grande gêne dans sa respiration; la moindre marche rendait sa poitrine haletante et son inspiration très-courte. La toux se manifestait alors et ne s'arrêtait que lorsque la malade prenait un peu de repos. A son retour des eaux du Mont-d'Or, se sentant de plus en plus oppressée, elle vint consulter M. Bonnet qui, croyant de prime abord avoir affaire à un catarrhe chronique des bronches, lui prescrivit quelques expectorants qui forent sur elle sans aucune espèce de résultats avantageux. Comme sa voix, irrégulièrement altérée dans son timbre, faisait entendre le bruit de cornage, que nous avons déjà mentionné, ce signe mit M. Bonnet sur une voie nouvelle de recherches. Il examina attentivement le cas de cette dame et reconnut immédiatement en arrière de la partie interne de la clavicule, tout près du sternum et du côté gauche, une tumeur du volume d'un gros œuf dépendant de l'hypertrophie du lobe gauche de la thyroïde. Il chercha à la soulever, et ayant réussi à la déplacer, la malade éprouva un bien-être momentané dans sa respiration. Nul doute que cette tumeur par sa situation comprimait la trachée-artère, puisque l'oppression revenait lorsqu'elle reprenait sa place habituelle.

Nous arrêtons ici cette observation intéressante, car elle doit trouver sa place d'une manière complète dans le chapitre qui traitera de la thérapeutique.

3° Oppression produite par la situation du goître en arrière des muscles sterno-cléido-mastoïdiens.

Les goîtres qui compriment et déforment la trachée-artère par suite de la pression qu'exercent sur eux les muscles de la région sous-hyoïdienne, et particulièrement les *sterno-cléido-mastoïdiens* sont beaucoup plus communs que ceux dont nous venons de nous occuper. Les tumeurs de la thyroïde ne pressent alors sur le conduit aérien que parce qu'elles sont pressées elles-mêmes et entravées dans leur développement en avant par les muscles et les gaînes aponévrotiques qui les enveloppent. Nous en avons déjà cité un cas en commençant ce mémoire. La malade dont il s'agit avait éprouvé durant plusieurs années de la gêne dans la respiration que l'exercice rendait pénible et haletante. L'autopsie démontra que l'oppression qu'accusait cette femme était due à un kyste de la thyroïde refoulé vers la trachée-artère. Était-ce latéralement que cette tumeur la comprimait? Le résultat nécroscopique, en nous montrant la forme arrondie du tuyau aérien convertie en une forme triangulaire dont les deux faces antérieures regardaient en avant et sur les côtés, a levé tous les doutes à cet égard et prouvé qu'il y avait double pression latérale. Si la pression se fût exercée d'avant en arrière le larynx eût été aplati en avant et la malade ne se serait pas constamment couchée sur le dos comme on l'a observé pendant tout son séjour à l'Hôtel-Dieu. En réfléchissant à ces dernières circonstances, on verra que ce n'était point au poids de la tumeur qu'il fallait attribuer sa pression, mais bien à la contraction des muscles sterno-mastoïdiens qui, soulevés par elle, la refoulaient dans une direction perpendiculaire à leur plan.

La pression exercée sur les goîtres par les sterno-mastoïdiens n'amène pas à sa suite des accidents aussi graves que ceux produits par celle de la clavicule ou du sternum; on observe rarement ce timbre particulier de la respiration que nous avons désigné sous le nom de *cornage*, c'est là un fait que l'expérience est venue démontrer à M. Bonnet.

(*La suite au prochain numéro.*)

CLINIQUE CHIRURGICALE.

FISTULES VÉSICO-VAGINALES GUÉRIES PAR LA MÉTHODE DE M. JOBERT (de Lamballe).

Nous venons d'observer à l'Hôtel-Dieu, dans le service de M. le docteur Jobert (de Lamballe), trois nouvelles guérisons de fistules vésico-vaginales. Publier ces faits dans tous leurs détails, c'est mettre tous les praticiens à même de juger de l'étendue de la lésion, et la raison d'être des ingénieux procédés employés pour guérir une aussi horrible infirmité.

Fistule vésico-vaginale occupant le col et le bas fond de la vessie, perte de substance; plusieurs opérations; autoplastie par glissement; abaissement de l'urètre; ulcérations du bulbe; incontinence de quelques gouttes d'urine; guérison.

Obs. I. — Anne Bailly, âgée de 23 ans, journalière, entrée le 9 février 1851, née à Coligny (Normandie).

Cette femme, qui jouit habituellement d'une bonne santé, n'a jamais fait de maladie grave; elle a perdu sa mère, morte, il y a vingt-deux ans, d'une affection chronique des voies respiratoires. Son père vit encore et a toujours été bien portant. Réglée depuis l'âge de 16 ans, notre malade l'a toujours été régulièrement. Ses menstrues duraient trois jours environ; mais cette fonction s'exécutait mieux l'été que l'hiver.

Pour la première fois, elle devint enceinte au mois d'avril de l'année dernière sa grossesse se passa sans accidents, et l'accouchement eut lieu à terme le 18 décembre 1850. C'est une fille qui vint au monde; mais elle mourut, dit la malade, pendant l'accouchement.

Le travail avait duré huit heures. L'enfant se présentait par les fesses, et le médecin fut obligé, pour terminer l'accouchement, de faire la version. La malade raconte qu'on essaya d'amener l'enfant à l'aide de crochets. Quoi qu'il en soit, on réussit à faire l'extraction des pieds. Le tronc les suivit; mais la tête resta encore engagée pendant un temps assez considérable, trois heures environ. L'expulsion s'en fit spontanément, sans qu'on appliquât le forceps.

Tout sembla bien se passer après cet accouchement, et notre malade put se lever au bout de quatre à cinq jours; mais dix jours après ses couches, elle s'aperçut que ses urines coulaient par le vagin. Voici comment elle raconte cet accident. Depuis son accouchement, la miction s'opérait assez difficilement. Cette fonction, facile avant, nécessitait maintenant de pénibles efforts. Alors seulement les urines sortaient. Vers ce dixième jour après l'accouchement et à la suite d'un effort plus violent que les autres, l'urine sortit violemment comme un flot. Notons ici que depuis la veille, notre malade n'avait pas uriné. Cette femme ne s'aperçut pas d'autre chose que d'un grand écoulement d'urine. Elle ne peut dire si ce liquide fut ou non accompagné de débris membraneux, fragments sphacelés que l'on rencontre parfois au milieu du liquide urinaire. Depuis cette époque, l'urine n'a cessé de sortir par la fistule.

Les règles se rétablirent cinq mois après l'accouchement, et depuis elles paraissent tous les mois et durent trois jours abondamment, comme auparavant.

Notre malade alla d'abord consulter un médecin, qui lui déclara qu'il n'y avait pas de guérison possible. Un autre lui conseilla de se rendre à Paris.

Voici ce que l'examen des parties nous a appris :

1° Bassin bien conformé;

2° Érythème des petites et des grandes lèvres, de la fourchette et du pourtour de l'anus.

3° Au pourtour de la vulve, on rencontre des indurations assez nombreuses. Ces indurations appartiennent au corps de la peau et au tissu cellulaire.

4° A la fourchette, on rencontre une espèce de bride transversale, très-solide, disposée en arc, à convexité rectale et présentant trois petites bosselures. Cette bride se prolonge dans l'intérieur du vagin, à gauche.

5° Le spéculum univalve, introduit dans le vagin, est arrêté par cette bride, et ne peut pas permettre qu'on déprime la cloison recto-vaginale.

6° Les grandes lèvres étant écartées et la vulve ouverte, on aperçoit un tissu blanchâtre à gauche qui remonte sur la cloison vésico-vaginale. Ce tissu cicatriciel, qui représente une véritable plaque, va se terminer à l'angle externe du côté gauche.

7° On aperçoit, flottant dans l'intérieur du vagin, une tumeur cylindroïde d'un rouge vermeil, qui n'est autre chose qu'une hernie de la vessie. Cette tumeur a environ 0m,02 en longueur.

8° On peut faire rentrer et sortir cette tumeur à l'aide d'une sonde. Alors l'urine tombe dans l'intérieur du vagin.

9° Cette tumeur est adhérente à la lèvre postérieure de la fistule, et lorsqu'on introduit une sonde dans l'urètre, on la repousse, mais il est impossible de la faire rentrer tout à fait.

10° La distance du méat urinaire à cette tumeur est de 0m,03.

11° Cette fistule admet facilement le pouce dans son intérieur.

12° L'ouverture, irrégulière, se rapproche toutefois de la forme ronde.

13° Derrière la fistule, on aperçoit une ulcération rouge, granulée, qui occupe la place du col utérin.

14° Sur les côtés de l'ulcération, on aperçoit le col à l'état rudimentaire, c'est-à-dire qu'il a été détruit par la gangrène et qu'il n'en existe plus qu'un tubercule du côté gauche.

15° Il est impossible d'attirer le col et le vagin à l'extérieur.

Le 3 mars, la malade est opérée. Cette femme est placée dans la position ordinaire pour ces sortes d'opérations. Un spéculum univalve écarte la paroi inférieure du vagin de sa paroi supérieure, et permet ainsi d'arriver facilement sur la fistule. Les bords de cette ouverture sont avivés profondément, à l'aide de longs bistouris et de pinces à griffes. Cet avivement terminé, M. Jobert excise, dans une assez grande étendue, une certaine portion de la muqueuse vésicale, qui fait hernie dans le vagin. Cette excision est suivie d'un écoulement sanguin assez considérable. Quand l'avivement a été opéré, M. Jobert essaye de rapprocher, dans le sens transversal, les deux bords avivés de la fistule. Ce rapprochement ne s'opérant qu'avec une certaine difficulté, une incision demi-circulaire, à concavité inférieure, est pratiquée immédiatement au-dessus du méat urinaire : de la sorte l'urètre devient mobile dans une certaine partie de son étendue et peut facilement se laisser déprimer. Une seconde incision, devenue nécessaire, est pratiquée au niveau du col utérin. Sous l'influence de cette incision dirigée transversalement, il est facile de constater un notable rapprochement des bords de la fistule.

La suture est faite par trois fils successivement passés d'arrière en avant et liés comme d'habitude. Cette réunion opérée, on constate dans le vagin une bride cicatricielle, qui forme dans cette cavité un repli demi-circulaire à concavité intérieure. Une incision, portée à gauche sur cette bride, amène un assez notable relâchement de la plaie. Une seconde incision latérale est aussi pratiquée. Cela fait, un petit tampon d'agaric est introduit dans le vagin, et la malade est reconduite à son lit. Une sonde de petit calibre est introduite dans la vessie.

Au milieu de la journée, une hémorrhagie assez considérable, produite sans

doute par l'excision de la muqueuse vésicale, donne lieu à un grand écoulement de sang. Le tampon est expulsé.

4 mars. Beaucoup de sang s'est encore écoulé par le vagin; de l'urine sanguinolente sort aussi par la sonde; mais dans la journée cet écoulement sanguin s'arrête, et jusqu'au sixième jour, on n'a rien de nouveau à noter dans l'état de la malade.

9 mars. On coupe les fils. Les deux fils latéraux sont d'abord coupés; celui du milieu seul est conservé jusqu'au lendemain. L'urine coule un peu par la fistule.

15 mars. En examinant cette malade, qui n'a cessé de porter une sonde dans la vessie et dont les urines coulent en partie par le vagin, on constate sur les bords de la fistule, sur le trajet des incisions latérales du vagin et de l'incision demi-circulaire située au-dessus de l'urètre, un dépôt jaunâtre, pultacé et pseudo-membraneux en certains points. La pourriture d'hôpital, que nous avions vue se développer quelque temps auparavant dans la même salle sur une plaie d'amputation du sein, nous apparaissait ici avec tous ses caractères. Le développement de cette affection fut énergiquement combattu par des cautérisations avec la solution concentrée de nitrate acide de mercure. En même temps on enlevait à la malade sa sonde, de façon à lui permettre quelques mouvements dans son lit; car le repos prolongé dans le décubitus dorsal avait donné lieu à deux ou trois petites escarres de la largeur d'une pièce de 1 franc, situées dans la région coccygienne.

Les accidents de pourriture diminuèrent lentement. Les fausses membranes, éteintes sur un point, reparaissaient promptement sur un autre, et quand elles eurent complétement cessé, elles laissèrent à leur place une surface ulcérée, jaunâtre et difficile à cicatriser. C'est alors que M. Jobert employa avec succès la teinture d'iode. Des pinceaux trempés dans cette teinture furent successivements portés sur ces différents points et amenèrent assez promptement la cicatrisation. Quoi qu'il en soit, ces accidents durèrent six semaines, et vers le 20 avril seulement, tout avait complétement disparu. Notre malade se trouvait alors dans l'état suivant :

Au dehors, les parties génitales paraissaient saines et n'étaient plus recouvertes de ces dépôts blanchâtres que faisait autrefois l'urine en coulant. L'ouverture de l'urètre, considérablement abaissée, paraissait plus rouge que d'habitude, un peu élargie et légèrement bourgeonnante. Une sonde, introduite dans la vessie par l'urètre, ne s'y déploie pas facilement, constamment arrêtée par les parois rapprochées de la poche urinaire. L'examen de la paroi antérieure du vagin, au niveau de la fistule, permet de constater la disposition suivante : une bride fibreuse cicatricielle sépare en deux parties la cavité vaginale. Cette bride est demi-circulaire, et sa concavité regarde en arrière. Immédiatement en arrière de cet arc de cercle saillant et cicatriciel, on voit s'écouler l'urine, et on peut glisser l'extrémité mousse d'une sonde de femme dans ce trajet fistuleux. Mais la diminution, dans cette ouverture, est considérable; la vessie n'y fait plus hernie; l'orifice n'est plus béant.

Pendant plusieurs jours, on place la sonde. Pour introduire cet instrument dans la vessie, il est nécessaire de diriger le bec de la sonde presque directement en haut, puis, lui imprimant un léger mouvement de bascule d'arrière en avant, la pousser directement dans la vessie. C'est qu'il s'agit de franchir un coude, véritable angle formé au point où l'on a pratiqué l'incision sus-urétrale. Par ce débridement, l'urètre s'est abaissé et coudé au point de rapprocher considérablement de la paroi inférieure du vagin le méat urinaire.

Avec une telle disposition, l'écoulement de l'urine se fait plus facilement par la fistule que par le canal urinaire normal. Son passage à travers l'urètre est empêché par le coude dont j'ai parlé, et le cathétérisme devient au moins assez difficile.

Cette malade a été laissée dans cet état pendant quelques semaines, afin de reconstituer sa santé, assez profondément délabrée par la longue et douloureuse affection dont nous avons parlé. Sa bonne constitution s'est de nouveau manifestée. La malade a repris son embonpoint, et une nouvelle opération lui a été pratiquée le 6 juillet.

La malade étant placée comme dans la première opération, une incision est portée sur la bride demi-circulaire dont j'ai parlé; puis, la portion saillante de cette bride étant excisée, on avive la fistule, et deux fils sont placés pour en réunir les bords. Deux incisions latérales sont pratiquées dans l'épaisseur des parois du vagin. Une sonde est placée dans la vessie.

Rien de particulier ne se présente dans cette opération, et les fils sont ôtés vers le septième jour.

L'urine coule bien par la sonde et quelques gouttes seulement s'écoulent par le vagin.

Après l'enlèvement des fils, la malade, examinée chaque jour, laisse voir, au milieu, des saillies bourgeonnantes de cicatrices vaginales, un très-léger pertuis par lequel l'urine s'écoule encore goutte à goutte. Ces bourgeons charnus, touchés légèrement avec le nitrate d'argent, se dépriment peu à peu, et l'orifice fistuleux semble disparaître.

8 août. On retire la sonde. Tout paraît cicatrisé, quoique encore rouge et légèrement bourgeonnant.

9. Depuis hier, la malade n'a pu retenir ses urines, mais elle s'aperçoit bien qu'elles ne coulent pas comme auparavant par la fistule, seulement l'urètre, coudé et élargi, ne retient pas facilement l'urine.

Peu à peu la malade parvient à mieux conserver ses urines, et celles-ci s'accumulent dans la vessie en assez grande quantité pour pouvoir être expulsées par un jet et avec bruit. Seulement, lorsque la malade se lève, le liquide urinaire n'est plus aussi facilement retenu et quelques gouttes s'en écoulent au dehors; ce fait ne se produit pas dans le décubitus dorsal.

22. On procède à un nouvel et dernier examen des parties.

1° Du muco-pus existe au fond du vagin, mais en petite quantité.

2° On constate l'état rosé de la paroi antérieure et postérieure du vagin ; mais l'épithélium n'est pas encore partout reproduit.

3° De la réunion des petites lèvres au méat urinaire, on compte 0,02; du clitoris au méat urinaire, 0,03 centimètres.

4° Le méat urinaire est un peu recourbé en bas.

5° Il n'y a plus de bulbe.

6° On remarque, à l'union du col avec l'urètre raccourci, un coude dont la convexité est dirigée en haut et la concavité en bas.

7° On aperçoit dans ce point un tissu cicatriciel.

8° L'introduction de la sonde fait sortir une certaine quantité d'urine de la vessie.

9° A l'endroit où existait le bulbe, on trouve encore une ulcération qui n'est pas complétement guérie.

10° En arrière de la cloison vésico-vaginale, on aperçoit les restes du col qui représente une espèce de luette.

11° La paroi antérieure du vagin est un peu raccourcie, mais la paroi postérieure est conservée.

12° Il existe un tissu inodulaire que sépare une espèce de bride reconnaissable au toucher sur le côté gauche.

OBSERVATION DE FISTULE VÉSICO-VAGINALE OCCUPANT LA TOTALITÉ DE LA CLOISON ET PRESQUE TOUT L'URÈTRE; PERTE DE SUBSTANCE; AUTOPLASTIE PAR GLISSEMENT; HERNIE DE LA VESSIE.

OBS. II. — Le 27 mars 1851 est entrée la nommée Faugère (Marie), âgée de 36 ans, domestique née à Tulle (Corrèze), mariée à Antoine Roch.

Le père et la mère sont morts, le premier à 70 ans, la deuxième à 74, d'une attaque d'apoplexie. La malade, qui est très-forte, bien constituée, n'a jamais fait aucune maladie.

Réglée entre 14 et 15 ans, le flux menstruel a toujours été régularisé. Il y a six ans, ayant traversé à pied un ruisseau, elle vit ses règles s'arrêter brusquement et ne reparaître qu'un an après.

A partir de cette époque, le flux menstruel reprit son cours ordinaire jusqu'en 1849, époque à laquelle la malade devint enceinte. Trois mois après la conception, elle fit une chute qui détermina une fausse couche, à la suite de laquelle il se manifesta des pertes irrégulières. Elles durèrent deux à trois mois.

Mariée à 21 ans, notre malade devint onze fois enceinte. Sur les 8 enfants, 5 sont venus au monde vivants, mais on n'employa les fers que pour le dernier accouchement, qui eut lieu le 21 décembre 1850. Pendant la grossesse, elle s'est toujours bien portée et a continué ses travaux jusqu'à l'accouchement.

Le 19, les premières douleurs se firent sentir, et le 20, la rupture des eaux eut lieu.

Dans la nuit du 21, les douleurs reparurent; une sage-femme constate la présentation à la fois de la tête et d'une main. A sept heures du matin, un médecin s'assure de la position de l'enfant, qui présente l'épaule. Dans la matinée, la sage-femme fait administrer le seigle ergoté. Le médecin, qui avait été appelé le matin, est de nouveau mandé, et cette fois il fait l'application des fers.

La malade accuse, à l'application du premier fer, une douleur assez forte du côté gauche; mais à la deuxième, pas de douleur. L'enfant était mort en venant au monde.

Quelques instants après l'accouchement, la malade se sent mouillée et remarque qu'au lieu de la perte de sang qui survient ordinairement après l'accouchement, le liquide qui s'écoule est sans couleur. A partir de cette époque, la malade se sent toujours un peu mouillée. Sensation de cuisson dans le vagin, tiraillement dans le ventre.

Quinze jours après l'accouchement, un deuxième médecin est appelé et constate par le toucher une ouverture qui fait communiquer le vagin et la vessie.

On conseille à la malade de venir à Paris, où elle entre à l'Hôtel-Dieu le 27 mars 1851.

Un premier examen, fait le 31 mars 1851, dévoile les altérations suivantes :

1° Érythème aigu des grandes et des petites lèvres, du pourtour de l'anus et du sommet des fesses.

2° Tuberculisation par plaques de ces mêmes parties.

3° Induration du tissu cellulaire et de l'épaisseur de la peau.

4° Excoriation de la surface de la muqueuse et de la peau.

5° Tissu cicatriciel à l'entrée de la vulve à droite.

6° La sonde est arrêtée à 2 centimètres après son introduction dans l'urètre.

7° En communiquant à la sonde une impulsion, on ne peut pas vaincre la résistance qui l'arrête.

8° En écartant les grandes lèvres, on aperçoit une tumeur ovoïdale formée par la vessie, et dont la grosse extrémité est tournée en avant.

9° La tumeur a une direction oblique de droite à gauche, elle se trouve sur la ligne médiane, puis se porte sur les côtés du vagin.

10° On dirait que le vagin est divisé en deux parties qui font saillie beaucoup plus à droite qu'à gauche.

11° Cette tumeur ferme assez exactement l'ouverture de la fistule, et aussitôt que la sonde déplace la hernie, les urines s'écoulent dans le vagin.

12° Le bulbe urétral est déformé par suite d'une perte de substance qu'il a éprouvée; il est comme bilobé.

13° Le diamètre antéro-postérieur de la fistule a 2 centimètres.

14° Sans exercer de tiraillement sur elle, le diamètre transverse a un centimètre pour la base, 5 millimètres pour le sommet, un peu au-dessus de la partie moyenne, elle a environ un centimètre.

15° La fistule est distante du méat urinaire de 2 centimètres.

16° Elle admet très-facilement le pouce dirigé dans le sens *cubito-radial* ainsi que dans le sens transversal.

17° En arrière de la fistule, on aperçoit le col de l'utérus qui est trilobé.

18° Le sommet du museau de tanche est ulcéré.

19° Le col est gros et peu saillant.

20° De la fistule au col de l'utérus, on trouve 1 centimètre 5 millimètres.

21° La hernie de la vessie est formée par sa paroi postérieure et inférieure, ainsi que par sa paroi postérieure et supérieure.

La malade, après avoir été préparée pendant plusieurs jours, peut subir l'opération de la manière suivante, le 2 avril :

1° Incision demi-circulaire au devant du col, dissection du vagin dans ce sens.

2° Incisions latérales du vagin jusque sur les côtés des petites lèvres, ce qui donne un écoulement de sang veineux assez abondant.

3° Réunion d'arrière en avant par trois points de suture, deux latéraux et un médian. Il eût été impossible d'obtenir une réunion exacte, en voulant rapprocher les lèvres de la plaie suivant le sens de la longueur de la fistule.

4° Tamponnement; écoulement de sang veineux abondant.

La même sonde fonctionne bien le mercredi et le jeudi; elle est seulement changée le vendredi, et le tampon est retiré. Du sang en caillots et noir s'échappe au moment de l'extraction du tampon; des injections d'eau froide sont faites; il y a eu à peine du traumatisme depuis le mercredi jusqu'au vendredi, et la peau n'est pas chaude.

7 avril. On retire deux fils, et on fait une injection d'eau froide dans le vagin. La plaie est blafarde; la malade prétend qu'elle s'est déjà sentie mouillée.

8. La malade n'est pas restée un instant tranquille, elle s'est agitée dans son lit et a retiré la sonde; elle est d'une indocilité incroyable. Le matin, en l'examinant, on trouve le troisième fil arraché; la plaie n'est pas réunie.

9. On nettoie la malade avec une éponge, tout en la laissant dans son lit; on change la sonde.

Le 14 avril, la sonde est retirée à cause d'une escarre qui, développée au siége, prenait de l'extension. On cautérise l'escarre avec le nitrate d'argent et on panse avec la pommade au minium. On laisse reposer la malade.

Une seconde opération, devenue nécessaire par suite des imprudences de la malade, est pratiquée le 25 mai.

L'opération ne diffère pas de la première. C'est ainsi que les bords de la plaie sont ravivés, que la réunion est faite transversalement par trois points de suture, et que des incisions latérales sont pratiquées.

Le soir, le tampon ayant été rejeté dans l'après-midi avec des caillots de sang, la malade a un écoulement de sang abondant qui s'arrête de lui-même.

31 mai. On coupe les trois fils qui sont retirés; on fait une injection d'eau tiède; la malade dit s'être déjà sentie mouillée; la plaie a l'air d'être bien réunie; elle est couverte d'une exsudation *pultacée, blanchâtre*.

1er juin. La malade est prise d'un rhumatisme du poignet, du coude et de l'épaule droite. (Frictions avec la teinture de baies de genièvre et le baume de Fioraventi.)

2 juin. Même état; la malade se sent toujours mouillée quoique la sonde marche bien. (Mêmes prescriptions.)

3 et 4 juin. Même état, même prescription.

On examine de nouveau la plaie : la cloison est refaite en entier; il n'y a plus qu'un petit pertuis qui donne passage à l'urine; il est situé en avant et à droite du bulbe. On donne plusieurs bains à la malade et on maintient toujours la sonde.

Cette malade éprouve à différentes reprises des douleurs articulaires qui finissent par disparaître.

11 juillet. Comme ce pertuis ne se ferme pas, on en ravive de nouveau les bords, et on réunit d'arrière en avant par trois points de suture, après avoir pratiqué deux incisions latérales et dirigées d'arrière en avant sur les côtés du vagin, et une troisième transversale en arrière de la lèvre postérieure. On place, au lieu de tampon, une lamelle d'amadou qui suffit pour arrêter le peu de sang qui s'écoule. (Potion antispasmodique et calmante.)

12 juillet. Pas d'accident, la sonde va bien, la lamelle d'amadou est retirée et la sonde changée.

14 juillet. La malade prétend qu'elle s'est sentie mouillée; on retire les fils; la réunion paraît parfaite, mais on ne pousse pas loin l'exploration pour ne pas rompre la cicatrice.

Depuis cette époque, on a tous les deux jours examiné la malade et cautérisé avec le nitrate d'argent quelques bourgeons charnus inhérents sur la cicatrice. On a maintenu la sonde que cette femme a retirée plusieurs fois dans des accès de fureur et de folie, car elle n'est pas plus docile que dans les premiers jours, s'exaspérant et pleurant tour à tour sans motifs.

21 août. La malade examinée, on constate l'état suivant :

1° Le col de l'utérus présente plusieurs cicatrices, l'une latérale gauche, l'autre antéro-postérieure.

2° Des deux côtés du vagin, on aperçoit deux longues cicatrices qui s'étendent d'arrière en avant jusque sur les côtés du bulbe de l'urètre.

3° A l'union du col avec la cloison vésico-vaginale, on aperçoit une cicatrice transversale un peu ondulée.

4° De cette dernière cicatrice, on en voit partir une autre un peu plus à gauche, et qui se dirige d'arrière en avant jusqu'au côté droit du bulbe.

5° Au niveau du bulbe, on voit plusieurs cicatrices.

6° L'urètre est dans sa position normale.

7° La vessie a pris des dimensions dans le sens antéro-postérieur. Pendant l'examen, l'urine s'échappe à chaque instant par la sonde.

22 août. A la visite du matin, nous trouvons encore mouillée l'alèze placée sous la malade. On l'examine de nouveau : on trouve le vagin parfaitement sec, et l'examen le plus attentif ne peut faire découvrir le plus petit pertuis.

23 août. La malade, qui s'est levée hier, ne mouille pas quand elle est debout, ce qui lui arrive, dit-elle, quand elle est assise.

On renouvelle l'examen le plus scrupuleusement possible; on ne trouve rien: le vagin est sec; une injection poussée dans la vessie ne sort par aucun point de la cloison vésico-vaginale.

On continue à surveiller la malade.

Le 24 août, cette malade est de nouveau examinée.

Apportée à l'amphithéâtre, on reconnaît que les parties génitales sont sèches et on ne découvre au fond du vagin aucune trace de liquide urinaire.

Une injection d'eau tiède est faite dans l'intérieur de la vessie au travers d'une sonde de femme préalablement introduite dans cette poche. Pendant l'injection, il ne s'écoule aucune parcelle de liquide dans le vagin, et on ne peut découvrir aucune trace d'orifice fistuleux sur la cloison vésico-vaginale.

Encore une fois, on voit admirablement dessinées trois cicatrices qui semblent se réunir vers le fond du vagin. Deux latérales s'étendent tout à fait des limites du conduit vulvo-utérin jusque sur les côtés du bulbe où elles s'arrêtent.

Enfin une troisième, transversalement située, se trouve en arrière, sur les limites de la cloison, à l'union du col et du vagin. Cette dernière est divisée inégalement en deux par une cicatrice qui s'étend de ce point jusqu'au milieu du bulbe de l'urètre et un peu à droite, et qui par conséquent occupe toute l'épaisseur de la cloison et une grande partie de l'urètre. Cette ligne dessine l'étendue de la fistule.

La vessie et l'urètre se trouvent donc de toutes parts limités et circonscrits dans leur position par deux incisions latérales et une transversale. Il résulte nécessairement de cette triple incision un relâchement considérable à droite, à gauche et en arrière de la cloison vésico-vaginale. Les organes sont donc mobilisés sans être disséqués.

Le 11 septembre 1851, cette malade est examinée.

1° Une injection d'eau tiède a été faite dans la vessie; la distension a occasionné des douleurs assez vives, et cependant nous n'avons pas aperçu de liquide pénétrer dans le vagin par de petites ouvertures fistuleuses.

2° Le liquide s'est échappé par l'urètre, qui offre une largeur assez considérable.

3° De petites cautérisations faites sur différents points du vagin avec le nitrate d'argent n'ont pas provoqué la sortie du liquide contenu dans la vessie, et cependant c'est un moyen qui jusqu'à présent n'a jamais manqué son effet.

Le 19 octobre 1851, une injection a été faite dans la poche urinaire au moyen d'une seringue introduite dans l'urètre. Après une violente distension, un jet fin d'urine s'est montré et a fait connaître un orifice imperceptible situé au-dessous du bulbe.

Tous les deux jours ce pertuis a été touché avec du nitrate d'argent, et il nous a paru complétement bouché le 25 octobre.

En faisant tousser la malade, l'urine s'échappe par l'urètre, sans effort et sans aucune difficulté, et c'est sans doute là la cause qui fait que la malade perd quelquefois de l'urine.

La déformation du col de la vessie paraît rendre compte de cet écoulement qui se fait de temps en temps involontairement.

Le 29 octobre la malade a été de nouveau examinée, et nous nous sommes assuré que les cicatrices étaient solides et qu'elles étaient devenues parfaitement blanches et linéaires. L'endroit qui, par une injection forcée, avait fourni un jet imperceptible de liquide, est définitivement fermé. Une injection, en effet, faite avec une grosse seringue dont la canule a été introduite dans l'urètre, n'a pu, en précipitant de l'eau dans la vessie, faire découvrir la plus mince ouverture. Il n'est pas tombé dans le vagin la plus petite goutte de liquide, et aussitôt que la seringue a été retirée l'urine s'est échappée par l'urètre, sans être chassée avec une trop grande impulsion.

La santé générale de cette malade est bonne.

Le 9 novembre 1851, la malade est sortie de l'Hôtel-Dieu, n'offrant aucune ouverture anormale dans le vagin. L'urine s'écoulait facilement et constamment par la sonde placée dans la vessie, dans le but de rechercher la cause de l'écoulement involontaire de l'urine dont la malade se plaignait. Serait-il possible que la vessie n'ait pas encore recouvré entièrement son ressort?

Si nous nous reportons à la lésion grave qui a existé, si nous réfléchissons à l'énorme déplacement de la vessie par l'ouverture anormale, nous ne devrons pas être étonnés de ce faible écoulement involontaire d'urine dont on ne retrouve pas de traces matérielles dans le vagin. Il est évident, par exemple, que toute cette partie de la vessie qui faisait saillie dans le vagin n'a pas complétement repris sa situation normale, et on pense bien qu'alors la saillie que forme cette portion de l'organe dans cette cavité tend à pousser l'urine au dehors. Mais à mesure qu'elle prendra plus d'ampleur transversalement, on verra sans aucun doute les fonctions renaître en raison du rétablissement, dans leur situation normale, des diverses tuniques qui se réunissent pour former une tumeur intravésicale. Plusieurs fois, lorsque le déplacement de la vessie était considérable, j'ai observé pendant quelque temps chez les malades, après la guérison, des envies fréquentes d'uriner, en même temps qu'une petite quantité d'urine s'échappait par la voie de l'urètre.

(La fin au prochain numéro.)

CORRESPONDANCE MÉDICALE.

LETTRE SUR L'EMPLOI DU TARTRE STIBIÉ ADMINISTRÉ PAR ABSORPTION CUTANÉE ; par M. DUPARCQUE.

A M. le docteur Jules Guérin.

« Très-honoré confrère,

» Dans un mémoire que vous venez de publier dans le numéro du 1er novembre de votre savant journal, mémoire lu à l'Académie de médecine de Belgique, séance du 16 juillet, et intitulé : ESSAI SUR LA MÉTHODE STIBIO-DERMIQUE, vous dites :

« Ce que Rasori a fait pour le tartre stibié à l'intérieur, nous l'avons fait pour » le même médicament employé à l'extérieur, c'est-à-dire que nous croyons » aussi avoir constaté un fait physiologique nouveau, une action physiologique » nouvelle et des propriétés curatives nouvelles, résultant de l'emploi du tartre » stibié à l'extérieur, suivant la méthode que nous désignerons par le nom de » méthode stibio-dermique. »

» Eh bien ! monsieur le rédacteur, dans tout cela il n'y a de nouveau que la dénomination, très-agréablement euphonique sans doute par laquelle vous désignez cette méthode, dénomination dont la justesse serait quelque peu contestable, et sur laquelle je passe néanmoins condamnation.

» Quant à la méthode en elle-même, il y a quelque vingt-quatre ans que je l'ai, non pas seulement aperçue ou surprise comme par hasard, mais conçue par analogie, et dont les effets physiologiques et les résultats thérapeutiques sont venus justifier mes prévisions.

» Or ces résultats et effets sont absolument les mêmes que ceux que vous avez obtenus depuis et que vous produisez aujourd'hui comme nouveautés.

» Donc, dans un mémoire publié en 1828 (MÉM. SUR LE DEGRÉ D'INFLUENCE DE L'INNERVATION DANS LA PRODUCTION DE L'ÉTAT MORBIDE EN GÉNÉRAL, ET EN PARTICULIER DE L'INFLAMMATION. NOUV. BIBLIOT. MÉD., t. IV, janv., p. 5, 141, 271) ; après avoir remarqué, en parlant du tartre stibié employé selon la méthode rasorienne, que ce médicament n'agissait pas avec moins d'efficacité lors qu'il ne provoquait aucune évacuation stomacale ou intestinale, que quand il avait produit cette action locale, j'ajoute :

» Page 323 : « C'est donc par suite de son absorption qu'il agit.... »

» Page 325 : « Une preuve convaincante que c'est par suite de son absorption » que l'émétique exerce dans l'économie une influence aussi remarquable, c'est » qu'il produit les mêmes effets lorsqu'on l'administre en frictions. Son action, » par cette voie, n'est pas moins efficace.

» Page 326. « Nous pourrions rapporter bon nombre de faits constatant les » avantages que présente le tartre stibié employé en frictions, de manière qu'il » y ait absorption sans formation de pustules, dans les péripneumonies latentes, » les pleurésies avec épanchement, les métro-péritonites, etc. »

» Suivent trois observations de métro-péritonites puerpérales qui, malgré un traitement énergique ordinaire, menaçaient d'une terminaison fatale, et dont la résolution a suivi rapidement l'emploi du tartre stibié par absorption cutanée.

» Page 328. « Cette méthode a parfois déterminé une prompte résolution dans » les phlegmasies thoraciques consistant en inflammations viscérales profondes, » comme hépatisation des poumons, même avec affection de la plèvre, épanche- » ment probable et quelquefois certain. »

» Page 334. « C'est immédiatement après l'emploi des frictions stibiées qu'on » voit les phénomènes morbides s'éteindre et disparaître comme par enchan- » tement. »

» Je n'ai pas moins explicitement indiqué le mode d'application de la pommade stibiée, qui m'a paru le plus propre à prévenir toute action locale, dont j'avais rappelé les inconvénients et l'insuffisance, et pour obtenir exclusivement et plus sûrement l'action par absorption.

» Page 329. « Je fais pratiquer toutes les deux heures des frictions avec la » pommade d'Autenrieth modifiée (un gramme d'émétique pour 30 grammes » d'axonge), successivement sur toute la surface du corps, et particulièrement » à la partie interne des membres et sur les côtés du tronc. Ces frictions sont » faites largement, légèrement pendant dix à douze minutes. Puis, au bout » d'une demi-heure ou plus, on essuie, on nettoye les parties frictionnées avec » de l'eau chargée de savon.

» Par ces moyens, on présente le médicament au plus grand nombre possible » de bouches absorbantes, et l'on prévient l'action éruptive qui pourrait s'oppo- » ser à l'absorption. »

» Est-ce clair, monsieur le rédacteur ? Votre mémoire, en s'exprimant mieux, dit-il autre chose, dit-il autant ?

» Ces données, enfouies dans un journal de médecine, alors peu répandu, auraient pu passer inaperçues ; mais elles ont été rappelées par MM. Delens et Mérat (1831, DICTIONNAIRE DE MATIÈRE MÉDICALE ET DE THÉRAPEUTIQUE, t. III, p. 80 et 83). De plus, elles ont partagé, avec mon TRAITÉ DES MALADIES DE L'UTÉRUS, dans lesquelles je les ai renouvelées, avec addition de plusieurs autres observations confirmatives (1re édit., 1833, p. 297 ; 2e édit., 1839, p. 346), la publicité étendue que cet ouvrage a obtenue.

» Dans l'intervalle et depuis, j'ai souvent eu recours avec un égal succès à cette méthode curative que j'ai eu outre proposée dans un très-grand nombre de consultations, de réponses à des mémoires à consulter ; et je possède les témoignages épistolaires nombreux des heureux résultats obtenus par d'honorables confrères de Paris, des départements et étrangers.

» Cette méthode, que je crois pouvoir appeler mienne, est donc depuis longtemps répandue dans le domaine public ; mais comme je ne l'ai adressée et communiquée qu'à la modeste plèbe praticienne, je conçois, mon cher rédacteur, qu'elle ait échappé à la vue d'un médecin, placé comme vous dans les hautes sphères scientifiques, aux sommités académiques, et comment vous avez pu croire tracer le premier une voie que j'avais déjà assez largement ouverte.

» Aussi ne douté-je pas de l'empressement que vous mettrez à faire droit à ma légitime revendication de priorité, en faisant insérer la présente note dans un des plus prochains numéros de la GAZETTE MÉDICALE.

» Agréez, etc. »

Paris, le 18 novembre 1851.

RÉPONSE. — Le ton un peu cavalier de la lettre de notre honorable confrère, M. Duparcque, ne nous empêche pas de l'insérer ni de rendre justice aux excellents renseignements qu'elle renferme.

Nous ferons remarquer d'abord à M. Duparcque qu'il s'est mépris à peu près complétement sur la signification de notre mémoire. Comme tous les auteurs qui réclament en faveur de ce qu'ils ont fait, il n'a vu dans nos observations que ce qui pouvait offrir quelque analogie avec les siennes. Rappelons donc succinctement les points principaux de notre mémoire, qui n'ont rien de commun avec celui de M. Duparcque ; puis nous aborderons franchement les analogies que les deux travaux peuvent offrir.

Le fait capital que nous avons voulu signaler dans notre travail sur la méthode stibio-dermique, est que, dans certaines conditions morbides, il existe un état de la peau réfractaire à l'action pustulante du tartre stibié, état en vertu duquel les onctions stibiées répétées quelquefois pendant plus d'un mois ne déterminent aucune éruption. Nous avons étudié ce fait sous toutes ses faces ; nous l'avons considéré comme un état de tolérance de la peau analogue à la tolérance gastrique. Nous avons ensuite étudié cet état comme une indication à l'emploi du tartre stibié par la méthode stibio-dermique. Passant ensuite à l'analyse de l'action curative du médicament administré par cette voie et dans les conditions de tolérance de la peau, nous avons conclu, d'un grand nombre de faits et de considérations, que le tartre stibié employé par la méthode stibio-dermique agit par absorption ; et, rapprochant ce mode d'action de celle de la méthode rasorienne, nous avons conclu à l'identité d'action des deux méthodes.

Ce simple et très-court résumé de notre travail suffirait à la rigueur pour toute réponse à la réclamation de M. Duparcque. Mais nous voulons pousser plus loin la politesse avec cet honorable confrère, en lui montrant que les analogies qu'il a cru remarquer entre nos idées et les siennes sont plus apparentes que réelles. En effet, le seul point où nous nous rencontrions est celui-ci : le tartre stibié, administré par la voie externe, agit par absorption, et produit dans ce cas des effets identiques à ceux qui sont produits par l'émétique incorporé. Nous nous félicitons de cette rencontre d'opinion, ainsi que de la confirmation qui en résulte au profit de la méthode. Mais à cela se borne toute ressemblance d'idée. Nous ajouterons que s'il existe quelque différence entre une assertion jetée incidemment et comme au hasard, sans preuves aucunes, au milieu de beaucoup d'autres choses, et dans un travail complétement étranger à la question ; s'il existe, disons-nous, quelque différence entre une simple assertion et une proposition discutée à fond, entourée de preuves, en un mot, qui ait le caractère d'une vérité démontrée, nous laisserons volontiers à M. Duparcque la priorité tout entière de l'une pour nous contenter de la valeur secondaire de l'autre.

JULES GUÉRIN.

LETTRE SUR LA LUXATION DU PREMIER OS CUNÉIFORME ; par M. POULET, D.-M.-P., à Plancher-les-Mines.

Monsieur,

Qu'il me soit permis de signaler une double omission dans l'article dû à M. Meynier sur la luxation du premier os cunéiforme, et que vous avez inséré dans votre numéro du 16 août. En vous adressant une observation de la lésion précédente, M. Meynier exprime le regret de n'en point trouver la description dans les traités spéciaux, et il ajoute qu'il n'en connaît que deux cas, rapportés par Astley Cooper. Si M. Meynier avait porté ses recherches plus loin, il aurait lu, par exemple, à la page 488, tome II, du TRAITÉ DE PATHOLOGIE EXTERNE, de M. le professeur Nélaton, un paragraphe concernant la luxation de l'os en question et l'histoire d'un cas observé par l'auteur. Je ne veux point citer ce fait, dont tout le monde peut prendre connaissance dans un ouvrage aussi répandu. Mon intention principale, en écrivant ces lignes, est de rappeler une observation généralement ignorée, renfermée dans un ouvrage inconnu de la plupart des praticiens, et qui pourtant ne laisse pas d'offrir un certain intérêt.

Voici le fait. (Voy. HISTOIRE DES PROGRÈS DE LA CHIRURGIE MILITAIRE EN FRANCE PENDANT LES GUERRES DE LA RÉVOLUTION; par M Briot, chirurgien de l'hôpital civil de Besançon, 1817, page 228.)

« Une luxation qui doit être très-rare, et dont je ne connais point d'autre exemple, a été observée et traitée avec succès, il y a peu de temps, par mon confrère et mon ami M. Villars, chirurgien à l'hôpital militaire de Besançon, c'est celle du premier os cunéiforme. Voici la manière dont elle s'est opérée :

« OBS. — La roue d'une voiture pesamment chargée passa sur le bout du pied de M. Mat..., négociant, en même temps que l'essieu, menaçant d'atteindre la jambe, lui fit faire en arrière et pour retirer son pied, un mouvement qui le renversa. Il ne put ni se relever, ni s'appuyer sur son pied, dont il souffrait horriblement. Appelé quinze heures après l'accident, M. Villars trouva le pied extrêmement tuméfié, douloureux, présentant une saillie extraordinaire sur la partie de sa face dorsale correspondante au premier cunéiforme. Instruit de la manière dont l'accident était arrivé, et connaissant parfaitement la disposition des os du pied, il reconnut bientôt la luxation de cet os. En effet, le pied étant retenu et fortement comprimé par la roue de la voiture, cette pression avait dû se communiquer de proche en proche et de gauche à droite aux os qui forment la seconde rangée du torse. Le muscle jambier antérieur, qui de la partie latérale externe et supérieure du tibia, va s'insérer à la face latérale interne du premier cunéiforme, vivement contracté, et par la chute et par les efforts que M. M... faisait pour retirer son pied, avait dû exercer de violentes tractions sur cet os, tractions dont la force avait été suffisante pour rompre les ligaments scapho-cunéens et cunéo-métatarsiens qui maintiennent en place le premier cunéiforme, lequel s'articulant par une surface presque plane et cartilagineuse avec le scaphoïde, et par une autre légèrement concave avec le premier métatarsien, n'avait eu à opposer aux contractions du jambier antérieur qui tendaient à le déplacer que ces mêmes ligaments et l'action du jambier postérieur, antagoniste du précédent, et qui s'insère à la face inférieure du premier cunéiforme, mais qui se trouvait annulée par l'extension forcée du pied. Le premier cunéiforme avait donc quitté ses rapports avec avec les surfaces osseuses avoisinantes, et se trouvait situé sous les aponévroses et la peau. Le gonflement parut à M. Villars tellement considérable, la sensibilité exaltée à un tel point, qu'il crut ne devoir faire aucune tentative de réduction au moment même; il employa les pédiluves et des cataplasmes émollients, une boisson rafraîchissante et une potion narcotique. Le malade ayant perdu une assez grande quantité de sang par une plaie à la tête, ne voulut pas être saigné. Le lendemain, le gonflement et la sensibilité paraissant un peu diminués, M. Villars fit avec un de ses amis la réduction de la manière suivante : après avoir fait fléchir autant que possible le pied sur la jambe, afin de prévenir toute action de la part du muscle jambier antérieur, dont les contractions se seraient opposées au replacement de l'os, il fit faire par un aide la contre-extension sur la partie inférieure de la jambe et sur le talon, tandis qu'un autre faisait l'extension sur les orteils en portant le pied dans l'abduction; puis, plaçant la face palmaire de ses doigts réunis et entre-croisés sur le bord externe du pied, et portant le pouce sur l'os déplacé en le pressant fortement dans le sens opposé à celui de sa sortie, il parvint à le replacer et à rétablir ses rapports avec les os voisins. Le pied ayant de suite repris sa conformation, l'os fut maintenu en place par un appareil convenable et l'immobilité. Les accidents cessèrent bientôt, et avant la fin du deuxième mois, M. Mat... put se promener, n'éprouvant dans le pied qu'un peu de roideur, qui s'est ensuite entièrement dissipée. »

Tels sont, monsieur, deux cas de luxation du premier cunéiforme dont M. Meynier n'a point fait mention. Il me saura gré, j'en suis convaincu, de les lui faire connaître, par la raison seule qu'il les ignore.

Πάντες ἄνθρωποι ὀρέγονται φυσεῖ τοῦ εἰδέναι.

Agréez, etc.

POULET, D.-M.-P.

REVUE DES JOURNAUX DE MÉDECINE.

JOURNAUX FRANÇAIS.

(Suite.)

V. BULLETIN GÉNÉRAL DE THÉRAPEUTIQUE.

Avril, mai et juin 1851.

SUR L'INCISION DE LA VULVE POUR PRÉVENIR LA RUPTURE DU PÉRINÉE; par M. LISON.

On a lu récemment les sages conseils tirés de l'enseignement de M. P. Dubois sur l'utilité de l'incision du périnée pour prévenir sa déchirure. M. Lison vient appuyer de son autorité cette pratique, qui, au premier abord, risque de paraître un peu hasardeuse, et conséquemment a besoin d'être patronée par le témoignage des hommes d'expérience.

Un cas que cite M. Lison paraît prouver de a façon la plus victorieuse l'indispensable nécessité de l'incision périnéale, dans certaines circonstances.

OBS. — En février 1824, M. Lison fut appelé pour assister une primipare en travail depuis soixante-douze heures. Les douleurs, d'une violence extrême, se succédaient sans interruption. A chaque contraction, la tête, peu volumineuse cependant, et qui, placée la face en dessous, avait franchi le détroit inférieur, poussait en avant le périnée distendu outre mesure, de manière à faire craindre ou sa rupture complète ou la sortie de l'enfant par son milieu. Pendant les contractions, la vulve remontait vers le pubis, et l'anus, fortement comprimé, disparaissait derrière le coccyx. Les bains, les saignées, les narcotiques, les embrocations huileuses, avaient été employés sans succès.

M. Lison, effrayé des suites possibles de cet état, proposa l'incision du périnée, qui fut acceptée. Il prit un bistouri boutonné droit, l'introduisit de la main droite à plat, le tranchant tourné du côté du fémur gauche; il l'enfonça entre la tête de l'enfant et la partie latérale droite de la vulve, d'une profondeur égale à la longueur qu'il voulait donner à l'incision. Tournant ensuite le tranchant vers le point de la vulve qu'il voulait diviser, il éleva le manche de l'instrument de manière à effectuer une incision suffisante. Ce temps de l'opération fut exécuté pendant une forte douleur.

Il eut à peine le temps de retirer le bistouri qu'un enfant vivant fut lancé — c'est le mot propre — comme un projectile entre les cuisses de la patiente. Cinq minutes après, une dernière douleur amena un second enfant bien portant.

La longueur de l'incision, qui, au moment de l'opération, semblait être de 6 à 7 centimètres, se réduisit au quart de cette dimension lorsque le périnée eut repris son état normal. La cicatrice de la plaie se fit rapidement, à cause de sa position latérale, et la malade fut très-promptement rétablie.

Faire l'incision sur le côté, la diriger obliquement, ne la pratiquer que chez les primipares, voici les règles que trace ensuite M. Lison. Il conseille aussi de ne pas se borner à faire une entaille d'un centimètre, mais de donner de suite à l'incision toute la longueur qu'elle doit avoir. Sans doute on peut bien espérer que la tête, en passant, agrandira la fente, et que cette déchirure spontanée n'aura ainsi que la dimension qui lui est nécessaire pour la sortie de l'enfant. Sous ce rapport donc, il y aurait avantage à laisser à la nature le soin de la rendre plus étendue; mais d'un autre côté, il faut craindre que l'incision oblique, faite d'abord trop petite, perde cette direction en s'étendant, devienne parallèle au raphé et divise le sphincter. M. Lison lui-même a eu le désappointement d'observer cette fâcheuse terminaison dans un cas où il avait cru prudent de se contenter d'une incision oblique d'un centimètre. Le passage d'un fœtus volumineux causa une déchirure qui, sans suivre la direction tracée par la première solution de continuité, s'effectua d'avant en arrière, divisa complétement le sphincter, et amena une incontinence absolue des matières fécales.

NOTE SUR LES EFFETS DIURÉTIQUES DE LA SPIRÉE ULMAIRE; par M. TEISSIER (de Lyon).

La *spirée ulmaire*, ou *reine des prés*, autrefois employée comme astringent, maintenant tombée en désuétude, vient d'être remise en honneur et vantée surtout comme diurétique par un prêtre du département de la Haute-Marne, M. Obriot. Nous savons qu'elle commence à être assez employée à Lyon, peut être depuis les expériences de M. Teissier, et il n'y a pas longtemps qu'une personne arrivant de ce pays nous en a remis une petite quantité (sommités), dont nous avons fait l'essai sur une dame hydropique. Il s'agissait d'une énorme hydropisie de l'ovaire, avec diminution notable de la sécrétion urinaire. Nous devons dire que l'infusion de spirée ulmaire, prise régulièrement pendant une huitaine de jours, n'augmenta la quantité des urines que dans une mesure proportionnée à la quantité de tisane bue. L'acétate de potasse en potion, conséquemment dans une très-petite quantité de véhicule, ayant été substitué à l'infusion, et les boissons ayant été réduites au plus strict nécessaire, la diurèse s'établit rapidement. Pendant six semaines environ, chaque fois que les urines devenaient plus rares, on revint au sel de potasse, et l'effet ne manqua jamais.

Nous rapportons ce fait, non pour contester les propriétés diurétiques de la reine des prés, non pour jeter du doute sur le résultat des essais de M. Teissier, mais uniquement pour placer à côté de ces essais, peu nombreux encore, un avertissement propre à commander la réserve. Dans les deux observations relatées par notre confrère, l'effet diurétique de la spirée ulmaire a été prononcé. Ces observations comprenaient une hydropisie ascite consécutive à une affection intestinale, une hydarthrose du genou, un œdème des extrémités inférieures, une ascite liée à la phthisie pulmonaire, une maladie organique du cœur avec rareté des urines. Dans plusieurs d'entre elles, les diurétiques ordinaires, y compris l'acétate de potasse, avaient été employés inutilement.

M. Teissier croit aussi qu'on avait raison d'attribuer à cette plante des propriétés astringentes et toniques; elle lui a paru diminuer la diarrhée et relever les forces digestives. Elle a, d'ailleurs, une saveur légèrement amère et aromatique.

Toutes les parties de la plante, racine, tige, fleurs, sont douées des mêmes propriétés; cependant les fleurs ont paru à l'auteur moins actives que les autres parties. Il engage les observateurs à essayer la spirée *filipendule*, qui avait autrefois la réputation d'être lithontriptique et propre à combattre la dysurie causée par des matières muqueuses.

NOTE SUR LE TRAITEMENT DE LA CHOLÉRINE CHEZ LES ENFANTS; par M. DESAYVRE.

Pourquoi cette expression de *cholérine* appliquée à des formes morbides très-différentes, comme on a pu voir, de l'affection qu'on est convenu de désigner ainsi, et qui est, en effet, comme le diminutif ou le premier degré du choléra? M. Desayvre distingue trois formes de *cholérine* chez les enfants : une forme aiguë, une subaiguë et une chronique. Dans la première, début subit, vomissements abondants, selles presque continues, fétides, blanches (mais non grumeleuses), ventre non tendu ni douloureux, fièvre très-prononcée. Une autopsie, pratiquée dans un cas de ce genre, laissa voir toute la muqueuse gastro-intestinale pâle et molle. Dans la seconde, début plus lent, maladie augmentant pendant une huitaine de jours, ventre tendu et douloureux, vomissements, selles vertes ou jaunes, très-copieuses. La troisième enfin succède à l'état aigu chez les enfants débiles, tuberculeux, syphilitiques ou mal nourris. Selles liquides, amaigrissement rapide, ventre proéminent, peau parcheminée, anasarque, etc. A l'autopsie (à en juger du moins par celle que relate l'auteur), injection, épaississement d'une grande partie de la muqueuse de l'intestin grêle.

Il est évident que si l'on pouvait rapprocher l'une de ces formes du choléra, ce serait seulement la première. Encore l'existence d'une fièvre prononcée et la fétidité des matières sont-elles des caractères peu en harmonie avec un tel rapprochement. L'auteur est d'avis que les graves accidents qui constituent cette première forme sont dus à l'action d'une haute température, et nous croyons qu'en effet c'est la condition la plus ordinaire et la plus active de son développement. Il est présumable que les matières alimentaires subissent, sous cette influence, des altérations qui les rendent véritablement toxiques; la soudaineté de l'invasion et la fétidité des garde-robes autorise à le penser. Quant aux deux autres formes, qui, elles aussi, peuvent avoir leur point de départ dans l'influence de chaleurs prolongées, elles ne sont autre chose que les affections partout décrites sous le nom d'*entérite aiguë* et *entérite chronique* des enfants. Nous ne croyons pas que l'auteur ait rien ajouté à leur histoire.

Le titre de ce travail semblait promettre des considérations nouvelles sur le traitement. L'auteur, pourtant, se borne à vanter, en termes très-courts, les bains contre la forme suraiguë et la forme aiguë, sans préjudice de fomentations émollientes, de cataplasmes, de tisanes adoucissantes, — et le sous-nitrate de bismuth dans la forme chronique.

VI. ANNALES MÉDICO-PSYCHOLOGIQUES.

Les numéros de janvier, avril, juillet et octobre contiennent les articles suivants : 1° *Du suicide dans l'antiquité, au moyen âge et dans les temps modernes*; par M. Brierre de Boismont. (Remarquable travail de critique historique, tendant à établir que le suicide, si profondément enraciné dans les mœurs de l'antiquité, est devenu moins fréquent dans le moyen âge, en même temps que le sentiment religieux a pris plus d'empire; qu'il a néanmoins conservé une certaine fréquence dans les monastères, entretenu sans doute par des erreurs de vocation, la mélancolie, certaines formes d'aliénation; enfin que le relâchement des croyances à partir du seizième siècle, la liberté d'examen, les apologies du suicide, ont amené une recrudescence qui a pris toute son intensité au dix-huitième siècle.) 2° *Sur l'épidémie de choléra de l'asile des aliénés de Clermont en* 1849; par M. Woillez. 3° *Symptomatologie de la folie*; par M. Parchappe. (Travail qui a déjà occupé quatre numéros des ANNALES, et qui ne paraît pas terminé.) 4° *De la folie partielle ou monomanie*; par lord Brougham. (Traduit de l'anglais par M. Brierre de Boismont.) 5° *Analyse des derniers sentiments des suicides*; par M. Brierre de Boismont. (Analyse et classification offrant un grand attrait de curiosité, plutôt que des déductions scientifiques.) 6° *Diagnostic différentiel de la lypémanie*; par M. Delasiauve. (L'auteur ne partage pas l'opinion qui assimile les formes lypémaniaque et stupide.) 7° *Observations médico-légales sur l'état mental d'un officier*; par M. Aubanel. 8° *Recherches sur l'identité des paralysies générales progressives*; par M. Brierre de Boismont. 9° *Études historiques et physiologiques sur l'aliénation*; par M. Morel. (Travail non terminé.) 10° *Des hallucinations compatibles avec la raison*; par M. Brierre de Boismont. (L'opinion de l'auteur sur ce sujet est fort connue. Il pense que l'existence d'hallucinations peut s'allier à l'exercice complet de la raison. Nous nous sommes rangé à cet avis (GAZ. MÉD. du 6 avril 1850) dans un article que l'auteur veut bien rappeler.) 11° *Études historiques et physiologiques sur l'aliénation*; par M. Morel. (Non terminé.) 12° *Recherches bibliographiques et cliniques sur la folie puerpérale et la menstruation*; par M. Brierre de Boismont. (Extrait, sauf quelques remaniements, de l'ouvrage, aujourd'hui épuisé, de l'auteur sur la menstruation.) 13° *Du diagnostic différentiel de la paralysie générale*; par M. Delasiauve. (Extrait d'un traité que l'auteur doit prochainement publier et dont nous aurons sans doute à rendre compte.) 14° *Des rapports de la folie-suicide avec l'homicide*; par M. Brierre de Boismont.

MÉMOIRE SUR L'ÉPIDÉMIE DE CHOLÉRA QUI S'EST DÉCLARÉE DANS L'ASILE D'ALIÉNÉS DE CLERMONT (OISE) EN 1849; par le docteur WOILLEZ.

La ville de Clermont (Oise) et l'établissement d'aliénés sont placés dans les meilleures conditions de salubrité. En 1832, la ville n'eut que deux cas de choléra graves et des cholérines bénignes; l'asile fut complétement épargné. En 1847, sans cause connue, une affection typhoïde épidémique se déclara à Clermont, habituellement exempt d'épidémies graves. Il y eut 150 malades, dont 45 succombèrent; l'asile ne fut pas envahi. Enfin, en 1849, le choléra se montra en ville vers le mois de mai, et le 26 juin dans l'établissement, où il sévit avec une telle intensité que, sur un personnel d'environ 950 individus, tant aliénés qu'employés des deux sexes, 216 furent atteints et 127 moururent.

L'opinion générale, dit l'auteur, est que le mal a été apporté à Clermont par trois femmes venant de l'hospice d'Amiens où se trouvaient alors de nombreux cholériques; mais nous reconnaissons volontiers, avec lui, que les faits ne sont pas favorables à cette supposition; car une seule des trois femmes fut atteinte au quatorzième jour de l'épidémie, quand il y avait eu déjà 70 victimes dans les différentes sections de la division des indigentes, et les premiers cas se sont montrés dans une section autre que celle où furent placées les aliénées d'Amiens. D'ailleurs, nous avons dit que la ville était envahie depuis quelque temps quand le fléau a pénétré dans l'asile. Mais l'épidémie une fois déclarée, il n'est pas bien sûr que la contagion n'ait joué aucun rôle dans son développement, bien que l'auteur n'en dise rien; car nous voyons que plus d'un tiers des employés et serviteurs des deux sexes, la plupart en contact direct et continu avec les malades, a été atteint soit du choléra, soit de cholérine *ou de suette*, tandis que la maladie n'a frappé que 193 aliénés sur 875. Il est vrai que la maladie n'est désignée dans ce tableau que sous le nom général de choléra. Si les cholérines n'y étaient pas comprises, notre remarque serait sans objet; mais le mémoire ne donne à cet égard aucune indication. Quant à la suette, l'auteur a soin de dire qu'elle a épargné entièrement les aliénés et a frappé 11 employés. Le nombre des employés malades ayant été en tout de 33 sur un personnel de 90, restent 22 individus affectés de choléra ou de cholérine : ce serait une proportion à peu près pareille à celle des malades aliénés, mais toujours à la condition que les cas de cholérine seraient compris dans le chiffre qui exprime la dernière proportion. On voit qu'il y a ici une légère lacune.

Cette coexistence de la suette avec le choléra mérite, en passant, d'être remarquée. On sait qu'elle a été déjà rencontrée et signalée plusieurs fois; on a même assimilé la sueur profuse, qui est le caractère propre de la maladie, à l'hypersécrétion intestinale du choléra, laquelle serait une sorte de sueur du tube digestif. C'est une question qui n'est pas encore résolue; nous ferons seulement observer que la suette a quelquefois suivi ou précédé le choléra chez le même individu, et qu'il en a été ainsi dans l'épidémie de Clermont.

M. Woillez s'applique principalement à faire ressortir les « particularités du choléra épidémique chez les aliénés. » En lisant avec soin son travail, voici celles qui nous ont paru les plus notables :

1° L'influence épidémique a surtout sévi sur les aliénés avancés en âge, sur ceux de 60 à 80 ans, moins sur ceux de 50 à 60, moins encore sur ceux de 30 à 50. Les aliénés de 10 à 30 ans ont été le plus épargnés. Ce résultat ne s'accorde pas avec ce qui a été observé chez les cholériques non aliénés. Il résulte des relevés de MM. Briquet et Mignot, dont nous avons autrefois analysé l'ouvrage, que la période d'âge la plus exposée au choléra s'étend de 20 à 30 ans.

2° A ne s'en rapporter qu'au tableau comparatif mentionné plus haut, on pourrait conclure que l'état d'aliénation ne prédispose pas au choléra, puisque les employés ont été atteints dans une proportion au moins égale à celle des aliénés; mais il paraît certain que ces formes d'aliénation n'ont pas été sans influence sur la répartition des cas, et que celles qui s'alliaient

à une débilité profonde ont constitué une prédisposition assez active. Ainsi la démence a donné 1 cholérique sur 3,65; l'idiotie, 1 sur 3.88; l'épilepsie, 1 sur 4,42; la manie curable, 1 sur 5,22; la manie incurable, 1 sur 5,87.

3° Si l'observation a été bien attentive, les aliénés de Clermont auraient offert une rare exception à une loi bien confirmée aujourd'hui touchant le début de la maladie. « Ce début, dit le mémoire, a eu lieu, dans la très-grande majorité des cas, sans prodromes précurseurs bien tranchés du côté des voies digestives. » Puis nous lisons, après la mention des prodromes chez une dizaine de femmes, cette phrase : « ***Sur un bien plus grand nombre***, les soins immédiats prodigués aux aliénés ***dès l'apparition des moindres dérangements survenus dans leur santé physique, surtout du côté de l'estomac et des intestins***, ont certainement empêché le mal épidémique de les atteindre. » Qu'étaient ces dérangements des voies digestives qui, dans le traitement, seraient devenus des choléras, qu'étaient-ils, sinon des prodromes? Et si c'étaient des prodromes, il faut admettre que le traitement préventif a eu une grande puissance, puisque la presque totalité des cas à période prodromique ont été enrayés, et que ceux-là seols sont allés jusqu'au choléra confirmé qui n'ont pas été traités assez tôt, faute de prodromes.

4° La réaction a été en général très-modérée chez les aliénés des deux sexes : circonstance déjà notée ailleurs.

5° La proportion des décès, considérée dans les diverses formes d'aliénation, est remarquable. La manie curable n'a donné que 1 décès sur 12; l'idiotie, 23 sur 44; l'épilepsie, 13 sur 21; la manie incurable, 37 sur 56; la démence, 44 sur 60. (Le traitement employé par l'auteur a consisté surtout dans les vomitifs et les stimulants.)

RECHERCHES SUR L'IDENTITÉ DES PARALYSIES GÉNÉRALES PROGRESSIVES; par le docteur BRIERRE DE BOISMONT.

La GAZETTE MÉDICALE a plusieurs fois enregistré des recherches de M. Brierre de Boismont sur la paralysie progressive (GAZ. MÉD. 22 mai et 2 octobre 1847). Ses idées sur cette question ont été en outre consignées dans un certain nombre de publications modernes. Naturellement beaucoup de considérations alors émises par l'auteur se trouvent reproduites dans le présent mémoire; mais on y trouve aussi de nombreux et précieux éléments qui viennent fortifier l'opinion que nous avons toujours partagée avec l'auteur sur la non-identité de la paralysie progressive saos aliénation et de la paralysie générale des aliénés, en même temps qu'ils tendent à compléter l'histoire de la première espèce de paralysie.

Les éléments dont nous parlons consistent, d'une part, en un certain nombre d'observations nouvelles recueillies de concert avec M. Duchenne; d'autre part, dans l'application de la galvanisation localisée au diagnostic différentiel des deux maladies.

Les observations, à l'exception de deux, ne sont pas relatées dans le mémoire; mais l'auteur les a jointes à celles que la science possède déjà pour en tirer une histoire plus vraie, plus complète, de la paralysie sans aliénation, et pour mieux faire saillir les caractères qui la distinguent de la folie paralytique. Ne pouvant le suivre dans une description symptomatique dont on ne soustrairait pas une ligne sans faire une lacune, nous nous contenterons de rappeler les traits différentiels des deux observations publiées. — Dans le cas de paralysie progressive simple, pas de congestion cérébrale, impression de froid, marche graduellement croissante de la paralysie, continuité des symptômes, intégrité de l'intelligence, abolition complète de la contractilité musculaire dans une grande étendue du corps, augmentation de la sensibilité cutanée. — Dans le cas de paralysie avec aliénation, la maladie débute plusieurs mois d'avance par l'exagération du caractère habituel, par des emportements répétés, par des désordres intellectuels suivis plus tard d'un bégayement fugace. Tous ces symptômes disparaissent, et sont remplacés par le retour de la raison et l'absence complète de toute lésion musculaire. A diverses reprises, on voit se reproduire ces deux ordres de symptômes. La contractilité musculaire reste intacte.— Sans doute la différence n'est pas toujours aussi tranchée. La paralysie progressive simple peut s'accompagner d'affaiblissement des facultés intellectuelles, principalement de la mémoire; mais ces symptômes sont passagers ou peu tranchés. Dans les cas très-rares où existe une apparence de démence, alors même que la paralysie a débuté sans aucun symptôme annonçant la participation primitive de l'encéphale, la démence ne ressemble pas complétement à celle des véritables fous paralytiques; elle est surtout exempte du délire ambitieux, de l'exaltation du *moi*. On conçoit, d'ailleurs, que les deux formes puissent parfois se rapprocher, sans qu'on soit autorisé à les confondre dans la nosologie.

La différence entre ces deux formes, manifeste quant aux symptômes, n'est pas moins quant aux caractères anatomiques. On connaît les graves lésions cérébrales qui se lient à la paralysie des aliénés. Dans la paralysie progressive sans aliénation, les autopsies, encore peu nombreuses, il est vrai, n'ont révélé aucune altération principale ni dans l'encéphale ni dans la moelle épinière.

Le nouvel élément de diagnostic emprunté par MM. Brierre et Duchenne à la galvanisation localisée consiste en ce que l'irritabilité musculaire est toujours diminuée ou éteinte dans la paralysie progressive simple, tandis qu'elle est conservée dans la folie paralytique à tous les degrés. Nous n'avons pas besoin d'insister pour montrer toute l'importance de ce résultat. Les expérimentateurs ont aussi constaté : 1° que, dans la première forme, la sensibilité *électro-musculaire* (sensation produite par l'excitation des muscles) est presque toujours au-dessous du degré normal; 2° que la lésion de l'irritabilité musculaire peut n'être pas en rapport avec celle de la contractilité volontaire. Ainsi des muscles qui n'obéissent pas à la stimulation galvanique peuvent se contracter sous l'influence de la volonté et produire des moments d'ensemble d'une certaine précision.

DES RAPPORTS DE LA FOLIE-SUICIDE AVEC L'HOMICIDE; par M. BRIERRE DE BOISMONT.

A l'occasion du meurtre commis, il y a quelques mois, au théâtre des Célestins, par un jeune homme qui ne connaissait pas même la victime, M. Brierre de Boismont s'est mis à rassembler un certain nombre de faits plus ou moins analogues, et il a tiré de cet ensemble quelques considérations sur la folie-suicide dans ses rapports avec l'homicide, en d'autres termes, sur l'homicide comme moyen indirect d'arriver à la destruction de soi-même.

L'étude de ces faits a porté l'auteur à les diviser en deux catégories. Dans la première, les individus obéissent à des conceptions délirantes, à des raisonnements faux; le dérangement de leur raison est évident pour tout le monde. Dans la seconde, les malades ne présentent aucune altération appréciable de l'intelligence et souvent même des affections. Ils sont poussés par un instinct aveugle, par une puissance irrésistible, une véritable lésion de la volonté, et M. Brierre conclut à l'existence de la perversion morale, de la folie, dans l'un et l'autre cas.

En réfléchissant à cette question si grave, où l'erreur expose à compromettre soit les intérêts de l'humanité, soit ceux de la société, on s'aperçoit que le vrai nœud de la difficulté n'est pas dans le mobile de l'assassinat commis sur autrui, mais bien dans le mobile du suicide. En effet, tuer son semblable pour mériter la mort qu'on n'ose ou qu'on ne peut se donner, ou pour se ménager le temps de se mettre en état de grâce, ce n'est pas nécessairement un acte de folie. Un forçat poignarde son garde-chiourme pour se frayer un chemin à l'échafaud; c'est le résultat d'un calcul immoral, mais parfaitement logique. Un malheureux, qui a perdu ce qu'il a de plus cher au monde ou qui ne peut plus nourrir sa famille, ou qui se croit déshonoré, prend froidement le parti d'en finir avec la vie. Mais il a la crainte très-réfléchie et très-sage d'un châtiment au delà de ce monde; il faut qu'il ait le temps de se repentir; un meurtre lui donnera cette ressource; nous le supposons, aucune impulsion, aucune force secrète ne le pousse à ce meurtre; il ne s'y résigne que parce qu'il n'a pas le choix du moyen. L'histoire de la science offre des faits de ce genre. Y a-t-il aliénation? Mais de quelle nature? Elle n'est pas intellectuelle, car le raisonnement est très-juste; elle n'est pas de nature morale, car le libre arbitre est conservé. Elle n'existe donc pas. Que faudrait-il pour que l'assassin fût considéré comme aliéné? Il faudrait que l'idée même du suicide fût le résultat d'une impulsion irrésistible, d'un délire moral. Quand même alors l'homicide, comme acheminement à une mort désirée, aurait été prémédité et accompli avec toutes les apparences de la raison, il ne serait toujours que la conséquence d'un dérangement mental, et on aurait le droit de le ranger parmi ces actes raisonnables qu'on voit les fous accomplir chaque jour. Mais quand l'idée du suicide ne porte en aucune façon le cachet de la folie, il n'y a plus de motif déterminant pour induire celle-ci du seul fait de l'homicide. Nous savons bien que quelques auteurs regardent le meurtre de soi-même comme inséparable de la folie; mais nous examinons la question en dehors de cette doctrine, que d'ailleurs nous ne saurions partager.

Il va sans dire que nous présentons ces remarques uniquement pour sauver les principes, et que nous n'entendons aucunement les appliquer à tel ou tel fait particulier. Nous les présentons, parce qu'il nous a semblé que la question n'avait pas été assez creusée dans les divers écrits dont l'assassinat de Lyon a été l'occasion.

A. DECHAMBRE et P. DIDAY.

TRAVAUX ACADÉMIQUES.

ACADÉMIE DES SCIENCES.

ADDITION A LA SÉANCE PRÉCÉDENTE.

SYPHILISATION.

M. AUZIAS-TURENNE communique un mémoire sur la syphilisation, qu'il résume par les propositions suivantes :

1° Le virus syphilitique est un, c'est-à-dire qu'il procède toujours de la même source; mais son activité est variable. On peut donc considérer le pus syphilitique comme présentant des formes graduées. L'adage: *Unité dans la variété* lui est parfaitement applicable.

2° Le pus ayant des formes graduées, tout individu réfractaire à l'action d'une forme inférieure ne l'est pas pour cela à l'action d'une forme supérieure.

3° Toutes choses étant égales d'ailleurs, le pus virulent d'un individu appartient à une forme d'autant plus inférieure que cet individu est plus avancé en syphilisation, et qu'il en sécrète par une plus large surface ou en plus grande quantité.

4° Mais quand ce pus a cessé d'agir sur celui qui le fournit, il agit encore sur une personne moins avancée que lui en *syphilisation*, et surtout sur une personne complétement indemne de l'action du virus.

5° Inocule-t-on, par exemple, à un individu, indemne jusque-là de l'action du virus, un pus de forme supérieure? son premier chancre sera très-actif. Les suivants diminueront graduellement d'activité, surtout si l'on inocule à cet individu son propre pus, et fourniront par conséquent un pus de forme de plus en plus inférieure. La *syphilisation*, ou l'aptitude à être syphilisé, de cet individu augmente donc au fur et à mesure qu'on lui communique des chancres successifs.

6° Non-seulement le pus d'une personne très-avancée en *syphilisation* est de moins en moins actif sur elle-même, mais encore il l'est de moins en moins, quoique d'une manière qui n'est pas autant marquée, sur une personne indemne jusque-là de l'action du virus.

7° Mais ce virus de forme inférieure se régénère bientôt par des inoculations successives, faites à une personne saine au point de vue de la syphilis, et produit sur elle le chancre le plus actif, ou le chancre induré à la deuxième ou à la troisième génération.

8° Il y a deux causes de diminution dans l'activité d'un pus syphilitique : 1° la dégénérescence de la graine semée souvent dans le même terrain; 2° la détérioration du terrain par cette uniformité de culture. Ces deux causes agissent de concert jusqu'à ce qu'un individu soit enfin réfractaire à l'inoculation de son propre pus.

9° Ceux qui ont cru reconnaître au chancre une période de réparation, c'est-à-dire une période pendant laquelle son pus ne serait plus inoculable, auraient évité l'erreur s'ils avaient su apprécier l'action de cette double cause, et ne pas dénaturer les chancres par des applications caustiques ou simplement topiques. Ce qu'ils auraient eu seulement le droit de dire, c'est que la virulence du pus chancreux a une période de décroissance.

10° Pendant cette période, le pus de tous les chancres d'un même individu, quelle que soit leur date d'origine, pourvu qu'ils soient engendrés les uns par les autres, est de même forme, c'est-à-dire inoculable au même degré, ni plus ni moins.

11° Au point de vue de la *syphilisation*, tous ces chancres ont la même tendance vers la cicatrisation, et se cicatriseraient en même temps si quelque cause particulière ne venait pas combattre les effets de cette uniformité de tendance.

12° C'est ainsi que les chancres les plus larges, qui sont en général les plus anciens, ont une plus grande surface à combler pour se cicatriser à dater du moment où se manifeste cette tendance.

13° C'est encore ainsi que des circonstances de siége peuvent augmenter l'étendue et retarder la cicatrisation de certains chancres.

14° Des chancres de même date, mais d'origine différente sur un individu, peuvent présenter, surtout dans le commencement, une activité différente et en rapport avec la forme de leur pus générateur.

15° Deux chancres de même origine et de même date peuvent présenter une activité différente chez deux individus, et qui est en raison inverse de leur syphilisme.

16° Des chancres peuvent être plus actifs chez une personne que les chancres qui les ont précédés, par cela seul que le pus qui les a produits appartient à une forme supérieure.

17° Le pus le moins actif agit toujours sur celui qui n'a jamais eu d'affection syphilitique.

18° Quand un individu n'est plus inoculable par son propre pus, c'est-à-dire par un pus de forme inférieure, il est encore inoculable par un pus de forme supérieure.

19° Le sujet peut devenir alors inoculable à quelques générations successives de ce nouveau pus.

20° En inoculant à quelqu'un un pus d'une forme supérieure à celle du pus que sécrètent ses chancres, on n'élève pas beaucoup la forme du pus que sécréteront de nouveaux chancres ainsi produits.

21° Quand on renouvelle de la sorte plusieurs fois la source du pus d'une personne, celle-ci finit par être tout à fait syphilisée, c'est-à-dire à l'abri de tout accident syphilitique.

22° La *syphilisation*, à ses degrés divers, rend donc plus facilement compte de la cicatrisation des chancres que toute espèce de théorie, inconciliable avec elle.

23° On syphilise mieux et plus vite, mais plus douloureusement, une personne en lui inoculant à la fois, ou même successivement, plusieurs chancres d'un pus très-actif, et surtout constamment régénéré, pourvu qu'on sache éviter le phagédénisme.

24° La meilleure formule de syphilisation pour un individu qui n'a jamais eu d'accident syphilitique consiste : 1° à lui inoculer par une seule piqûre un pus de forme inférieure, et à le conduire (par des inoculations successives de son pus isolées et à huit à dix jours d'intervalle, puis par des inoculations également de son pus, rapprochées et multipliées) jusqu'au moment où celui-ci ne lui sera plus inoculable; 2° à multiplier et à rapprocher ensuite les inoculations d'un pus de forme de plus en plus supérieure.

25° Quand un individu a des accidents primitifs, on peut commencer par lui inoculer son propre pus et continuer comme précédemment.

26° Quand un individu a des accidents constitutionnels, on se comporte comme dans le cas d'un individu qui n'a jamais eu de syphilis, sauf à élever rapidement les formes de pus au fur et à mesure qu'on les reconnaît insuffisantes.

27° Mais, dans tous les cas, la piqûre doit être la plus étroite et la plus superficielle qu'il est possible, afin de ne pas provoquer inutilement l'agrandissement des chancres. En effet, la pustule initiale du chancre circonscrit toujours exactement la solution de continuité qui a été faite. Celle-ci est une figure inscrite dans un cercle que représente la pustule. Ainsi, toutes choses étant égales d'ailleurs, plus la piqûre d'inoculation est étroite et superficielle, moins les chancres deviennent étendus.

28° En inoculant à une personne indemne de l'action du virus syphilitique, le pus d'une autre personne presque complétement syphilisée, on peut régénérer ce pus à la première, deuxième ou troisième génération, soit qu'on le fasse passer, soit qu'on ne le fasse pas passer à une troisième personne.

29° La *syphilisation* est un renfort de l'organisme, elle augmente l'appétit, et la puissance d'assimilation des organes. Elle peut être opposée à d'autres maladies que la syphilis, et notamment au cancer.

30° La blennorrhagie et la balano-posthite sont (je ne dis pas toujours) de nature syphilitique. La *syphilisation* les prévient. Elle les guérit chaque fois que le génie syphilitique n'a pas disparu pour faire place à une affection purement catarrhale.

31° Comme accident primitif, elles peuvent dépendre de l'action d'un pus de forme très-inférieure, et alors commencer en quelque sorte la *syphilisation*; ou dépendre d'un pus de forme supérieure agissant sur un organisme bien avancé en *syphilisation*.

32° Elles peuvent, dans le premier cas s'inoculer et se réinoculer successivement au malade; elles peuvent, dans les deux cas, s'inoculer aux personnes saines.

33° Il n'est donc pas étonnant : 1° que la blennorrhagie et la balano-posthite produisent quelquefois, surtout si l'accident se répète, mais rarement, la vérole; 2° qu'elles aient pu engendrer, par inoculation, la pustule avortée et même le chancre.

34° La débauche et la prostitution, qui font que le virus tend à s'épuiser sur un nombre restreint de personnes, sont une des causes de son affaiblissement. Au contraire, quand la vérole envahit un pays vierge de ses atteintes, elle y sévit rigoureusement.

35° Les chancres qui ne donnent pas la syphilis constitutionnelle sont : 1° quelquefois ceux qui sont produits par un pus de forme inférieure et qui sont à leur première génération; 2° ceux qui existent chez les personnes en voie de *syphilisation* et ayant dépassé l'état de syphilis constitutionnelle. Dans le premier cas, c'est la graine qui est insuffisante; dans le deuxième cas, c'est le terrain qui est mauvais.

36° Les accidents secondaires résultent de la généralisation, et par suite de l'atténuation de la forme de pus qui succède au chancre induré. On peut les comparer aux chancres multiples d'une personne en voie de *syphilisation*. A ce titre, leur pus peut être inoculable à une personne saine, sans l'être au malade chez qui le molimen morbifique est épuisé.

37° Un pus de forme inférieure peut bien ne pas être inoculable à celui qui a la vérole constitutionnelle, et l'être parfaitement à une personne bien portante et qui n'est pas syphilisée.

38° La *syphilisation* n'est pas transmissible par la transfusion du sang. Ce résultat de l'expérience devait être prévu, puisque la *syphilisation* est un état qui n'est pas pathologique.

39° Il ne paraît pas que l'action syphilisante soit proportionnelle à l'étendue des chancres.

40° Le pus d'un chancre phagédénique est de même forme pendant toute la durée de ce chancre, c'est-à-dire pendant tout le temps qu'il reste phagédénique.

41° Pour combattre un ulcère phagédénique par la *syphilisation*, il faut presque toujours faire intervenir un pus d'une forme supérieure ou inférieure, suivant le cas, à celle du pus de cet ulcère. L'essentiel est d'obtenir des chancres

dont le pus s'absorbe aisément. Le pus qui ne s'absorbe pas *phagédénise*, celui qui s'absorbe *syphilise*. Il syphilise d'autant plus qu'il est d'une forme plus élevée.

42° L'action syphilisante du virus syphilitique n'est pas la même aux diverses périodes du chancre qui le produit.

43° Les manifestations chancreuses sont en général d'autant plus rapides à se montrer, après l'inoculation, que les individus sont plus avancés en syphilisation.

44° Ce fait, comme l'ensemble des principes de la *syphilisation*, démontre que tout chancre a une action générale sur l'économie proportionnelle du moins en partie, à la durée de ce chancre. Il y a une exception pour le chancre phagédénique quand le pus n'est pas absorbé.

45° L'action syphilisante est durable, de façon qu'un chancre ancien s'ajoute au chancre actuel pour concourir à produire la *syphilisation*.

46° A une certaine période des inoculations successives, variable selon bien des circonstances, ceux qui s'y soumettent sans être atteints de syphilis constitutionnelle subissent l'influence d'un état général qui disparait par les modifications que produisent les chancres subséquents.

47° La *syphilisation* n'a une action puissante contre une maladie dite syphilitique que quand cette maladie demeure sous l'influence directe du génie syphilitique.

48° Pour être à l'abri des accidents primitifs, il faut aller jusqu'à la *syphilisation* complète ; mais pour être exempté des accidents généraux, il suffit d'aller plus ou moins loin en syphilisation.

49° Les syphilisés ne peuvent plus produire de pus syphilitique ; la source du mal est tarie chez eux, tant pour les accidents primitifs que pour les accidents généraux.

50° Bien loin de pouvoir produire des accidents constitutionnels, la *syphilisation* les fait disparaître quand ils existent.

51° Pour tirer tout le parti possible de la *syphilisation*, il faut manier le virus prudemment et hardiment à la fois.

52° Souvent le phagédénisme n'a pas d'autre cause que la térébration et le décollement de la peau par le pus purulent. Il est encore souvent sous la dépendance des vices scorbutique, herpétique, cancéreux, etc., ou de l'usage du mercure, de l'abus des liqueurs alcooliques, etc. Enfin, il suffit souvent, pour le faire naître, d'empêcher par des lavages ou d'une autre manière l'absorption, et par suite l'effet syphilisant du pus. Ces diverses causes peuvent dériver les unes des autres, ou se combiner entre elles.

53° Le siége des cicatrices de chancre est inoculable comme les autres endroits de la peau.

54° La *syphilisation* ne procède pas par régions ; quand une partie du corps est syphilisée, les autres le sont également.

55° L'immunité à laquelle on arrive par la *syphilisation* n'a rien de passager, ni de commun avec une idiosyncrasie particulière. Le mot idiosyncrasie est d'ailleurs un aveu déguisé d'ignorance.

56° Les animaux ont plus de syphilisme que l'homme ; mais tous les animaux n'en sont pas doués au même degré. Il serait possible de dresser une échelle du syphilisme de chacun d'eux. Ainsi le chien a plus de syphilisme que le lapin ; celui-ci en a plus que le chat ; le chat en a plus que le singe en général (je dis en général, parce qu'il en a moins que le *papion*, par exemple). Parmi les singes, le papion a plus de syphilisme que le magot, et le magot en a plus que le macaque.

57° Cette échelle animale du syphilisme est descendue par l'homme qu'on syphilise, de façon qu'il y a un temps pendant lequel il n'a pas plus de syphilisme que le macaque, le magot, le chat, le papion, le lapin et le chien.

58° Plus un animal ou un individu a de syphilisme naturel ou acquis, plus le virus doit être actif pour lui être inoculable. Là est le secret de bien d'échecs dans les essais d'inoculation de la syphilis aux animaux et dans ceux d'inoculation du pus des accidents secondaires et de celui de la blennorrhagie ou de la balano-posthite.

59° On peut donc considérer le virus syphilitique dans ses formes variées comme un vrai syphilismomètre. Il est en même temps une source et la mesure du syphilisme.

60° Enfin, au double point de vue de la science et de la pratique, le fait et la doctrine de la syphilisation font presque table rase des idées syphilographiques régnantes on débattues jusqu'ici. La résistance que rencontre la syphilisation est proportionnelle à la masse des ruines qu'elle amoncèle.

M. Flourens : D'après les travaux de M. Auzias-Turenne, il y a une grande analogie entre le virus de la petite vérole et le virus syphilitique. Le virus variolique est, pour ainsi dire, représenté par trois formes, qui produisent la variole confluente, la variole discrète et la vaccine. De même le virus syphilitique a plusieurs formes, et M. Auzias-Turenne pense que la blennorrhagie doit être définitivement attribuée à l'action d'une forme inférieure du virus ou pus syphilitique.

M. Serres : J'ai beaucoup étudié la petite vérole et j'ai mainte fois constaté qu'une personne atteinte de variole discrète pouvait transmettre à une autre personne une variole confluente et *vice versâ*. Il faut donc admettre des modifications imprimées au virus par les personnes qui en subissent l'influence, et il ne faudrait pas croire que le pus d'une pustule syphilitique de forme inférieure ne pourrait jamais produire une pustule plus active.

M. Flourens : La comparaison que je viens d'établir entre le virus de la petite vérole et celui de la syphilis ne se trouve pas dans le mémoire de M. Auzias-Turenne. Elle vient de moi. Je m'en suis servi pour expliquer clairement et en peu de mots l'importance des travaux de M. Auzias-Turenne. M. Auzias, en effet, poursuit ses recherches avec la plus louable persévérance.

M. Serres : L'analogie invoquée par M. le secrétaire perpétuel m'a paru très-juste et se trouve, je crois, confirmée par les expériences de M. Auzias. Membre de la commission chargée d'examiner les recherches antérieures de M. Auzias, j'ai examiné la question, et j'ai plusieurs fois entendu les explications de M. Auzias. C'est par suite de cet examen que je crois pouvoir dire que le pus provenant d'une pustule syphilitique d'une forme peut produire une pustule syphilitique d'une autre forme.

ACADÉMIE DE MÉDECINE.

SÉANCE DU 25 NOVEMBRE. — PRÉSIDENCE DE M. ORFILA.

Le procès-verbal de la dernière séance est lu et adopté.

Le ministre du commerce adresse :

1° Des échantillons d'eau minérale d'une source découverte par le sieur Chanteret, propriétaire à Renaison, arrondissement de Roanne, avec demande d'analyse. (Comm. des eaux minérales.)

2° Un rapport de M. le docteur Sibille, médecin-inspecteur des eaux minérales de Néris (Allier), sur le service médical de cet établissement pendant l'année 1851. (Même comm.)

3° Un rapport de M. le docteur Mosny, médecin adjoint des épidémies de l'arrondissement de Laon, sur l'épidémie de rougeole qui a régné dans la commune de Guignecourt (Aisne) en 1851. (Comm. des épidémies.)

4° Un rapport de M. le docteur Monteils, médecin des épidémies de l'arrondissement de Florac, sur l'épidémie de suette miliaire qui a régné dans cet arrondissement pendant les mois d'avril, mai, juin et juillet derniers. (Même comm.)

5° Une lettre contenant la recette d'un remède pour la guérison des hernies. (Comm. des remèdes.)

6° Une boîte contenant la recette et un échantillon d'un remède préservatif de la syphilis. (Même comm.)

— M. Laval, ancien élève des hôpitaux militaires, informe l'Académie qu'il s'est soumis à la *syphilisation*, et qu'il est un exemple de son efficacité. « Vainement, dit-il, M. Ricord a essayé deux fois, par sept piqûres, de m'inoculer le virus syphilitique ; il n'en est rien résulté, etc. » L'auteur se met à la disposition de la commission que l'Académie a chargée de l'examen de cette question. (Renvoi à cette commission.)

— M. Pamard, correspondant de l'Académie à Avignon, adresse un mémoire sur la possibilité d'extraire de la vessie, par la dilatation, des calculs d'un certain volume. (M. Roux, rapporteur.)

— M. Liegey (de Rambervillers) adresse une nouvelle communication sur un cas d'évacuation spontanée, par les parois abdominales, d'un épanchement péritonéal purulent, résultant d'une affection intermittente chronique.

— M. Rendu (de Compiègne) communique un fait anatomique relatif à l'histoire des vaisseaux lymphatiques, savoir que les lymphatiques des amygdales se rendent aux ganglions cervicaux, situés derrière l'angle de la mâchoire inférieure.

— M. Leconte (d'Eu) adresse un mémoire intitulé : Essai sur la thérapeutique de la fièvre typhoïde. (Comm. : MM. Louis, Grisolle et Gaultier de Claubry.)

— M. Gille, pharmacien, adresse une note sur l'huile de proto-iodure de fer considérée au point de vue pharmaceutique et clinique. (Comm. : MM. Grisolle, Guibourt et Caventou.)

— M. Mathieu, fabricant d'instruments de chirurgie à Paris, présente un *couteau-aiguille* à cataracte destiné à pratiquer en un seul tour l'incision de la cornée et de la capsule cristalline dans l'opération, par extraction. Il a exécuté cet instrument sur les indications de M. Ekstrom, médecin suédois, qui le considère comme un perfectionnement du couteau-aiguille de M. le docteur Cunier (de Bruxelles). (Comm. : M. Laugier.)

— M. le Président fait part à l'Académie de la perte qu'elle vient de faire dans la personne de M. Honoré, mort le 23 courant, à l'âge de 74 ans. Une députation de l'Académie a assisté à son convoi.

— M. le Président annonce que la séance publique annuelle aura lieu le 9 décembre prochain.

L'Académie se formera en comité secret à quatre heures et demie pour entendre le dernier rapport sur les prix.

VASES RECOUVERTS D'UN ENDUIT VITREUX POUR LES USAGES PHARMACEUTIQUES ET DOMESTIQUES.

M. Chevallier lit, en son nom et celui de M. Gaultier de Claubry, un rapport sur une lettre de MM. Paris, fabricants de cristaux à Bercy, par laquelle ces industriels sollicitent l'examen de vases recouverts d'un enduit vitreux, et pouvant servir : 1° pour l'évaporation des eaux minérales, lorsqu'on les soumet à l'analyse ; 2° pour remplacer dans les laboratoires ces capsules de porcelaine qui sont de trop petite dimension, trop fragiles et d'un prix trop élevé ; 3° pour sup-

pléer aux bassines de cuivre employées dans les officines et à divers usages, etc.

Les essais auxquels la commission s'est livrée sur les vases de MM. Paris leur ont démontré :

1° Que les acides, même assez concentrés, n'attaquent pas l'enduit vitreux qui recouvre ces vases ;

2° Que les sels alcalins ne les attaquent pas non plus, mais qu'il n'en serait pas de même si on faisait usage d'alcalis concentrés. dans ce cas, ces alcalis agissent sur l'enduit et le dissolvent en petite quantité.

La commission propose en conséquence :

1° De remercier MM. Paris de leur communication ;

2° De les engager à persévérer dans leur entreprise, et surtout à se livrer à la fabrication des instruments culinaires destinés aux classes ouvrières, en livrant à bas prix des vases qui ne seront pas susceptibles d'être altérés par les aliments qu'on y prépare ; ils auront rendu un service à l'humanité et fait faire un pas à l'hygiène publique.

TRAITEMENT DE LA FISSURE A L'ANUS PAR L'ONGUENT DE LA MÈRE.

M. Larrey lit, en son nom et au nom de M. Velpeau, un rapport sur un travail communiqué à l'Académie dans la séance du 29 juillet dernier, par M. le docteur Campaignac, ancien chef de clinique de la Faculté de médecine de Paris, ayant pour objet un nouveau mode de traitement de la fissure à l'anus. Ce traitement consiste dans l'emploi topique d'une pommade composée d'un mélange d'onguent de la mère avec un corps gras, dans les proportions convenables pour donner à cette pommade la consistance la mieux appropriée à son usage. M. Campaignac, qui a été conduit à l'emploi de ce moyen par le danger qu'offre dans quelques circonstances l'opération et par l'inefficacité qu'il a reconnue à la plupart des autres traitements topiques, dit en avoir généralement obtenu de bons résultats ; il rapporte dans ce travail sept cas de guérison obtenus par l'usage seul de cette pommade.

M. le rapporteur, donnant son approbation aux faits énoncés dans le travail de M. Campaignac, propose pour conclusion : 1° d'adresser des remerciments à l'auteur ; 2° de renvoyer son travail au comité de publication.

M. Gerdy : La fissure à l'anus a été traitée par beaucoup de remèdes qui échouent pour la plupart ou ne procurent que des guérisons temporaires. Je ne crois pas que l'onguent de la mère doive mieux réussir ; quant aux divers procédés opératoires, l'incision, la méthode de dilatation brusque de M. Récamier, elles échouent souvent aussi. Il y a un moyen que j'emploie fréquemment et qui m'a presque toujours réussi, c'est l'usage des purgatifs. La fissure est presque toujours compliquée d'une constipation plus ou moins opiniâtre ; cette constipation est une cause incessante d'irritation qui accroît les douleurs et s'oppose à la cicatrisation. En combattant cette constipation à l'aide de purgatifs répétés, on rend les selles libres, faciles, on prévient les douleurs et on favorise la cicatrisation. Je n'emploie presque pas d'autre méthode depuis plus de quinze ans, et je n'ai presque pas vu de malade qui n'ait guéri par ce simple moyen.

M. Larrey : L'auteur n'a pas prétendu préconiser son moyen à l'exclusion de tout autre, ni condamner absolument l'opération à laquelle on peut toujours recourir comme dernière ressource ; il a fait à cet égard des réserves qui ont été partagées par vos commissaires.

M. Velpeau : Les chirurgiens, quoi qu'on en dise, savent très-bien essayer les remèdes topiques avant de recourir à l'opération. On a imaginé déjà dans ce but un grand nombre de pommades ; j'y ai toujours recours, pour mon compte, avant de me décider à opérer. Parmi ces divers topiques, il en est plusieurs qui soulagent, quelques-uns même qui guérissent quelquefois ; mais je dois déclarer qu'aucun des moyens que j'ai essayés ne m'a aussi bien réussi que la pommade de M. Campaignac. Je ne prétends pas dire pour cela que ce moyen doive réussir toujours, mais je crois qu'il guérira souvent, et que dans tous les cas où il ne pourra pas guérir, il procurera au moins du soulagement.

Quant aux purgatifs, dont parle M. Gerdy, c'est un moyen que tous les chirurgiens emploient ; les malades y recourent d'eux-mêmes la plupart du temps ; mais les purgatifs ne guérissent pas, ils ne font que soulager. J'ai vu bien des fois, et depuis un grand nombre d'années, des individus qui avaient été soulagés par l'usage des purgatifs ; mais dès qu'ils les cessaient, les accidents se reproduisaient. Cependant la remarque de M. Gerdy a de la valeur à un autre point de vue ; la constipation joue évidemment un rôle important dans la fissure, soit comme cause, soit comme effet. C'est sous ce rapport que le procédé de M. Bretonneau, consistant dans l'usage du ratanhia en lavement, me paraît surtout utile. Quant au procédé de M. Récamier, ce n'est pas autre chose qu'une opération, qui, ainsi que l'incision, ne doit être mise en usage qu'après avoir essayé d'abord des autres moyens.

M. Guibourt présente quelques courtes réflexions sur la composition de l'onguent de la mère, qui, suivant lui, doit être considéré plutôt comme adoucissant que comme suppuratif. Les bons effets que l'on en retire dans le traitement des fissures du sein lui paraissent venir à l'appui des bons effets qu'on lui attribue dans les fissures à l'anus.

M. Roux considère tous les topiques comme insuffisants ; il n'en est pas un, suivant lui, qui ne soit suivi de récidive, après une suspension plus ou moins longue de la maladie. L'opération, au contraire, est à ses yeux le seul moyen de guérison assuré ; elle est si peu douloureuse et si peu grave, qu'il ne comprend pas qu'on hésite à y recourir. Pour lui, il l'a pratiquée deux ou trois cents fois, sans qu'elle ait jamais été suivie d'aucun accident. L'opération, en résumé, grâce surtout à l'anesthésie, lui paraît devoir être préférée à tous les autres moyens.

M. Roux ne partage pas l'opinion de M. Gerdy à l'égard des purgatifs. La fissure à l'anus n'est pas toujours accompagnée de constipation, et ce n'est pas toujours la constipation qui entretient la douleur ; M. Roux a vu des malades qui, bien qu'ayant des selles liquides, n'en souffraient pas moins, et redoutaient autant que les autres le moment d'aller à la garde-robe.

M. Bégin partage l'opinion de M. Roux relativement à l'innocuité de l'opération. Il n'a jamais vu cette opération être suivie du moindre accident. Il pense, d'un autre côté, qu'on a fait une trop large part aux topiques, qui ne méritent pas l'importance qu'on paraît vouloir leur donner.

M. Cloquet : Le rapport et le mémoire qui nous occupent en ce moment sont également dignes d'intérêt ; ils renferment des faits qui parlent haut en faveur du traitement topique de la fissure. Je crois, malgré l'opinion contraire de MM. Roux et Bégin, qu'il faut éviter le plus possible l'opération et n'y recourir que quand on ne peut pas faire mieux. On rejette trop les emplâtres et les onguents. Les faits invoqués par M. Campaignac et par M. Velpeau prouvent qu'on peut guérir la fissure avec l'onguent de la mère ; c'est là un fait pratique qui a son importance. Je rappellerai, à cette occasion, l'avantage qu'il y a, quel que soit l'onguent dont on se sert, à n'employer que de petites mèches. Les petites mèches ont un grand avantage sur les grosses mèches et les suppositoires qui déterminent, par leur volume, des contractions et entretiennent précisément ainsi la maladie qu'ils sont destinés à guérir. L'usage de petites mèches enduites de pommade de belladone m'a réussi chez une dame à laquelle M. Roux avait proposé l'opération et qui s'y était refusée.

Je ferai une dernière observation sur l'usage du ratanhia, qui me paraît agir en modifiant profondément la sensibilité des parties sur lesquelles on l'applique. Tout le monde sait qu'après avoir tenu pendant quelque temps une décoction de ratanhia ou de tannin dans la bouche, on perd momentanément la sensibilité tactile et gustative. Il en est de même à l'anus ; et c'est cette circonstance qui, jointe à l'espèce d'enduit protecteur qui résulte, pour les lèvres de la fissure, de la combinaison du tannin avec les mucosités, qui contribue à en hâter la guérison.

M. Laugier : L'opération de la fissure est exempte de tout accident, ainsi qu'on vient de le dire, mais à la condition qu'on se borne au simple débridement de Dupuytren, auquel M. Bégin a fait attention ; réduite à cette simplicité, en effet, l'opération est préférable à tous les autres traitements ; mais il n'en est pas de même de l'opération de Boyer, par laquelle on incise largement et profondément tout le sphincter.

M. Roux persiste à penser que l'opération de Boyer est la seule bonne et efficace.

M. Larrey clot la discussion en rappelant qu'il ne s'agit pas d'exclure l'opération ou de préconiser exclusivement l'usage des topiques ; mais que M. Campaignac, ainsi que les commissaires, n'ont d'autre but que d'établir qu'en présence de l'insuffisance de la plupart des autres topiques, et de la nécessité d'une opération qui n'est pas toujours sans danger, ce que prouvent deux cas de mort rapportés dans le mémoire, il est heureux que l'on possède un moyen qui a procuré déjà plusieurs guérisons certaines et qui est dépourvu de tout inconvénient.

Les conclusions du rapport sont mises aux voix et adoptées.

L'Académie se forme en comité secret à quatre heures et demie.

SOCIÉTÉ DE BIOLOGIE.

PRÉSIDENCE DE M. RAYER.

COMPTE RENDU DES SÉANCES PENDANT LE MOIS D'OCTOBRE 1851 ; par MM. les docteurs Lebert et Brown-Séquard, secrétaires.

I. — Anatomie normale.

SUR LE DÉVELOPPEMENT DES ŒUFS DES ARAIGNÉES, par M. Victor Carus.

Les œufs ovariens des genres Lycosa, Thomisus, Salticus et Tegenaria présentent, en outre de la vésicule germinative, un corps singulier, qui a été décrit par *Wittich* dans sa Thèse (Observationes quædam de Aranearum ex ovo evolutione, 1845), et qui a été mentionné par Siebold dans son Traité d'anatomie comparée. La nature de ce corps n'ayant pas encore été étudiée suffisamment, j'en ai fait le sujet de quelques recherches, et ainsi que sur le système ovarien des araignées en général.

L'ovaire présente la forme d'un sac, dans la paroi interne duquel s'insère une corde solide à laquelle les œufs sont fixés par des pédoncules courts. A l'endroit même où les œufs sont attachés, les cellules épithéliales qui couvrent les pédoncules forment plusieurs couches un peu au dedans de l'insertion de l'œuf.

L'intérieur des œufs présente ici presque toujours des corps graisseux plus grands que les autres éléments du vitellus dont je parlerai bientôt. La vésicule germinative présente, dans toutes les espèces que j'ai étudiées, la nature cellulaire, montrant la tache germinale, comme son nucleus, et presque toujours quelques corps très-petits en dedans de celle-ci, représentant les nucleoles. Au tour de la vésicule germinative, on aperçoit, chez les œufs de plusieurs genres un peu avancés, une sorte de halo formée par des granules très-fixes. Ce sont tous les éléments qui constituent l'œuf dans les genres Clubiona, Micrommata,

Agelena, Tetragnella et Epeira ; mais dans les genres mentionnés plus haut, il y a un corps de plus, qui est rond, et à l'état frais très-finement granulé. Mais, bientôt après avoir mis l'œuf sous le microscope, on voit les granules s'arranger dans un sens concentrique, et sur toutes les parties périphériques. L'eau et l'acide acétique font voir des stries concentriques. La potasse caustique rend ce corps extrêmement mou, au point que l'on peut le faire disparaître par une compression légère. Autour de ce corps se forme le même halo des granules fixes, qui a été observé autour de la vésicule germinative dans les œufs des araignées dépourvues de ce corps nouveau, tandis qu'au point de l'insertion on voit les mêmes corps graisseux plus grands que ces granules qui entourent le corps auventitiel.

Les œufs des araignées n'offrent pas une segmentation totale, elle y est seulement partielle, c'est-à-dire, leur vitellus contient deux éléments différents, ainsi que les œufs des oiseaux et des poissons, savoir : le vitellus plastique et le vitellus nutritif. Le premier seulement subit la segmentation. Les deux espèces de vitellus peuvent être distinguées aisément, en ce que le vitellus nutritif est composé de corps graisseux beaucoup plus grands que le vitellus plastique. Le vitellus nutritif se forme, dans les deux sortes d'œufs, dans le même endroit, au point de l'insertion. Lorsqu'il ne constitue pas une partie essentielle de l'œuf, il provient des cellules en dehors de l'œuf lui-même ; ce sont ces corps graisseux dont j'ai fait mention. Le vitellus plastique, la partie la plus essentielle de l'œuf, est formé dans l'intérieur de l'œuf, mais dans deux différents endroits. Dans les œufs dépourvus de ce corps particulier que j'appelle noyau vitelène, le vitellus plastique provient de la vésicule germinative sous forme de granules ; il se forme ainsi dans les genres mentionnés au commencement. — Le volume de ce corps varie entre 0''',01 — 0''',02 ; seulement, dans la Tegenaria domestica, il atteint 0''',005 de diamètre.

J'ai observé un corps semblable, composé des granules un peu plus grands que dans les araignées, dans les œufs de la Rana temporaria. Les corps granuleux sont réunis par une matière albumineuse, qui se dissout dans l'eau au bout de quelques heures. La grandeur moyenne de ce corps chez les grenouilles était de 0''',03.

Quoiqu'il soit vraisemblable que ce corps puisse exister dans tous les œufs de plusieurs autres animaux, je ne l'ai cherché que dans les genres Cyprinus et Salmo, parmi les poissons, où il n'existe pas.

Dans un nouveau travail de M. le docteur de Wittich, publié dans les Archives de Muller, 1849, au moment où le mien s'imprimait, ce naturaliste décrit l'ovaire comme ayant la forme d'une grappe sans enveloppe externe. D'après des nouvelles recherches que j'ai faites sur ce sujet, je ne puis que confirmer les observations de Treviranus et de Siebold, qui ont décrit l'ovaire des araignées comme je l'ai fait plus haut. Mais un fait plus intéressant, c'est que Wittich fait mention de corps albumineux d'une forme pas toujours régulière, qu'il dit avoir rencontrés dans ces œufs. J'ai vu ces mêmes masses, mais je n'en ai fait aucune mention, parce que mes observations ne me donnaient pas jusqu'à présent la certitude d'avoir bien observé. D'après ce que j'avais vu, il m'était resté l'impression que ces corps étaient des masses d'une substance contractile. On les voit souvent changer de forme ; tantôt on y aperçoit des vacuoles, tantôt ces corps enferment des granules de vitellus. Ordinairement, ils sont ronds, d'autres fois, on en voit deux ou trois se réunir ou se séparer. J'ai indiqué ce fait à M. de Siebold, auprès duquel j'ai fait ces observations, mais je n'avais pas eu le temps d'étudier de nouveau ce point d'ovologie. *Il sera très-important de montrer que les œufs contiennent, dans un état amorphe ; la substance contractile dont l'animal, en se développant, a besoin dans tant de parties*, et je me propose de faire des recherches ultérieures sur ce sujet, à l'aide du galvanisme appliqué aux études microscopiques.

II. — PHYSIOLOGIE.

RECHERCHES SUR LA GÉNÉRATION DES LIMACES; par M. LAURENT.

M. Laurent communique les faits suivants :

1° Il a vu pour la seconde fois un limax flavus, qui sans s'être jamais accouplé a produit vingt-cinq œufs qui sont féconds et dont le développement embryonnaire est déjà au 11e jour.

Il rapproche ce fait d'un semblable, concernant un individu de la même espèce, qui avait pondu successivement chaque fois trois œufs en trois mois, un seul œuf sur les neuf pondus, était dans ce cas fécond et donna un embryon normal.

2° Il a vu, il y a quelques années, un œuf de limax agrestis dont le vitellus était entouré d'un grand nombre de zoospermes sous la forme primitive qu'ils ont dans le parenchyme testiculaire et dans le premier spermiducte.

Ces faits lui semblent devoir servir à jeter quelque jour sur le problème concernant le lieu où s'opère la fécondation dans les gastéropodes hermaphrodites insuffisants.

Dans une communication postérieure, M. Laurent annonce que le même individu du limax flavus qui a pondu le 1er octobre, vingt cinq œufs féconds dont le développement normal est en voie de tendance à l'accomplissement, vient de faire une nouvelle ponte de 14 œufs. Cette deuxième ponte par un limax vierge sera peut-être féconde et constituera un fait de plus pour éclairer la question problématique du lieu où s'opère la fécondation dans les mollusques gastéropodes hermaphrodites insuffisants (18 octobre).

III. — ANATOMIE PATHOLOGIQUE.

SUR DEUX CAS D'ALTÉRATION DU FOIE ET SUR UN CAS DE FONGUS DE LA DURE MÈRE; par MM. CL. BERNARD et CHARCOT.

M. Claude Bernard et M. Charcot communiquent les observations suivantes :

1° GRANULATIONS GRAISSEUSES DU FOIE. — Un homme, âgé de 40 ans, présente tous les signes de la tuberculisation générale la plus avancée. — Signes sthéthoscopiques et plessimétriques d'excavations spacieuses dans les deux poumons. — Phthisie laryngée, aphonie; diarrhée incessante, probablement produite par des ulcérations tuberculeuses. A l'autopsie du cadavre, on trouve les poumons farcis de tubercules dans leurs lobes inférieurs, et creusés de grandes cavernes à leur sommet. Ulcération des cordes vocales inférieures; tubercules dans les ganglions mésentériques; ulcération à fond tuberculeux dans l'iléon et le colon. Le foie est un peu plus volumineux qu'il ne doit l'être ; sa coloration générale est foncée, sa consistance est augmentée, son tissu crie un peu sous le scalpel, il est gorgé de sang noir ; il est semé d'une quantité de granulations, du volume d'un petit pois, pour la plupart, lesquelles ont, pour l'aspect, la plus grande analogie avec les tubercules des autres viscères. L'examen microscopique démontre à M. Rayer que ces granulations ne sont pas des tubercules, mais bien des granulations hépatiques, surchargées de globules de graisses. L'infiltration du parenchyme du foie, par des globules de graisse, au lieu d'envahir le foie tout entier, et de le transformer en *foie gras*, comme cela a lieu le plus habituellement, ne se montrait ici, que dans un certain nombre de granulations hépatiques isolées les unes des autres.

2° ANATOMIE D'UN FOIE ATTEINT DE CIRRHOSE. — Un homme, âgé de 45 ans, entre à l'hôpital de la Charité, le 8 août 1851 ; hydropisie ascite considérable, œdème des membres inférieurs, des bourses et du pénis ; amaigrissement du thorax, de la face et des membres supérieurs ; teinte jaunâtre, plombée, et même parfois ictérique des téguments. La peau est en même temps sèche et rugueuse. Le cœur, de volume normal, ne présente pas de bruits anormaux ; le bord inférieur du foie ne peut être limité par la percussion, mais son bord supérieur ne remonte pas au-dessus du mamelon, malgré la distension de l'abdomen. Les urines sont d'une couleur rouge foncé. Les réactifs n'y démontrent pas l'existence de la matière colorante de la bile.

Le 19, la suffocation était imminente, et le malade demandait à grands cris du soulagement ; une ponction de l'abdomen est pratiquée le 20 septembre par les moyens ordinaires. La sérosité qui s'écoule est transparente. Le lendemain, douleur abdominale à la pression, vomissements bilieux incessants, diarrhée, fièvre. La cirrhose (car tel avait été le diagnostic), s'était donc compliquée d'une péritonite aiguë, dont la ponction abdominale semble avoir été la cause provocatrice. Le malade succombe le 28 septembre.

Cet homme se disait malade depuis six mois environ ; il n'était pas buveur, et il n'avait jamais remarqué d'accidents syphilitiques.

A l'autopsie du cadavre, on note : 1° les lésions d'une péritonite générale intense ; 2° une diminution de moitié au moins dans le volume du foie, qui est en même temps légèrement bombé, d'une coloration jaune générale, et dont le tissu est dur et crie sous le scapel. Sur la coloration jaune générale se détachent des granulations noirâtres.

Le foie petit est ratatiné et comme chagriné à sa surface extérieure par une multitude de petites élevures inégales et diversement colorées. La couleur de ce foie ne rappelle en rien celle du tissu hépatique sain. Sur un fond d'un blanc-gris sale, on remarque trois couleurs principales, le noir, le rouge lie-de-vin et le jaune, disséminées comme un granit à la surface du foie. Les colorations jaune et noire appartiennent généralement aux élevures de la surface hépatique, tandis que la couleur rouge lie-de-vin se voit par transparence au travers de la membrane péritonéale épaissie.

Sur la coupe du tissu du foie, on observe également une sorte de marbrure granitée, formée par les trois colorations visibles à la surface extérieure du foie, savoir, le jaune, le noir et le rouge lie-de-vin. Seulement il est à remarquer que les granulations de couleur noire siégent plus spécialement dans le tissu hépatique qui avoisine la surface extérieure de l'organe, tandis que les granulations jaunâtres sont assez uniformément répandues dans le tissu du foie. Les taches rouges lie-de-vin suivent plus spécialement les branches de la veine porte. On voit en outre sur la coupe du tissu hépatique des points blanchâtres comme fibreux, coïncidant avec un épaississement de la membrane de Glisson, une atrophie évidente et une diminution de calibre des vaisseaux sanguins hépatiques, qui semblent épaissis dans leurs parois, surtout pour les rameaux de la *veine porte*.

A l'examen microscopique, on constate quelques différences de structure, suivant les points du tissu hépatique qu'on examine.

1° Quand on soumet au microscope la substance des *granulations jaunâtres* du foie, on voit qu'elle est composée par un grand nombre de cellules hépatiques assez régulières et assez développées, et mélangées d'une grande quantité de graisse à l'état de gouttelettes huileuses qui sont, les unes adhérentes aux cellules hépatiques, les autres libres sur le champ du microscope. Les cellules hépatiques, pourvues pour la plupart de noyau, ne paraissent pas offrir d'altération bien spéciale, si ce n'est une sorte d'infiltration graisseuse pour quelques-unes d'entre elles.

2° La substance, qui constitue les *granulations noires*, ayant leur siége près de la surface extérieure du foie, présente une structure différente. Les cellules hépatiques qui y sont nombreuses, sont généralement plus petites et plus irrégulières dans leurs formes que celles de la substance jaune. Quelques-unes ont un

noyau intérieur, mais aucun ne contient de graisse adhérente ou libre à l'état de globules huileux, comme dans la substance des granulations jaunes. De plus, on rencontre dans ces particules noirâtres du foie un grand nombre d'éléments fibro-plastiques, qui sont généralement d'un petit volume, mais d'une forme parfaitement caractéristique. On ne pourrait pas toutefois en inférer que la présence des éléments fibro-plastiques est distinctive de l'altération noire du foie, car on retrouve ces mêmes éléments dans d'autres points du tissu malade du foie, surtout lorsqu'on examine son tissu dans les parties les plus voisines de la surface extérieure de cet organe. Mais dans les *particules jaunes du foie*, on ne découvre aucune trace de ces mêmes éléments fibro-plastique.

3° Dans les *points rouges lie-de-vin*, on remarque au microscope à peu près la même structure que dans les parties jaunâtres du foie, qui paraissent seulement avoir été teintes dans ces points par de la matière colorante sanguine. Comme dans les granulations jaunes, le microscope n'y montre que des cellules hépatiques plus ou moins mélangées de graisse à l'état de globules huileux.

En résumé, ce foie se différencie d'un foie sain par son aspect et sa forme spéciale, et par une grande consistance, qui leur semble être due, surtout à l'épaississement de la membrane de Glisson et des vaisseaux sanguins. De plus, à l'examen microscopique, le tissu de ce foie altéré offre une modification dans l'aspect et le volume des cellules hépatiques, et de plus la présence d'un assez grand nombre d'éléments fibro-plastiques.

3° ANATOMIE D'UN FONGUS DE LA DURE-MÈRE. — Une femme âgée de 28 ans, cuisinière, entre le 1er septembre 1851, dans le service de M. Rayer.

Cette femme se plaint depuis longtemps de douleurs dans la tête, douleurs dont elle ne peut préciser le siége. Ces douleurs ne sont pas accompagnées de vomissements. Elle vient à pied à l'hôpital, et dans la première quinzaine de son séjour, elle n'offre pas d'autres symptômes que ceux de la chlorose. Cependant, déjà elle se plaint de voir mal de l'œil gauche, et la paupière du même côté est un peu tombante. Les douleurs de tête sont intenses; mais leur siége n'est pas précis. Le 20, du subdelirium se montre, la face est un peu injectée, la malade s'agite dans son lit, qu'elle ne quitte plus. Pas de vomissements, pas de contracture, pas de paralysie du sentiment ou du mouvement dans aucun des membres supérieurs ou inférieurs. La paupière gauche tombe sur le globe de l'œil et en recouvre habituellement la moitié supérieure; cependant la malade peut encore élever parfois la paupière quand on lui ordonne de le faire. La pupille du même côté est très-dilatée; l'œil, fixe et immobile, n'est pas dirigé plutôt en dedans qu'en dehors. Cet œil ne peut suivre un objet que l'on fait mouvoir devant lui. Il est difficile de dire si la vision est modifiée, et comment elle est modifiée; car la malade délire complétement. Sangsues derrière les oreilles; purgatifs. Les jours suivant, état typhoïde, parfois de l'agitation, plaintes continuelles. Mêmes phénomènes du côté de l'œil et de la paupière gauche; pas de vomissements. Aucun phénomène à signaler du côté des membres, que la malade fait mouvoir. La sensibilité générale est intacte.

La malade meurt presque subitement le 29 septembre, alors que, depuis deux ou trois jours, son état avait paru s'améliorer.

A l'ouverture du crâne, on trouve la dure-mère adhérente au cerveau dans un point très-circonscrit de la partie antérieure et externe du lobe moyen du côté gauche, au niveau de la terminaison externe de la scissure de Sylvius. En ce point, la dure-mère donne attache à une sorte de champignon pédiculé, du volume d'une grosse noix, lequel pénètre tout entier dans la substance cérébrale qu'il a déprimée. La surface de ce champignon est séparée de la substance cérébrale par une sorte de kyste à parois vasculaires, du volume d'un gros œuf de pigeon. Ce kyste contient un liquide jaunâtre, hyalin, comme gélatineux. Il apparaît sur la paroi supérieure du ventricule latéral gauche, un peu en dehors du corps strié correspondant. Le corps strié, la couche optique et la substance cérébrale qui avoisinent tant le fongus que le kyste, présentent tous les caractères du ramollissement blanc dans une certaine étendue (à peine peut-on reconnaître la forme du corps strié; mais dans la place qu'il occupe, la substance cérébrale est changée en une masse pultacée sans trace de vascularité). Les nerfs optiques, ceux de la troisième et sixième paires, sont parfaitement libres et nullement comprimés. Il en est de même de l'origine des nerfs de la cinquième paire.

L'examen anatomique de la tumeur a démontré qu'elle adhérait intimement à la dure-mère par un pédicule assez large. A la coupe, la tumeur ne criait pas sous le scalpel; elle offrait une couleur jaunâtre plus vasculaire près de sa surface et offrait çà et là quelques points ramollis.

A l'observation, microscopique, à un grossissement de 350 diamètres, on a trouvé le tissu de ce fongus de la dure-mère, constitué presque exclusivement par des éléments bien analogues par la forme aux cellules fibro-plastiques, mais en différant cependant par quelques caractères qui seront indiqués plus loin. Dans les parties ramollies de la tumeur, ces éléments anatomiques s'isolent et se dissocient facilement, tandis que dans les parties plus résistantes de la tumeur, ils restent unis et agglomérés en un tissu analogue pour l'apparence à ce qui a été appelé tissu fibro-plastique. Parmi ces éléments anatomiques, il en est comme pour les cellules fibro-plastiques qui sont pourvus de deux queues très-allongées, tandis que d'autres, qui n'ont qu'une seule queue, présentent ainsi la forme d'une raquette. Dans leur intérieur, toutes ces cellules offrent des granulations moléculaires et un ou quelquefois deux noyaux. Les caractères qui rapprochent ces éléments anatomiques des cellules fibro-plastiques sont : leur forme, la longueur des queues qui les terminent et leur stratification en un tissu serré constitué en totalité par ces cellules placées longitudinalement à côté les unes des autres. Les caractères qui différencieraient ces éléments anatomiques des cellules fibro-plastiques et pourraient les rapprocher d'une forme de cellule cancéreuse sont leur volume beaucoup plus considérable que celui des cellules fibro-plastiques, la netteté de contours et l'évidence des noyaux intérieurs. Si ce rapprochement peut être fortifié par l'existence dans le tissu de la tumeur de quelques autres cellules très-rares, il est vrai, mais ayant une forme ovale avec un ou deux noyaux intérieurs et ressemblant ainsi beaucoup à la cellule cancéreuse la plus ordinaire, il faut ajouter que les cellules allongées ne rentrent rigoureusement dans aucune des formes des cellules cancéreuses figurées jusqu'ici.

IV. — TÉRATOLOGIE.

SUR UNE ANOMALIE DE POSITION DES TESTICULES ET DE L'ÉPIDIDYME; par M. FOLLIN.

M. Follin montre à la société un nouvel exemple d'anomalie de position du testicule, décrit déjà par lui dans les archives (juillet 1851), c'est un testicule retenu à l'anneau inguinal interne avec un épididyme descendu au-dessous de lui dans le scrotum.

Ce testicule est légèrement atrophié, il mesure dans son plus grand diamètre 3 centimètres, tandis que dans le testicule du côté opposé on trouve 4 centimètres; cette atrophie existe constamment dans les testicules retenus à l'anneau, dans le canal inguinal ou dans l'abdomen : sur ce testicule est placé un épididyme, long aussi de 3 centimètres. La tête et le corps de l'épididyme n'offrent rien de spécial; mais au niveau de sa queue on voit partir un simple filament, canal déroulé de l'épididyme qui descend dans le scrotum suivant une étendue de 3 centimètres en ne conservant qu'une marche très-peu tortueuse; bientôt ce canal s'enroule de nouveau et ses flexuosités augmentant, on retrouve l'aspect général de la queue de l'épididyme. Mais ce déroulement de l'épididyme a gagné le fond du scrotum et on le trouve situé à 6 centimètres 1/2 au-dessous de l'extrémité inférieure du testicule; aux dernières flexuosités de l'épididyme succède le canal déférent qui remonte vers le canal inguinal suivant sa route habituelle.

L'épididyme, en descendant ainsi dans les bourses en avant du testicule, a entraîné une gaine péritonéale en dehors de laquelle il se trouve situé toutefois.

BIBLIOGRAPHIE.

ÉTUDES THÉORIQUE ET PRATIQUE DES MALADIES NERVEUSES CONSIDÉRÉES SOUS LE RAPPORT DES MODIFICATIONS QU'OPÈRENT SUR ELLES LA LUMIÈRE ET LA CHALEUR, ETC.; par le docteur BARADUC.

Il y a quelque chose qui a et aura constamment de l'attrait pour les esprits doués d'imagination ou de génie, ce qui est très-différent : c'est le goût, la passion de la théorie. On prend çà et là quelques observations, on les dispose à son gré, on leur fait parler le langage qu'on a rêvé pour elles, et on fonde là-dessus un édifice qu'on croit doué de solidité et d'avenir. Les hommes qui n'ont que de l'imagination ne tardent pas à voir qu'ils ont eu des visées trop téméraires. Quant à ceux qui ont le feu sacré du génie, ils s'aperçoivent, comme tout le monde, que leurs rêves sont de bonnes et brillantes réalités. Nous n'aurions pas à nous occuper de ceux-ci pour les questions qui touchent au système nerveux; cependant, des esprits d'une grande portée, depuis Georget jusqu'à M. Flourens, qui vient de trouver le nœud vital dans la moelle rachidienne, ont résolu de nombreux problèmes sur la disposition anatomique et les fonctions physiologiques des organes de l'innervation. Mais qu'il y a loin de là à la théorie qui donnerait la connaissance complète de cette organisation d'où dépendent si étroitement les phénomènes les plus essentiels de la vie! C'est précisément cette difficulté qui sert d'encouragement à une foule d'imaginations pour faire des théories. En voici une qui ne manque pas d'un certain intérêt à cause des idées assez inattendues qu'elle a essayé de lancer dans le monde scientifique.

Comme il n'y a rien de moins substantiel, de plus impondérable que le fluide nerveux, il faut naturellement le comparer aux fluides les plus impondérables qui sont du ressort de la physique, les seuls dont nous puissions nous rendre quelque compte par les phénomènes qu'il nous est permis d'en voir. M. Baraduc ne compare pas précisément, mais il prend les fluides lumineux, calorifique, électrique, il les unit, les amalgame, et en tire, par un jeu d'actions et de réactions, tous les phénomènes complexes de la vie. Depuis la pensée jusqu'à l'acte d'absorption ou d'assimilation le plus grossier, tout se fait, tout s'explique par sa théorie. Elle est, du reste, accompagnée de tout ce qui constitue les œuvres de ce genre. Les développements, les explications ne manquent pas, mais au-dessus de cela, il y a quelque chose de semblable à la lumière qui éclaire les brillantes fantasmagories de la lanterne magique, et sans laquelle on ne voit rien : ce quelque chose consiste dans les démonstrations, dans la preuve. M. Baraduc essaye de temps en temps d'entrer dans cette voie, mais il la quitte bien vite pour se borner à exposer ses idées. Elles se résument en quelque sorte dans les quelques phrases qu'on va lire.

« D'une part, dit-il dans le paragraphe sur les actions réunies des fluides lumineux et calorifique, d'une part, la substance blanche, par son aptitude à absorber le fluide lumineux, et d'autre part, la substance grise, par son aptitude à développer le fluide calorifique, se chargeraient l'une et l'autre du fluide qui leur est propre, et du conflit des deux fluides naîtraient la sensibilité et la contractilité. Or, la sensibilité, continue l'auteur, détermine la sympathie ou l'attraction; la contractilité produit l'antipathie ou la répulsion : le fluide lumineux serait donc le fluide attractif, et le fluide calorifique le fluide répulsif. » Maintenant, voici comment l'auteur parvient à hasarder une explication sur ce fluide vital, qui est assez invisible, assez mystérieux pour ouvrir un vaste champ à toutes les hypothèses.

« Ne se passerait-il pas, dit-il à la suite du paragraphe que nous venons de citer, ne se passerait il pas, dans le système cérébro-rachidien et ganglionnaire, un phénomène électro-vital qui aurait quelque analogie avec le phénomène électro-magnétique que nous avons vu se passer dans les nuages chargés de fluide lumineux et de fluide calorifique, avec la différence qui résulterait de la modification exercée sur les fluides par des organes doués de vie...? cette modification donnerait lieu à la formation du fluide nerveux ou fluide vital. »

L'analogie présentée par l'auteur est singulière assurément. D'une part, un phénomène électro-magnétique agissant dans les nuages par l'action réciproque des fluides qui les saturent; d'autre part, un phénomène électro-vital, agissant dans le système cérébro-rachidien et ganglionnaire, toujours à l'aide de la réaction des fluides qui appartiennent aux substances blanches et grises; n'y a-t-il pas dans ce rapprochement une comparaison bien faite pour étonner le lecteur qui prend un livre de science pour y trouver des choses sérieuses? Ce qui regarde l'électro-magnétisme produisant des phénomènes dans les masses de vapeurs condensées au sein de l'atmosphère, ressemble parfaitement à ce que nous appelons des orages. Est-ce par une sorte d'orage organique que se développe le fluide nerveux ou vital? Ce fluide se produit constamment; il n'est pas besoin de secousse, de révolution organique pour le former, pour le répandre dans toutes les parties du système nerveux. La source où il se compose, c'est le sang qui pénètre par tous les points la substance grise, cet appareil vasculaire du cerveau. Dans quelles conditions ce fluide se sépare de la source où il était en puissance? en quoi consiste-t-il, s'il est matière ou s'il n'est seulement qu'un fluide impondérable, une sorte de force dont les éléments échappent à notre grossière analyse? C'est ce que nous ignorons, et ce que M. Baradnc ne nous a pas appris.

Pour donner une idée complète de la théorie de l'auteur, nous devons dire que le fluide lumineux, c'est l'électricité positive, et le fluide calorifique, l'électricité négative. Avec ce simple exposé, nous arrivons à cette conclusion, à savoir : que M. Baradnc n'a rien dit de bien nouveau; s'il y a du nouveau dans les détails, dans quelques aperçus secondaires, il n'y en a pas dans la pensée générale ou le point de départ de la doctrine. Il y a longtemps que la colonne rachidienne a été considérée comme une pile de Volta, les vertèbres comme des éléments semblables à ceux de l'appareil de physique, les cartilages de séparation comme les rondelles de laine imbibées de liquide pour mettre les éléments en rapport d'action. Le cerveau, d'après les mêmes idées, était un immense réservoir de condensation, d'où s'échappaient par tous les points un nombre considérable de conducteurs qui allaient porter la faculté de sentir ou la puissance de se mouvoir dans les régions différentes de l'organisme. M. Baraduc n'est donc pas un créateur; mais il a voulu fonder une thérapeutique sur la base de cette doctrine peu nouvelle, comme on vient de le voir. Ce qu'il y a de très-remarquable même, c'est que la thérapeutique est aussi simple que la théorie est compliquée.

Avec l'hypothèse du fluide nerveux, hypothèse, du reste, que tout le monde accepte, car il serait difficile de ne pas l'admettre puisqu'elle rend compte des phénomènes de l'innervation, avec cette hypothèse, disons-nous, M. Baradoc admet pour le fluide nerveux ce qu'on admet pour le fluide circulatoire, c'est-à-dire l'irritation, la congestion, l'inflammation. A l'exception de la suppuration et de la réparation par la cicatrice, ce qui ne peut pas avoir lieu dans les névroses et dans les névralgies, la similitude peut être admise. La révulsion devient par conséquent pour lui un des moyens les meilleurs dont puisse se servir la médecine, et dont il fait choix. Ce moyen consiste dans les ventouses, auxquelles il donne une grande importance et avec lesquelles il a obtenu, d'après les observations qu'il rapporte, de remarquables guérisons.

Nous ne nous inscrirons pas en faux contre les opinions de M. Baraduc sur l'efficacité des ventouses sèches ou scarifiées. La confiance que la médecine leur donne date de loin, puisqu'elle est basée sur une très-ancienne expérience. Mais, quand il s'agit d'une affection compliquée, comme un trouble de l'innervation, comme une maladie nerveuse proprement dite, il est rare qu'un seul moyen suffise à déterminer la guérison. C'est par un concours de moyens d'action choisis avec soin, abandonnés un moment, puis repris de nouveau, que le résultat se prépare. Cette opinion ressort même des observations qui forment la seconde partie du livre de M. Baraduc. Elles sont extrêmement détaillées, car elles résultent même d'un journal tenu par les malades, et il est facile de voir, du premier coup d'œil, que si les ventouses ont fait quelque bien, elles ne l'ont pas opéré tout entier. Il y a des circonstances, dans la pathologie nerveuse surtout, où un remède ne fait de bien que parce qu'il est administré à la suite d'un autre. Ne serait-ce pas un peu le cas de l'efficacité de ces ventouses lorsqu'elles semblaient déterminer la guérison quand d'autres moyens médiateurs l'avaient préparée? Il ne faut donc pas être absolu comme M. Baraduc. Il n'aurait pas eu besoin, il nous permettra de le lui dire, d'une théorie si prolixe dans ses détails, si hardie dans ses principes hypothétiques, et pourtant si peu nouvelle dans les idées qui forment la base de cet ensemble compliqué, pour arriver à formuler une thérapeutique assez maigre pour consister dans un seul moyen d'action.

Dr ED. CARRIÈRE.

VARIÉTÉS.

— La reine d'Espagne a nommé chevalier de première classe de l'ordre militaire de Saint-Ferdinand, le docteur Gutierrez y Fernandez, second médecin du corps de santé militaire, en considération des services qu'il a rendus dans la seconde expédition de Iolo.

— On lit dans la STURA :

« Le chirurgien Martini, mort le 10 octobre à Pignerol, a laissé, dans son testament, la somme de 10,000 livres à l'hôpital, pour les maladies chroniques. »

— On lit dans les journaux espagnols que le docteur Mure vient de partir pour l'Égypte, la Perse et l'Indoustan, dans le but de propager l'homœopathie, en compagnie de la demoiselle Siet, une de ses plus distinguées et plus chères disciples...

— Le nombre des aliénés dans le département de la Dordogne s'accroît depuis quelque temps d'une manière inquiétante. Dans le courant de septembre, il a été constaté jusqu'à 15 cas d'aliénation mentale ou de folie furieuse. Les individus qui en ont été atteints ont dû être mis en état d'arrestation jusqu'au moment où ils seront dirigés sur la maison de santé de Leymes.

— Le nombre exact des personnes qui ont pris part aux délibérations du congrès hygiénique, en Belgique, a été de 129, ainsi réparties :

Médecins ou chirurgiens.	56
Pharmaciens ou chimistes.	9
Médecins vétérinaires	1
Architectes ou ingénieurs	12
Commissaires-voyers	15
Administrateurs ou membres de comités de salubrité.	36
Total.	129

— M. le docteur Philips commencera un cours des maladies des voies urinaires le mardi 2 décembre, à sept heures du soir, dans l'amphithéâtre n° 2 de l'École pratique.

— M. Édouard Robin ouvrira le 1[er] décembre, par la chimie, la physique et les mathématiques, une nouvelle série de cours préparatoires au baccalauréat ès sciences, au premier examen de fin d'année et au troisième examen définitif. Ils auront lieu tous les jours, le dimanche et le jeudi exceptés, rue de la Harpe, 92. Le cours de chimie sera commencé à deux heures et demie, et celui de mathématiques à huit heures et demie.

Lorsque le cours de chimie sera terminé, M. Édouard Robin exposera ses recherches sur les causes de la vie dans les végétaux et les animaux, sur la respiration des végétaux et sur les moyens de prévoir les propriétés toxiques, les propriétés physiologiques et thérapeutiques quand on connaît l'action chimique sur les matières organisées.

— M. Auzias-Turenne exposera publiquement les principes de la *syphilisation*, le dimanche 30 novembre et les dimanches suivants, à midi, dans l'amphithéâtre n° 3 de l'École pratique.

— ERRATUM. — N° 44. Bibliographie. De la dyssenterie du nord de l'Afrique. P. 701, col. 2, l. 26, il est écrit : certes on ne peut *voir* l'élément inflammatoire dans la dyssenterie. C'est précisément le contraire qu'il faut lire : certes on ne peut *nier*, etc. Cette erreur prêtant à l'auteur de l'article, M. F. Jacquot, des idées diamétralement opposées à celles qu'il professe, a dû être rectifiée.

— ERRATUM. — Dans la GAZ. MÉD., n° 46, p. 726, 2[e] col., au compte rendu de l'Académie de médecine, séance du 11 novembre. STÉTHOSCOPE INTERCOSTAL; lisez : M. le docteur BIUNDI (Francesco-Enrico) de Palerme, au lieu de *Bianchi*.

Le rédacteur en chef, JULES GUÉRIN.

REVUE HEBDOMADAIRE.

ACADÉMIE DES SCIENCES. — ORIGINE DU SUCRE DANS L'ÉCONOMIE.

Nous appelons l'attention du lecteur sur un ordre de faits dans lequel la physiologie parait décidément s'être ouvert et avoir ouvert en même temps à la pathologie et à la thérapeutique une voie toute nouvelle. Nous voulons parler de l'origine ou de l'une des origines du sucre dans l'économie, soit à l'état normal, soit à l'état pathologique. Depuis les premieres expériences de M. C. Bernard jusqu'au travail communiqué lundi dernier à l'Académie des sciences par M. Reynoso, les données expérimentales, les observations sur l'homme malade s'enchaînent assez régulièrement, de manière à former un ensemble qui ne manque ni de précision ni de concordance dans les termes. Nous savons bien, et nous avons eu déjà occasion de le dire, que toutes ces nouveautés n'ont pas encore droit de bourgeoisie, qu'elles rencontrent des résistances chez plusieurs physiologistes distingués; mais, il faut le reconnaître, la défiance qui s'attache assez naturellement à quelques points isolés s'affaiblirait peut-être si l'on embrassait d'un coup d'œil le concours de faits qui, venus de sources différentes, semblent néanmoins conspirer pour la même doctrine. C'est cet accord que nous voulons essayer de mettre en évidence.

On connait la curieuse expérience de M. C. Bernard, dans laquelle un animal dont on a gratté le quatrième ventricule avec un scalpel rend presque immédiatement du sucre par les urines. On sait aussi que le même expérimentateur attribue au foie la faculté de former normalement du sucre qui passerait ensuite dans les veines sus-hépatiques. Voilà deux résultats expérimentaux qui, considérés isolément, peuvent étonner le physiologiste et lui inspirer tout d'abord un sentiment de réserve. Mais supposez que d'autres expériences soient de nature à établir un lien entre le premier fait et le second; à l'instant l'un et l'autre vont être éclairés d'une nouvelle lumière, et prendre un nouveau degré de probabilité. Or ces expériences existent et le lien théorique est donné par l'appareil pulmonaire. En effet, il parait démontré que toute cause capable d'enrayer les fonctions du poumon amène la glucosurie, en mettant obstacle à la combustion du sucre versé par le foie dans les veines sus-hépatiques et dans le reste du système veineux. Et dès lors on comprend très-bien comment la glucosurie peut être le résultat d'une violence exercée sur cette partie du système nerveux que M. Flourens appelle être le *nœud respiratoire* et dont la destruction arrête subitement et les mouvements respiratoires de la face et ceux du thorax.

Qu'on coupe les nerfs pneumo-gastriques et l'animal rend du sucre par les urines. Chez le fœtus qui ne respire pas et dont le foie sécrète du sucre, les urines sont sucrées. C'est encore M. C. Bernard qui a démontré ces deux faits, produisant ainsi la première contre-épreuve des faits que l'expérience lui avait directement signalés, et posant les fondements de la théorie qui tend à prévaloir. M. Reynoso l'a suivi dans cette voie, et lui a prêté un concours des plus précieux. Il a déjà fourni et il rassemble chaque jour des témoignages directs de l'influence glucosurique de toute gêne prononcée de la respiration. Il en a emprunté à l'éthérisation, et il a vu que cette influence était en rapport avec l'activité normale des fonctions respiratoires, la quantité de sucre non brûlé étant alors proportionnellement moins considérable. Il en a emprunté à l'asphyxie, en noyant et strangulant des lapins. Aujourd'hui il s'applique à rechercher l'action glucosurique des *hyposthénisants*. Il l'avait tout récemment reconnue dans les préparations mercurielles; il l'attribue, dans la communication de lundi, à l'arsenic, au plomb et à quelques autres substances. Bien plus, entrant cette fois dans la pathologie proprement dite et portant son investigation non plus sur des affections artificiellement produites, mais sur des maladies naturelles et spontanées, il affirme avoir trouvé du sucre dans l'urine des individus atteints de tubercules pulmonaires, de pleurésie, de bronchite chronique, d'asthme, et il ajoute que la quantité de sucre était d'autant plus abondante que les phénomènes inflammatoires étaient plus intenses.

Nous le répétons, pour tout esprit non prévenu, il y a dans cette série de données scientifiques de quoi frapper vivement l'esprit et le signe évident qu'on est sur la trace d'une *veine* physiologique des plus importantes. Nous sommes loin toutefois de prétendre que ce soit uniquement à cette source qu'il faille aller chercher les causes du vrai diabète, tel que nous le donne la nosologie; nous adhérons, sous ce rapport, aux réserves très-bien exposées par un autre journal. Mais certainement, il faudra sortir de l'étiologie dans laquelle on s'était jusqu'ici renfermé.

—A l'Académie de médecine, l'un des candidats à la place vacante dans la section des accouchements, M. Jacquemier, a lu un excellent travail sur une cause de dystocie, autrefois admise, aujourd'hui rejetée par la plupart des accoucheurs, à savoir, le développement considérable des épaules du fœtus. Nous y reviendrons, s'il y a lieu, à l'occasion du rapport qui, sans doute, comme il est d'usage en ces sortes d'occasions, ne se fera pas beaucoup attendre.

A. Dechambre.

ANATOMIE PATHOLOGIQUE.

MÉMOIRE SUR UNE VARIÉTÉ NOUVELLE DE TUMEUR SANGUINE DE LA VOUTE DU CRANE, SUITE DE LÉSION TRAUMATIQUE; lu à la Société de biologie de Paris, séance du 15 novembre 1851, par le docteur Gustave Dufour, membre correspondant, médecin militaire à l'Hôtel national des Invalides (observation recueillie dans le service de M. le docteur Hutin, chirurgien en chef de l'infirmerie de l'Hôtel des Invalides).

Obs. — Achille-Maximilien, marquis de Walmener, comte d'Ignerbemm, né à Paris, en 1770, entra au service en 1792, comme volontaire, dans le régiment d'Angoulême (infanterie). En 1799, en montant à l'assaut pour prendre une redoute, dans le Piémont, il reçut d'un Autrichien un coup de crosse de fusil sur la partie latérale droite du front, à 3 centimètres environ de la ligne médiane. Étourdi sur le coup, il fut emporté du champ de bataille, et resta près de vingt-quatre heures sans connaissance. Quand il reprit ses sens, il se trouvait couché dans un lit d'hôpital, et sa tête était enveloppée d'un appareil. Quelques jours

Feuilleton.

LES MÉDECINS NUMISMATISTES (1).

Sur *les médecins numismatistes!* En vérité, j'ai été obligé de relire plusieurs fois ce titre, puis de bien m'assurer de l'année au bas de la première page, tant je craignais de me faire illusion. Quoi! c'est à notre époque, dans notre société inquiète, agitée, abâtardie, ossifiée d'égoïsme, livrée à de folles orgies politiques où tout ce qui ne peut être pesé, mesuré, jaugé, vendu ou acheté n'est pas réputé *utile*, que l'on publie un pareil ouvrage! C'est à n'y pas croire. Mais ce qui ajoute à l'étonnement, c'est que l'auteur de cet ouvrage est un médecin, et même un praticien distingué, qu'il fut pendant longues années chargé du service d'un des principaux hôpitaux de Paris. Que penseront maintenant ces docteurs qui, ayant donné trois ou quatre consultations, visité quelques malades, croient avoir atteint le summum de la profession médicale, puis se font ensuite gens du monde, coureurs de bonnes tables, spéculateurs, boursicoteurs, faiseurs d'affaires, etc.? ou livrés à cette foule de petites passions qui gaspillent les forces humaines et surtout les forces intellectuelles, véritable existence de néant et de satiété, heureux encore si ces grands personnages ne déversent pas la raillerie, le dédain sur les hommes consacrant leurs loisirs à de belles et nobles études, sur ces *pauvres diables d'érudits* qui, néanmoins, jettent tant de lustre sur la profession.

Il faut le dire avec douleur, il n'en était pas ainsi autrefois : les médecins passaient avec raison pour être savants dans une multitude de branches des connaissances humaines (1). L'histoire naturelle, les langues anciennes, les mathématiques, les beaux-arts, l'étude des monuments anciens, etc., tels furent les objets sur lesquels beaucoup d'entre eux firent preuve d'un savoir immense, profond et varié. Pour n'en citer qu'un exemple entre mille, et des plus remar-

(1) Études historiques et critiques sur les médecins numismatistes, contenant leur biographie et l'analyse de leurs écrits; par le docteur Renauldin, médecin honoraire de l'hôpital Beaujon, membre de l'Académie de médecine, etc. — 1 vol. in-8°. Chez J.-B. Baillière.

(1) Il y a quelques années, j'avais entrepris sous ce titre : Loisirs des médecins, un *catalogue raisonné* de tous les ouvrages publiés par les médecins en dehors de la science médicale. Mais je fus obligé de renoncer à ce travail par l'immense quantité de livres qu'il y avait à lire et à compulser; un des derniers était celui de l'illustre Barthez : Traité sur le beau.

après, toute sa raison avait reparu, et il put se rendre compte de son état. Le chirurgien qui le soignait lui apprit qu'il avait une fracture au crâne et que la lésion était fort grave ; il n'existait aucune plaie aux téguments, mais on sentait sous la peau contuse une forte dépression. Pendant près d'une année, il séjourna dans différents hôpitaux ; il n'a pu donner aucun renseignement précis sur les motifs de ce séjour prolongé ni sur les divers modes de traitement auxquels il fut soumis ; il se souvient seulement que partout on lui a fait appliquer une lame de plomb sur la partie contuse.

Le résultat ultime de cette blessure fut une infirmité qui empêcha Walmener de pouvoir poursuivre la carrière des armes. Quand il se penchait, la tête inclinée vers le sol, il sentait se former sur le lieu même de sa blessure une *grosseur* du volume d'une noix, de couleur violacée, laquelle disparaissait d'elle-même dès qu'il redressait la tête. Après avoir joui d'une pension militaire dans des positions sociales très-diverses (marchand de tabac, concierge, etc.), il sollicita son admission à l'Hôtel des Invalides, et l'obtint en 1844.

En 1847, le chirurgien en chef, M. Hutin, soumit à une inspection chirurgicale rigoureuse tous les débris vivants de nos batailles; l'infirmité de Walmener frappa vivement son attention; il s'en fit raconter l'origine, et, à la suite du commémoratif que je viens de rapporter, il consigna les réflexions suivantes sur l'état actuel : pas de cicatrice apparente, dépression osseuse très-sensible, elle est sans doute le résultat de l'absorption d'une partie du diploé et du rapprochement des lames de l'os frontal; la poche qui se forme aux dépens de la peau fort amincie n'est pas apparente quand le militaire est debout, assis ou couché sur le dos ; mais, dès qu'il se baisse en avant, de manière à incliner le front vers le sol, cette poche apparaît et acquiert le volume de la moitié d'un œuf; elle est livide et semble formée par un papier de soie qui va laisser exsuder le sang; formée sans doute comme se forment les kystes sur les parties contuses, dépend-elle d'une communication avec le sinus longitudinal supérieur ou autre? C'est ce qu'il sera curieux de voir à l'autopsie.

M. Hutin n'a pas remarqué que la tumeur fût le siége de pulsations, ni que la respiration influât en rien sur son évolution extérieure. Du reste, il ne l'a jamais observée plus d'une demi-minute à une minute, à cause des vertiges qui accompagnaient sa formation.

D'après des renseignements que j'ai pris auprès de personnes qui le voyaient souvent, ce vieillard a toujours joui, depuis son entrée à l'Hôtel, de la plénitude de ses sens; malgré ses 81 ans, il pouvait encore lire sans lunettes ; sa parole était nette et bien articulée ; il avait l'humeur très-gaie, il plaisantait même sur son infirmité, il n'usait presque jamais d'une plaque d'argent qui lui avait été donnée pour protéger la région malade ; sa main était son instrument de compression ou de réduction de cette variété singulière de hernie. Il racontait souvent que le baron Larrey lui avait dit que, s'il lui prenait fantaisie de se délivrer de l'existence, il lui suffirait de piquer avec une épingle la poche pleine de sang. On a remarqué aussi qu'il aimait beaucoup à prolonger ses heures de sommeil. Il faisait régulièrement sa promenade quotidienne, mangeait et buvait comme un vieillard en parfait état de conservation.

Le 28 octobre 1851, il est admis à l'infirmerie, salle la Valeur (service des blessés), pour un érysipèle du cou et de la partie supérieure du thorax compliqué de bronchite chronique. Malgré un traitement énergique (émissions sanguines; vésicat.; pot. kerm.), la maladie a suivi fatalement son cours; la mort a eu lieu le 3 novembre.

Nécropsie le 5 novembre, 36 heures après la mort.

L'examen du thorax a fait découvrir quelques adhérences pleurales des deux côtés, sans lésion organique des poumons.

Le cœur était gras, le ventricule gauche hypertrophié ; sa paroi offre 3 centimètres environ d'épaisseur près de la cloison interventriculaire.

Les orifices et les valvules sont dans l'état normal.

L'aorte est infiltrée de plaques cartilagineuses, sans dilatation sensible ; son calibre est rempli par un énorme caillot fibrineux qui se continue dans les carotides et les sous-clavières.

L'érysipèle n'a pas laissé de traces visibles.

Le crâne n'offre, à l'extérieur, ni dimensions, ni saillies anormales. Sur le front, à 2 centimètres au-dessous de la racine des cheveux, et à droite de la ligne médiane, on remarque un petit espace cutané ayant 2 centim. environ de diamètre, distinct du reste de la peau par sa coloration légèrement rosée, sa finesse et son froncement particulier. Il correspond à une dépression osseuse très-sensible au toucher. En inclinant la tête du cadavre dans une position très-déclive, j'ai vainement essayé de reproduire le phénomène qui se produisait si facilement sur ce point du crâne pendant la vie.

Le cerveau est sain, de consistance ferme, sans traces de foyers apoplectiques récents ou anciens ; les substances blanche et grise sont très-distinctes l'une de l'autre. Le lacis vasculaire de la pie-mère est sans infiltration, médiocrement injecté ; il est facile à détacher des circonvolutions cérébrales, même de celles qui correspondent à la lésion extérieure. Il n'en est pas de même du rapport des membranes entre elles ; à 3 cent. de la faux du cerveau, du côté droit, le feuillet viscéral de l'arachnoïde doublé par le réseau de la pie-mère est adhérent avec le feuillet pariétal et avec la dure-mère ; en tiraillant ces liens pathologiques, on fait écouler de petites gouttelettes de sang dans la cavité arachnoïdienne. Jusqu'à ce même point la dure-mère est facilement séparable de la face interne de la boîte osseuse; à 3 centim. de la faux, le décollement ne peut s'opérer sans rupture de liens anormaux se confondant avec ceux observés du côté de l'arachnoïde; alors on découvre du côté de la dure-mère plusieurs points rougeâtres qui paraissent être des orifices de vaisseaux béants, du côté de l'os, et vis-à-vis de ces bouches vasculaires, de petites solutions de continuité aux dépens des tables de l'os. Si l'on verse de l'eau dans ce petit espace, on la voit filtrer promptement sous le tégument extérieur dont la partie amincie se laisse distendre facilement. Si on fait égoutter du liquide sur les membranes exactement superposées, il ne filtre plus au dehors. L'injection d'eau et l'insufflation d'air par le sinus longitudinal supérieur, aussi bien que l'introduction de soies de porc dans les canaux veineux émanés du même sinus et leur pénétration jusqu'au foyer de la lésion ont démontré qu'il existait une communication pathologique de ce réservoir sanguin avec les pertuis osseux, et par suite avec le tégument extérieur. Je ne dois pas oublier de noter que le calibre du sinus m'a paru être un peu exagéré et qu'il était rempli par un long caillot fibrineux rougeâtre.

L'examen anatomique de la peau amincie m'a fait voir que de la couche fibro-musculaire partent des prolongements fibreux très-ténus, des trabécules, des filaments assez analogues aux petits cordages des valvules du cœur; ces filaments se fixent circulairement au périoste sur le pourtour d'une dépression qui occupe une largeur de 5 centim. sur 2 centim. et demi de hauteur; elle est tapissée par un périoste mince, très-celluleux, se continuant avec les filaments que je viens de décrire. Le pourtour de la dépression est formé par un épaississement notable du tissu compacte; le centre correspond à une portion d'os très amincie, très-raréfiée. Une saillie de tissu compacte la divise en deux enfoncements, l'un à gauche, s'étendant un peu au delà de la ligne médiane du frontal, il est rugueux, parsemé de petits trous borgnes, l'autre du côté droit, le plus étendu, correspondant à l'amincissement cutané ; à ce niveau, os et peau sont pour ainsi dire translucides, mais la lamelle osseuse est en outre criblée de trous et complétement dépouillée de l'élément vasculaire (diploé). Aucune saillie intra-crânienne ne répond à la dépression extérieure. Il est digne de remarque que la suture médiane du frontal est visible au-dessus et au-dessous de la lésion osseuse, et qu'elle n'est plus distincte sur la surface altérée. Enfin, j'ai noté le défaut de coussinet graisseux et de fibres musculaires sous la section de peau amincie correspondante à la dépression ; le derme raréfié est seulement renforcé par une sorte de feutrage de tissu fibreux lamellaire, très-fin, très-délié.

Le fait dont je viens d'exposer l'histoire clinique et nécroscopique m'a paru digne d'être soumis à l'attention de mes confrères de la Société de

---

quables, je rappellerai que notre calendrier actuel est le chef-d'œuvre d'un médecin romain, le docteur Lilio, qui l'établit en 1582, par l'ordre et sous le pontificat de Grégoire XIII. On doit croire que parmi tant de travaux, la science des médailles antiques ne fut point oubliée ; loin de là, les médecins s'y distinguèrent, et les ouvrages qu'ils ont laissés sur cet intéressant sujet ont un cachet de savoir, de goût et de discernement qu'il est difficile de méconnaître. Et qu'on ne croie pas que ces médecins fussent en très-petit nombre, beaucoup au contraire sont inscrits avec honneur dans les fastes de la numismatique. « En consultant, dit M. Renauldin, divers ouvrages relatifs à cette science, je m'aperçus que quelques-uns des plus importants avaient été composés par des hommes de ma profession. Cette découverte excita ma curiosité; je poussai plus loin mes recherches, et j'en obtins un résultat auquel j'étais loin de m'attendre, lorsque je vis ma liste s'élever au chiffre de soixante et un médecins, dont la plupart ont joint à l'exercice de leur art, la culture de la numismatique et la publication d'ouvrages versés sur diverses parties de cette science. »

On se tromperait pourtant si l'on croyait que la science des médailles n'est qu'un simple amusement, qu'il suffit d'en collationner quelques-unes pour y être habile. Cette science exige au contraire un grand savoir, une pénétration extrême, une sagacité exercée. A ces conditions s'en joint une autre non moins importante, celle d'une grande et sévère impartialité; c'est là ce qui donne de l'intérêt, de la vie, de la lumière sur une infinité d'obscurs problèmes historiques dont on recherche, autant que possible, une solution évidente et positive. Aussi, dit l'auteur, « étudier les anciens est certainement une occupation des plus louables, et tout homme qui veut aborder avec quelque succès les sciences et les lettres, ne peut se dispenser de connaître les écrits de la docte antiquité ; mais c'est à condition de les soumettre à un examen critique, de n'en adopter que ce qu'ils renferment de bon, de judicieux, et de ne pas leur vouer un culte fanatique jusqu'au point de les considérer en tout comme des oracles. »

Ainsi que le titre l'annonce, l'ouvrage du docteur Renauldin n'est point un nouveau travail sur les médailles et l'art de les expliquer. C'est un tableau des médecins qui, depuis plusieurs siècles, se sont occupés de cette belle science. Cet ouvrage, comme on peut le croire, n'est nullement susceptible d'analyse; il se compose, je le répète, d'une suite de notices sur les médecins ayant étudié la science des médailles, parmi lesquels il en est qui furent aussi célèbres dans l'art médical qu'ils le sont aujourd'hui dans la numismatique. L'auteur suit d'ailleurs un ordre très-méthodique dans l'exposition de ces articles. Il trace d'abord la biographie de l'écrivain dont il est question, puis il mentionne les ouvrages qu'il a laissés sur la science des médailles, ouvrages dont il fait l'appréciation, dont il estime la valeur et assigne le rang. Il faut lire le livre de M. Renauldin, d'un bout à l'autre, comme je l'ai fait, pour savoir ce qu'il a dû lui coûter de travail, de recherches et de réflexions. Certes, on y remarque des noms qu'on ne s'attendait guère à trouver parmi les numismatistes, comme Rabelais, Lepois, Mead, Meibomius, Petit, Tournefort, Guillaume Hunter, etc. Quoique courtes, les biographies tracées par M. Renauldin sont faites avec choix, avec goût et discernement ; elles attachent et instruisent le lecteur. Quant aux principes, aux jugements particuliers, bien que nous soyons tout à fait un juge incompétent, nous dirons qu'il est aisé d'y reconnaître, non-seulement la solidité, le poids, la gravité de fortes études, mais encore une justice, une impartialité qui ne se démen-

biologie. Il s'agit, en effet, d'une lésion grave en elle-même, et pourtant passée à l'état de simple infirmité, et restée telle pendant plus d'un demi-siècle, lésion dont le diagnostic précis pendant la vie n'avait pu être porté que sous forme dubitative, et dont il est difficile, même après l'investigation sur le cadavre, d'établir la succession pathogénique et la valeur nosologique.

En présence d'un fait morbide qui vient à surgir avec certains caractères nouveaux ou extraordinaires, l'analyse scientifique doit chercher à élucider les divers problèmes que ce fait peut soulever. En méditant l'observation précédente, on trouverait sans doute plusieurs points susceptibles d'examen et de discussion; je me bornerai à émettre quelques réflexions sur la *nature*, sur le *rang nosologique* et enfin sur la *valeur historique* de l'état morbide que j'ai décrit.

1° NATURE DE L'AFFECTION.

Ces mots signifient pour nous « une ou plusieurs conditions spéciales dans la cause, le symptôme ou la lésion. »

Comme condition étiologique particulière que trouvons-nous dans le commémoratif? L'action d'un traumatisme violent remontant à une époque très-reculée, à plus de cinquante ans; évidemment la contusion du front par un coup de crosse de fusil, telle a été la cause génératrice des accidents successifs. L'affection est donc d'origine traumatique : voilà son signalement étiologique.

Quels ont été les symptômes spéciaux de cette lésion traumatique de la voûte du crâne? Primitivement ceux d'une commotion grave compliquée de fracture directe; secondairement l'apparition d'une poche sanguine sur le lieu même qui avait été percuté, tumeur molle, non pulsatile, se formant dans l'attitude inclinée en avant et disparaissant d'elle-même par le redressement de la tête.

Enfin, au point de vue de la lésion, que s'est-il passé de spécial dans les divers éléments organiques depuis l'instant de la blessure jusqu'au jour où la mort vint suspendre le travail d'une évolution morbide qui s'était créé pour ainsi dire droit de domicile pour un temps indéfini? La peau, sans jamais avoir été intéressée dans sa continuité ni primitivement ni consécutivement, a subi une modification graduelle qui l'a réduite à l'état de membrane de l'épaisseur d'une feuille de papier; cette transparence de l'enveloppe cutanée avait permis aux chirurgiens des Invalides de conjecturer la présence du sang liquide dans la tumeur de Walmener. Du côté de l'os frontal lui-même, quels ont été les phénomènes anatomiques? Immédiatement après le choc, il y a eu dépression de l'os au point contus; cet enfoncement est la lésion initiale, le premier anneau pour ainsi dire d'une chaîne pathologique qui s'est lentement déroulée. Était-ce un enfoncement sans fracture? L'observation de ce cas particulier ne me paraît fournir aucune donnée en faveur de la réponse affirmative à cette question toujours très-controversée. Il est probable que la table externe seule a été fracturée, la table interne restant intacte, mais soumise à la pression des esquilles. Je dois pourtant faire remarquer que la lésion siége à 3 centim. environ au-dessus de la limite supérieure des sinus frontaux, sur un des points les plus minces normalement de la portion verticale du frontal.

La poche sanguine s'est-elle formée primitivement ou consécutivement? Il est vrai que, dès les premiers mois de la blessure, les chirurgiens recommandèrent l'application constante d'une lame de plomb sur la partie contuse; mais c'était une indication bien naturelle en face d'une dépression de l'os et des éventualités probables de son altération organique; on songeait à protéger un point malade, peut être aussi à prévenir la hernie cérébrale. Les résultats ultimes de l'exploration cadavérique militent en faveur d'un développement secondaire de la tumeur sanguine.

Voici quelle a pu être la série des phénomènes successifs : dépression immédiate à la surface de l'os frontal; travail obscur d'ostéite et de résorption interstitielle aux dépens des tables osseuses et du diploé; propagation du *nisus* inflammatoire et adhésif à la portion correspondante des méninges; le travail ulcératif s'est étendu à celles-ci et a intéressé le calibre de leurs vaisseaux normaux ou de nouvelle formation; il y a eu finalement communication des vaisseaux arachnoïdiens et des canaux veineux émanés du sinus longitudinal supérieur avec des pertuis de l'os raréfié et avec une portion circonscrite du tégument extérieur, et celle-ci se laissait distendre par l'épanchement sanguin en vertu de lois toutes physiques.

2° RANG NOSOLOGIQUE DE L'AFFECTION.

La question du rang nosologique qui doit être assigné au fait dont il s'agit n'est pas aussi simple qu'elle pourrait le paraître au premier abord. Si on se reporte au vivant du blessé, on est surtout préoccupé de la tumeur apparaissant sur la voûte du crâne; le contenu était évidemment sanguin; M. Hutin avait même conjecturé une poche de sang veineux. Si je consulte les tableaux de classification des tumeurs de la voûte du crâne dressés avec beaucoup d'exactitude par M. Chassaignac (THÈSE DE CONCOURS POUR LA CHAIRE DE CLINIQUE CHIRURGICALE, 1848), je remarque une classe ayant pour rubrique « tumeurs sanguines en communication avec le sang en circulation; » cette qualification générale convient parfaitement au cas actuel; la classe elle-même est subdivisée en deux ordres, suivant que les tumeurs sont en communication avec le sang en circulation : 1° à l'extérieur du crâne (anévrismes des artères de la voûte, varices artérielles, anévrismes variqueux, tumeurs variqueuses veineuses); 2° à l'intérieur du crâne (anévrisme de l'artère méningée moyenne). Or aucune de ces divisions ni subdivisions ne comprend cette tumeur que j'ai décrite, simple poche cutanée sous laquelle le sang en circulation peut osciller de la cavité du crâne à sa surface, et de la surface extérieure vers l'intérieur de la boîte encéphalique. Si maintenant nous envisageons la lésion *post mortem*, nous sommes frappés de l'absence de toute tumeur intra comme extracrânienne : ce qui est persistant et manifeste, c'est la corrélation de bouches vasculaires béantes et de pertuis osseux; on serait donc porté, d'après cette révélation de l'autopsie, à rattacher l'affection à une sorte de fistule qu'on pourrait dénommer, sans faire de néologisme exagéré, fistule ostéo-vasculaire; cette idée exprimerait aussi l'opinion d'un de nos honorables collègues, M. le docteur Bouchut, qui pense qu'on pourrait intituler cette observation : « fistule du sinus longitudinal supérieur; » mais il ne faut pas oublier que les ouvertures pathologiques n'ont lieu qu'à un pouce environ du sinus, et que ces vaisseaux béants dépendent aussi de la circulation de l'arachnoïde et de la pie-mère. Enfin, le caractère de réductibilité ne doit pas être négligé dans la désignation de cette lésion, que j'appellerais volontiers « un cas de hernie sanguine de la voûte du crâne par communication des vaisseaux méningiens, à l'aide de pertuis osseux, avec le tégument extérieur. »

---

lent jamais. Un homme célèbre a dit : Mettez dans vos écrits le moins de bile et le plus de sens possible, certes celui dont il s'agit ici est un excellent exemple de cet excellent précepte.

Quant à la forme, il y avait ici deux écueils à craindre, un style sec, pédantesque, trop technique, ou bien un style trop léger, trop mondain, si l'on peut ainsi s'exprimer. L'auteur a su éviter l'une et l'autre difficulté. Une originalité de bon aloi, une verve de bonne source s'y font remarquer; c'est un style sobre, ferme, correct, assez rare aujourd'hui, en un mot, la phrase ne coûte rien au sens et le sens à la phrase. La clarté était dans l'objet de ce livre d'une stricte obligation, et elle ne fait pas défaut. Toutefois, il est aisé de concevoir qu'on ne l'a obtenue qu'à force de recherches, d'un jugement très-perspicace et d'une grande habitude d'écrire. Du reste, on ne trouve point, dans ce livre, de haute érudition, cet enthousiasme de monomanie numismatique ou bibliographique, caractère de ce fanatique érudit ayant peu à peu souligné Homère d'un bout à l'autre. Loin de là, le lecteur semble causer, s'entretenir avec un amateur éclairé, judicieux, qui, loin de donner, comme tant d'autres, à l'aide d'une érudition phrasière et parasite, *pro thesauro carbones*, vous guide par le secours des médailles et des auteurs dont il parle dans une foule de problèmes du plus grand intérêt sur l'histoire, sur les mœurs et les gouvernements de l'antiquité.

Mais ce qui soutient particulièrement l'attention dans cet ouvrage, c'est une multitude de faits, de récits, d'anecdotes dont il est parsemé, anecdotes le plus souvent graves, sérieuses, quelquefois néanmoins plaisantes, légères et toujours intéressantes. En général, nous nous imaginons et grandement à tort que nos vieux auteurs sont toujours revêches et arides, c'est une erreur. Il en est à la vérité dont la forme est singulièrement austère; en ce cas, comme dit Swift, « leur écorce est aussi dure à casser, mais on y trouve ensuite une très-bonne amande. » D'autres fois la naïveté originale, le trait plaisant coulent comme à l'insu de leurs doctes plumes. Ainsi dans le livre de M. Renauldin, le numismatiste Antoine le Pois, parent de Charles le Pois, si célèbre par son ouvrage sur les hydropisies, cherche à apprécier la valeur des *trente deniers* que Judas reçut pour avoir vendu son maître. Après une savante discussion, le Pois adopta l'opinion de l'historien juif Josèphe sur la valeur des *sicles*, monnaie des Hébreux. Il en résulte que ces trente pièces d'argent équivaudraient à 21 *livres* tournois, opinion du reste très-contestable. Le *champ du sang* était-il donc à une si minime valeur? Ce même docteur numismatiste avait dans son cabinet une agate sur laquelle sont figurés Romulus et Rémus allaités par une louve. Le possesseur, peu partisan de cette fabuleuse origine, prétend au contraire, dans son naïf langage du seizième siècle, que ce ne fut pas une louve, mais *bien une bonne putain qui bailla le tétin à ces deux petits frères*. Il nous serait aisé de citer une multitude d'autres exemples qui prouvent notre précédente assertion.

C'est ainsi que l'auteur de cette galerie de médecins numismatistes sait maintenir avec tact et mesure l'attention de son lecteur, tantôt par des investigations scientifiques élevées, par des considérations, des réflexions d'un grand intérêt, tantôt par des faits d'autant plus piquants et originaux qu'ils partent des plus graves personnages. M. Renauldin termine son livre par un *épilogue* rempli de bonnes réflexions et d'excellents conseils. « Le travail, dit-il, que je présente au public médical n'apprendra sans doute la numismatique à per-

3° VALEUR HISTORIQUE DE LA LÉSION.

D'après le résultat négatif de mes recherches bibliographiques concernant ce fait particulier, je crois pouvoir établir sa rareté absolue. Les MÉMOIRES DE L'ACADÉMIE ROYALE DE CHIRURGIE contiennent un travail intéressant de Lassus sur LES PLAIES DU SINUS LONGITUDINAL SUPÉRIEUR; il a pour objet de démontrer la fausseté du précepte qui rejette l'application du trépan sur la suture sagittale, dans la crainte d'exciter une hémorrhagie incoercible par l'ouverture du sinus. L'auteur cite quatre observations propres à établir l'utilité d'une conduite tout opposée; dans tous les cas, l'ouverture *du sinus* a eu lieu primitivement et avec plaie extérieure. Du reste, la blessure du sinus, dans plusieurs des exemples cités par Lassus, n'a pas amené d'hémorrhagies redoutables; ceci pourrait bien nous démontrer que l'ouverture accidentelle de la tumeur de Walmener n'aurait peut-être pas eu la conséquence funeste dont avait parlé le baron Larrey.

Le regrettable auteur de l'article *maladies des sinus* du DICT. EN 30 VOL., Aug. Bérard, n'a écrit que quelques lignes sur la rupture du sinus longitudinal supérieur; il cite le cas d'un maniaque, à l'autopsie duquel M. Etoc Demazy (GAZ. MÉDIC. DE PARIS, 1833) constata qu'il s'agissait d'une déchirure du sinus longitudinal supérieur, et non pas de l'une des veines qui s'y rendent; mais l'affection n'était pas traumatique, la boîte crânienne était exempte d'altération.

Je n'ai trouvé aucun fait analogue, ni dans l'ouvrage de M. Gama (TRAITÉ DES PLAIES DE TÊTE ET DE L'ENCÉPH. TRADM.), ni dans les articles récents écrits par MM. Chassaignac (1848), Nélaton (1849), Gosselin et Denonvilliers (1850). La description des pièces du musée Dupuytren, publiée par M. Houel (GAZ. DES HÔPITAUX, 1851), ne mentionne aucune lésion de la même nature. Le chirurgien en chef de l'hôtel des Invalides, qui, depuis plusieurs années, voit passer sous ses yeux et observe scrupuleusement tant de variétés de blessures par armes de guerre, et leurs suites immédiates ou éloignées, M. Hutin n'a rencontré aucun fait comparable à celui qui nous occupe; aussi a-t-il toujours attaché le plus grand intérêt à l'examen nécroscopique de la lésion de Walmener.

Les propositions suivantes résumeront brièvement les faits et les considérations que je viens d'exposer :

1° L'affection que l'invalide Walmener a portée pendant cinquante ans à titre de simple infirmité, était d'origine traumatique; elle avait un très-haut degré de gravité, puisqu'il y avait perte de substance, et sur le trajet des vaisseaux méningiens, et sur la continuité de l'os frontal.

2° La tumeur, principal symptôme pendant la vie, a présenté les particularités suivantes :

Pas d'autres éléments organiques que ceux d'une poche cutanée contenant du sang;

Apparition brusque dans le seul cas d'inclinaison de la tête en avant;

Pas de pulsations ni de relations sensibles avec les phénomènes de la respiration;

Concomitance de vertiges qui se dissipaient avec le redressement de la tête ou par la compression directe, qui avaient pour effet de faire refluer le sang vers la cavité crânienne.

3° L'autopsie a révélé l'explication anatomique de cette tumeur absente sur le cadavre; elle a montré que le sang pouvait s'épancher mécaniquement et directement des vaisseaux méningiens sous le tégument externe, à travers un crible osseux.

4° C'est donc une affection mixte au point de vue nosologique; elle pourrait être classée, soit parmi les tumeurs sanguines de la voûte du crâne, dont elle constituerait une variété nouvelle, soit dans un ordre de fistules tout particulier que l'on pourrait dénommer fistules ostéo-vasculaires.

5° Quel que soit son rang le plus rationnel, ce fait paraît être une variété fort rare, sinon unique dans les annales de la science, des lésions consécutives aux affections traumatiques de la tête.

THÉRAPEUTIQUE.

MÉMOIRE SUR LES GOÎTRES QUI COMPRIMENT ET DÉFORMENT LA TRACHÉE-ARTÈRE ET SUR LEUR TRAITEMENT, D'APRÈS LES LEÇONS CLINIQUES DE M. LE PROFESSEUR BONNET (DE LYON); par M. R. PHILIPEAUX.

(Suite. — Voir le numéro précédent.)

CHAPITRE II.

DU TRAITEMENT DES GOÎTRES QUI COMPRIMENT ET DÉFORMENT LA TRACHÉE-ARTÈRE ET AMÈNENT L'OPPRESSION.

Maintenant que nous nous sommes assez longuement étendus sur les effets et les causes des goîtres qui amènent l'oppression, nous allons aborder la thérapeutique de ces sortes de tumeurs.

Quoique cette partie de ce mémoire soit spécialement destinée à faire connaître la pratique de M. Bonnet sur ce point si épineux, c'est-à-dire la méthode de déplacement et de fixation des goîtres en un lieu tel que la respiration ne soit plus gênée par la pression qu'ils exercent sur la trachée-artère, la destruction de certaines de ces tumeurs par la cautérisation profonde, il est bon de jeter un coup d'œil sur les principales méthodes de traitement que l'on a proposées pour combattre de pareilles lésions.

Disons tout d'abord que notre intention n'est pas de traiter ici de la thérapeutique de ces goîtres, conséquence d'un travail phlegmasique aigu : nous ne voulons parler que de ces tumeurs chroniques de la thyroïde qui, s'accroissant peu à peu, se trouvent arrêtées dans leur développement par les muscles de la région sous-hyoïdienne par la face postérieure du sternum et de la clavicule.

Une foule de moyens ont été proposés pour traiter ces sortes de goîtres. Depuis les résolutifs et les fondants de toute espèce jusqu'à l'ablation complète de la tumeur, il y a une grande quantité de méthodes et de procédés plus ou moins variés qui peuvent, dans certains cas, produire des résultats avantageux; cela se conçoit sans peine, si l'on réfléchit un moment à l'ana-

---

sonne; mais il offre de beaux exemples à suivre, et s'il pouvait en faire naître le goût chez quelques-uns de mes érudits confrères, s'il était capable de déterminer quelque vocation encore indécise, je m'estimerais heureux d'un tel résultat; je me trouverais amplement dédommagé des soins que j'ai apportés à cet écrit pour le rendre digne d'attention et d'intérêt. » Je désire que les vœux de l'auteur soient exaucés et qu'il trouve des imitateurs; mais il est grandement permis d'en douter, le temps n'est pas à de pareils livres. Comme ils n'ont rien qui les rapproche du point de vue commercial et industriel, dès lors le triste et vénal *à quoi bon?* ne tarde pas à souffler son glacial dédain. Aussi lit-on en tête du livre de M. Renauldin : *sumptibus auctoris*, deux mots qui ont une signification précise et énergique. Toutefois il ne faut pas croire que ces ouvrages d'érudition soient d'un poids inutile dans nos bibliothèques; loin de là, s'ils ne sont accueillis aujourd'hui que par le petit nombre, ces livres sont très-souvent réservés aux honneurs de l'avenir. Combien de doctrines médicales maintenant en faveur seront en déchéance! combien d'ouvrages, je ne dis pas de ces livres enfantés sans travail, lus sans intérêt, oubliés sans retour, mais qui jouissent d'une certaine renommée, seront à jamais passés à l'état de bouquins dédaignés, tandis que celui-ci sera encore lu et recherché! Parmi les soixante et un médecins dont on trouve ici la biographie et les travaux, il n'en est pas un dont on lise maintenant les ouvrages sur la médecine, tandis que leurs écrits sur les médailles comptent encore un certain nombre de lecteurs, d'admirateurs et même d'acheteurs. C'est là ce que ne comprennent pas ces hommes qui par caractère, ou bien n'ayant pas été formés par de hautes études intellectuelles, *nequidem musas è limine salutaverunt*, livrés qu'ils sont exclusivement à la vulgaire pratique de l'art, à toute cette médicasserie dont ils sont si fiers. Mais notre triste époque le veut ainsi, et même les médecins que la fortune favorise, et doués d'un esprit éclairé se laissent trop souvent entraîner. C'est à un tel point que si l'on voulait écrire l'histoire des médecins depuis les âges les plus reculés, on pourrait l'établir sous les trois périodes suivantes : la période *hiératique* celle de la haute antiquité; la période *érudite*, celle des âges précédents; enfin la période *industrielle*, la nôtre, signalée par un culte ardent, incessant, voué aux plaisirs et aux intérêts matériels. Il y a des exceptions honorables, il faut le dire hautement, et nous en trouvons la preuve dans le beau travail de M. Renauldin; mais elles sont rares, la désastreuse influence du siècle est trop grande et trop forte sur les mœurs médicales.

Cet état de choses est d'autant plus fâcheux que, d'une part, les médecins se privent d'un moyen tout particulier de considération, de l'autre, chose bien autrement importante, de jouissances qui sont de tous les temps et de tous les lieux. Qui donc a le malheur de blâmer ou d'ignorer les plaisirs infinis, continus, toujours renouvelés qui jamais ne rassasient, du bibliophile, respirant le délicieux parfum de peau de vélin ou de cuir de Russie qui parle si vivement à ses sens, ou bien de l'amateur de médailles, ou de beaux arts? Que peuvent sur des esprits occupés à ces nobles loisirs, les agitations politiques, les folies des partis, les ambitions de tous les étages? Tenir peu de place, faire peu de bruit et jouir beaucoup, tel est l'heureux partage de l'érudit, de l'antiquaire, se contentant d'une aisance modeste et indépendante. Et lorsqu'un grand poëte s'écrie :

tomie pathologique de ces lésions. En effet, ces tumeurs multiples quant à leur nature sont parfois produites par des masses squirrheuses encéphaloïdes; d'autres fois par le développement d'un tissu érectile; tantôt elles sont la conséquence de l'hypertrophie propre de la glande; d'autres fois encore elles sont dues à la dilatation de ces vaisseaux; de là le nom de goître anévrismatique; mais le plus souvent ces tumeurs proviennent de kystes développés dans le tissu de la thyroïde. Comme les goîtres que nous allons faire connaître étaient dus à ce genre de lésion pathologique, nous porterons principalement notre attention sur la thérapeutique de ces affections.

M. Bonnet classe sous les quatre chefs suivants les principales méthodes de traitement des goîtres qui amènent l'oppression.

Dans le premier, il fait rentrer tous les procédés qui consistent à amener la résolution de la tumeur sans opération.

Dans le second, ceux qui ont pour but d'enlever ou de faire disparaître les causes qui compriment la thyroïde.

Dans le troisième, ceux qui déplacent la tumeur pour la fixer dans une position qui ne soit le sujet d'aucun trouble fonctionnel.

Il rapporte enfin au quatrième chef ceux qui s'occupent de la destruction du goître.

Article I. — Des procédés qui consistent à amener la résolution de la tumeur sans opération.

En fait d'applications locales, on a recommandé les emplâtres de Vigo, de diabotanum, les frictions mercurielles, l'éponge sèche et pulvérisée, les cendres de fougère, etc. Moraod a aussi préconisé dans ces circonstances un sachet résolutif. Si maintenant vous ajoutez à la longue série de ces fondants le baome hydriodaté et les pommades iodurées, vous aurez à peu près les principales substances qui ont été conseillées pour dissoudre ces tumeurs de la thyroïde.

La poudre de Sancy, les pastilles d'éponge calcinée prises à l'intérieur et fortement préconisées par Coindet (de Geneve), n'ont pas tardé à être détrônées par l'iodure de potassium qui reste aujourd'hui comme le meilleur médicament à opposer au développement des engorgements de la thyroïde.

Ces résolutifs, qui peuvent dans certains cas trouver leur utile application, sont complétement inefficaces pour combattre les lésions que nous supposons, c'est-à-dire les kystes de la thyroïde. En effet, dans les kystes à parois et à liquide séreux, leur action est très-souvent incertaine, douteuse même, pour ne pas dire à peu près nulle; cependant, comme ils peuvent être avantageux quelquefois, il est bon de préluder à tout autre traitement par les résolutifs; mais il faut en cesser l'usage s'ils n'amènent pas au bout d'un certain laps de temps une amélioration notable.

Si l'on a affaire à des kystes à parois fibreuses, cartilagineuses et même osseuses, contenant dans leur intérieur de la matière mélicérique athéromateuse ou de la sérosité rousseâtre, couleur de chocolat et du sang, la théorie et l'expérience se joignent pour démontrer que les résolutifs sont alors complétement inutiles, et par cela même on ne doit pas perdre un temps précieux à en attendre de bons effets.

Article II. — De la section des muscles sterno-mastoïdiens dans les cas de goître qui amènent l'oppression.

On sait déjà par les preuves que j'ai apportées en commençant ce mémoire, que M. Bonnet est celui qui s'est occupé le premier à rechercher les divers genres de causes qui compriment les tumeurs de la thyroïde et les refoulent contre la trachée-artère, de manière à produire l'oppression. Il a, en effet, péremptoirement établi ce qu'aucun auteur n'avait fait avant lui, que les goîtres sont refoulés contre le tuyau aérien : 1° par le sternum; 2° par la clavicule; 3° par les muscles de la région sous-hyoïdienne, et principalement par les sterno-cléido-mastoïdiens. Or la compression produite par le sternum et la clavicule ne pouvant être attaquées directement, nous n'allons nous occuper que des moyens proposés pour détruire l'action des muscles, nous réservant de faire connaître, dans l'article suivant, la thérapeutique à opposer à la compression due aux os ci-dessus indiqués.

L'idée de couper les muscles sterno-cléido-mastoïdiens, refoulant contre la trachée-artère les tumeurs de la thyroïde, n'est pas nouvelle; elle date de 1831. M. Bonnet la conçut alors en présence d'un cas qui s'offrait à son observation. S'il ne put la mettre en pratique, il n'en entrevit pas moins toute l'importance.

Cependant cette opération, qui semblait devoir donner de plus heureux résultats, puisqu'en la pratiquant on était en droit d'espérer la suppression à peu près complète de la compression, n'a pas produit les effets si désirés.

Cette opération a été exécutée deux fois par M. Bonnet; dans le premier cas, s'il n'en a obtenu aucune espèce de résultat, il l'attribue aux conditions défavorables où se trouvait la malade; elle était âgée de près de 65 ans. Sa tumeur s'étendait jusqu'après du sternum, et il ne put couper le sterno-mastoïdien à sa partie inférieure. C'est là cependant le lieu qu'il faudrait choisir s'il existait entre la tumeur et la clavicule un intervalle de 2 ou 3 centim. où le muscle fût simplement soulevé. Il fut obligé de couper celui-ci vers le milieu du cou, c'est-à-dire dans un endroit où il est largement étalé sur la tumeur et où l'on n'est jamais sûr de faire une section régulière et complète. Dans le second cas, il avait affaire à un jeune homme qui portait un kyste de de la thyroïde comprimé par le sterno-mastoïdien droit. Comme la respiration était extrêmement gênée par suite de la compression exercée sur la trachée-artère, M. Bonnet coupa, par la méthode sous-cutanée, ce muscle à sa partie inférieure. Le résultat immédiat de cette opération fut assez satisfaisant; car la tumeur n'étant plus comprimée fit saillie en avant et la respiration devint beaucoup plus libre. Mais quelques jours après, au moment où l'on pouvait espérer une amélioration définitive, ce jeune homme s'exposa, malgré les recommandations, à l'impression d'un froid humide, qui détermina une inflammation du cou et une fièvre de résorption purulente à laquelle il succomba. On trouva à l'autopsie que la section du muscle, faite selon toutes les règles de l'art, n'avait intéressé que les deux tiers superficiels du muscle.

Article III. — De la méthode de déplacement et de fixation des goîtres qui compriment la trachée-artère.

Cette méthode de traitement appliquée aux goîtres qui compriment et déforment la trachée-artère est toute nouvelle; elle appartient à M. le pro-

---

Le sage en sa retraite, occupe de jouir,
Sans chercher les humains et pourtant sans les fuir,

il peint trait pour trait les hommes que rien ne peut distraire de leurs études chéries; et quand les années ont blanchi nos têtes, que le drame de notre vie touche à sa fin, n'avons-nous pas encore droit à ces jouissances intellectuelles? On les savoure même avec plus d'ardeur, avec plus de délices. En effet, la science a des faveurs singulières auprès desquelles languissent toutes les autres. C'est qu'en mettant l'esprit à la recherche ou en possession de la vérité, elle l'élève et le ravit tellement à elle que bientôt elle le détache sans retour de toutes les choses d'un moindre prix dont les âmes vulgaires sont si tristement avides.

Réveillé-Parise.

— Par décret de M. le président de la République, M. Chargé, médecin adjoint de l'Hôtel-Dieu de Marseille, est nommé chevalier de la Légion d'honneur.

— Par décret du 26 novembre sont nommés chevaliers les officiers de santé dont les noms suivent, en récompense du grand dévouement dont ils ont fait preuve pendant la dernière épidémie cholérique dans la province d'Oran :

M. Catteloup, médecin ordinaire de deuxième classe à l'hôpital de Tlemcen;

M. Souville, chirurgien aide-major de deuxième classe aux ambulances de Tlemcen.

— M. Winter, chirurgien-major de deuxième classe au 7e léger, est désigné pour le 6e léger.

M. Collin, chirurgien-major de deuxième classe au 22e léger, est désigné pour le 16e de ligne.

M. De Laqueille de Boussac, chirurgien-major de deuxième classe sans destination, est désigné pour le 22e léger.

M. Lelouis, chirurgien-major de deuxième classe sans destination, est désigné pour le 25e léger.

— La chaire de chimie à la Faculté des sciences de Montpellier est vacante par suite de la démission de M. Gerhardt.

Aux termes des statuts et règlements, la nomination à cette chaire doit être faite par le ministre de l'instruction publique entre quatre candidats au plus, dont deux doivent lui être présentés par la Faculté elle-même, et les deux autres par le conseil académique de Montpellier.

En conséquence, MM. les aspirants à la candidature sont invités à faire parvenir leurs titres, francs de port, au doyen de la Faculté des sciences, d'ici au 20 janvier prochain inclusivement.

fesseur Bonnet (de Lyon). Comme elle n'a pas encore été décrite nulle part, dans tout son ensemble, je vais essayer de combler cette lacune.

Le déplacement des goîtres et leur fixation en un point donné peut se faire de deux manières différentes :

1° Sans opération ;

2° A l'aide d'une opération.

DÉPLACEMENT ET FIXATION DE LA TUMEUR EN UN POINT DÉTERMINÉ SANS OPÉRATION.

Il est des goîtres *mobiles* qui s'engagent dans des positions qui les obligent parfois à comprimer la trachée-artère. Tels sont, par exemple, les cas dans lesquels la tumeur est refoulée contre le tuyau aérien par la face postérieure du sternum ou de la clavicule. Pour éviter alors tous les accidents de compression, il faut la soulever et l'éloigner à l'aide des doigts, au lieu qu'elle occupe pour la placer dans un point différent où on la maintient avec un appareil qui remplit continuellement les fonctions des doigts, jusqu'à ce qu'elle ait contracté des adhérences avec les tissus environnants.

L'appareil dont on peut faire usage dans cette circonstance peut varier quant à sa forme, mais il doit remplir l'indication essentielle de ne pas comprimer la trachée-artère, but que l'on se propose d'obtenir. Celui qui serait calqué sur le compresseur de Colombat (de l'Isère) donnerait des résultats assez avantageux.

GOÎTRE MOBILE PEU VOLUMINEUX S'INSINUANT ENTRE LE STERNUM ET LA TRACHÉE-ARTÈRE ; SYMPTÔMES DE COMPRESSION VIOLENTE ; SOULÈVEMENT DE LA TUMEUR A L'AIDE DES DOIGTS ET FIXATION DE CETTE DERNIÈRE EN UN POINT DÉTERMINÉ NE GÊNANT EN RIEN LA RESPIRATION, AVEC UN APPAREIL SPÉCIAL ; FRICTIONS IODÉES ; GUÉRISON.

Obs. I. — Une jeune fille de Châlons, de 14 à 15 ans, me fut amenée, dit M. Bonnet (Traité des sections tendineuses, p. 597), en 1838 ; sa respiration était tellement gênée que l'asphyxie paraissait imminente. Ses lèvres, toute sa face étaient violettes, ses yeux fixes et saillants, injectés ; sa poitrine haletante. Un médecin qui l'accompagnait, et dont je regrette de ne pas me rappeler le nom, me fit remarquer que l'oppression dépendait d'une tumeur placée en devant de la trachée artère, et que lorsque l'on plaçait un doigt de manière à maintenir soulevée cette tumeur, qui était du volume d'un œuf de poule, l'oppression cessait immédiatement. Je vérifiai à plusieurs reprises la justesse de cette observation, et en cherchant à me rendre compte du soulagement complet et immédiat que l'on pouvait produire en maintenant la tumeur soulevée, je m'arrêtai à cette idée, que l'oppression se manifestait toutes les fois que la tumeur s'engageait entre le sternum et la trachée, et qu'elle cessait lorsqu'on la maintenait élevée au-dessus de cet os. Évidemment il y avait oppression dans le premier cas, parce que le sternum forçait la tumeur à se porter contre la trachée-artère.

Éclairé par l'observation qui m'avait été communiquée et par l'interprétation que j'avais trouvée du phénomène si remarquable que nous présentait cette malade, je lui fis construire un appareil qui, agissant à la manière du doigt, maintenait la tumeur constamment élevée au-dessus du sternum. Dès qu'elle fit usage de cet appareil, elle revint en quelque sorte à l'existence. Tant qu'elle le portait, elle n'avait aucun symptôme d'oppression, mais si elle négligeait d'en faire usage, la gêne de la respiration revenait avec son intensité première. Pendant un mois, elle fut obligée de le porter constamment. Au bout de ce temps, la tumeur ayant considérablement diminué par l'emploi des frictions iodées, elle put en suspendre l'usage. Les symptômes n'étaient plus inquiétants, et les résolutifs purent être librement continués jusqu'à la disparition complète du mal.

DÉPLACEMENT ET FIXATION DE LA TUMEUR EN UN POINT DÉTERMINÉ, A L'AIDE D'UNE OPÉRATION.

Le fait que je viens de citer montre d'une manière bien évidente que le déplacement des goîtres qui compriment la trachée-artère s'opère quelquefois avec facilité, à l'aide des doigts, et que l'on peut les maintenir dans leur nouvelle position, avec un appareil spécial. Mais il est malheureusement des cas où cette méthode de traitement ne peut pas être accomplie. La tumeur fuit alors sous les doigts qui la soulèvent, et élude par suite l'action de l'appareil destiné à la fixer dans un lieu déterminé.

Pour obvier à cet inconvénient, M. Bonnet fait alors usage de la méthode de traitement suivante, qui renferme deux temps principaux :

1° Le *premier* consiste à soulever la tumeur au-dessus du sternum et de la clavicule avec les doigts.

2° Le *second* la force momentanément dans une nouvelle situation avec des épingles, et définitivement par la cautérisation.

Décrivons successivement les deux temps principaux dont se compose cette nouvelle méthode opératoire.

A. SOULÈVEMENT DE LA TUMEUR.

Après avoir recommandé au malade de faire une forte expiration qui a pour but de dégager la tumeur de la place qu'elle occupe derrière le sternum ou la clavicule, et de la faire saillir à la partie antérieure du cou, on la soulève avec les doigts de la main gauche placés entre le bord supérieur de ces os et la partie inférieure du goître ; on la maintient ainsi élevée dans un lieu qui ne gêne en rien la respiration.

Pendant les quelques instants que cette position peut être rendue permanente, voici ce que l'observation permet de constater ; la tumeur ne pouvant plus s'engager entre le sternum ou la clavicule et le tuyau aérien, les phénomènes de compression disparaissent ; le malade se sent immédiatement soulagé. Il respire avec plus de facilité. Le bruit de *cornage* qui accompagne la respiration dans les cas que nous supposons devient beaucoup moins intense.

B. FIXATION DE LA TUMEUR DANS SA NOUVELLE POSITION.

La tumeur étant maintenue soulevée par les doigts, on y enfonce obliquement, de bas en haut et d'avant en arrière, de fortes épingles dont les têtes appuient sur le bord supérieur du sternum ou de la clavicule ; et pour les empêcher de faire saillie en avant ou de s'échapper, on y attache des fils qui sont fixés sur les côtés du cou, avec des bandelettes de linge imbibées de collodion. Ce temps de l'opération accompli, la tumeur fait saillie en devant du cou et n'a plus de tendance à s'engouffrer derrière les os que j'ai indiqués plus haut.

Il faut alors la fixer dans cette situation d'une manière durable par la cautérisation. On y parvient en suivant le procédé qui suit : on applique sur la partie antérieure de la tumeur, de la poudre de Vienne réduite en pâte molle, à l'aide de l'alcool. La couche de ce caustique doit être absolument semblable par son étendue et son épaisseur à celle dont on fait usage pour produire un exutoire. Une fois que l'on a acquis la certitude que la peau est désorganisée, ce qui a lieu après dix minutes d'application de ce caustique, on enlève la pâte de Vienne, pour appliquer au centre de l'escarre produite, une couche de chlorure de zinc (pâte de Canquoin). Cet agent est laissé en place pendant trois jours, en prenant la précaution de le renouveler chaque matin, après avoir enlevé la partie moyenne de l'escarre ; au bout de neuf jours, les parties mortifiées se détachent, emportant avec elles les épingles qui n'ont pas été enlevées.

Le fait suivant démontre, d'une manière bien évidente, les heureux résultats que l'on peut obtenir d'une semblable méthode de traitement.

OPPRESSION PRODUITE PAR UN GOÎTRE ENGAGÉ ENTRE L'EXTRÉMITÉ INTERNE DE LA CLAVICULE ET LA TRACHÉE-ARTÈRE ; TRAITEMENT PAR L'IMPLANTATION D'ÉPINGLES ET LA CAUTÉRISATION DESTINÉES A LA MAINTENIR SOULEVÉE AU DEVANT DU COU ; GUÉRISON.

Obs. IV. — Une femme de Tarare, âgée de 38 ans, éprouvait depuis quatre années environ une très-grande gêne dans la respiration. La moindre marche rendait sa poitrine haletante et son inspiration courte. La toux se manifestait alors et ne s'arrêtait que lorsque la malade prenait un peu de repos. A son retour des eaux du *Mont d'Or*, se sentant de plus en plus oppressée, elle vint consulter M. Bonnet, qui, croyant de prime abord avoir affaire à un catarrhe chronique, lui prescrivit quelques expectorants qui furent sur elle sans aucune espèce de succès. Comme la voix, singulièrement altérée, faisait entendre le bruit de cornage que nous avons déjà mentionné, ce signe mit M. Bonnet sur une voie nouvelle de recherches. Il examina attentivement le cou de cette malade et reconnut immédiatement, en arrière de la partie interne de la clavicule, tout près du sternum et du côté gauche, une tumeur du volume d'un gros œuf dépendant de l'hypertrophie du lobe gauche de la thyroïde. Il chercha à la soulever, et ayant réussi à la déplacer, la malade éprouva un bien-être momentané dans sa respiration. Nul doute que cette tumeur, par sa situation, comprimait la trachée-artère, puisque l'oppression revenait lorsque la tumeur reprenait sa place habituelle.

Entrée dans la maison de santé de mademoiselle Delaunay, en janvier 1851, M. Bonnet fixa la tumeur au-dessus de la clavicule par des épingles et par une cautérisation profonde avec la pâte au chlorure de zinc laissée à demeure pendant trois jours. La tumeur ayant dès lors contracté des adhérences avec les tissus où elle avait été déposée, la respiration ne fut plus gênée, et la malade éprouva un sentiment de bien-être parfait. Son état était tellement changé, que M. Gouin, son médecin, fut pour ainsi dire émerveillé du succès d'une opération qu'il avait préalablement, sinon blâmée, du moins regardée à peu près comme inutile.

La méthode ingénieuse que je viens de faire connaître dans tout son ensemble, est, comme on peut en juger par le fait relaté ci-dessus, extrêmement utile, et dénote un véritable progrès dans la thérapeutique chirurgicale des goîtres qui amènent l'oppression.

Le soulèvement de la tumeur est en général une chose assez facile, et sa fixation en un lieu déterminé par les épingles et la cautérisation, est tout à fait inoffensive.

Sans doute, en se comportant de la sorte, on n'enlève pas la tumeur, mais en la plaçant dans un lieu qui ne gêne en rien la respiration, on a l'avantage de remédier à des accidents qui peuvent compromettre la vie des malades. Ceux qui craindraient les cautérisations profondes dans une partie aussi vasculaire que le cou pourraient terminer ainsi leur opération. C'est peut-être sous cette forme que la méthode de traitement, pratiquée chez la malade dont l'histoire vient d'être rapportée, pourra le mieux se répandre dans la pratique. Mais M. Bonnet, non content de fixer ainsi la tumeur, vent encore, dans certains cas, en obtenir la destruction complète. Il l'attaque à cet effet par plusieurs cautérisations successives, en suivant des procédés que nous indiquerons plus tard, et ne s'arrête que lorsqu'il l'a détruite.

OPPRESSION EXTRÊME ET RONFLEMENT TRACHÉAL PRODUITS PAR UN GOITRE ENGAGÉ ENTRE LE STERNUM ET LA TRACHÉE-ARTÈRE; TRAITEMENT PAR L'IMPLANTATION D'ÉPINGLES DESTINÉES A MAINTENIR LA TUMEUR SOULEVÉE AU DEVANT DU COU, ET PAR LA CAUTÉRISATION PROFONDE AVEC LE CAUSTIQUE DE VIENNE ET LA PATE DE CHLORURE DE ZINC; DESTRUCTION DE LA TUMEUR; GUÉRISON.

OBS. V. — Claude Dupeiret, âgé de 13 ans, affecté d'une oppression extrême, accompagnée d'un bruit intense à chaque inspiration, fut présenté à M. Bonnet à la fin de janvier 1850.

L'apparition de ces symptômes datait d'un an et demi auparavant, et depuis quelques mois ils avaient acquis une intensité alarmante; la marche la plus lente surtout en montant provoquait les efforts d'inspiration les plus étendus et les plus pénibles; le repos ne faisait point cesser l'oppression; les nuits étaient agitées et le sommeil interrompu par des accès de suffocation renouvelés à chaque instant. Le bruit qui accompagnait chaque inspiration était semblable à celui que produisent les chevaux affectés de cornage et fit penser qu'une compression exercée sur la trachée-artère était la cause de tous les accidents. L'observation justifia promptement cette présomption. Une tumeur arrondie, indolente, du volume d'un petit œuf de poule, existait en bas de la partie antérieure du cou, dans de certains mouvements elle paraissait plus saillante; dans d'autres elle semblait disparaître. Guidé par des observations antérieures, M. Bonnet pensa que ce goitre médian glissait derrière le sternum, et que dans cette situation il comprimait la trachée-artère. Il souleva la tumeur qui était mobile, et avec les doigts placés au dessous d'elle, il chercha à la maintenir au-dessus du sternum. Pendant les quelques instans que cette position put être rendue permanente, l'enfant se sentit moins oppressé, et le bruit qui accompagnait sa respiration parut beaucoup moins intense. Mais la tumeur ne tarda pas à s'échapper et à glisser de nouveau derrière le sternum, et alors l'oppression ainsi que le ronflement trachéal se reproduisirent. Cette tendance à descendre, malgré les précautions que l'on pouvait prendre en la saisissant de diverses manières, eut lieu dans tous les essais ultérieurs qui furent faits dans cette première observation, et lorsque le malade eut été admis dans la salle de clinique de l'Hôtel-Dieu.

L'examen de la poitrine démontra d'ailleurs que le poumon n'était le siége d'aucune lésion grave; il y avait seulement une expectoration catarrhale assez abondante et la sonorité plus grande de la poitrine jointe à la faiblesse du bruit vésiculaire indiquait un certain degré d'emphysème pulmonaire.

Le 1er février, M. Bonnet démontra dans une leçon clinique que les symptômes éprouvés par cet enfant étaient dus à la position que le goitre de la partie moyenne du corps thyroïde prenait à chaque inspiration. Lorsqu'il glissait derrière le sternum et soulevé par cet os, il comprimait la trachée-artère. Discutant ensuite quels étaient les moyens de traitement à employer, le professeur établit : 1° que les résolutifs étaient d'une action trop incertaine et trop lente pour que l'on pût compter sur eux; 2° que des moyens mécaniques propres à fixer la tumeur et semblables à ceux qui furent mis en usage dans l'observation de la jeune fille de Châlons seraient impuissants, puisque la tumeur échappait au soulèvement opéré par la main elle-même; 3° que l'extirpation, comme celle de tous les goitres offrirait les plus grands dangers, soit pendant soit après l'opération; 4° enfin que le séton n'empêcherait pas la tumeur de descendre, et dès lors ne ferait pas cesser les accidents. Il se demanda si l'on ne pourrait point couper par la méthode sous-cutanée les muscles sterno-hyoïdiens, de manière à produire une solution de continuité transversale dans laquelle la tumeur pourrait s'engager et se fixer au-dessus du sternum. La crainte de ne pas obtenir cette sorte de hernie, et dans le cas où elle aurait lieu de voir la pression de la peau rejeter la tumeur dans sa position première, ne permit pas de s'arrêter à ce procédé.

Cependant le but qu'on devait se proposer étant de faire saillir le goître dans la région du cou, au-dessus du sternum, on pouvait songer à réaliser ces deux indications à l'aide de la cautérisation. L'innocuité de cette méthode, la certitude de prévenir à son aide l'hémorrhagie et la phlébite conduisaient à l'adopter; mais l'on était éloigné de son emploi par l'impossibilité de fixer la tumeur. Pour obvier à cet inconvénient, M. Bonnet pensa à fixer préalablement le goitre en y enfonçant des épingles et à cautériser ensuite, d'abord pour fixer la tumeur, et ensuite pour la détruire d'une manière complète.

L'opération fut exécutée d'après ce plan le 2 février 1850. La tumeur étant maintenue soulevée par deux doigts placés entre le bord supérieur du sternum et la partie inférieure du goître, on y enfonça obliquement de bas en haut et d'avant en arrière quatre fortes épingles dont les têtes appuyaient sur le bord supérieur du sternum. Pour empêcher celles-ci de faire saillie en avant ou de s'échapper, on y attacha des fils qui furent fixés sur les côtés du cou avec des linges imbibés de collodion. Ce premier temps accompli, la tumeur fit saillie au devant du cou et n'eut plus aucune tendance à s'engouffrer derrière le sternum.

La peau qui la recouvrait fut cautérisée avec le caustique de Vienne dans l'étendue de 5 centim. en travers sur 3 en hauteur. Sur l'escarre on plaça une couche de pâte de canquoin. Cette pâte fut laissée en place pendant trois jours, avec la précaution de la renouveler chaque matin après avoir enlevé la partie moyenne de l'escarre. Malgré les douleurs très-vives produites par cette longue cautérisation, un soulagement immédiat fut obtenu. Le sommeil fut moins agité qu'il ne l'avait été depuis longtemps. La respiration devint beaucoup moins bruyante, et l'enfant exprimait une grande satisfaction de sentir que la respiration se faisait avec moins de difficulté.

Neuf jours après la fin de la cautérisation, une escarre épaisse de 2 centim. à peu près se détacha emportant avec elle les épingles qui n'avaient pas été enlevées.

Malgré cette profonde cautérisation, le goitre n'avait été mis à découvert vers sa partie moyenne que dans une étendue grande comme une pièce de dix sous. Il ne faisait point hernie en avant; il était seulement maintenu fixé au-dessus du sternum. Cette fixité suffisait pour produire une grande amélioration. Le sommeil était possible. L'enfant, qui n'avait pas cessé de se lever, pouvait se promener sans oppression dans la salle. Un bruit à peine perceptible accompagnait l'entrée de l'air dans les poumons; il n'avait une certaine intensité que lorsque les inspirations étaient étendues.

M. Bonnet jugea à propos de faire une seconde cautérisation afin d'obtenir une hernie de la tumeur par la destruction de toutes les parties molles qui la recouvraient en avant. Une seconde cautérisation de quarante-huit heures fut faite dans le fond de la plaie, le 15 février, avec la pâte de chlorure de zinc. Elle produisit des douleurs beaucoup plus vives que la première. A la chute de l'escarre qui eut lieu le 23 février, le goitre fit saillie en avant, la hernie était obtenue. L'oppression et le cornage, si l'on peut s'exprimer ainsi, avaient disparu.

Cependant la plaie devint blafarde; l'enfant fut pris d'une fièvre continue, et une quantité énorme de sérosité suinta par la plaie. On crut devoir attribuer d'abord ces accidents à un refroidissement que l'enfant pouvait avoir pris en se promenant dans les cours où il avait continué à descendre, malgré le froid de la saison et les recommandations qui lui avaient été faites.

Quelques moyens employés d'après cette idée restèrent sans résultat. Enfin, M. Bonnet s'aperçut que la sérosité qui imbibait les linges suintait d'une cavité creusée dans l'épaisseur de la glande, cavité dont les parois étaient molles et dans laquelle le petit doigt pouvait entrer. Il en cautérisa l'intérieur avec du chlorure de zinc; cette troisième cautérisation destructive de la tumeur fit cesser la fièvre. Bornée au tissu de la glande, elle ne produisit qu'une douleur peu intense. A partir de ce moment, on vit cesser tous les accidents antérieurs et consécutifs à l'opération.

Le 15 mars, l'enfant sortit, ayant au devant du cou une plaie de 2 centim. et demi de diamètre, qui exigeait encore quelques jours pour se cicatriser, mais n'éprouvant plus aucun symptôme d'oppression ni durant le sommeil ni durant la marche et ne produisant aucun bruit lorsqu'il faisait des inspirations très-étendues.

(Observation publiée dans la GAZETTE MÉDICALE DE LYON, 1850.)

(La suite au numéro prochain.)

CLINIQUE CHIRURGICALE.

FISTULES VÉSICO-VAGINALES GUÉRIES PAR LA MÉTHODE DE M. JOBERT (de Lamballe).

(Suite et fin. — Voir le numéro précédent.)

FISTULE VÉSICO-VAGINALE; PERTE DE SUBSTANCE; AUTOPLASTIE PAR GLISSEMENT; POURRITURE D'HÔPITAL; GUÉRISON.

OBS. Lazarette Lamour, âgée de 28 ans, née à Nanau (Saône-et-Loire), entrée à l'Hôtel-Dieu le 12 avril 1851, couchée d'abord salle Saint-Roch, n° 9 *bis*, puis salle Saint-Maurice, 24, est sortie guérie le 15 août 1851.

D'une constitution assez médiocre, cette femme assure toutefois n'avoir jamais été malade, quoique son facies traduise une chétive existence. Son père est mort d'une affection pulmonaire regardée par le malade comme une fluxion de poitrine, pour laquelle il resta quarante jours au lit. Sa mère vit encore et jouit d'une bonne santé après avoir mis au monde, sans aucun accident, neuf enfants, dont trois seulement vivent encore.

Les accouchements furent laborieux, le travail était long, mais il ne se manifesta jamais rien de ce qui amène aujourd'hui sa fille à l'hôpital.

Notre malade a été réglée à l'âge de 20 ans. Pendant deux ans, les règles ne venaient qu'à des époques irrégulières et éloignées deux ou trois fois par an. Mais après ce temps, les menstrues s'établirent avec régularité et parurent tous les mois. Elles étaient assez abondantes et duraient trois jours. Dans l'intervalle des règles, il n'existait point de flueurs blanches.

Interrogée sur l'état de ses fonctions urinaires avant l'accident qui l'amène aujourd'hui à l'hôpital, elle nous a répondu qu'elle n'avait point l'habitude d'uriner souvent. La miction s'opérait trois ou quatre fois par jour dans l'état ordinaire. Et pendant ses grossesses, le besoin d'uriner était plus fréquent et avait lieu jusqu'à dix fois.

Notre malade s'est mariée le 6 mars 1847. Elle accoucha de son premier enfant le 10 décembre de la même année. C'était un garçon mort-né d'un volume assez considérable. Le travail dura trente-deux heures. L'accouchement fut naturel, se fit par la tête, et au bout de huit jours notre malade se levait et travaillait. Quinze mois après, une nouvelle grossesse survint, mais ne présenta aucun phénomène qui mérite de fixer notre attention. L'accouchement eut lieu le 14 octobre 1850. L'enfant était une fille mort-née comme dans le premier accouchement; cette enfant offrait aussi des dimensions considérables. Précisons plus complétement les détails de cet accouchement.

Le douleurs de l'enfantement survinrent vers quatre heures du soir. Une sage-femme visita la malade vers sept heures, et, jusqu'à minuit, essaya, mais en vain, de terminer l'accouchement. L'enfant se présentait par la tête. Un médecin, appelé dans la nuit, termina l'accouchement avec le forceps; son application ne fut nullement douloureuse pour le malade, qui se plaint au contraire beaucoup de nombreuses et douloureuses manœuvres auxquelles la sage-femme se livrait avec la main : la délivrance eut lieu aussitôt.

Immédiatement après cet accouchement, la malade s'aperçut qu'elle était mouillée, et qu'elle rendait les urines par le vagin; elles coulaient goutte à goutte; elles ne sortirent point par flot ni en entraînant avec elles une certaine portion de la cloison vésico-vaginale. Depuis cette époque, elle n'a jamais pu les retenir.

Pendant trois mois après l'accouchement, la malade n'a point vu ses règles, mais après ce laps de temps, elles reparurent et revinrent chaque mois régulièrement; elles durent trois jours, comme avant l'établissement de la fistule, et sont aussi abondantes.

La malade garda le lit pendant trois semaines après cet accouchement; elle avait alors une très-grande faiblesse, mais sans souffrir d'aucun point. Le médecin qui accoucha cette femme lui annonça que cette opération pourrait la guérir; mais elle en alla consulter un autre qui lui pratiqua sur la fistule une dizaine de cautérisations au fer rouge. Ces cautérisations étaient faites tous les trois ou quatre jours. Ce traitement n'amena aucune amélioration dans l'état de la malade. C'est alors qu'elle se décida à venir à Paris. Elle entra à l'Hôtel-Dieu le 12 avril 1851. Après quelques jours d'acclimatement à l'hôpital, elle fut soumise à un examen complet de la fistule, qui présente les particularités suivantes :

1° Il existe un érythème chronique du pourtour de l'anus, des grandes et des petites lèvres, et des tubercules en plaques sur ces dernières. De petits boutons se voient aussi sur les grandes lèvres et dans le sillon qui sépare celles-ci de la cuisse. On trouve aussi un œdème de ces parties.

2° L'orifice de l'urètre est rouge et un peu bourgeonnant.

3° En introduisant la sonde dans la vessie, on éprouve une certaine difficulté à pénétrer dans son intérieur. C'est seulement en poussant l'instrument immédiatement en avant et vers le vagin qu'on peut l'introduire sans difficulté.

4° Du méat urinaire à la fistule, on trouve deux centimètres d'étendue.

5° Le bulbe de l'urètre est saillant et entouré de plicatures; derrière lui, on trouve la fistule qu'il semble recouvrir. L'ouverture fistuleuse est ronde et peut admettre le bout du petit doigt. On peut facilement y introduire deux sondes de femme.

6° Le col de l'uterus est ulcéré.

7° Il existe des adhérences entre le vagin et les organes environnants.

8° Quand on examine le bassin de cette femme, on trouve qu'il possède à peu près l'étendue d'un bassin normal. Ainsi donc, entre les deux épines iliaques antéro-supérieures, on reconnaît par la mensuration une étendue de 26 centimètres (chiffre donné comme moyenne par les accoucheurs).

L'état des organes étant ainsi constaté, on se disposait à opérer cette malade lorsqu'à un nouvel examen on s'aperçut d'une production jaune, pseudo-membraneuse, au niveau de la fourchette, sur les parois latérales du vagin et au pourtour de l'orifice fistuleux. Le dépôt diphthéritique était constitué en certains points par quelque chose de résistant, et en certains autres par une sorte de bouillie jaunâtre qui comprennent une légère épaisseur de la muqueuse vaginale. Aucun doute ne pouvait rester dans l'esprit. Nous avions sous les yeux une pourriture d'hôpital vaginale. Cette grave affection, que Delpech a si bien décrite, a été observée plusieurs fois par M. Jobert dans la cavité du vagin. Alors gagnant en profondeur, elle détruit jusqu'au rectum et jusqu'à la vessie, et transforme toutes ces cavités en un hideux cloaque. Un remède énergique devait être opposé à une maladie aussi sérieuse, et c'est dans ce but que trois cautérisations avec le nitrate acide de mercure furent successivement pratiquées. Elles nettoyèrent ces surfaces couvertes de fausses membranes purulentes. Mais la malade, épuisée par cette attaque, s'affaiblit considérablement, et se vit soumise à quelques accidents nerveux qui retardèrent encore son opération. Tout cela explique comment elle ne fut opérée que le 11 juillet 1851.

La malade placée comme d'habitude, le bassin soulevé et les jambes écartées, un spéculum univalve fut introduit dans le vagin pour déprimer la cloison recto-vaginale qui présentait une certaine résistance. Deux leviers servirent à écarter les grandes lèvres et les parois latérales du vagin. Cela fait, on procéda au ravivement à l'aide de longues pinces à griffes et alternativement de longs bistouris et de ciseaux. Ce ravivement comprit une certaine étendue de la muqueuse et du tissu sous-jacent ainsi que tout le bord cicatriciel de la fistule. Après ce ravivement il était possible d'introduire deux doigts dans la vessie par la fistule. M. Jobert procéda immédiatement à la suture par trois fils doubles passés d'arrière en avant et serrés de façon à produire une ligne de réunion cicatricielle dirigée transversalement. Ces fils modérément serrés, on pratiqua sur les côtés du vagin deux incisions dirigées dans le sens antero-postérieur. Toutes deux sont arrêtées à droite et à gauche en dehors du bulbe urétral.

La réunion obtenue, quelques injections froides sont faites dans le vagin, une sonde est placée dans la vessie et une mince lamelle d'agaric est enfoncée dans ce conduit.

Cette opération n'a point été accompagnée d'un large écoulement sanguin.

Le lendemain et les jours suivants, aucun accident ne vint troubler la régularité de cette opération. Il n'y eut point d'hémorrhagie ni de rupture prématurée des parties réunies.

Le sixième jour (17 juillet), M. Jobert coupe deux fils de la suture et laisse celui du milieu.

Le 18, le troisième fil tombe, la paroi vésico-vaginale a été en ce point coupée par la suture. Un peu d'urine semble couler en dehors de la sonde; d'ailleurs la plus grande partie du liquide urinaire s'écoule par l'algalie.

Le 29, on ôte définitivement la sonde, mais en maintenant toutefois la malade au lit. Ce jour-là elle urine cinq fois et trois fois dans la nuit. Durant toute la journée elle a pu retenir ses urines et n'a rien perdu.

Le 30, on permet à la malade de rester levée; elle garde très-bien ses urines, elle les a rendues à volonté cinq fois dans le jour et trois fois dans la nuit.

Le 31, la guérison se maintient, et la malade n'a uriné que quatre fois après être restée levée tout le temps. Dans la nuit, la miction ne s'est opérée que deux fois; ainsi notre malade s'est couchée à sept heures et a uriné une fois à minuit et une autre fois à quatre heures.

Cette malade est sortie vers le 15 août complétement guérie, pouvant retenir tout à fait ses urines.

Plusieurs choses doivent frapper notre attention dans ce fait remarquable: en premier lieu le développement d'une affection diphthéritique grave et peu commune. Sans nul doute si elle eût débuté après l'opération, elle l'eût influencé d'une manière fâcheuse, et l'on n'eût pas manqué de faire rentrer ce cas dans la catégorie des insuccès; rien toutefois n'eût justifié une pareille assertion. Après une aussi profonde atteinte à l'intégrité de la cloison vésico-vaginale, c'était chose hardie de tenter là une suture. Le succès le plus parfait en venant justifier cette hardiesse montre quelles ressources la nature met à la disposition d'une intelligente autoplastie. Pour couronner ce succès, nous avons pu assister tous les jours à la dilatation d'une vessie naguère fort petite.

Quand la malade quittait nos salles pour retourner dans son pays, on ne trouvait plus trace de cet érythème et de cette tuberculisation des parties génitales externes. L'urètre n'était plus rouge à l'extérieur, ses rapports s'étaient conservés normaux; une sonde y pénétrait facilement et l'on pouvait en diriger latéralement le bec dans la vessie devenue plus ample; enfin à la place de l'orifice fistuleux on ne trouvait plus qu'une cloison traversée d'un côté à l'autre par une ligne cicatricielle blanchâtre sur laquelle venaient s'abattre deux cicatrices longitudinales. Aucune trace d'urine ne se voyait dans le vagin dilaté et au fond duquel on trouvait encore quelques restes informes du col utérin.

CORRESPONDANCE MÉDICALE.

LETTRE SUR LES FIÈVRES PALUDÉENNES PERNICIEUSES DE ROME ET SUR LEUR RESSEMBLANCE PRÉTENDUE AVEC LA FIÈVRE JAUNE; par M. F. Jacquot.

Monsieur le rédacteur,

A propos d'une note dans laquelle je déclare ne voir dans la fièvre jaune sporadique inventée à Rome par mon excellent collègue Garnier, qu'une simple forme de fièvre paludéenne pernicieuse, ne constituant pas plus une vraie fièvre jaune, que la fièvre pernicieuse cholériforme, épileptiforme, etc., ne constitue un choléra vrai, une épilepsie vraie; à ce propos, dis-je, notre bon camarade réclame et proteste.

C'est à l'aide de preuves et de faits nouveaux, qu'on réclame et qu'on proteste. M. Garnier ne l'a pas oublié; lisez plutôt: « Je suis seul dans le vrai, j'en ai l'intime conviction. » Certes, il n'y a pas de réplique. Notre collègue ajoute, pour couper court à la discussion et pour nous engager à nous contenter de son argument: « Le conseil de santé des armées étant notre *seul juge* pour tout ce qui concerne le service médical de l'armée, je crois qu'il serait inutile de revenir sur cette question. » M. Garnier ne se rappelle donc plus qu'il a lu son mémoire à l'Académie, et accepté ainsi la juridiction non-seulement de celle savante assemblée, mais de tout ce qui s'occupe de médecine en France et à l'étranger. Si le conseil de santé est notre *seul juge*, M. Garnier a été le premier à l'oublier.

M. Garnier promet aux incrédules des exemplaires de son mémoire, quand il aura paru. A l'armée d'Italie, tous les médecins s'inscrivent en masse, excepté lui. Cet avis pourra lui être utile; qu'il fasse un gros tirage.

Est-il besoin d'ajourner jusqu'à l'impression du mémoire son opinion sur le sujet qui nous occupe? ce mémoire sera-t-il le premier document existant? Assurément non.

Une bonne douzaine de médecins militaires ont observé en Italie, la plupart plus longtemps que M. Garnier; or, jamais je n'ai entendu prononcer le mot *fièvre jaune*. Le plus avancé d'entre eux, feu Donzel, a aventuré l'expression *fièvre bilieuse*. Les plus vives argumentations se sont abattues en foule sur lui. Enfin, beaucoup d'entre nous ont passé en Afrique de trois à dix années; ils ont observé des cas en tout semblables à ceux que M. Garnier a vus à Rome; eh bien! le nom de fièvre jaune n'a jamais frappé mon oreille. Je n'en appellerai pas à l'expérience de M. Garnier au sujet de la pathologie africaine, parce que notre excellent camarade a eu le bonheur de n'y faire qu'une très-courte *villeggiature*.

Nous avons tous été stupéfaits quand, un beau jour, nous avons soudainement appris par les comptes rendus de l'Académie, que nous avions vécu côte à côte avec ce terrible ennemi qu'on appelle fièvre jaune. Notre étonnement a été d'autant plus grand, que M. Garnier n'en avait jamais dit mot, ni dans les causeries amicales, ni dans les conférences officielles où chacun était invité à rendre compte de son service. M. Garnier aura sans doute trouvé la fièvre jaune après son départ d'Italie, pendant l'année qu'il a été passer en France.

Notre excellent camarade vent bien appeler nos feuilletons (Lettres d'Italie), *spirituels et légers*.

Spirituels! Cher collègue, c'est trop de bonté. Mais l'épithète arrive mal à propos à l'occasion d'un mémoire très-sérieux, bardé de chiffres et de statistiques, farci d'observations météorologiques, rempli de thérapeutique, de diagnostic, et sevré du moindre mot pour rire. Grand merci d'avoir bien voulu trouver de la grâce à un chiffre, de l'esprit à une formule!

Légers! Les mêmes raisons pour lesquelles ce mémoire n'est pas spirituel, font également qu'il n'est pas léger.

Parmi nos *Lettres d'Italie*, il en est un bon nombre de fort légères; accordé. Nous nous souvenons même avoir fait rire à cœur joie notre collègue, dont l'excellente figure devient encore meilleure quand elle s'épanouit par le rire. Oublierait-il qu'il a ri *par nous*, l'ingrat?

Mais quant au feuilleton incriminé, c'est une autre affaire. La lettre à laquelle je réponds témoigne qu'il n'en a pas ri. C'est un aveu qu'elle n'est point légère; je n'en désire pas de plus significatif.

REVUE DES JOURNAUX DE MÉDECINE.

JOURNAUX ANGLAIS.

I. LONDON MEDICAL GAZETTE.

Les numéros du deuxième semestre de 1850 contiennent les travaux originaux suivants: 1° *Pathologie des maladies nerveuses, spasmodiques et convulsives*; par M. William Smith. 2° *De la tuberculisation de l'utérus*; par M. Coote. 3° *Traitement de l'épilepsie par le jus du cotylédon umbilicus*; par M. Salter. 4° *Traitement du croup*; par M. Kesteven. 5° *Cas de mort rapide par suffocation après déglutition d'acide sulfurique*; par M. Gull. 6° *De la scrofule dans ses rapports avec la phthisie pulmonaire*; par M. Belman. 7° *De la vaginite scarlatineuse*; par M. R. Cormack. 8° *Deux calculs vésicaux: l'un est brogé avec succès, l'autre reste enchatonné*; par M. Grantham. 9° *De l'origine, des causes et de la nature des tumeurs chroniques de l'ovaire*; par M. J. Tilt. 10° *Congestion mortelle du cerveau survenue chez un enfant qui prenait de l'huile de foie de morue*; par M. Kesteven. 11° *De l'inflammation et des abcès des annexes de l'utérus*; par M. Jennette. 12° *Expériences sur les propriétés toxiques de la lobelia inflata*; par MM. Curtis et Pearson. 13° *Du narcotisme par inhalation de vapeurs*; par M. Snow. 14° *Notes sur la structure des dents*; par M. S. Bale. 15° *Des maladies du poumon dans les pays tropicaux et de leur traitement*; par M. A. Hunter. 16° *Essai sur les inflammations compliquées*; par M. Gallivey. 17° *Traitement des ulcères verruqueux par le chlorure de zinc*; par M. Tond. 18° *Cas de présentation du dos à terme*; par M. Kesteven. (La version fut exécutée avec succès pour la mère et l'enfant.) 19° *Sur la contraction irrégulière de l'utérus*; par M. Kirk. 20° *Cas de grossesse extra-utérine abdominale*; par M. Hughes. 21° *Mortification d'une tumeur qui contenait les vaisseaux fémoraux*; par M. Kingdon. 22° *Sur la pneumonie aux tropiques*; par M. A. Hunter. 23° *Courtes remarques sur le choléra qui a régné à Cordiffe et Dowlais*; par M. Webster. 24° *Considérations sur la nature et les caractères chimiques des cristaux décrits comme étant d'oxalate de chaux*; par M. Golding Bird. 25° *Sur la rétention du placenta*; par M. W. Richardson. 26° *De la fréquence de la hernie du poumon à la suite des plaies de poitrine par arme à feu*; par M. A. Hunter. 27° *Sur l'usage et l'abus des liqueurs alcooliques*; par M. Th. Mayo. 28° *Cas de vrai cow-pox développé dans une partie autre que celle où il avait été inoculé*; par M. Oke Clark. 29° *Dernières observations sur l'existence de l'oxalate de chaux dans l'urine simultanément avec l'engorgement scrofuleux des glandes lymphatiques*; par M. Balman. 30° *Observations et considérations sur la pratique chirurgicale*; par M. W. Crompton. 31° *Dernier mot sur l'emploi du chloroforme par les voleurs*; par M. John Snow. 32° *Sur les conducteurs du son*; par M. J. Swan. 33° *Sur le traitement de l'obstruction des intestins*; par M. Edwards Wells. 34° *Des maladies du cœur et de l'aorte*; par M. A. Hunter. 35° *De l'existence des granules d'amidon dans l'urine, et examen microscopique de cette excrétion*; par M. Juman. 36° *Induration du muscle sterno-cléido-mastoïdien chez les jeunes enfants*; par M. Curling. 37° *De l'application du forceps et de la version*; par M. West. 38° *Recherche et constatation du fluide séminal dans l'urine dans le cas de masturbation*; par M. Juman. 39° *Cas de phlébite utérine puerpérale*; par M. Kesteven.

TUBERCULOSE DE L'UTÉRUS; par M. COOTE.

Les ulcérations graves du col utérin sont invariablement regardées comme de nature cancéreuse. Il est cependant des cas où elles se sont développées consécutivement à la présence et à la fonte de tubercules. Mais on n'a que bien rarement l'occasion de les observer. M. Louis Meckel, M. Andral, sont, à notre connaissance, les seuls qui aient rapporté des faits semblables. Cette circonstance ajoute un haut degré d'intérêt à l'observation suivante où M. Coote a pu non-seulement constater les tubercules, mais signaler aussi les caractères de l'ulcération à laquelle ils donnent lieu.

OBS. — Une femme âgée, aliénée incurable, placée depuis trente ans à l'hôpital de Bethlem, mourut d'épuisement sans avoir présenté aucune manifestation de quelque maladie organique active.

AUTOPSIE faite le 3 avril 1850.

Corps très-émacié. Pie-mère infiltrée par une grande quantité de sérosité claire. Les circonvolutions sont atrophiées et très-séparées les unes des autres.

Quelques adhérences entre les deux feuillets de la plèvre, des deux côtés. Une de ces bandes, à droite, contient du pus où l'on trouve un petit fragment de côte exfolié.

Les deux poumons du sommet à la base sont infiltrés de petits tubercules miliaires, gris et demi-transparents, mais il n'y a point d'excavations; à peine, dans deux ou trois points, quelques indices d'un travail de ramollissement commençant.

Dans l'iléon et le cœcum il y a de nombreux ulcères circulaires à bords élevés. Les glandes mésentériques sont tuméfiées par des dépôts tuberculeux. La partie inférieure de l'iléon adhère au bassin par une ferme bande de fausses membranes.

L'utérus, plus volumineux et plus allongé que dans l'état normal, présente sous sa membrane péritonéale d'innombrables points jaunâtres, serrés de près, mais distincts, et du volume environ d'une tête d'épingle. Le col est très-abaissé. Les deux ovaires un peu tuméfiés sont occupés à leur surface et dans toute leur épaisseur par de semblables dépôts jaunâtres.

Le col utérin est gonflé et béant; il s'en échappe sous la pression une grande quantité de liquide muco-purulent et sanguinolent d'un jaune rougeâtre. En l'ouvrant, on voit sa cavité tapissée par une couche de plusieurs lignes d'épaisseur de cette substance caséiforme, opaque, jaunâtre, qu'on trouve si souvent dans la prostate ou dans le testicule. On peut la racler avec le dos du scalpel. Le tissu propre de l'utérus est infiltré dans toute son étendue par des masses de pareille nature et de volume différent. Le col de l'utérus qui, au toucher, paraissait mou et déchiré, offre une large surface ulcérée et désorganisée, couverte de pus, de tubercules ramollis, d'épithélium et de débris de fausses membranes. Il aurait été impossible, pendant la vie, de diagnostiquer cet état de l'utérus d'avec une ulcération cancéreuse ordinaire.

Cette matière, recueillie dans divers endroits, fut soumise à l'examen microscopique. Elle présentait exactement les caractères des tubercules au premier degré. La plus grande partie était composée de substance granuleuse, soluble dans la liqueur de potasse. Parmi les granulations, on trouvait quelques petites cellules imparfaitement formées, avec de faibles traces de noyaux.

Le foie, le pancréas et les autres organes sont sains.

DE LA VAGINITE SCARLATINEUSE; par M. R. CORMACK.

Dans cette courte note, l'auteur s'est surtout attaché à donner une idée de la fréquence de cette complication. Ayant eu, il y a deux ans, l'occasion d'observer une épidémie de scarlatine, il la vit survenir chez 12 malades sur 23. Et il faut noter que ces malades étaient toutes dans une position

sociale assez élevée, et habituées aux soins de propreté. A ses yeux, la vaginite n'est autre chose dans ce cas qu'une extension de l'inflammation de la peau, semblable à celle qu'on observe vers la muqueuse buccale, nasale, etc. Il est même probable que souvent la vaginite passe alors inaperçue, soit que la malade soit trop sérieusement fatiguée par l'affection principale pour songer à s'en plaindre, soit que, au contraire, elle juge inutile d'en avertir le médecin.

Quoi qu'il en soit, sur ces 12 malades, il n'y en avait que 2 âgées de plus de 14 ans; elles avaient l'une 26 ans, l'autre 28; l'une était enceinte et eut une scarlatine qui amena l'avortement; chez celle-ci l'écoulement vaginal était abondant au point d'obliger de renouveler les serviettes au moins toutes les heures, et d'une acidité telle qu'il excoria les cuisses et l'anus, malgré toutes les précautions prises pour protéger ces parties.

Le seul traitement à employer consiste en de fréquentes lotions avec de l'eau tiède, que l'on rend opiacée si la douleur est très-considérable. S'il s'agit d'enfants à constitution scrofuleuse, on voit quelquefois l'écoulement persister après la guérison de la scarlatine. Les ferrugineux, l'huile de foie de morue et les lotions astringentes sont alors indiquées; et si le traitement traîne en longueur, on peut le compléter par des injections avec une dissolution de nitrate d'argent.

SUR LA RÉTENTION DU PLACENTA; par M. W. RICHARDSON.

Trois causes sont signalées, dans la pratique obstétricale, comme pouvant donner lieu à la rétention du placenta. La première est l'adhérence du placenta aux parois de l'utérus. La seconde est une contraction irrégulière dans quelque partie du corps de l'utérus, où le placenta se trouve comme saisi. La troisième vient du resserrement du col sur le placenta, lequel s'effectue au moment où ce corps spongieux passe de la cavité utérine dans le vagin.

La troisième de ces causes est celle qui est le plus souvent en action. M. Richardson a imaginé une pratique capable de la neutraliser. L'idée lui en fut suggérée par cette observation que lorsque le cordon ombilical est enroulé autour du cou du fœtus, le placenta est toujours expulsé en même temps que celui-ci; ce qu'on peut expliquer en supposant qu'une traction a été ainsi exercée sur le placenta et l'a peu à peu tiré en bas. Il ne restait qu'à appliquer le même procédé aux cas où le cordon avait sa situation normale; et voici comment l'auteur conseille de le faire.

Aussitôt que la tête de l'enfant est sortie, la garde doit placer une main sur le point de l'abdomen qui correspond à la matrice, l'autre sur le dos de la malade; et, à mesure qu'elle sent la matrice descendre, elle l'accompagne en quelque sorte en pressant fortement sur elle comme si elle l'empoignait. Quant au médecin, une fois que les épaules se sont dégagées et que le danger de la déchirure du périnée n'existe plus, il soutient de la main droite la partie de l'enfant qui est sortie; puis passant deux doigts de la main gauche sur le corps de l'enfant, il va saisir le cordon à 3 pouces environ de son insertion à l'ombilic, et exerce sur lui de douces tractions vers le bas, tandis que le reste de l'enfant est chassé. De cette manière le placenta sort de l'utérus immédiatement après les pieds, et passe dans le vagin avant que la contraction utérine ait pu mettre obstacle à ce temps de son évolution.

Par ce simple procédé, dit M. Richardson, j'ai toujours réalisé une prompte et sûre délivrance, quand il n'y a pas d'adhérences du placenta, et lorsque c'est la tête qui se présente; et depuis que je le mets en usage, je n'ai jamais vu, hors dans un seul cas, le placenta être retenu, quoique j'aie souvent vu l'utérus se contracter ensuite irrégulièrement une fois qu'il s'était vidé.

L'opération n'occasionne ni douleur à la mère, ni risques pour l'enfant; et la traction ne doit pas être portée au point de rompre le cordon. D'ailleurs la pression exécutée en même temps à l'extérieur est un excellent moyen de maintenir les contractions utérines et de prévenir l'hémorrhagie.

— Que dans un travail lent et difficile, l'accoucheur utilise le temps perdu, en exerçant sur le cordon les tractions que M. Richardson conseille, nous n'y voyons point d'inconvénient; et cette manœuvre peut effectivement alors avoir son avantage en préparant une délivrance plus rapide. Mais dans la parturition normale, avec la présentation de la tête, l'emploi de ces précautions nous semble entièrement superflu, et capable même d'occasionner, si elles sont mal appliquées, plus de mal que de bien. Les épaules une fois sorties, le reste du corps est en général lancé avec une promptitude qui n'admet guère cette action douce et progressive que l'auteur compte réaliser par ses tractions. Et si l'accoucheur, pressé par la prévision de cette expulsion presque instantanée du fœtus, veut, pour trouver le temps d'agir, tirer trop vite, n'a-t-il pas à craindre d'ébranler, sinon de rompre le cordon?

D'ailleurs la cause de la rétention du placenta nous paraît, à nous, résider plus communément dans l'adhérence plus ou moins forte, plus ou moins générale du placenta à l'utérus que dans la contraction prématurée du col. Et c'est dans cette hypothèse, qui nous semble être la plus juste, que nous nous sommes placé et que nous avons raisonné dans l'examen critique qui précède.

FRACTURE DE L'HUMÉRUS NON RÉUNIE, KYSTE HYDATIQUE, SETON; GUÉRISON; par M. CROMPTON.

Les exemples d'hydatides du tissu osseux sont assez rares dans la science. Tout le monde connaît l'histoire du malade de Dupuytren, qui eut une fracture non consolidée de l'humérus, pour laquelle on lui fit la resection. L'opération montra la cause du défaut de consolidation dans la présence d'un grand nombre d'hydatides. Le cal ne put se former et le patient succomba à l'abondance de la suppuration.

Le cas suivant est semblable à celui-ci sous beaucoup de rapports. Il en diffère, heureusement, en ce que le séton suffit pour donner issue aux hydatides; la malade guérit, quoique après avoir couru quelques dangers; et enfin elle recouvra l'usage de son membre.

OBS. — Mary Ladbury, âgée de 27 ans, tailleuse, bien portante jusque-là, fut reçue à l'hôpital général de Birmingham le 4 juin 1849. Quatre mois auparavant, elle s'était cassé le bras droit en tombant dans un escalier. Un chirurgien plaça des attelles autour de son membre et essaya divers modes de traitement sans succès. L'humérus avait été fracturé au-dessous de l'insertion deltoïdienne.

Au moment de son entrée, les fragments étaient très-mobiles et pouvaient être fléchis à angle droit. On les frotta l'un contre l'autre, puis on plaça le membre dans un appareil, en ayant soin de le serrer plus qu'à l'ordinaire. On avait remarqué qu'il existait entre les bouts osseux un intervalle où les doigts pouvaient toucher la substance fibreuse intermédiaire.

Le 2 juillet, on reconnaît, en examinant la partie malade, qu'aucun avantage n'a été obtenu. Les fragments sont toujours aussi mobiles. On les frotte de nouveau, et l'on applique un bandage amidonné.

Le 28 juillet, on ôte le bandage sans trouver plus d'amélioration que la première fois. En conséquence, le 29, on passa entre les extrémités osseuses une forte aiguille en fer de lance armée d'une ligature volumineuse. Les vaisseaux et les nerfs avaient été tirés en dedans. Le membre fut entouré d'un bandage peu serré et placé dans une écharpe.

Le 3 août, il y a beaucoup de tuméfaction inflammatoire; on enlève le séton. Il sort de son ouverture du pus de bonne nature.

Le 24, l'inflammation a cédé; mais il n'y a aucun commencement de consolidation; on applique un bandage amidonné en laissant une ouverture pour la sortie du pus.

Le 6 septembre, en serrant le bras qui est enflé et douloureux, il sort, de l'ouverture antérieure, du pus et une cuillerée à café de matière gélatineuse.

Le 10, en serrant encore le membre, il sort un petit nombre de corps blanchâtres arrondis, blancs. Ils sont opaques à l'extérieur; mais étant piqués, ils se contractent et rendent un liquide clair. M. Crompton pensa que c'étaient des hydatides qui avaient péri à cause de la présence du pus. Quelques-unes d'entre elles étaient intactes, mais la plupart brisées. On appliqua des attelles de gutta percha.

Le 26, il y a un épaississement général, comme si de la lymphe s'était épanchée sous les téguments de tout le membre: la mobilité entre les fragments a, par suite, diminué. On panse les plaies tous les jours: les hydatides continuent à sortir.

Le 4 octobre, de nouvelle matière osseuse paraît se former, principalement à un pouce environ au-dessus du coude. On découvre dans les hydatides la saillie en forme de crochet, caractère de leur véritable nature.

Le 10, le bras, même au-dessus de l'épaule, est très-gonflé, empâté, comme si une grande suppuration menaçait de l'envahir. La santé est évidemment affaiblie par l'abondance et la durée de la suppuration.

Le 21, on fait sortir par la pression 6 onces de pus et une grande quantité d'hydatides.

Le 24, on ouvre un abcès dans l'aisselle.

Le 29, la suppuration continue à être très-considérable; on a encore ouvert deux abcès, l'un sous l'acromion, l'autre à la partie postérieure du bras. Cependant le membre devient plus solide, et les hydatides sortent en moindre quantité. On laisse le bandage en gutta percha.

Le 15 novembre, l'état du membre est meilleur; mais les forces et la santé déclinent au point que l'on doit recommander à la malade de retourner dans son pays.

Le 28, quelques nouveaux abcès superficiels se sont encore formés, et ont été ouverts.

Décembre. La malade est retournée chez elle, le bras étant entièrement solide; mais, par suite de l'endurcissement des téguments et des muscles causé par une suppuration aussi étendue, il a perdu beaucoup de sa force et de ses mouvements. Sa santé est devenue meilleure.

Le 27 juin 1850. La patiente a été revue aujourd'hui. L'état de son bras s'est

encore amélioré. Il le peut un peu coudre ; mais il lui est impossible d'étendre entièrement le coude, ni d'élever le bras horizontalement dans l'abduction. Il y a encore un peu d'écoulement purulent, et de légères exfoliations ont eu lieu.

P. DIDAY.

(*La suite au prochain numéro.*)

TRAVAUX ACADÉMIQUES.

ACADÉMIE DES SCIENCES.

SÉANCE DU 1er DÉCEMBRE — PRÉSIDENCE DE M. RAYER.

ACIDE PARTICULIER DU POUMON.

M. DUMAS présente, de la part de M. Verdeil, une note sur un acide particulier sécrété dans le parenchyme pulmonaire de la plupart des animaux, acide particulier cristallisé, formant avec les bases des combinaisons également cristallisées. Cet acide, sécrété par le parenchyme pulmonaire, se trouve en partie à l'état libre, et en plus grande masse à l'état de sel de soude.

Cet acide, obtenu à l'état cristallisé, est un corps brillant, réfractant fortement la lumière. Chauffé à 100 degrés, il ne perd pas d'eau de cristallisation ; à une température plus élevée, il crepite et se fond, puis se décompose, en donnant lieu à des produits empyreumatiques ; il reste un charbon volumineux qui disparait sans laisser trace de cendres.

Ce corps est très-soluble dans l'eau, insoluble dans l'alcool froid, mais soluble dans l'alcool bouillant ; il est insoluble dans l'éther. L'analyse élémentaire montre que cet acide est formé des éléments : carbone, hydrogène, azote, soufre et oxygène, dans des proportions définies.

L'acide du poumon forme des sels cristallisés avec les bases, et chasse l'acide carbonique des carbonates.

La présence d'un acide sécrété par le parenchyme même du poumon nous semble avoir une haute portée physiologique. En effet, l'acide sécrété se trouve en contact avec le carbonate de soude du sang amené par les vaisseaux capillaires ; il décompose ce sel en se réunissant à la soude, et l'acide carbonique devenu libre peut s'exhaler par la respiration.

La présence d'une partie de cet acide à l'état libre dans le poumon indique que c'est bien dans ce viscère qu'il se forme et non dans le sang, qui est alcalin.

En s'unissant à la soude du sang, l'acide du poumon ne change en rien la réaction de cette humeur, puisqu'il prend seulement la place de l'acide carbonique qui est chassé par la respiration.

CAUSES DE LA PRÉSENCE DU SUCRE DANS LES URINES.

M. REYNOSO communique une nouvelle note sur la présence du sucre dans les urines.

Dans ses notes précédentes, l'auteur a cherché à constater la liaison qui existe entre la respiration et la présence du sucre dans les urines, de telle sorte que toute cause jetant quelque trouble dans l'accomplissement de cette fonction occasionnait le passage du sucre dans les urines.

L'auteur a aussi parlé de la médication hyposthénisante qui préserve une partie du sang de l'action de l'oxygène. J'ajouterai, dit-il, aux exemples déjà donnés, que chez des chiens soumis à un traitement d'arsenic, de plomb, de sulfate de fer, chez des malades traités au carbonate de fer, on a toujours constaté la présence du sucre dans les urines.

M. Reynoso aborde maintenant la deuxième partie de ses recherches. Lorsque la respiration viendra à être troublée, soit par une maladie propre du poumon ou par l'effet d'une autre affection qui jette quelque trouble dans son accomplissement normal, il y aura du sucre dans les urines.

L'auteur a constaté sa présence aussi dans les urines des tuberculeux, et la quantité en était d'autant plus grande que la période de la maladie était plus avancée et que les phénomènes inflammatoires étaient plus intenses.

Dans la pleurésie, dans la bronchite chronique, il y a aussi du sucre dans les urines. Il y en a aussi dans l'asthme.

On en trouve aussi dans les cas d'hystérie et d'épilepsie.

Dans le choléra, il doit y avoir du sucre dans les urines ; car, d'après les expériences de M. Rayer, le poumon ne fait, dans cette maladie, subir à l'air aucun ou presque aucun changement. Il serait à désirer que les médecins qui sont à même d'étudier ces maladies recherchassent la présence du sucre dans les urines des malades.

TRAITEMENT DE LA COUPEROSE PAR L'IODURE DE CHLORURE HYDRARGIREUX.

MM. HOCHARD et SELLIER soumettent au jugement de l'Académie les résultats qu'ils ont obtenus dans le traitement de la couperose de l'emploi de l'iodure de chlorure hydrargireux, de M. Boutigny.

Chez 10 malades, l'éruption, de date fort ancienne, avait été inutilement combattue par des médications suivies et régulières. Au lieu de s'amender, le mal, chez la plupart, s'était élevé du degré érythémateux au degré pustuleux ; la santé enfin se trouvait généralement compromise par de fâcheuses complications, soit des migraines opiniâtres, des palpitations, de la gastralgie, de la constipation ou un trouble notable dans la menstruation. Tous ces accidents ont cédé dans l'espace de deux à six mois au plus. Les téguments détergés, modifiés, ont recouvré leurs propriétés normales en même temps que disparaissaient les complications, que se regularisaient les fonctions, que cessait l'étiolement, que se raffermissait, en un mot, la santé générale. Sous l'empire de cette stimulation, la peau s'anime, la circulation s'accélère, la chaleur augmente, une *poussée* abondante, tantôt de simple sérosité, tantôt de matière puriforme, s'échappe des follicules entr'ouverts, et se convertit, au contact de l'air, en croûtes qui recouvrent les parties altérées ; survient alors une détente, les croûtes tombent, laissent à nu une surface de moins en moins indurée à mesure que les opérations se repètent. Par un procédé inverse, il s'effectue ici ce que réalisent certaines médications internes produisant des *poussées* du dedans à la périphérie. Seulement, né au dehors, le principe des crises se répand dans l'économie entière, pour revenir aboutir au point d'où il procède, etc.

Les auteurs emploient souvent l'iodure de chlorure hydrargireux à l'intérieur en sirop et en pilules. Quelquefois ils se bornent aux applications externes, suffisamment efficaces, et dont il est plus aisé de graduer l'action selon la sensibilité individuelle.

Dans la préparation qu'ils ont adoptée, le composé médicamenteux entre pour 75 centigrammes sur 60 grammes d'axonge. Une seule friction suffit dans la journée, le soir ou le matin. Elle doit être limitée aux surfaces malades. La réaction ne tarde pas à se manifester avec la série de phénomènes signalés. On renouvelle les frictions deux ou trois jours de suite après ; on les suspend un même intervalle de temps pour les reprendre et les continuer de la sorte jusqu'à la cure définitive, à moins que des accidents exceptionnels n'obligent à des suspensions plus prolongées.

On acquiert, en général, la preuve de l'influence curative du traitement par la diminution progressive du trouble réactionnel, de la vigueur des poussées.

DES RAPPORTS QUI EXISTENT ENTRE LA PROPORTION D'IODE CONTENU DANS L'AIR ET LES EAUX DE CERTAINES CONTRÉES ET L'ENDÉMICITÉ DU GOÎTRE.

M. CHATIN demande l'ouverture d'un paquet cacheté qu'il avait adressé de Moutiers-en-Tarentaise, le 2 septembre 1851, et dont le dépôt fut accepté par l'Académie dans la séance du 7 du même mois. Ce paquet renferme la note suivante :

L'air est moins ioduré dans les Alpes qu'à Paris ; il en est de même des eaux pluviales. Ces deux circonstances se présentent au plus haut degré dans les vallées où le goître est endémique.

Les eaux de sources ou de torrents, bues dans ces vallées, sont généralement privées d'iode.

Les eaux minérales sulfureuses d'Allevard, de Choranches, de l'Échaillon, de la Terrasse, situées dans le département de l'Isère, sont beaucoup plus iodurées que les eaux des Pyrénées.

Le sol arable et ses produits sont aussi très-peu iodurés dans les contrées les plus affligées du goître.

ACADÉMIE DE MÉDECINE.

SÉANCE DU 2 DÉCEMBRE. — PRÉSIDENCE DE M. ORFILA

Le procès-verbal de la dernière séance est lu et adopté.

EMPLOI DES CORPS GRAS ET RÉSINEUX EN MÉDECINE.

M. RENAULT, pharmacien, adresse une note sur l'emploi des corps gras et résineux en médecine.

Guidé par les travaux de M. Bernard sur le rôle physiologique du suc pancréatique et son influence sur l'absorption des corps gras et par le rapport de M. Dumas, d'où il résulte : 1° que l'action du suc pancréatique est indispensable pour produire l'absorption des huiles, qui, sans cela, passent par les déjections ; 2° que ce suc, toujours en petite quantité à l'état normal, s'altère et disparaît chez les malades, l'auteur conclut : 1° qu'on ne doit administrer en nature que les huiles qui doivent produire un effet laxatif ; 2° qu'il est essentiel de faire subir, au contraire, une action analogue à celle du suc pancréatique aux huiles médicinales qui doivent agir par absorption et porter leurs éléments dans le sang même. Il résulte encore, d'après l'analogie physiologique et d'après des faits précis, que le caséum, celui du lait d'ânesse surtout, peut, quand il est préparé convenablement, solidifier les huiles, les rendre complétement absorbables, permettre une dose trois fois moins considérable avec plus d'effet utile et faciliter leur ingestion ; le même fait s'applique aux résines et gommes-résines dont l'absorption peut être jugée nécessaire par le médecin. (Commissaires : MM. Louis, Caventou et Bouchardat.)

— M. CHEROT, colon agricole à Bou-Ismaël (Algérie), présente quelques considérations sur la culture de l'opium en Afrique, à l'occasion de la dernière lecture de M. Chevallier sur ce sujet. (Commission nommée.)

— M. Joseph BEYRAN, médecin de l'hôpital de Tersbané, à Constantinople, adresse un mémoire sur un mode de traitement du tétanos traumatique avec des observations. Le traitement exposé par M. Beyran consiste dans l'emploi

simultané du chloroforme, des bains de vapeurs et des frictions. (Commissaires: MM. Larrey et Bégin.)

— M. Barnit, pharmacien, adresse un mémoire relatif au tannate de zinc. (Commissaires: MM. Collineau et Bouchardat.)

VENTOUSE A REFOULEMENT.



M. Blatin présente une ventouse en caoutchouc vulcanisé, qu'il nomme *ventouse à refoulement*. Elle a pour but de remplacer les ventouses dans lesquelles la raréfaction de l'air s'obtient, soit à l'aide d'une pompe, soit par la combustion du papier, de l'étoupe ou de l'alcool, etc.

Pour la faire fonctionner, on comprime entre les doigts ses parois flexibles, en appliquant son embouchure sur la peau. Dès qu'on cesse la compression, les parois refoulées, obéissant à leur force expansive, se relèvent spontanément, et le vide se trouve fait dans la ventouse, d'une manière suffisante, pour exercer une succion énergique.

— M. Pagès, étudiant en médecine, informe l'Académie qu'il s'est soumis à des expériences de syphilisation qui l'ont amené à un état de *quasi-immunité*, et il se met à la disposition de la commission nommée pour examiner cette question. (Commission nommée.)

TOPOGRAPHIE MÉDICALE DU CHILI.

M. Renauldin lit un rapport sur un mémoire de M. le docteur Lafargue, résidant au Chili, et qui a pour objet de faire connaître cette contrée sous le rapport de la physiologie, de la pathologie, de la thérapeutique et de l'hygiène de ses habitants.

La commission propose d'adresser à M. Lafargue une lettre de remerciments et d'inscrire son nom sur la liste des candidats aux places de correspondants en pays étrangers. (Adopté.)

DES ÉPAULES DU FOETUS CONSIDÉRÉES COMME CAUSE DE DYSTOCIE DANS LA PRÉSENTATION DE L'EXTRÉMITÉ CÉPHALIQUE.

M. Jacquemier lit un travail sur ce sujet.

Les épaules et la partie supérieure du tronc du fœtus, par le fait d'un développement considérable mais normal, peuvent-elles dans quelques cas, contrairement à l'opinion universellement reçue, devenir dans la présentation de l'extrémité céphalique un obstacle sérieux à la terminaison de l'accouchement?

En d'autres termes :

1° Faut-il ranger le volume des épaules retenues à l'entrée du bassin parmi les causes qui peuvent arrêter la tête dans le trajet qu'elle a à parcourir du détroit inférieur à la vulve?

2° Après la sortie spontanée ou artificielle de la tête au dehors, les épaules peuvent-elles mettre à la sortie du tronc un obstacle tel qu'il soit impossible à l'utérus seul ou secondé par les moyens en notre pouvoir de le débarrasser au moins aussi promptement que l'exige la situation précaire de l'enfant?

Telles sont les questions que l'auteur s'est proposé d'examiner dans ce mémoire.

Les faits énoncés dans ce travail tendent à démontrer :

1° Que, dans la présentation de l'extrémité céphalique, les épaules du fœtus peuvent dans des cas exceptionnels, moins rares qu'on ne le suppose, devenir une cause très-sérieuse de dystocie;

2° Ces cas exceptionnels se rapportent, en général, à des fœtus très-développés et surtout à la prédominance du volume du tronc sur la tête;

3° Les deux variétés de dystocie par le volume des épaules admises antrefois sont réelles et doivent être conservées;

4° Lorsque la tête est retenue dans le fond de l'excavation pelvienne par les épaules arrêtées au détroit supérieur, le forceps, bien qu'en réalité irrationnel, est peut-être la seule ressource pratique qui reste;

5° Lorsque la tête est dehors, les tractions sous les aisselles, même énergiques, ne font pas courir de dangers sérieux à l'enfant, mais elles sont assez souvent insuffisantes ou inapplicables;

6° Le dégagement successif des deux bras est de nature à faire concevoir des espérances qu'une expérience ultérieure peut seule justifier. (Commissaires : MM. Danyau et P. Dubois.)

NOUVEAU CAS D'HERMAPHRODISME SUPERPOSÉ.

M. Follin présente des pièces relatives à un cas remarquable d'hermaphrodisme et dépose sur le bureau un long mémoire descriptif suivi de considérations sur la détermination du sexe. L'hermaphrodite dont il s'agit (désigné sous le nom d'Angélique Controis) était âgé d'une cinquantaine d'années environ. Sa mort seule a permis d'apprendre sa curieuse conformation. L'aspect extérieur du cadavre traduisait tout d'abord des formes masculines. Un examen rapide de la région génitale externe portait également l'esprit vers l'existence du sexe masculin. Une sorte de verge, appendice d'un assez fort volume, mais dont le gland est imperforé, l'absence de fente vulvaire et plusieurs autres particularités ont pu laisser croire qu'il n'existait là que les attributs légèrement déformés de ce sexe. Mais à la dissection on reconnut d'abord que les saillies sitnées de chaque côté de l'axe médian, grandes lèvres ou scrotum, ne contenaient que du tissu cellulo-graisseux au fond duquel on retrouvait les racines des corps caverneux. Derrière la symphyse pubienne, on rencontrait une vessie d'une assez grande capacité, se terminant par un col assez large, auquel fait suite un urètre qui s'ouvre au dehors au-dessous du pénis (hypospadias). En arrière de la vessie existait un véritable utérus et un vagin venant s'ouvrir dans la paroi inférieure du canal de l'urètre près de l'orifice de ce dernier. En arrière de l'utérus, était le rectum normalement conformé, dont l'anus s'ouvrait à 6 centim de l'ouverture urétrale. Il n'existait aucune trace de prostate, ni de vésicules séminales, ni de glandes de Cowper. De chaque côté de l'utérus existaient ses appendices ordinaires, mais inégalement conformés à droite et à gauche. Ainsi à droite on trouvait un véritable ligament large avec ses trois ailerons ; l'ovaire seul faisait défaut. A gauche il n'existait point de ligament large, mais un long cordon constituant la trompe et le ligament rond, et qui prenant naissance à l'angle supérieur gauche de l'utérus allait, en traversant le canal inguinal, aboutir au-dessus de son orifice externe, dans une poche à parois épaisses dans laquelle on trouvait un corps ovoide qu'on a reconnu pour un véritable testicule.

En résumé, en divisant l'appareil génital en trois segments, le segment externe, de nature douteuse, se rapprochait davantage du type masculin ; le segment moyen était essentiellement féminin, et le segment profond était certainement masculin.

M. Follin, après avoir rappelé la classification de l'hermaphrodisme établie par M. Is. Geoffroy Saint-Hilaire, et analysé le cas dont nous venons de rappeler les principaux caractères, conclut que ce sujet doit être classé dans l'hermaphrodisme superposé, dont il constitue une espèce à part, qui représente une certaine phase du développement embryonnaire.

La communication de M. Follin est renvoyée à l'examen d'une commission composée de MM. Velpeau et Cazeaux.

La séance est levée à cinq heures moins un quart.

BIBLIOGRAPHIE.

HISTOIRE DES POLYPES DU LARYNX; par M. H. Ehrmann.— Grand in-f°, avec six planches lithographiées. — Strasbourg, de l'imprimerie de veuve Berger-Levrault, imprimeur de l'Académie. — 1850.

La magnifique monographie dont M. le professeur Ehrmann vient d'enrichir l'histoire des polypes laryngiens mérite une mention tout à fait hors ligne dans nos colonnes ; elle y a même droit à plus d'un titre. Nouvel et précieux exemple des habitudes laborieuses, de la méthode d'exposition sévère et solide qui distinguent la Faculté de Strasbourg, cet ouvrage réalise un progrès sérieux dans la connaissance pratique des maladies de l'appareil respiratoire ; et c'est notre devoir de le signaler. Mais ce devoir nous est rendu encore plus obligatoire par la manière consciencieuse et désintéressée dont l'auteur a rempli sa tâche. Les soins donnés à l'exécution typographique, le fini des planches annexées, l'étendue usurpée par les détails de pure érudition, tout montre que, dans sa pensée, ç'a été là une œuvre de science, non de spéculation. Dans de telles conditions, M. Ehrmann ne s'étonnera point de nous voir puiser largement dans son intéressante publication. C'est là, nous le savons bien, un droit acquis à l'analyste ; mais il ne l'exerce jamais avec plus de plaisir que quand il sait, comme dans ce cas, pouvoir multiplier les emprunts, au profit du lecteur, sans avoir à craindre de compromettre le succès de vente dans la proportion même où il aura, selon sa conscience, travaillé à assurer le succès d'estime.

Quoiqu'il traite des différentes questions relatives aux polypes du larynx, M. Ehrmann a surtout eu en vue d'éclairer par l'étude de leurs symptômes le côté opératoire de leur thérapeutique. Ce but constant se décèle sans peine au milieu des recherches bibliographiques qu'il a faites pour s'entourer de toutes les lumières à sa portée. L'opération remarquable qu'il pratiqua en 1844, et qui lui permit d'extirper un polype cause imminente de mort, cette opération n'est pas restée dans son esprit comme le souvenir insignifiant d'un hasard heureux, destiné à rester sans exemple : il a voulu réunir les cas, épars jusqu'ici, d'excroissances laryngiennes, interroger leurs signes pour en déduire des données capables de faire mieux préciser l'indication, élever enfin, s'il se peut, la laryngotomie faite dans ces circonstances au rang des opérations réglées. Nous aurons bientôt à juger à quel point il y a réussi ; mais ce qu'on peut dire dès à présent, c'est que cette solution, habilement préparée par son zèle et ses efforts, était l'un des *desiderata* à la fois les plus importants et les moins avancés de la médecine.

M. Ehrmann a recueilli et rapporte toutes les observations, parvenues à sa connaissance, de polypes du larynx. Leur nombre ne s'élève pas à moins

de trente et une. C'est beaucoup, on en conviendra, pour une affection tellement rare que bien peu de praticiens l'ont vue, et que chacun s'en rappelle à peine deux ou trois, comme souvenir de ses lectures. On pouvait donc s'attendre à de grands résultats de l'interprétation comparative de tous ces faits. Cette attente a été effectivement remplie sous divers rapports : ainsi les variétés anatomo-pathologiques de structure de ces productions ont pu être mieux déterminées; leur évolution a été élucidée dans ses formes les plus latentes, partant les plus insidieuses. La terminaison spontanée, révélée par de nombreux et funestes exemples, ne laissera pas non plus maintenant le moindre doute; mais au point de vue du diagnostic, ces laborieuses investigations ont-elles mis en possession de données capables de nous apprendre quand il y a ou quand il n'y a pas de polype? Nous sommes obligé de répondre par la négative; et malheureusement c'est de concert avec M. Ehrmann lui-même que nous faisons cette réponse.

Comment, sur le point capital, la lumière n'a-t-elle donc pu jaillir du rapprochement d'un si grand nombre d'observations identiques? Il n'est que trop aisé de le comprendre. Semblables quant au nom de la lésion morbide, ces cas diffèrent presque tous entre eux, et par les côtés les plus significatifs. Ici la masse est pédiculée, là elle adhérait largement à sa surface d'implantation. Vivace et repullulante chez l'un, elle ne s'était développée chez l'autre que par un progrès à peine sensible. Son siége varie, d'ailleurs, autant que les accidents de configuration de l'anfractueuse cavité qui la contient. Molle et dépressible sur celui-ci, sur celui-là on la voit invariable dans sa consistance. Tantôt elle bouche la glotte, par intervalles, comme une soupape; tantôt elle s'en rapproche, puis s'y engage par le fait même de sa croissance graduelle.

Ajoutez à ces causes d'incertitude celles qui naissent d'une observation souvent demeurée forcément incomplète—le malade n'ayant été vu que pendant son dernier accès de suffocation dans deux cas, et dans huit, l'altération reconnue seulement à l'autopsie—et dites s'il était bien facile, au milieu de tant d'éléments de variations, de découvrir un signe univoque. Je puis donner, d'après moi-même, une idée de cette difficulté. Avant d'ouvrir le recueil des observations de M. Ehrmann, je m'étais dit que, lorsque le polype est mobile, il doit obstruer la glotte pendant l'expiration et la dégager dans l'inspiration. Certes ce n'était là, à mes yeux, rien moins qu'un signe pathognomonique, car il devait manquer bon nombre de fois; mais enfin, en réduisant sa signification aux circonstances où il y a oscillation du corps pathologique, je me croyais au moins fondé à dire qu'alors elle devait se faire suivant ce rhythme. Eh bien! le travail de M. Ehrmann a bien vite eu dissipé mon erreur. Si effectivement Bichat (obs. III, IV et V) écrit que les phénomènes se passent ainsi, si quelque chose de semblable a été constaté dans l'obs. XXIX, il arrive aussi que, le polype naissant de la partie inférieure du pharynx, au-dessus de la glotte, est, au contraire, sollicité par l'inspiration à s'engager dans cette ouverture dont l'expiration le chasse. Dupuytren (obs. XIV) en rapporte un exemple bien caractérisé.

C'est vraisemblablement après avoir suivi une pareille marche, après être, dans l'examen de tous les symptômes qu'il espérait transformer en signes, tombé de déception en déception, que M. Ehrmann s'est trouvé réduit à dire : « Il n'existe qu'un seul signe certain de l'existence des polypes du larynx ; c'est l'expuition de quelques parcelles du polype. » Et en effet, il fut assez heureux pour le constater chez la malade dont il sauva la vie par son ingénieuse opération. Il ne néglige cependant point de passer en revue les autres indices qui, dans une juste mesure, peuvent éclairer le praticien. L'enrouement, l'aphonie, la sensation d'un obstacle dans le larynx durant la déglutition des solides, le bruit de soupape, sont les plus importants de ces phénomènes. Il en existe un dernier, dont le médecin appelé à traiter un de ces malades n'aura que trop l'occasion de constater la réalité : c'est l'inutilité des remèdes employés pour calmer les accès de suffocation qui se manifestent de temps en temps.

En énumérant et discutant un à un les divers signes regardés comme caractéristiques de cette affection, M. Ehrmann a-t-il fait tout ce qu'il était possible de tenter pour en éclairer le diagnostic? Nous craignons, à vrai dire, que la *recherche de l'absolu* ne l'ait, à tort, trop exclusivement préoccupé dans cette circonstance. — Avoir un signe pathognomonique serait fort précieux; mais quand, par la force des choses, ce moyen de certitude fait obstinément défaut, est-il juste de dédaigner les voies indirectes qui peuvent encore nous conduire à la vérité? Lorsqu'on ne peut discerner ce qu'est une collection de symptômes, n'y a-t-il pas une utilité presque aussi grande à espérer du travail qui nous amènerait à spécifier ce qu'elle n'est pas? C'est dans cet essai de diagnostic différentiel que nous aurions aimé voir M. Ehrmann s'engager, et nous ne désespérons point qu'il ne trouve bientôt l'occasion de le faire. Son jugement sûr, sa pénétrante et toute pratique sagacité nous sont un bon garant du succès qui l'y attend. Il y aurait plus d'un péril pour celui qui voudrait aujourd'hui se risquer à le faire à sa place. Cependant on peut poser comme pierre d'attente ces données, savoir :

Que le croup, la phthisie laryngée et l'œdème de la glotte sont les maladies les plus faciles à confondre avec un polype du larynx ;

Que le premier se distingue par l'âge des sujets, la bonne santé antérieure, la gravité croissante par accès successifs, l'aspect blanchâtre de l'arrière-bouche, les troubles spéciaux de la voix et de la respiration ;

Que la phthisie laryngée s'établit peu à peu, coïncide avec l'altération d'autres organes, s'accompagne de douleur du larynx à la pression, d'expectoration puriforme et sanguinolente ;

Que, pour l'œdème de la glotte, la facilité de l'expiration comparée à la difficulté de l'inspiration est un symptôme constant et durable ; qu'on peut, en outre, observer alors l'infiltration de l'arrière-bouche, dont récemment M. Sestier a si bien précisé la valeur séméiologique.

Du reste, l'importance de ce diagnostic n'est pas, autant qu'il le semblerait, en rapport avec sa difficulté ; car, du moment que la suffocation menace, que sa continuité et son intensité, restant égales, annoncent qu'une cause matérielle l'entretient, l'indication de la trachéotomie domine toutes les autres, et ne laisse pas même au praticien l'appréhension d'un regret en cas d'erreur.

Il est un autre point sur lequel nous demandons à M. Ehrmann la permission de présenter quelques réserves : il s'agit des tumeurs intralaryngiennes auxquelles il donne le nom de syphilitiques. Cette opinion est-elle bien la sienne? Certes, la manière dont il l'exprime pourrait autoriser à penser qu'il la reproduit ici plutôt qu'il ne la prend pour son compte personnel. Néanmoins, il ne sera point inopportun d'en examiner les motifs, afin d'empêcher l'erreur de faire son chemin sous le couvert d'un nom considéré, et presque à l'insu de celui qui lui a donné, on, pour mieux dire, laissé prendre l'hospitalité.

Les observations d'excroissance laryngée syphilitique ne sont qu'au nombre de trois. La première a trait à une femme de cinquante ans. La tumeur s'implantait vers le bord supérieur du ventricule gauche. Aucun détail n'est donné sur les antécédents de cette malade. Le seul commémoratif que le texte contienne a rapport aux effets produits sur la respiration par la présence de cette tumeur. Comment est donc justifiée l'épithète de syphilitique inscrite sur cette altération?... Rien n'a pu nous le faire découvrir.

Le second exemple est « un larynx garni dans son intérieur de tumeurs *probablement vénériennes*. » L'auteur n'apprend rien, absolument rien sur les symptômes observés durant la vie, ni sur des altérations accusatrices de syphilis qu'aurait offertes le cadavre.

Le troisième cas est celui d'une enfant âgée de *quatre ans et deux mois*, bien constituée et de bonne santé. Elle mourut d'une suffocation augmentant par degrés. L'autopsie montra l'intérieur du larynx couvert de végétations verruqueuses, en forme de chou-fleur, « en tout parfaitement semblables à celles qu'on observe fréquemment à la base du gland et à la surface des petites lèvres de sujets syphilitiques. »

Quelque bref qu'il paraisse, ce dernier membre de phrase répond à lui seul de la nature syphilitique du mal, non-seulement pour le cas auquel il se rapporte, mais encore pour les deux autres. Car il est aisé de voir que cette conformité d'apparence est le seul élément qu'on ait pu invoquer pour conclure à l'existence de la syphilis : 1° sur un malade dont on ignore l'histoire ; 2° sur un second sujet dont on n'a vu que le cadavre ; 3° enfin, sur un enfant de 4 ans!

Pour tenir ainsi lieu des preuves par les commémoratifs et les concomitants dont un clinicien, en pareil cas, aime à s'entourer avant de porter son jugement, il faudrait au moins que cette apparence mamelonnée fût un signe bien certain de syphilis. Or, en est-il ainsi? Ce n'est pas nous qui répondrons ; car tous les médecins, depuis les travaux de M. Ricord, savent parfaitement que ces végétations en chou-fleur formées sur le gland ou les petites lèvres, s'y développent souvent sans chancres antérieurs, ne coïncident ordinairement avec aucun autre symptôme de syphilis constitutionnelle, résistent obstinément à tout traitement mercuriel ou ioduré, s'il est employé seul, et cèdent au contraire, sans retour, à l'application des cathérétiques. Ainsi, rien n'est moins caractéristique de la syphilis que cette apparence granulée; si donc elle ne peut faire considérer comme syphilitiques des lésions nées sur les parties génitales et à l'occasion de leurs fonctions, comment suffirait-elle à faire juger telles celles qui apparaissent loin de ce siége de prédilection sur des individus d'ailleurs parfaitement sains?

L'ordre de l'ouvrage nous amène maintenant à parler de la thérapeutique, et ici nous n'avons qu'à citer largement et à louer sans plus de réserve. Le seul moyen curatif est la laryngotomie ; mais il y a une différence capitale entre cette opération telle que certains chirurgiens l'ont parfois

pratiquée, et la méthode toute nouvelle que M. Ehrmann a fondée sur son exécution en deux temps. Avant lui, quand le malade allait suffoquer, on incisait les voies aériennes, et une fois le danger du moment conjuré, on ne songeait point à faire davantage. M. Ehrmann eut, à son tour, occasion d'ouvrir le conduit respiratoire chez une dame sur laquelle il avait diagnostiqué un polype laryngien, d'après l'expectoration antérieure de quelques parcelles de la masse morbide. Loin de porter le bistouri sur la région qu'il savait être le siége du mal, il ne divisa que le cartilage cricoïde et les deux premiers anneaux de la trachée. Puis il plaça une canule courbe.

La respiration et le calme étant ainsi rétablis, M. Ehrmann se garda bien de commencer l'extirpation. Il laissa à sa malade quarante-huit heures pour se remettre de la fatigue causée par l'état qui avait nécessité l'opération, plus encore que par l'opération elle-même. Il procéda alors à l'ablation du corps polypeux, en fendant le thyroïde sur la ligne médiane, saisissant avec des pinces le polype qui était implanté le long du ligament inférieur gauche de la glotte, enfin l'excisant d'un coup de bistouri.

La précaution d'agir en deux temps successifs a donné pour la manœuvre de cette seconde opération des facilités et des sûretés qu'il importe d'autant plus de faire ressortir, que l'extirpation n'est que le plus insignifiant des palliatifs, si elle n'est complète, et que, jusqu'ici, on manquait absolument des moyens propres à lui assurer ainsi la valeur d'un remède radicalement curatif. Ces avantages sont les suivants :

1° En faisant déprimer la canule par un aide, M Ehrmann a pu tendre uniformément les parties qu'il avait à inciser, et, par conséquent, terminer ce premier temps plus vite et mieux.

2° La canule, surtout au bout de quarante-huit heures, remplissait si exactement le tube aérien, qu'elle préserva complétement ce canal contre l'introduction du sang.

3° La respiration se fit librement par la canule pendant toute la durée des manœuvres nécessaires pour la recherche et l'excision du polype.

On voit par là que l'opérateur put agir sans être gêné par le passage de l'air sur les parties qu'il examinait, sans les voir déplacées à chaque instant par les accès de toux que la pénétration du sang dans le conduit aérien eût infailliblement suscités; l'exploration minutieuse du larynx et l'ablation totale du polype se firent donc ainsi sans la moindre difficulté, sans aucune appréhension d'accidents, en un mot comme si l'on avait eu affaire à un organe placé tout à fait en dehors des voies respiratoires.

Ajoutons, car c'est surtout au résultat de faire juger le mérite de la conception, que la respiration se rétablit au bout de vingt et un jours, par la voie ordinaire, que les plaies se fermèrent rapidement, et que l'opérée jouit désormais d'une régularité parfaite dans l'exercice des fonctions respiratoires. Malheureusement elle fut prise *six mois après*, et au milieu de la plus belle santé, d'une fièvre typhoïde bien caractérisée, à laquelle elle succomba au bout du second septénaire.

Il est une dernière considération que nous demandons à faire valoir en faveur de l'opération, telle que M. Ehrmann l'a pratiquée. Tous les avantages exposés ci-dessus peuvent être réalisés dès que la canule a été placée dans la trachée. Ce n'est donc point en vue de les obtenir qu'on opère en deux temps *distants d'un certain intervalle*. Il est même évident que si le patient ne se trouve pas trop fatigué des suites de l'incision, il serait plus convenable, — toujours au point de vue de ces avantages, — de poursuivre immédiatement et de procéder, séance tenante, à l'excision du polype. Mais il y a un autre motif pour temporiser, motif dont M. Ehrmann a sans doute tenu compte, bien qu'il ne l'ait point spécifié, et qui commande impérieusement la temporisation. Pour en comprendre la valeur, il faut se rappeler que jamais, en pareil cas, on ne se décide à inciser le tube aérien sans que le malade ait présenté une dyspnée alarmante. En général, ce n'est qu'après plusieurs heures, parfois après plusieurs jours d'accès de suffocation, et lorsque l'asphyxie menace, que le chirurgien prend on que la famille lui laisse prendre ce parti extrême. Si donc, à ce moment, il mettait à découvert l'intérieur du larynx, la stase veineuse qui en occupe alors toutes les parties lui en masquerait la structure, la moindre incision couvrirait d'une nappe sanguine cette surface, dont il est si important de bien interroger l'état. Le polype lui même, s'il est de nature fongueuse ou cellulo-vasculaire, sera tuméfié, gorgé de fluides, pourra, par ce volume apparent, décourager l'opérateur, lui fournir la justification de tentatives incomplètes d'extirpation. De toute manière, l'ablation sera moins sûre, moins aisée que si, laissant à la circulation le temps de reprendre son cours naturel, on permet aux parties de revenir à leurs dimensions, à leur physionomie, à leur texture normale. — Pour cette raison encore, la méthode de M. Ehrmann nous paraît de beaucoup préférable à toute autre; et nous ne saurions trop conseiller aux praticiens de méditer sur le texte même ses sages conseils dont, malgré notre désir, nous n'avons pu leur donner qu'une idée sans doute trop imparfaite.

P. Diday.

VARIÉTÉS.

— La séance annuelle publique de l'Académie de médecine n'aura pas lieu le mardi 9 courant; l'époque en sera fixée ultérieurement.

Le secrétaire perpétuel, Dubois.

— Un habitant de Paris, M. Simonin, a offert à l'administration de l'assistance publique de fonder huit nouveaux lits dans les hospices d'incurables, moyennant le prix principal de 72,000 fr. La commission appelée à délibérer sur cet objet a formulé ainsi sa décision:

« La commission municipale de Paris, touchée du nouvel et important acte de libéralité de M. Simonin, envers lequel elle consigne ici l'expression de sa gratitude, émet l'avis qu'il y a lieu d'autoriser le directeur de l'assistance publique à accepter la fondation de huit nouveaux lits dans les hospices d'incurables, faite par M. Simonin, et la donation stipulée à cet effet d'un prix principal de 72,000 fr., etc. Ampliation de la présente délibération sera adressée à M. Simonin. »

M. Simonin est coutumier du fait. Déjà, en 1847, il a fondé vingt-cinq lits du même genre, moyennant la somme de 244,000 fr.

— Voici la liste des officiers de santé et des pharmaciens qui ont été reçus par le jury médical de l'Oise, le 26 octobre 1851 :

Officiers de santé : MM. Normand, Salmon, Pingeon, Tourillon, Lefebvre et Oulin.

Pharmaciens : MM. Jérôme et Corson.

— Encore un empoisonnement par les champignons.

Un individu d'une soixantaine d'années, résidant sur la propriété de M. Lafon-Féline, au Bouscat (Gironde), fut chercher des champignons dans les bois qui avoisinent son habitation; il en trouva en assez grande quantité, les apporta chez lui et en mangea le soir avec sa femme, après les avoir convenablement préparés.

Les époux X... ne furent nullement incommodés dans la première nuit. Cependant, au point du jour, ils ressentirent quelques coliques; mais elles furent si légères, qu'il n'y portèrent aucune attention, et la femme fut, comme à son habitude, porter du lait au bourg du Beuscat.

Revenue chez elle, elle trouva son mari souffrant, ayant des nausées et quelques légers vomissements; elle-même fut bientôt atteinte de semblables symptômes, et, malgré les secours de l'art médical, tous les signes d'un empoisonnement firent de rapides progrès.

Le mari est mort dans la seconde nuit, au milieu des souffrances les plus atroces.

On désespère de sauver la femme.

— Une maladie qui présente des symptômes très-extraordinaires sévit en ce moment sur les reptiles qui habitent les parties chaudes et marécageuses de l'Amérique du Sud. Le docteur D. Walter, qui l'a observée dans la province de Bahia, en a donné une description détaillée à la Société royale de Londres. Cette maladie est une espèce de tétanos qui affecte les ligaments nerveux des anneaux, les empêche de fonctionner et fait périr l'animal en quelques jours. Le docteur Walter a trouvé, dans les forêts qui avoisinent Bahia, des boas morts de cette maladie et qui étaient roides et durs comme de petits mâts de navire.

Cette maladie menace de détruire l'espèce des *boas cencheris*, espèce dangereuse, mais très-curieuse pour la science et qu'on ne trouve plus que dans cette province du Brésil.

L'auteur de cette observation a constaté que la maladie dont il s'agit, sans s'attaquer aux mammifères, affectait les insectes, les lézards et tous les animaux rampants, mais qu'elle était plus spéciale aux grands reptiles. Des faits semblables ont été déjà plusieurs fois remarqués, mais ils sont rares et méritent une attention particulière.

— M. Tavignot commencera son cours des maladies des yeux le lundi 8 décembre, à onze heures précises, et le continuera les lundis, mercredis et vendredis suivants à la même heure, à son dispensaire, 8, rue Grégoire-de-Tours, près la rue de Bussy.

— Rectification a la liste de médailles dans le Moniteur du 7 novembre. — Tous les journaux qui ont rapporté, d'après le Moniteur officiel, la liste des récompenses accordées aux exposants français à Londres, ont commis, à l'égard de M. Lüer, une erreur qu'il faut rétablir de la manière suivante :

10e section. — 3° *Lüer. Collection, etc.* Ajoutez : Remarquable invention et exécution admirable de divers instruments pour les opérations de l'œil.

Le rédacteur en chef, JULES GUÉRIN.

REVUE HEBDOMADAIRE.

ACADÉMIE DE MÉDECINE. — INTRODUCTION DE L'AIR ET DÉVELOPPEMENT SPONTANÉ DE GAZ DANS LES VEINES.

A l'occasion d'un fait de développement spontané de gaz dans le sang, communiqué à l'Académie de médecine par M. Durand-Fardel, une discussion s'est engagée sur les dangers de l'introduction de l'air dans les veines, et l'on a vu reparaître les oppositions qui avaient déjà marqué la grande discussion de 1838. On peut bien dire que si, dans les contestations scientifiques, la lumière jaillit du choc, ce n'est pas ordinairement pour les adversaires. Il nous semble pourtant que cette question réunit aujourd'hui des éléments positifs et nombreux, capables de légitimer une opinion bien arrêtée. Mais, à entendre certaines personnes, on dirait qu'une opinion ne peut s'arrêter que dans l'absolu, et que, dans l'espèce, il s'agit de décider si, d'une manière générale, chez tous les animaux, à tout âge, dans toutes les conditions anatomiques ou physiologiques, l'entrée de l'air dans les veines voisines du thorax est presque inévitable et mortelle ou, au contraire, difficile et peu dangereuse. Il faut être pris d'une curiosité étrange pour poser une question de ce genre, qui n'a aucun intérêt ni pratique, ni même scientifique, et n'est pas susceptible d'une solution rigoureuse. L'air peut entrer très-difficilement dans certaines conditions, très-facilement dans d'autres ; il peut, à une dose donnée, tuer un animal et n'en pas tuer un autre ; il peut, introduit d'une certaine manière, déterminer des accidents qu'il ne produira pas introduit d'une manière différente ; il peut foudroyer un organisme malade, actuellement soumis aux angoisses d'une opération, et ne troubler que momentanément un organisme sain et vigoureux. Qu'y a-t-il donc à faire ici ? Mettre tous les éléments de diversité pêle-mêle dans le même alambic, et examiner ce qui sortira du mélange ? Non certes ; l'alchimie procédait de la sorte, et il est connu qu'elle n'a pas trouvé la pierre philosophale. Si la chimie moderne ne la possède pas d'avantage, elle a du moins le bon esprit de ne pas la chercher, et elle a trouvé bien autre chose. Il faut faire comme la chimie, c'est-à-dire procéder à un travail d'analyse qui détermine les conditions favorables ou défavorables à l'introduction de l'air dans les veines et à ses funestes effets sur l'économie.

On pense bien que nous ne comptons pas entreprendre ici une semblable tâche ; mais nous voulons donner une idée de la confusion qui s'établit souvent dans ces discussions improvisées où chacun s'occupe plus de poursuivre son idée que de réfléchir sur celle des autres. M. Renault émet cette simple assertion que, chez les chevaux, on peut fréquemment injecter une grande quantité d'air dans la veine jugulaire sans amener la mort. Le débat s'engage sur cette question, bien définie et bien circonscrite, du danger de l'introduction, et voilà M. Gerdy qui, pour appuyer M. Renault, rappelle que, dans l'ancienne commission académique, on a eu beaucoup de peine à produire l'aspiration de l'air par les veines, qu'il a fallu tenir longtemps les vaisseaux béants, etc. Évidemment, ce n'est plus la même question. On peut discuter pour savoir jusqu'à quel point l'entrée de l'air dans le système veineux est facile ; on peut demander à quel degré l'air, une fois introduit, est dangereux. Ce sont là des points de vue tout à fait distincts.

Veut-on considérer le premier isolément ? Eh bien ! voici ce qui est démontré. Le fluide élastique s'introduit d'autant plus facilement que la veine est plus directement soumise à la succion opérée par les mouvements inspiratoires, ainsi que l'a rappelé M. Bérard ; qu'elle est, comme on dit, plus canalisée, soit artificiellement par l'addition d'un ajutage, soit naturellement par suite de dispositions anatomiques. Néanmoins, même dans ces conditions, l'entrée de l'air en quantité notable est quelquefois assez difficile. M. Barthélemy a pu ouvrir la veine jugulaire à sa partie inférieure, sur des chevaux, sans obtenir ce résultat ; bien plus, après l'introduction d'un tube métallique, la veine est restée protégée par un caillot rapidement formé. Mais on sait que, dans les expériences de M. Amussat, l'ouverture de la jugulaire sur des chevaux, des chiens, des moutons, était presque invariablement suivie de la pénétration de l'air. La différence des effets, à laquelle le plus ou moins d'activité des mouvements inspiratoires et quelques autres conditions ont pu contribuer, a eu sans doute sa raison principale dans la différence de grandeur de l'ouverture vasculaire. Que faut-il pour que l'air pénètre dans la veine ? Il faut manifestement que le flot de sang qui s'écoule au dehors cesse de remplir l'ouverture pratiquée. Plus l'ouverture sera large, et plus il y aura chance de pénétration. Une ouverture étant donnée, la pénétration sera plus facile chez un sujet exsangue, débilité, dont le sang s'écoulera mollement, que chez un sujet robuste donnant un jet plein et rapide. M. Amussat, on le voit facilement en lisant son travail, pratiquait de larges plaies veineuses ; M. Barthélemy *piquait* la veine, suivant sa propre expérience. Quoi d'étonnant que les résultats n'aient pas été identiques ? Mais, au fond, cette différence autorise-t-elle à dire, en termes généraux, que l'entrée de l'air n'est pas très-facile ? Pas du tout. Elle est facile, presque nécessaire, dans certaines conditions ; elle est difficile, presque impossible, dans d'autres. Voilà la vérité pure et simple ; si les premières conditions sont plus ou moins fréquentes que les secondes, c'est, nous le répétons, une question de pure curiosité.

En ce qui concerne l'action de l'air une fois insinué dans les veines, il est plus important encore d'éviter la confusion. Quand le judicieux et sévère Barthélemy affirme qu'il a pu, sur des chevaux, injecter plusieurs litres de gaz dans la jugulaire, sans amener la mort ; quand M. Renault répète, d'après de nouvelles expériences, ce qu'il disait à l'Académie il y a près de quinze ans, à savoir, que les chevaux supportent souvent, sans mourir, plus d'un litre d'air ; quand M. Bouley confirme cette assertion ; quand il est notoire que les équarrisseurs ne réussissent pas toujours à tuer les chevaux en ouvrant les jugulaires et les tenant largement béantes ; il faut bien reconnaître que la présence d'une quantité considérable d'air atmosphérique dans la circulation veineuse n'est pas toujours mortelle chez *les chevaux*. C'est le fait. Mais quelle induction M. Gerdy prétend-il en tirer contre l'extrême danger de l'introduction de l'air dans les veines, chez l'homme ? Ni le cœur n'a la même énergie dans les deux espèces, ni les poumons le même degré de perméabilité, ni le sang le même degré de plasticité, ni les centres nerveux la même impressionnabilité, ni tout l'organisme la même force de résistance. Puis, comment des expériences négatives sur une espèce peuvent-elles prévaloir comme une démonstration matérielle sur l'autre espèce ? Vous demandez la preuve de ce grand danger de l'introduction de l'air chez l'homme ; eh ! la preuve, c'est qu'il en meurt sur le coup presque toujours. Il n'en est pas de plus concluante. M. Gerdy peut-il citer un cas de pénétration de fluide rendue évidente, soit par le bruit de *glouglou* ou de lappement, soit par un sifflement aigu, et dans lequel le sujet n'ait pas été menacé de mort à l'instant, comme dans

---

Feuilleton.

CHRONIQUE MÉDICALE.

Éclipse momentanée. — L'École de médecine dans les journées de décembre. — Le doyen. — Un coup de filet manqué. — Désagrément d'un professeur. — Espérances. — Les Académies. — Mesure regrettable. — Séance de rentrée de l'Académie de médecine. — Un président, s'il vous plaît.

Si la CHRONIQUE ne s'est pas montrée en public le jour accoutumé de ses exercices mensuels, ce n'est pas qu'on eût mis garnison chez elle ni qu'elle eût été appréhendée derrière une barricade. Elle n'a ni cette importance, ni cette ardeur guerrière. Il y a des jours où elle trouve que la plume est déjà un instrument assez lourd et difficile à manier, ce n'est pas pour jouer avec des engins d'autre espèce. Elle lâche volontiers l'écluse à tout ce qui lui passe par la tête ; ce n'est pas pour conspirer sournoisement. Non ; la CHRONIQUE était simplement suffoquée, ahurie, abasourdie, comme il arrive aux natures faibles, et c'est une syncope qui lui a coupé la parole. Toutefois il ne faut pas croire qu'elle soit restée claquemurée dans son domicile pendant l'orage. Entourant sa personne de toutes les précautions inspirées par un profond respect pour une créature de Dieu,

> Mettant le nez à l'air, montrant un peu la tête,
> . . . .
> Puis enfin se mettant en quête,

elle est allée recueillir quelques nouvelles ; assez maigre pitance en réalité, mais dont se contentera facilement un bon et excellent lecteur qui ne se plaindrait pas quand même il n'aurait rien à mettre sous la dent.

Trois élèves en médecine ont été arrêtés. Trois sur un nombre de douze à quinze cents ; il n'y a pas de quoi lancer l'anathème. Nous serions plutôt disposés à accorder une bonne note à la jeunesse du pays latin où les gendarmes sont décidément plus à l'aise que le guet d'autrefois. Le vigilant et paternel doyen a fait aussitôt d'actives démarches en faveur des prisonniers. Il est probable qu'ils n'iront ni à Cayenne, ni à Noukahiva ; peut-être sont-ils relaxés à l'heure où nous écrivons. Ce que nous avons appris de ces grands coupables n'est pas de nature, en effet, à faire craindre d'extrêmes sévérités. L'un d'eux est un des coryphées de l'École pratique et des examens de fin d'année, connu par ses habitudes laborieuses. Si nous étions le parquet, nous prendrions notre plus grosse voix et nous foudroierions les conspirateurs par ce passage de la première Catilinaire : « *Patent portæ, proficiscere.* Les portes sont ouvertes, partez ! » Le procédé serait certainement du goût de jeunes citoyens frais émoulus du collége. Soyez tranquille, ils ne rejoindraient pas Mallius dans son camp ; ils retourneraient sans demander d'autres nouvelles, à l'humble foyer,

les cas récemment observés par M. Velpeau, on, ce qui est beaucoup plus commun, n'ait pas été foudroyé? Nous ne croyons pas qu'il en existe un seul. Donc, c'est là, chez l'homme, invariablement, un accident terrible; et si les expériences de M. Renault prouvent, comme l'avance M. Gerdy, la variabilité des effets de l'air, ce n'est, jusqu'à plus ample informé, qu'en ce qui concerne l'espèce chevaline.

Ce n'est pas tout. M. Bérard a très-justement fait remarquer que, dans les conditions où l'accident survient chez l'homme, l'entrée de l'air se fait de la manière qui, d'après des expériences nombreuses, expose le plus à la mort instantanée, c'est-à-dire d'une manière brusque, pendant l'inspiration. M. Velpeau a ajouté, avec non moins de raison, que les opérés sont généralement affaiblis et, en tout cas, sous l'influence d'une impression morale qui peut et doit avoir sa part dans le résultat fatal. Ils perdent d'ailleurs, le plus souvent, une certaine quantité de sang, et l'on sait que les déperditions sanguines favorisent l'aspiration de l'air par les veines ouvertes. L'influence d'un état de maladie sur les résultats de l'accident se montre également sur les animaux, et M. Bouley a cité trois cas de pneumonie dans lesquels, la saignée de la jugulaire ayant donné lieu à la pénétration de l'air, la mort a été presque instantanée.

Jusque-là, on le voit, la discussion avait passé à côté de l'observation de M. Durand-Fardel. M. Bouvier a essayé de la remettre dans son chemin; mais il était tard, et l'on n'a plus échangé que quelques paroles. Les faits analogues à celui de M. Durand sont assez nombreux; mais on ne sait rien encore ni sur la nature chimique, ni sur l'origine, du gaz mêlé au liquide sanguin. On ne connaît guère là-dessus que ce qu'en a dit Ollivier (d'Angers) dans le mémoire publié en 1838 par les ARCHIVES GÉNÉRALES DE MÉDECINE. Dans les cas de ce genre, il importerait beaucoup de recueillir le fluide élastique et de l'analyser; car on comprend aisément que la composition chimique pourrait mettre sur la voie de l'origine. S'il arrivait, par exemple, que ce fluide ne fût autre chose que de l'air atmosphérique, force serait bien de compter avec l'hypothèse, généralement délaissée, de l'absorption directe de l'air par les ramifications bronchiques; hypothèse qui s'accorde mal avec l'absence de gaz dans le système artériel, si l'on ne conçoit l'absorption que par les extrémités des veines pulmonaires, mais moins déraisonnable si l'on en charge les veines de la grande circulation. Disons tout de suite qu'elle ne serait toujours applicable qu'aux cas où le sang ne serait spumeux que dans le centre circulatoire, et non à ceux où, le système artériel ne contenant pas d'air, on en rencontrerait néanmoins dans les veines de la périphérie. On ne concevrait pas, en effet, que de l'air entré par les radicules veineuses du parenchyme pulmonaire, et arrivé au cœur par la veine cave supérieure, pût pénétrer dans les veines périphériques sans avoir passé par la voie artérielle. Or dans l'observation de M. Durand, une saignée du bras pratiquée *in extremis* donna, pendant plus d'un quart d'heure, un sang *écumeux* qui s'écoulait en bavant. On en trouva également, à l'autopsie, dans les veines de l'abdomen. Tout porte donc à croire que le gaz avait pris naissance dans les canaux veineux.

Quoi qu'il en soit, M. Durand a eu raison de voir dans la présence du gaz la cause directe et essentielle de la mort. Oui, comme l'a dit M. Bouvier, les affections organiques du cœur (celui du sujet était hypertrophié) donnent souvent lieu à la mort subite, et nous ajouterons même qu'il y a des morts subites directement causées par le trouble des fonctions cardiaques sans que le viscère présente à l'autopsie d'altération appréciable. Mais la catastrophe a toujours alors quelque chose de soudain, de heurté, d'imprévu, qui diffère beaucoup de cette gradation de symptômes observée chez la malade de M. Durand. L'oppression a été faible d'abord; elle a augmenté progressivement pendant environ une heure; tout annonçait le développement *continu* d'une grave lésion. Si l'on avait constaté sur le cadavre une hémorrhagie pulmonaire, une déchirure sinueuse du cœur, la rupture d'un anévrisme de l'aorte, on eût trouvé là une explication satisfaisante; mais rien, qu'une hypertrophie, c'est-à-dire, une lésion qui, nous le répétons, quand elle devient l'occasion d'une mort rapide, ne procède pas avec cette régularité. A côté de cela, du gaz dans presque tout le système veineux, altération qui, au contraire, a très-bien pu se développer graduellement et qui est incompatible avec la vie. En présence d'une cause certaine de mort et de symptômes en harmonie avec cette cause, pourquoi se tourner vers l'inconnu?

A. DECHAMBRE.

ANATOMIE PATHOLOGIQUE.

MÉMOIRE SUR LA CARNIFICATION; par M. C. BARON, médecin des hôpitaux.

(Suite. — Voir les nos 46, 47 et 48.)

CONSIDÉRATIONS GÉNÉRALES.

Plusieurs auteurs ont donné une description assez étendue de la carnification, et cette altération est assez commune à rencontrer pour qu'il soit superflu d'en présenter encore le tableau détaillé; mais comme il semble que l'on a attribué cette dénomination à des lésions diverses, je crois utile, afin de préciser l'altération que j'ai en vue, d'en rappeler sommairement les principaux caractères.

Dans nos observations, la carnification occupe ordinairement une portion assez considérable d'un organe. La partie carnifiée est, en général, bleuâtre ou brune, à l'extérieur; elle est ferme, compacte et ne s'affaisse pas. Son poids est augmenté; il en est de même de son volume. Dans le poumon cependant ce dernier caractère est peu appréciable, et nous en dirons plus tard la raison. La coloration de la substance carnifiée est grisâtre ou d'un rouge grisâtre. Si à l'état normal on y distinguait plusieurs couleurs et plusieurs éléments, l'aspect a changé; la coloration est uniforme; les divers éléments semblent confondus; le tissu paraît homogène. Le parenchyme est dense, résiste à la pression, ne se laisse ordinairement pénétrer par le doigt ou déchirer qu'avec difficulté. Dans quelques cas cependant la cohésion est un peu moindre qu'elle ne l'était dans l'état sain. Les surfaces de section sont unies, lisses, quelquefois légèrement humides. L'aspect est celui de la chair. Dans quelques cas, il s'écoule des surfaces de section, ou la pression en fait sourdre un peu de liquide; très-souvent aussi cela n'a pas lieu. Aux caractères précédents, il faut ajouter, lorsque l'altération occupe le poumon, l'absence de crépitation du tissu par la pression, la privation plus ou moins complète d'air, et cependant, dans beaucoup de cas, la possibilité de l'insufflation.

Les caractères que je viens d'énumérer ne sont pas ceux de l'altération

---

à la clinique, au cours; et la police pourrait les voir régulièrement chaque jour, entre quatre et cinq heures, dans la rue Saint-Jacques, devant un *beefsteak aux pommes* et une carafe d'eau claire. Ce serait, pour la surveillance, une garantie des plus sûres et de la dernière commodité.

Un autre élève n'a pas été arrêté, mais aurait pu l'être. Il lui eût suffi de n'être pas au détroit de Behring ou en route pour la France au moment où l'on s'est présenté chez lui avec le mandat d'amener. Nous ne voulons pas conter en détail cette histoire qui a son côté lamentable... une mère que la nouvelle d'un naufrage a plongée dans de cruelles angoisses; un coup de sonnette à minuit qui la fait tressaillir et la jette vers la porte par laquelle son fils doit venir; un commissaire de police qui lui tombe dans les bras.... Espérons que la tempête de l'Océan n'aura pas été plus fatale que la tempête politique au fils d'un confrère enlevé par une triste mort, il y a quelques années, et lié par une parenté étroite à une famille d'illustrations médicales.

Pour suivre notre propos, la population étudiante n'a donc pas été d'une excessive turbulence dans ces jours d'agitation universelle. Nous ne pouvons cependant dérober à la fidélité de l'histoire certaine incartade imitée de 1830, avec une variante notable. Nous nous souvenons qu'en 1830 un professeur s'est mal trouvé de son attachement à des choses et à des principes vaincus, qu'il a été honni, injurié, violenté dans son amphithéâtre et forcé de quitter la place. Ce fut *le père Dubois*, comme on l'appelait, qui vint, avec ses bottes à l'écuyère, mettre le holà. Cette fois, c'est une adhésion à un ordre de choses triomphant qui a soulevé la colère. Un professeur, connu par sa malheureuse campagne de Suisse, sous le ministère Guizot, et qui a gardé à la politique un amour généreux, se serait empressé de porter isolément, non comme membre d'un corps officiel, mais comme citoyen, son adhésion à l'Élysée. Nous n'affirmons rien; nous répétons ce qu'on affirme. Nous ne blâmons même pas; nous racontons. A son entrée dans l'amphithéâtre, ç'a été une explosion de murmures, de huées, d'apostrophes que l'ex-député a dû trouver peu parlementaires; si bien qu'il lui a fallu prendre la porte au plus vite. Tout le monde blâmera les élèves; nous leur imputons, nous, deux torts: le premier, d'avoir troublé l'ordre et manqué à leur maître; le second, de n'avoir pas accordé le bénéfice des circonstances atténuantes à un homme qui, évincé d'une chambre législative par une insurrection, applaudit si naturellement à la chute de ses successeurs.

— Il ne faut pas s'attendre à ce que le nouveau régime élève le corps médical sur le pavois comme avait fait la révolution de février. C'est pour nous que la chanson le dit: *Nos beaux jours sont passés*. Jusqu'ici nous avons fourni un plus fort contingent à la tombe et à la prison qu'aux dignités élevées. Le seul ex-représentant tué sur la barricade était médecin. Il y avait plusieurs médecins parmi les prisonniers de la mairie du 10e arrondissement. Nous n'en trouvons qu'un sur la liste des membres de la commission consultative. Après celui-là, la plus haute fonction qui ait été conférée au corps médical, dans la personne d'un de ses membres, a été de constater les dégâts opérés par la fusillade. Ce rôle d'expert n'est pas ce qu'on pourrait souhaiter de plus éclatant. Est-ce à dire que l'ère nouvelle ne puisse assurer à l'action médicale une utile et large intervention? Eh pourquoi? Quand la situation sera régularisée, on peut espérer que beaucoup de questions concernant l'amélioration physique et morale des classes populaires, et où l'intervention du médecin est si naturelle et si

appelée par MM. Legendre et Bailly (1) état fœtal, lequel diffère de la lésion que je décris, en ce que l'altération est ordinairement bornée à des portions d'organes très-limitées; en ce que la partie altérée est souple, flasque, affaissée, ratatinée; en ce que l'on y distingue parfaitement la texture organique et les différents éléments qui entrent dans la composition du tissu; en ce que ce tissu est presque sec. Les caractères que j'ai tracés n'appartiennent pas même à l'état fœtal congestionnel, décrit par les auteurs que je viens de citer (2); car, dans celui-ci, la lésion est ordinairement bornée au bord postérieur du poumon, la coloration est foncée, le parenchyme se laisse facilement écraser entre les doigts et les réseaux vasculaires qui enveloppent les cellules sont le siége d'une congestion sanguine. La carnification diffère plus encore de l'engouement dans lequel la texture de l'organe reste parfaitement reconnaissable, la pesanteur spécifique est peu augmentée, le tissu crépite par la pression, la cohésion et la consistance sont plutôt diminuées qu'augmentées. Quant à l'hépatisation, l'aspect grenu, la friabilité du tissu, l'impossibilité de l'insufflation, au moins complète, dans le plus grand nombre des cas, la distinguent suffisamment de l'altération que je décris. Nous montrerons aussi, en revenant sur les symptômes, d'autres différences entre celle-ci et la pneumonie. La maladie que je décris n'est pas davantage la pneumonie lobulaire que la dissémination par points isolés, et la diminution plutôt que l'augmentation de la cohésion differencient de la carnification précédemment décrite; pas davantage, la pneumonie lobulaire généralisée de MM. Rilliet et Barthez (3), dans laquelle il reste des noyaux isolés d'inflammation, qui ne diffère guère de la pneumonie lobaire que par ce caractère, et que d'ailleurs les auteurs auxquels on doit sa description n'ont nullement confondue avec la carnification, puisqu'ils ont aussi spécialement décrit cette dernière.

Avant de m'arrêter avec détail sur les caractères de la carnification, il m'importe de fixer l'attention sur une autre lésion qui l'accompagne ordinairement, et dont la coïncidence jusqu'à présent inaperçue ou inappréciée, me paraît cependant propre à éclaircir l'étiologie et le mode de formation de la carnification, but que je me suis principalement proposé dans ce travail.

Nous avons vu, dans presque toutes les observations précédentes, la carnification accompagnée d'un épanchement séreux résidant, soit dans l'organe carnifié lui-même, soit dans le reste du corps, et très-souvent alors dans le voisinage du viscère carnifié. De plus, dans les cas en très-petit nombre où l'on ne rencontrait pas d'hydropisie concomitante, la maladie du sujet, sa constitution ou les conditions dans lesquelles il avait été placé, étaient propres à favoriser la production des épanchements; de sorte que l'on était autorisé à admettre que le malade était disposé aux œdèmes. Donc, lors même que l'on n'admettrait pas les diverses explications qui vont suivre, on ne peut au moins se refuser à regarder comme un fait acquis désormais et indubitable, que c'est dans les conditions favorables à la production des œdèmes que l'on rencontre la carnification.

J'ai cité, en effet, un trop grand nombre d'exemples d'hydropisie et de carnification simultanées, pour qu'il soit possible d'attribuer ce rapprochement au hasard, et, pour rendre cette explication tout à fait inadmissible, je dois ajouter que je ne me suis pas borné à choisir parmi mes observations celles de carnification accompagnée d'œdème, mais que *tous* les cas de carnification dont j'ai recueilli l'histoire servent de base à ce travail, et que j'ai pris note de tous ceux que j'ai rencontrés. Pouvais-je ne pas être frappé de la remarquable proportion des carnifications jointes aux hydropisies? Mon attention fut donc attirée vers ce sujet, sur lequel je n'avais aucune idée préconçue, et ce fut l'examen des pièces pathologiques elles-mêmes qui me fournit l'explication, que je vais développer, du rapport qui existe entre les deux lésions dont il est ici question.

Lorsqu'il y a chez un sujet une cause générale de maladie, on est autorisé à présumer que toutes les lésions que l'on rencontre chez lui proviennent de cette cause, et qu'elles ont beaucoup d'analogie entre elles. Donc, nous pouvons déjà admettre que les carnifications trouvées avec des œdèmes chez des individus présentant une cause générale d'hydropisie, dépendent alors de la même cause que ces œdèmes et ont beaucoup d'analogie avec eux. Allons plus loin:

Les premières observations du recueil précédent nous ont montré un œdème assez considérable se rencontrant dans la même partie du même organe avec la carnification qui alors ordinairement, quoique déjà évidente, n'était pas très-prononcée. Dans d'autres cas, l'œdème et la carnification étaient encore réunis; mais l'œdème était moins considérable et la carnification au contraire un peu plus avancée. Chez d'autres sujets, la carnification paraissait plus prononcée, et alors l'œdème et la carnification n'occupaient plus le même lieu, mais une région tout à fait voisine dans le même organe. Plus tard, nous ne retrouvons plus l'infiltration dans le même viscère; mais dans le reste du corps, et, dans ces cas, les caractères de la carnification sont en général encore plus développés. Nous avons rencontré des cas dans lesquels on n'observe pas cette progression inverse de développement pour les deux altérations, mais ils sont en petit nombre.

Les rapports intimes et la progression inverse que je viens de faire remarquer entre l'hydropisie et la carnification mettent sur la voie d'un fait anatomo-pathologique que quelques-unes des descriptions précédentes expriment, d'ailleurs assez clairement, c'est que la carnification est le résultat de l'hydropisie, que la première de ces deux altérations provient de la transformation de l'autre, transformation à laquelle plusieurs fois l'inspection cadavérique m'a pour ainsi dire permis d'assister et que l'on peut suivre assez facilement dans plusieurs des descriptions anatomo-pathologiques qui précèdent. Je crois que le liquide infiltré dans la trame organique cesse peu à peu d'en être isolé et distinct, s'identifie graduellement avec le tissu qui en est imbibe, lequel perd ses caractères normaux, s'indure, se carnifie, tandis que l'infiltration confondue avec lui cesse graduellement d'être perceptible; si bien qu'ordinairement, lorsque la carnification est arrivée à son état complet, la pression n'en exprime plus de liquide.

Le caractère qui, en général, arrive le dernier à son développement complet est l'induration. Ordinairement les éléments du tissu cessent d'être distincts, sont confondus par la condensation avant que ce tissu ne soit encore très-induré; souvent même cette confusion des diverses parties constituantes a lieu, tandis que le parenchyme est encore infiltré d'une assez notable quantité de liquide. J'ai rencontré cependant des cas dans lesquels un endurcissement très-prononcé était déjà appréciable, quoique la texture de l'organe et ses divers éléments restassent encore parfaitement

(1) *Loc. cit.*
(2) Legendre et Bailly, *loc. cit.*
(3) Maladies des enfants; pneumonie. Paris, 1838.

---

salutaire, recevront enfin une solution pratique. Une impulsion vigoureuse donnée d'en haut pourrait avoir plus d'efficacité que n'en ont eu jusqu'ici des efforts isolés, divergents, amortis par de nombreuses résistances. C'est une remarque qu'on a pu faire, dans les conditions des gouvernements précédents, la présence de membres du corps médical au sommet de l'échelle politique n'a jamais eu grand avantage ni pour la profession ni pour les institutions où elle peut intervenir; c'est que, entre le *vouloir* et le *pouvoir* se plaçaient, à propos des moindres changements, des intermédiaires obligés qui ne laissaient passer que ce qui leur plaisait. Nous n'avons pas le don de lire dans l'avenir, ni dans les intentions de personne; mais enfin, il n'est pas défendu de supposer que certaines améliorations depuis longtemps attendues pourraient être realisées par des actes administratifs directs et spontanés, sans un grand luxe de commissions et de discussions. Le corps médical pourrait alors gagner très-rapidement l'influence qu'il a droit d'attendre d'une société bien organisée. Ainsi soit-il!

— L'Académie des sciences et l'Académie de médecine se préparent à leur séance d'apparat. Les discours sont en arrêt, les couronnes tressées; les vainqueurs sont à la porte et demandent leur proie. Savez-vous que la Gazette Médicale sera tout en fête le jour où l'Académie des sciences distribuera ses lauriers? C'est le rédacteur en chef qui a gagné le gros lot. Oui vraiment, c'est à lui qu'a été adjugé le prix Monthyon. Le même honneur lui avait été accordé, il y a une quinzaine d'années, pour la constitution scientifique de l'orthopédie; c'est aujourd'hui la ténotomie généralisée, constituée dans ses principes et dans ses règles d'application, qui a la faveur du corps savant. Si nous disions les noms de quelques-uns des membres de la commission qui ont signé le rapport, on y verrait sans doute comme nous, c'est-à-dire comme la Chronique, qui parle ici pour son compte particulier, un haut témoignage d'impartialité faisant autant d'honneur à ceux qui l'ont donné qu'à celui qui l'a reçu.

— A ce propos, l'Académie des sciences a pris une décision que nous éprouvons quelque scrupule à blâmer dans un moment où elle nous touche de si près, et que nous ne pouvons pourtant nous empêcher de regretter dans l'intérêt de l'avenir. La richesse de la dotation Monthyon lui permet de proposer aux travailleurs de magnifiques sujets d'émulation; elle a profité souvent de cette latitude. Mais elle vient de fixer à 2,500 fr. le maximum des prix Monthyon, par la raison que le maximum des prix institués par l'Académie elle-même ne s'élève pas au-dessus de 3,000 fr. Sincèrement, nous ne voyons pas quelle importance on peut attacher à une rivalité de ce genre, et comment l'Académie serait humiliée parce qu'une fondation la dépasserait en munificence. On fait assez quand on fait ce qu'on peut; une largesse est chose relative, dont le mérite se mesure à l'abondance de la source où elle est puisée; et ce qui est générosité, profusion, chez l'un, peut être ladrerie chez l'autre. D'où que proviennent les fonds, est-ce que ce n'est pas toujours l'Académie qui est, en réalité, la dispensatrice, la dispensatrice souveraine, des prix? Est-ce qu'elle ne fixe pas les conditions, les règles, le sujet des concours? Est-ce qu'elle ne juge pas les travaux et ne couronne pas le vainqueur? Qu'importe alors qu'elle agisse pour son compte ou comme fondée de pouvoir? Un prix Monthyon, c'est véritablement un prix de l'Académie au même titre qu'un prix fondé par l'Académie elle-même; et ceux qui

distincts : je me suis borné à appeler *induration* cette sorte de lésion, sans lui donner encore le nom de carnification, quoiqu'elle ait beaucoup d'affinité avec cette dernière.

Il est croyable que la totalité du liquide infiltré ne sert pas toujours à former la carnification, mais que si la quantité de ce liquide est considérable une partie sert à la transformation, une partie est résorbée. Ce qui semble l'indiquer, c'est que nous avons trouvé plusieurs fois une certaine quantité de liquide dans un parenchyme déjà fortement carnifié. Dans ces cas, tout le liquide n'avait donc pas été employé pour la formation de la carnification.

On ne peut admettre que ce soit en mettant obstacle à l'entrée de l'air dans les extrémités bronchiques et les vésicules, que l'infiltration détermine la carnification du poumon ; car on trouve des carnifications très-prononcées dans des organes que l'œdème a déjà quittés ; les plus avancées se présentent même ordinairement dans cet état. Si ce mode de formation était réel, une fois la disparition ou même la diminution de l'œdème survenue, l'air rentrant dans sa partie altérée, la carnification devrait disparaître. Comment avec cette théorie expliquerait-on que la partie carnifiée du poumon reste perméable à l'air pendant toute la durée de la maladie, comme on l'observe dans plusieurs cas ? Si l'on peut jusqu'à un certain admettre cette explication pour une carnification très-limitée, cela n'est plus possible lorsque cette altération occupe un grand espace. D'ailleurs, pour le foie, on ne pourrait invoquer une explication semblable, à moins que l'on ne prétendît que l'infiltration y détermine la carnification, en fermant l'accès aux liquides destinés à l'accomplissement des fonctions de cet organe ; mais alors la carnification devrait disparaître en même temps que l'infiltration, ou peu de temps après celle-ci, tandis que des modifications toutes contraires sont observées, et de plus les actes fonctionnels du foie seraient suspendus pendant un certain temps, et nous avons vu dans les notes précédentes, nous verrons plus loin dans ces généralités, que le foie continue à fonctionner pendant l'existence de la carnification.

Passons maintenant en revue les principales particularités relatives à la carnification, et voyons si elles s'accordent avec l'explication que je préconise du mode de formation de cette altération.

Parmi celles que comprend l'anatomie pathologique, nous devons d'abord revenir sur l'augmentation de consistance du tissu carnifié. Cet endurcissement déterminé par une infiltration de liquide ne doit pas étonner ; n'est-ce pas, en effet, par une série de transformations analogues que se développe l'induration de la rate dans la fièvre intermittente, celle du tissu cellulaire dans le sclérème ? Ces altérations ne sont-elles pas le résultat de l'infiltration d'un liquide ? Ne voit-on pas aussi l'induration succéder à une infiltration de liquide, dans la cirrhose consécutive, suivant M. Becquerel, à la congestion du foie ? L'induration qui se manifeste dans la gangrène de la bouche suit l'œdème des tissus qui environnent l'ulcération. Enfin l'afflux prolongé des humeurs ne concourt-il pas aussi au développement de l'induration qui se manifeste dans les inflammations chroniques ?

Nous avons trouvé, dans quelques-unes des observations précédentes, la cohésion du tissu carnifié un peu moindre que celle du tissu sain. M. Rufz, en observant chez les enfants de 2 à 6 ans une altération qui se rapproche de la carnification, sans être toutefois identique avec elle, avait noté aussi une diminution de consistance du tissu. Il semblerait que la diminution de cohésion que nous avons rencontrée est une altération contraire à la carnification, puisque l'un des caractères principaux de celle-ci est l'augmentation de consistance ; mais la contradiction n'est qu'apparente. En effet, il est naturel que l'infiltration du liquide dans la trame du tissu commence par y déterminer un léger ramollissement ; mais ultérieurement l'induration se manifeste lorsque la carnification doit survenir, et cette induration est ordinairement d'autant plus grande que la carnification est plus parfaite.

Au lieu que la carnification se développe, il arrive quelquefois que le tissu reste ramolli ; le ramollissement peut donc survenir dans des circonstances analogues à celles qui accompagnent la carnification.

J'ai aussi observé des faits qui semblent indiquer qu'il y a un certain rapport entre la carnification et la splénisation, que le mode de production de ces deux altérations n'est pas très-différent ; ainsi j'ai rencontré chez le même sujet un poumon carnifié et l'autre splénisé, et même la splénisation et la carnification occupant des portions voisines d'un même organe. De plus, l'analogie d'aspect est assez grande entre la splénisation et la carnification commençante, pour que l'on soit quelquefois embarrassé de rapporter une lésion à la première ou à la seconde. La splénisation est due, comme la carnification, à une infiltration, et son développement est favorisé par des conditions peu éloignées de celles qui président à la formation de la carnification ; il y a toutefois entre les conditions productrices de l'une et de l'autre, ainsi qu'entre les formes d'infiltration qui leur donnent naissance, des différences dont quelques-unes peuvent être appréciées. Par exemple, la splénisation est le plus souvent observée dans les fièvres graves. La carnification survient aussi ordinairement chez les sujets débilités, mais n'est pas liée, comme l'autre, à un état fébrile aigu ; souvent, au contraire, elle est le résultat d'un œdème apyrétique ; et si elle-même est quelquefois accompagnée de fièvre, cette fièvre, dans la plupart des cas, ne l'a pas précédée et dure moins longtemps qu'elle. Dans la fièvre typhoïde où l'on rencontre si souvent la splénisation et très-rarement la carnification, il n'y a pas tendance à l'hydropisie, mais seulement à une sorte de stase des liquides et au ramollissement, altérations que l'on trouve, dans ces circonstances, en plusieurs organes, dans le poumon, dans la rate dont la lésion a beaucoup de rapport avec celle du premier de ces viscères. La carnification se développe, au contraire, dans des cas où il y a tendance à l'induration ; il semble qu'un élément d'activité concourt à la produire, tandis que la splénisation paraît plus passive. J'incline à penser que l'infiltration qui accompagne la carnification est plus considérable que celle qui accompagne la splénisation. De plus, dans la splénisation pulmonaire, le liquide paraît se déposer surtout dans l'intérieur des bronches et des vésicules pulmonaires, il semble y être en plus grande quantité que dans le tissu qui les sépare ; ainsi M. Denis a très-bien précisé que, dans cette altération, les cellules pulmonaires étaient en partie remplies de sang. Enfin, dans la splénisation, les tuyaux respiratoires ne subissent pas une compression extérieure, susceptible de diminuer leur calibre et de gêner l'introduction de l'air dans leur cavité. De cet état des canaux aérifères et du lieu que le liquide occupe, il résulte que l'on perçoit presque toujours des râles humides au niveau de la partie splénisée. Nous verrons que la carnification diffère de la splénisation par le lieu dans lequel se dépose le liquide infiltré, par les modifications imprimées au calibre des tuyaux respiratoires, et quelquefois par les signes que révèle l'auscultation.

La coloration grisâtre ou brun grisâtre de la carnification s'accorde avec la teinte que le mélange de la sérosité est susceptible de donner au parenchyme. Ce mélange doit le décolorer, et, en effet, l'organe semble ordinairement se décolorer un peu, en se carnifiant. Il n'est pas rare, toutefois,

---

reçoivent le premier ne s'avisent guère de dire qu'ils ont mérité les faveurs de M. de Monthyon, mais reportent à l'Académie toute leur gratitude. Dans la pratique, la mesure dont il s'agit est préjudiciable aux travailleurs et à la science. On ne sait pas assez ce que coûtent de peine et d'argent ces grands travaux qui viennent de temps à autre demander une récompense. On croit qu'une dizaine de mille francs, par exemple, sont toujours un large et magnifique dédommagement, tandis que parfois, à côté de l'ambition satisfaite, l'intérêt matériel reste lésé. Il serait puéril de le dissimuler, l'abaissement du taux maximum des rémunérations en argent peut refroidir le zèle de ceux qui, dépourvus de grandes ressources personnelles, craindraient de porter atteinte à leur position en se lançant à leurs risques et périls dans des travaux dispendieux.

— L'Académie de médecine a, comme on sait, prorogé sa séance annuelle qui devait avoir lieu mardi dernier. C'est très-bien avisé. La docte compagnie ne ressemble pas à Archimède ; elle ne travaille pas à l'aise sous le coup de graves événements. Les deux dernières séances se sont passées en partie dans la salle d'attente. Il paraît pourtant que la cérémonie a été remise à très-court délai ; on a jugé avec raison que les esprits élevés seraient promptement rassérénés ; c'est le propre des savants et des sages. M. le secrétaire perpétuel qui tremblait un peu pour son éloge de Hallé, enfant chéri, caressé et attifé, peut se produire en toute confiance. Les préoccupations du jour ne détourneront pas l'attention ; le discours, sans doute, saura la stimuler.

Une autre affaire occupe le conseil d'administration : de celle-là, nous ne dirons que ce que nous en a appris un vague bourdonnement entendu à travers la porte du conseil. Il est d'usage que le vice-président d'une année passe président pour l'année suivante, et ainsi l'Académie n'a ordinairement à pourvoir, quand vient l'époque de renouvellement de son bureau, qu'à la première de ces fonctions. Véritable imitation du consulat antique, dans lequel le consul en charge était remplacé par le *consul désigné*. Or, suivant le bruit public, le consul désigné de l'Académie, l'honorable M. Louis, que la fermeté de son caractère autant que la droiture de son esprit rendaient si propres à entrer en charge, décline cette dignité. Voilà de l'antique pur et qui justifie pleinement le trait d'érudition que nous venons de nous permettre. L'Académie est donc en travail tout à la fois d'un président et d'un vice-président. On va jusqu'à nommer le premier ; si la rumeur est véridique, c'est un membre qui a en depuis quelque temps avec l'autorité des rapports que ses nouvelles fonctions continueraient très-naturellement et qui apporterait, à la visite officielle de l'Académie, dans une circonstance prochaine, un visage, une voix et un zèle connus. Qui vivra verra.

A. Dechambre.

— Le 12 décembre prochain sera close la liste des candidats au concours pour la chaire de clinique médicale qui doit s'ouvrir le 12 janvier 1852.

de rencontrer des carnifications d'un brun foncé ou rougeâtres. Ces dernières sont ordinairement le produit d'une infiltration séro-sanguinolente, et la coloration rouge de la carnification est d'autant plus intense, que la proportion du sang est plus considérable dans la sérosité. Lorsque, chez un sujet, la sérosité épanchée dans les séreuses est rougeâtre, la carnification présente ordinairement une teinte foncée.

L'infiltration du liquide gonfle la substance de l'organe; aussi la carnification augmente ordinairement le volume du foie et de la rate; celui de la rate l'est beaucoup plus que celui du foie, ce qui est en rapport avec la perméabilité plus grande de la substance de la première à l'infiltration. Pour le poumon, l'augmentation de volume est beaucoup moins sensible; l'une des causes de cette différence est l'obstacle qu'opposent à l'accroissement de volume les parties qui entourent l'organe. De plus, l'air que renferme un poumon sain donne autant de volume à ce viscère que la carnification. Il peut même arriver qu'il y ait assez d'air dans les portions saines du poumon, pour que la partie carnifiée soit proportionnellement moins volumineuse que les parties voisines, ce qui fait paraître sa surface déprimée; c'est ce qui a lieu, à plus forte raison, pour peu que les portions voisines de la carnification soient emphysémateuses. En résumé, on peut dire que le volume de la partie carnifiée l'emporte ordinairement plus ou moins sur celui de cette même partie à l'état sain, et, pour le poumon, que la portion carnifiée a un peu plus de volume qu'elle n'en aurait, si elle était saine et privée d'air.

Toutefois, l'organe commence par avoir plus de volume, quand il n'est encore qu'infiltré, qu'il n'en a, ensuite, lorsqu'il se carnifie, et, en se condensant, le parenchyme subit une sorte de retrait.

A l'augmentation de volume de l'organe carnifié est jointe une augmentation de poids qui lui est à peu près proportionnelle; ainsi, la différence du poids entre la rate carnifiée et la rate saine est, comme celle du volume, beaucoup plus considérable que celle que l'on trouve entre le foie sain et le foie carnifié. Pour le poumon, il est une disposition qui rend très-sensible la différence de poids de l'organe sain et de l'organe carnifié, c'est que, sur un cadavre, la partie carnifiée ne contient pas ordinairement d'air, ou n'en contient qu'une très-petite quantité. En général, la pesanteur spécifique du poumon est d'autant plus grande que la carnification est plus prononcée.

La privation d'air explique l'absence de crépitation dans la substance carnifiée, pressée entre les doigts.

L'obstacle apporté à l'introduction de l'air dans l'arbre respiratoire, pendant la vie, est la tuméfaction de la trame organique, résultant de l'infiltration. Cette tuméfaction détermine l'aplatissement des vésicules pulmonaires et des ramifications bronchiques, comme l'inspection, même la plus superficielle, le démontre pour les bronches de moyen calibre. Les parois des cavités aériennes sont rapprochées l'une contre l'autre, et ces cavités sont plus ou moins rétrécies et, même, lorsque la carnification est prononcée, annihilées; mais elles ne sont pas détruites, car souvent l'insufflation démontre qu'elles sont encore perméables. Il n'en est pas de même, on le sait, dans l'hépatisation, puisque dans celle-ci l'insufflation des poumons est impossible (1), ou ne produit qu'un résultat incomplet. Cette différence dépend de ce que, dans l'hépatisation, la maladie affecte les vésicules pulmonaires elles-mêmes, et les extrémités bronchiques, dont les cavités sont obstruées par le sang qu'elles renferment et par la turgescence de leurs parois, tandis que, dans la carnification, la principale modification subie par les cavités aériennes et leurs parois est une compression déterminée par la tuméfaction du tissu qui les entoure. Dans l'hépatisation, l'altération est intérieure; dans la carnification, elle est extérieure aux cavités respiratoires. Il n'est donc pas étonnant que, dans le premier cas, l'air insufflé ne puisse entrer ou n'entre qu'avec une grande difficulté dans des cavités déjà pleines; tandis que, dans le second, il pénètre ordinairement plus facilement, en écartant l'une de l'autre les parois simplement rapprochées par une compression extérieure.

La modification imprimée aux extrémités de l'arbre bronchique est semblable à celle que leur fait subir une compression appliquée à l'extérieur du poumon, un épanchement pleurétique, par exemple, cas dans lequel le poumon, à moins d'avoir été comprimé pendant un temps considérable, reste encore perméable à l'air insufflé. Aussi l'aspect du poumon ainsi comprimé offre une assez grande ressemblance avec celui du poumon carnifié. Il en diffère toutefois par une moindre homogénéité du tissu dont les éléments sont plus facilement distincts, et par son volume, qui est très-notablement diminué.

Il en diffère encore par une surface de section moins lisse, par une plus grande sécheresse. Ne doit-il pas en être ainsi, en effet, puisque la compression opérée sur le poumon empêche la pénétration des liquides dans cet organe, tandis que l'humidité qui accompagne la carnification s'accorde avec l'infiltration qui la détermine?

Ainsi que les ramifications bronchiques, les vaisseaux de l'organe carnifié sont ordinairement plus ou moins aplatis. Toutefois, la force d'impulsion du sang empêche que la compression annihile complétement leur cavité; au moins ceux d'un certain calibre restent presque toujours reconnaissables et tranchent, par leur coloration, sur les autres éléments, qui semblent confondus; dans un cas, même, je les ai trouvés béants. Il résulte, de la disposition des vaisseaux, que la circulation paraît n'être pas complétement interceptée, mais elle subit sans doute une gêne assez considérable, car nous trouvons noté dans les observations précédentes que les organes fortement carnifiés paraissent contenir très-peu de sang.

Dans un foie carnifié, le calibre des vaisseaux biliaires, de même que celui des rameaux de la veine porte, n'est pas ordinairement complétement annihilé; aussi la sécrétion et l'excrétion de la bile continuent-elles à s'effectuer.

L'œdème qui avait précédé la carnification persiste encore très-souvent après le développement de celle-ci. On le voit surtout coïncider avec les carnifications encore imparfaites; néanmoins, il n'est pas très-rare de le rencontrer encore avec les carnifications déjà arrivées à leur état complet, soit parce que leur développement a été rapide, soit parce qu'une cause quelconque entretient l'infiltration, ou s'oppose à sa résorption.

Lorsque l'on ne trouve plus d'œdème dans la partie carnifiée, on n'est pas pour cela autorisé à conclure que l'œdème n'a pas précédé la carnification; car souvent, ainsi que je l'ai dit, cet œdème reste encore dans les portions du même organe, autour de la carnification, ou dans un organe voisin, ou dans le reste du corps. Si ce genre de preuve manque, il est permis de supposer que l'œdème existait d'abord dans les environs, et qu'il a été résorbé; ou qu'il n'y avait eu d'œdème que dans la partie devenue ensuite le siége de la carnification, car l'œdème n'affecte pas nécessairement la totalité d'un organe.

Si, dans quelques cas, en fort petit nombre au reste, l'observation des symptômes semble indiquer que la carnification a commencé à se développer avant l'apparition de l'œdème sous-cutané, on ne serait pas fondé à arguer de cette succession que la carnification est indépendante de l'hydropisie, car ce n'est pas l'œdème sous-cutané qui produit la carnification; tous deux sont les effets d'une même cause, et il suffit, pour soutenir la théorie que je préconise, que cette cause, et non l'œdème sous-cutané, ait préexisté à la carnification, parce que, sous l'influence d'une cause générale d'hydropisie, d'une maladie de Bright, par exemple, un œdème viscéral et, par suite de celui-ci, une carnification, peuvent précéder l'apparition de l'œdème sous-cutané.

La coïncidence si fréquente de plusieurs carnifications et de plusieurs hydropisies, chez le même sujet, suffirait pour indiquer que ces altérations sont analogues et ont une commune origine; car, lorsque plusieurs lésions se rencontrent chez un sujet, elles sont le plus ordinairement dues à une même cause générale; de plus, une cause tend à produire dans toute l'économie des lésions analogues.

Dans les poumons à la fois carnifiés et œdématiés, j'ai trouvé, tantôt la sérosité spumeuse, tantôt cette sérosité privée d'air. L'absence de l'air dans la sérosité ne dépend pas seulement de la compression exercée par la carnification sur les tuyaux aérifères, puisque souvent le poumon carnifié est perméable à l'air. D'ailleurs on trouve la sérosité privée d'air dans des cas où la carnification est encore très-peu avancée et serait tout à fait impropre à intercepter le passage de l'air et dans des cas où l'œdème n'occupe pas le même lobe du poumon, ou le même poumon que la carnification qui, par conséquent, ne pourrait empêcher l'introduction de l'air dans les parties œdématiées. Je crois que l'absence de l'air dans le liquide infiltré dépend surtout de ce que ce liquide est déposé en dehors des tuyaux respiratoires, dans le tissu cellulaire. C'est d'ailleurs ce tissu que, dans tous les organes, l'infiltration affecte le plus souvent de préférence. C'est dans ce tissu gonflé par l'œdème que se développe la carnification. Dans les cas où la sérosité est déposée, à la fois, en dehors et en dedans des ramifications bronchiques, comme on l'observe assez souvent, la sérosité est ordinairement spumeuse, l'air venant se mêler à celle que contiennent les tuyaux respiratoires. Mais il n'est pas très-commun de voir la sérosité qui s'écoule des surfaces de section, spumeuse à un haut degré, parce que la quantité du liquide contenu dans les tuyaux aériens et mélangé d'air est beaucoup moindre que celle située en dehors de ces tuyaux et privée d'air, ce qui rend la proportion de l'air faible relativement à la quantité absolue du liquide; de plus la compression déterminée par la carnification ou par l'œdème extérieur aux ramifications bronchiques gêne probablement aussi l'introduction de l'air. Dans les cas, au contraire, où la sérosité est spumeuse à un haut degré, et où, par conséquent, la quantité du liquide dont est imbibée la trame celluleuse est faible relativement à celle du liquide contenu dans les tuyaux aériens, il se développe rarement une carnification pulmonaire.

(1) Legendre et Bailly, *loc. cit.*

Ainsi chez la plupart des sujets chez lesquels j'ai rencontré une carnification de la rate et du foie avec un œdème très-prononcé des poumons, ces derniers organes ne renfermaient pas de carnification, quoique la présence de cette altération dans deux autres viscères prouvât que les malades offraient des conditions favorables à son développement.

Pour confirmer ce que j'ai dit sur la fréquence de l'infiltration non spumeuse dans le cas de carnification, je rappelle que MM. Rilliet et Barthez(1) ont remarqué que si la carnification coïncidait avec l'œdème pulmonaire, le liquide dont la présence constituait cette dernière lésion était privé d'air.

Nous avons vu dans les notes précédentes que les vaisseaux, en particulier ceux de l'organe malade, contenaient quelquefois un sang resté liquide, ou très-pâle, ou même de la sérosité au lieu de sang. Ai-je besoin d'ajouter que ces états du sang sont singulièrement propres à favoriser la production de l'œdème ? De plus, en se rappelant que chez les enfants et les vieillards la proportion des matières solides du sang est moindre que chez les adultes(2), on pourrait soupçonner que cette différence influe sur la plus grande fréquence de la carnification aux deux extrêmes de la vie.

Le contour de la carnification est, dans certains cas, terminé brusquement; dans d'autres cas, l'altération se confond insensiblement avec le tissu sain qui l'environne. Cette seconde forme, la plus commune à observer dans le foie, est tout à fait d'accord avec la disposition des œdèmes qui ordinairement s'infiltrent de proche en proche dans les parenchymes organiques, sans s'arrêter brusquement, et diminuent graduellement, en s'éloignant de leur point de départ, ou du lieu dans lequel une condition quelconque, l'action de la pesanteur par exemple, ou la texture des parties, les accumule en plus grande quantité. L'autre forme n'est pas contraire à la production de la carnification par l'œdème, car cet œdème peut être borné par des intersections fibreuses ou fibro-celluleuses, ou par des séparations de lobules ou de lobes qui lui donnent des limites tranchées.

(La fin au prochain numéro.)

THÉRAPEUTIQUE.

MÉMOIRE SUR LES GOÎTRES QUI COMPRIMENT ET DÉFORMENT LA TRACHÉE-ARTÈRE ET SUR LEUR TRAITEMENT, D'APRÈS LES LEÇONS CLINIQUES DE M. LE PROFESSEUR BONNET (DE LYON); par M. R. PHILIPEAUX.

(Suite. — Voir les nos 48 et 49.)

ARTICLE IV. — Des principales méthodes qui ont pour but la destruction du goître.

Nous nous sommes occupés jusqu'ici : 1° des moyens employés pour résoudre les tumeurs et particulièrement les kystes de la thyroïde; 2° de la section des muscles qui, en comprimant la tumeur, la refoulent contre la trachée-artère; 3° de la méthode qui consiste à fixer le goître dans un lieu qui ne gêne en rien la respiration; il s'agit maintenant d'étudier et de passer en revue d'autres procédés chirurgicaux qui peuvent trouver leur utile application dans certains cas donnés où ceux que je viens de décrire sont inefficaces et même impossibles à être mis en usage.

Comme nous n'avons en vue dans ce moment que le traitement des kystes de la thyroïde, ceci nous ramène naturellement à discuter la valeur des principales méthodes chirurgicales employées pour combattre ces lésions, c'est-à-dire :

1° De la ponction simple;
2° De la ponction et de l'aspiration sous-cutanée;
3° De la ponction suivie des injections iodées;
4° Du séton;
5° De l'incision et de l'excision des kystes;
6° De l'ablation des kystes;
7° De la destruction de ces tumeurs par la cautérisation.

A. DE LA PONCTION SIMPLE.

La ponction simple, opérée avec un trocart, dans le but de donner issue au liquide que contiennent ces sortes de tumeurs, est une méthode palliative qui ne peut pas trouver son application utile lorsqu'il s'agit des kystes de la thyroïde; car, dans les cas que nous supposons, que peut-elle faire, sinon qu'enlever pour un moment le liquide qui se reproduira, puisque les parois de la tumeur n'ont subi aucune influence avantageuse de ce traitement.

B. DE LA PONCTION ET DE L'ASPIRATION SOUS-CUTANÉE D'APRÈS LA MÉTHODE DE M. JULES GUÉRIN.

Cette méthode serait, sans contredit, plus efficace que la ponction simple, puisqu'en vidant la tumeur à l'abri du contact de l'air, on cherche à irriter ses parois en y déterminant une fluxion sanguine, mais elle est insuffisante. Probablement utile dans les kystes séreux, elle ne doit pas être assez puissante pour oblitérer des goîtres cystiques, dont les parois sont trop fortes et trop dures pour pouvoir être suffisamment enflammées de manière à contracter des adhérences qui puissent oblitérer la cavité qu'elles délimitent.

C. DE LA PONCTION SUIVIE DES INJECTIONS IODÉES.

Un chirurgien de Genève, M. Maunoir, a le premier conçu l'idée de traiter les kystes de la thyroïde par les injections irritantes. Il se servit du vin; mais ses essais, qui datent de 1812, loin de l'encourager à cette pratique, comme on le croit généralement, lui firent repousser cette méthode de traitement comme dangereuse : « Quoi qu'il y ait une grande affinité, dit-il (MÉM. SUR LES AMP. DE L'HYDROCÈLE DU COU, p. 96) entre les tumeurs enkystées du cou et les hydrocèles de la tunique vaginale; il me paraît cependant que, dans l'hydrocèle du cou, le kyste étant plus dense, l'on a plus de peine à en déterminer l'inflammation adhésive; aussi, dans le traitement, ne doit-on pas se laisser guider par l'analogie, et il ne convient pas d'avoir recours à la cure, par injection, parce qu'elle semble au premier coup d'œil devoir être la meilleure; j'ai voulu la tenter et j'ai été obligé d'y renoncer, comme une méthode vicieuse et qui n'est pas sans danger, etc. »

Les choses en seraient peut-être restées là, si M. Velpeau n'avait (RECHERCHES SUR LES CAVITÉS CLOSES, p. 144) appelé l'attention des praticiens sur les avantages des injections iodées appliquées aux kystes de la thyroïde, et n'eût cité de nombreux faits qui prouvent l'incontestable utilité de ce nouveau mode de traitement.

A peine avait-on connu les résultats des injections iodées appliquées aux kystes du cou, que ce traitement était mis en usage par plusieurs chirurgiens, notamment par M. Bouchacourt, à Lyon, qui n'a pas peu contribué à la vulgariser.

Il ressort d'un travail sur le goître cystique, inséré dans le BULLETIN DE THÉRAPEUTIQUE de 1844, et d'un mémoire publié dans le JOURNAL DE MÉDECINE DE LYON, année 1848, par M. le docteur Gallois, ancien interne des hôpitaux, que ce chirurgien s'est parfaitement bien trouvé de l'emploi de ce traitement.

Comme nous n'avons en vue que le traitement des kystes de la thyroïde qui compriment et déforment la trachée-artère, ce n'est pas ici le lieu de rechercher si cette méthode thérapeutique, appliquée aux goîtres cystiques, est préférable à toute autre, ni de faire connaître les cas qui en réclament ou contre-indiquent l'emploi : il s'agit, pour nous, de discuter la question d'opportunité, c'est-à-dire si ces injections peuvent convenir aux kystes de la thyroïde qui amènent l'oppression.

M. Bonnet ne pense pas que ce traitement soit utile dans les cas qui nous occupent. En voici la raison : sans parler des accidents redoutables de décomposition putride qui peuvent survenir quelquefois à la suite des injections iodées, l'expérience prouve que, sous l'influence de ce traitement, la tumeur augmente immédiatement de volume par le fait de l'inflammation que l'on a cherché à susciter dans son intérieur : or cette circonstance ne suffit-elle pas à elle seule pour faire rejeter cette thérapeutique qui produit sur le tube aérien une cause comprimante de plus, capable d'amener la suffocation des malades, leur asphyxie, et par suite leur mort, comme cela a eu lieu?

D. DU SÉTON.

Le séton est une méthode de traitement assez ancienne, et qui compte encore de nombreux partisans. Cette médication, employée par Dupuytren, a été fortement préconisée dans ces derniers temps par M. Quadri, qui a voulu la donner comme nouvelle. Cet auteur introduit un ou plusieurs sétons, suivant le volume de la tumeur.

Appliquée aux kystes de la thyroïde, qui n'ont pas été ouverts, cette méthode peut être suivie d'accidents graves capables de compromettre la vie des malades; l'air pénètre par ses ouvertures dans la cavité de la tumeur, souvent pleine de caillots sanguins, et y favorise leur décomposition. Des liquides fétides, mélangés d'air s'écoulant au dehors, ont souvent montré le caractère putride des matières contenues dans le kyste, et soumises à l'absorption. L'on a vu, sous l'influence du séton, se développer une fièvre de mauvaise nature, et si la mort n'est pas survenue, la suppuration longue et abondante a plus d'une fois été très-difficile à tarir et n'a pas amené la

(1) *Loc. cit.*, art. *Œdème des poumons.*
(2) Dumas, art. *Sang*, in CHIMIE APPLIQUÉE AUX ARTS, 1846, t. VIII.

destruction complète de la tumeur. Ces conséquences funestes conduisant donc à proscrire cette pratique et à la déclarer insuffisante et même dangereuse, elle ne doit pas, par suite, nous arrêter plus longtemps.

E. DE L'INCISION DES KYSTES.

L'incision des kystes peut se faire de deux manières différentes :

On l'on en pratique une très-petite, ou l'on en fait par contre une très-grande.

Si l'on se borne à une incision très-peu étendue, il est à craindre que les liquides contenus dans la tumeur ne s'écoulant pas d'une manière complete, se vicient par le contact de l'air, et ne donnent naissance aux accidents de résorption que j'ai indiqués ci-dessus.

L'incision longitudinale de la tumeur, l'enlèvement des caillots sanguins et les pansements avec de la charpie sèche ou imbibée de liqueurs alcooliques réussissent dans quelques cas; mais l'action de ce moyen n'est pas assez sûre; dans les kystes de la thyroïde, il expose à des pertes de sang, toujours à craindre chez un malade en proie à une fièvre de résorption, et le plus souvent il est impuissant à procurer une cure complète qui ne peut s'obtenir qu'en détruisant les parois du kyste.

F. DE L'ABLATION DES KYSTES.

On sait que l'ablation des kystes de la thyroïde par l'instrument tranchant a été surtout mise en usage dans les cas de goître qui amènent l'oppression.

Or cette opération hardie n'est certainement pas sans danger; cela se conçoit sans peine, car, pour ce qui regarde le manuel opératoire, il est des plus dangereux. En effet, la nature, en circonscrivant la glande thyroïde dans des limites vasculaires multiples, semble l'avoir rendue pour ainsi dire inaccessible à nos instruments tranchants : les thyroïdiennes supérieures en haut; en bas, les inférieures, et quelquefois cette branche plus ou moins considérable que, le premier, Neubeauer a décrite; sur les côtés, les carotides primitives et les jugulaires internes; au devant, un lacis veineux très-étendu, et de plus, le voisinage de la trachée-artère, des nerfs récurrents et de la paire vague forment à l'extirpation des kystes de la thyroïde, des obstacles qui ont arrêté les anciens et que quelques modernes n'ont franchi qu'en tremblant; pour ce qui regarde les suites de cette opération, elles sont aussi dangereuses; en effet, on a une vaste plaie offrant une foule de bouches veineuses béantes, circonstance extrêmement propre à donner lieu à l'infection purulente.

Aucune des méthodes de traitement que nous venons d'énumérer ne paraissant à M. Bonnet supérieure à celle qui consiste à détruire ces kystes par la cautérisation, nous allons exposer ses idées à ce sujet et montrer les modifications importantes que cette puissante méthode a subies entre ses mains.

G. DE LA DESTRUCTION DES KYSTES DE LA THYROÏDE PAR LA CAUTÉRISATION.

Le traitement des kystes de la thyroïde par la cautérisation est une méthode déjà très-ancienne. Fortement recommandée par Celse et Heister, elle a été mise en usage par bon nombre de chirurgiens entre les mains desquels elle n'a pas cependant produit les résultats que l'on était en droit d'en attendre. De nos jours, cette pratique est pour ainsi dire abandonnée; elle ne trouve que des détracteurs, et si ce n'étaient quelques cas isolés que l'on cite çà et là de temps en temps, elle serait oubliée et ne figurerait plus que dans les traités de thérapeutique, comme un témoignage de sa complète impuissance.

Il importe cependant de faire revivre une méthode si injustement délaissée; il faut surtout démontrer que si la cautérisation n'a pas répondu aux espérances de certains chirurgiens, cela provient de ce qu'ils l'ont employée en suivant des procédés vicieux. En effet, les uns ne faisant à son aide que des destructions superficielles et petites, elle a dû rester sans succès; d'autres, au contraire, voulant attaquer à la fois sans tenir compte d'aucune règle toute l'étendue du mal, ont vu survenir à la suite des accidents très-redoutables. La fin de ce travail va donc être consacrée à prouver les avantages de la cautérisation et à mettre sous les yeux des lecteurs la pratique de M. le professeur Bonnet.

La cautérisation des kystes de la thyroïde, avance ce chirurgien, peut s'exécuter de trois manières différentes.

Premier procédé, *répondant à l'incision peu étendue avec l'instrument tranchant; cautérisation d'une petite partie de la paroi antérieure du kyste.*

Deuxième procédé, *correspondant à l'incision de haut en bas de la paroi antérieure du kyste; cautérisation profonde et longitudinale de la paroi antérieure du kyste avec le chlorure de zinc.*

Troisième procédé. *Cautérisation profonde de toute la largeur de la paroi antérieure et de la surface interne du kyste. Ce procédé répond à l'excision ou à l'extirpation de ces tumeurs.*

CAUTÉRISATION D'UNE PETITE PARTIE DE LA PAROI ANTÉRIEURE DU KYSTE.

Ce procédé, vanté par Sabatier et Boyer et mis depuis lors en usage par quelques chirurgiens, consiste à appliquer sur la paroi antérieure du kyste un morceau de potasse caustique. Dès que l'escarre est formée on l'incise pour placer à son centre un autre morceau de caustique, et l'on continue de la sorte jusqu'à ce qu'on ait pratiqué une ouverture qui puisse donner issue au liquide que contient la tumeur. On peut se servir, pour exécuter une semblable cautérisation, de la potasse caustique, en suivant le procédé mis en usage pour ouvrir un exutoire, ou bien du chlorure de zinc ou du caustique de M. Rivallié. Cette cautérisation est vicieuse et ne mérite pas d'être conservée dans la pratique. En effet, par ce procédé on n'ouvre qu'une petite partie du kyste; le liquide contenu dans son intérieur ne pouvant dès lors être évacué en totalité, se décompose et se putréfie sous l'influence de l'air, et peut produire des phénomènes d'intoxication générale extrêmement graves. De plus, cette cautérisation n'étant pas assez forte pour provoquer l'adhérence des parois de la tumeur, ceci nous explique pourquoi elle compte jusqu'ici si peu de succès.

Dans le but d'obvier à ces inconvénients, on a proposé de faire par ce procédé de cautérisation plusieurs trous au kyste; M. Bonnet a même réalisé et mis en pratique cette dernière méthode de traitement par l'introduction à travers la tumeur d'un séton caustique. Il perce le kyste de part en part à l'aide d'un instrument qui a la forme d'une aiguille à l'une des extrémités de laquelle se trouve adaptée une mèche, sur laquelle est enroulé et solidement fixé par des fils un morceau de pâte de chlorure de zinc. Ce séton caustique, introduit comme un séton ordinaire, est laissé à demeure pendant quatre à cinq jours. On comprend facilement qu'un, deux ou trois sétons seront jugés nécessaires, suivant le plus ou moins gros volume de la tumeur.

En agissant de la sorte, on peut espérer que le caustique mis en rapport avec une plus grande étendue du kyste y suscite une inflammation assez forte pour que, lors de l'élimination des escarres, les parois de la tumeur soient suffisamment détruites et enflammées pour que le restant soit entraîné par la suppuration.

L'application seule du séton caustique, quoique préférable au procédé décrit ci-dessus, en ce qu'elle n'occasionne pas à sa suite des accidents aussi graves que ceux que nous avons mentionnés, ne produit pas cependant tout le bien que l'on est en droit d'en attendre. Son action est très-lente, et le caustique en contact avec les liquides qui restent dans l'intérieur du kyste ne tarde pas à se dissoudre en partie et à perdre ses propriétés; puis lorsque l'élimination des escarres survient, on a bien alors deux ouvertures qui donnent issue au pus, en grande abondance; mais l'inflammation suppurative n'est souvent pas assez forte pour détruire complétement les parois de la tumeur.

On peut cependant à son aide en obtenir des résultats avantageux, à en juger par le fait suivant.

GOÎTRE CYSTIQUE EXTRÊMEMENT VOLUMINEUX DATANT DE DIX-HUIT ANS; OUVERTURE DES KYSTES ET CAUTÉRISATION D'UNE PARTIE DE LEUR PAROI ANTÉRIEURE AU MOYEN D'UN SÉTON CAUSTIQUE; FIÈVRE ET MALAISE GÉNÉRAL PEU PRONONCÉS PENDANT LES PREMIERS JOURS QUI SUIVENT L'OPÉRATION; GUÉRISON.

OBS. VI. — Antoinette Allemand, âgée de 33 ans, d'une constitution délicate, entre à l'Hôtel-Dieu de Lyon, le 3 décembre 1850, à cause de la gêne et de la douleur que lui occasionnait un goître extrêmement volumineux dont le développement avait commencé depuis l'âge de 15 ans. Le goître était formé par deux tumeurs fluctuantes, l'une à la partie moyenne, l'autre au côté droit du cou. Cette dernière portion du goître était le siége d'une inflammation phlegmoneuse. Au moment de l'entrée de la malade à l'Hôtel-Dieu, en mesurant la partie antérieure du cou au moyen d'un fil passant sur les tumeurs, on trouva 0,37 centim. dans le sens transversal, 0,10 centim. de hauteur à gauche, et 0,17 centim. à droite. De ce côté, la tumeur s'élevait jusqu'à l'oreille. Les mouvements de la tête étaient rendus très-difficiles par le volume du goître. La malade était sujette à des maux de tête et à des bourdonnements d'oreilles; la respiration était médiocrement gênée.

Le 6 décembre, M. Bonnet passa au travers du goître deux sétons chargés de pâte de chlorure de zinc, l'un traversait obliquement de haut en bas et d'arrière en avant le kyste qui existait à droite; il s'écoula du pus au moment de l'opération; l'autre était dirigé transversalement à la partie moyenne du cou; un intervalle de 0,10 centim. séparait les deux ouvertures. Le liquide qui s'écoula était peu consistant et de couleur chocolat.

Pendant la journée qui suivit, la malade souffrit, elle eut de la fièvre et de l'insomnie; cependant elle ne se plaignit pas d'éprouver un malaise considérable.

Le 10 décembre, la suppuration commence à se faire jour par les ouvertures des sétons; elle était mélangée à une quantité considérable de sérosité. L'abcès qui existait sur le côté droit du goître s'était ouvert à la partie moyenne de

la tumeur. La totalité du goitre était le siège d'une inflammation marquée; la peau était chaude; il existait une fièvre continue peu intense.

Le 16 décembre, les escarres se détachèrent, le volume du goitre avait diminué considérablement.

Le 31, M. Bonnet passa un séton caustique à travers les deux ouvertures les plus déclives formées par la première opération; son but était de couper ainsi, dans une partie de son étendue, la paroi antérieure du goitre et de faciliter l'issue de la suppuration. Cette seconde opération ne produisit qu'une douleur passagère et un malaise général.

Le 25 janvier 1851, la diminution du volume du goitre était telle que la largeur du cou n'était plus que de 0,17 centim., au lieu de 0,37; la suppuration continuait à s'écouler en quantité assez considérable; elle était mélangée à de petits fragments, débris des parois du kyste. L'ouverture inférieure, la seule qui ne fût pas cicatrisée entièrement, était rétrécie de manière à ne pas donner une issue facile aux liquides sécrétés. M. Bonnet introduisit par cette ouverture une mèche de coton recouverte de pâte de chlorure de zinc. Il espérait modifier ainsi la surface interne du kyste en même temps qu'il agrandirait l'orifice extérieur.

Ce résultat fut obtenu en effet; car après la chute de l'escarre, la sécrétion séro-purulente fournie par la surface interne du goitre se tarit peu à peu, et elle était presque nulle lorsque la malade voulut quitter l'hôpital le 11 février 1851.

Sa santé générale était alors assez bonne; cependant elle était encore pâle, amaigrie. La fièvre qu'elle avait eue pendant une quinzaine de jours, la sécrétion abondante qui s'était faite de l'intérieur des kystes, le séjour à l'hôpital, expliquent suffisamment cet état. Elle ne tarda pas d'ailleurs à recouvrer une santé parfaite; et deux mois après sa sortie de l'hôpital elle était à peine reconnaissable, tant elle était changée par suite de la disparition du goitre et du développement de son embonpoint. A la partie moyenne du cou, il restait seulement une tumeur du volume d'un petit œuf, d'une dureté osseuse. Il existait aussi une petite plaie fistuleuse, de 3 à 4 centim. de profondeur, au fond de laquelle on sentait une surface dure et rugueuse; c'était sans doute une esquille formée aux dépens des parois du kyste. Il sera facile d'en obtenir l'élimination en agrandissant un peu, à l'aide de la cautérisation, l'orifice extérieur.

(La fin au prochain numéro.)

REVUE DES JOURNAUX DE MÉDECINE.

JOURNAUX ANGLAIS.

I. LONDON MEDICAL GAZETTE.

(Suite.)

SUR LE TRAITEMENT DU CROUP; par le docteur KESTEVEN.

L'auteur passe successivement en revue les trois indications auxquelles il réduit le traitement du croup, et qui sont: de calmer le spasme qui menace de suspendre la respiration, d'arrêter la phlegmasie, d'expulser les produits de la sécrétion morbide. La plupart des préceptes posés par M. Kesteven sont connus et pratiqués chaque jour; mais il insiste particulièrement sur la nécessité de combattre de bonne heure les accidents spasmodiques, sur les avantages du séjour dans un air humide, et sur un moyen employé par le docteur Green (de Philadelphie), pour faciliter l'expulsion et enrayer la formation des fausses membranes.

L'existence de la toux convulsive indépendante du dépôt de lymphe plastique, ne peut guère être révoquée en doute, et elle a le grave inconvénient de fatiguer les petits malades et de gêner l'hématose: il est donc utile de la combattre par des moyens spéciaux. Inutile de les indiquer ici: chacun les connaît, et l'auteur n'en indique pas de nouveaux. Nous ne voulons que constater l'accord de notre sentiment avec le sien.

Les avantages du séjour de l'enfant dans une atmosphère humide et chaude ont été surtout prônés en Angleterre par le docteur Golding Bird (MEDICAL GAZETTE, nouvelle série, vol. I). On entretient dans la chambre du malade un feu continu sur lequel on place une large chaudière pleine d'eau et munie d'un tube qui envoie la vapeur dans l'intérieur même de l'appartement. On prend d'ailleurs les précautions nécessaires pour que le tirage des portes et des fenêtres n'entraîne pas trop vite la vapeur. Le degré de température qui doit être entretenu en permanence est de 70 à 78° (Farenheit). Ce moyen ne doit pas être négligé, et il serait probablement applicable à d'autres affections que le croup, par exemple, à l'asthme et à la coqueluche.

Quant au moyen thérapeutique mis en usage par M. Green, et qui, par parenthèse, a été imaginé et pratiqué en France depuis longtemps, nous avons eu occasion d'en parler l'année dernière (GAZ. MÉD., 1850, p. 511); il s'agit de la cautérisation laryngée avec une solution concentrée de nitrate d'argent. M. Green emploie ce moyen contre beaucoup d'affections du larynx, et M. E. Watson dit l'avoir expérimenté avec succès contre la coqueluche. Le premier porte le caustique, au moyen d'une petite éponge, sous l'épiglotte, de manière à atteindre l'ouverture de la glotte; le second assure qu'il pénètre jusque dans le ventricule. On peut voir ce que nous avons dit sur ce sujet. Pour ce qui est de l'effet de la cautérisation dans le croup, il est réellement des plus avantageux. Qu'on se serve d'acide hydrochlorique ou de nitrate d'argent, si l'on a soin de porter l'éponge seulement à l'entrée du larynx, de manière que le liquide coule entre les lèvres de la glotte, on provoque l'expulsion des membranes muqueuses, on apaise le spasme, on produit la détersion de la muqueuse. Ce moyen est aujourd'hui jugé, et nous ne pouvons nous empêcher de dire que les Anglais et les Américains n'ont rien ajouté de sérieux sur ce point à ce qu'on avait fait en France.

SUFFOCATION PRODUITE PAR L'ACIDE SULFURIQUE; MORT RAPIDE; par le docteur W. W. GULL.

L'intérêt particulier de cette observation réside dans cette circonstance singulière que l'acide sulfurique a tué par son action *sur les voies respiratoires*, sans toucher les organes digestifs.

Une femme fut trouvée morte dans sa chambre: elle était assise sur une chaise, la tête renversée en arrière, appuyée sur le lit, et légèrement penchée sur l'épaule droite. La bouche était pleine de mucosités tenaces. Les lèvres, les dents, les gencives, portaient la trace d'une corrosion par un acide. La main droite, placée en travers du corps, tenait une petite fiole sur laquelle était écrit: *acide sulfurique, poison*. Il en restait environ une demi-drachme. La mort datait déjà de quelque temps; les extrémités étaient froides. Or, voici ce qui fut constaté à l'autopsie.

La langue était contractée, l'épiglotte corrodée et réduite à une languette triangulaire dentelée sur les bords. Les cordes vocales étaient détruites, particulièrement la droite. Il en était de même de la muqueuse trachéale, et l'on voyait les cartilages comme disséqués. L'acide avait pénétré dans les deux poumons, attaqué profondément le parenchyme, perforé la plèvre gauche, détruit le feuillet costal et rongé les côtes sous-jacentes. On voyait, ajoute l'auteur, une couche de sulfate de chaux à la surface du poumon. La crosse de l'aorte, la veine cave supérieure, les veines brachio-céphaliques, contenaient des caillots ayant l'apparence du cirage desséché. Dans l'estomac et l'œsophage, il n'y avait pas trace d'acide. L'épithélium de la muqueuse était entier, et l'estomac ne contenait que du mucus.

Nous ne croyons pas qu'il existe de cas semblables dans la science. On sait bien que l'impression instantanément produite sur la langue par le caustique détermine quelquefois une contraction du pharynx qui empêche la déglutition, et l'on a vu des individus succomber aux progrès de l'inflammation et de la tuméfaction de la muqueuse pharyngienne et des amygdales, sans qu'une seule goutte d'acide eût pénétré dans l'estomac; mais on n'a pas constaté alors que la liqueur ait passé dans les bronches. L'étendue des désordres décrits par M. Gull est telle qu'elle excite la surprise; mais le fait de la corrosion des voies respiratoires et de l'immunité des voies digestives ne peut être révoqué en doute. Un accès de toux avait-il soulevé l'épiglotte et attiré la liqueur dans la trachée? c'est probable, et l'acide aura ensuite coulé de proche en proche jusqu'aux parties profondes en les corrodant successivement.

SUR LE TRAITEMENT DE L'OBSTRUCTION DES INTESTINS; par le docteur OXON.

Il ne s'agit pas ici d'un obstacle matériel au passage des matières, tel que celui qui résulterait de la présence d'une tumeur, d'une pression mécanique, d'un amas de fèces, etc. Voici comment l'auteur définit lui-même l'objet de son travail.

Un individu se plaint de ne pouvoir débarrasser complétement ses intestins depuis sept ou huit jours, bien qu'il ait pris force pilules. Il s'est bien présenté à la garde-robe deux ou trois fois, et même plus souvent, dans cet intervalle, mais il sent qu'il n'a pas été suffisamment évacué. Il y a un peu de tension autour de l'ombilic, avec une sensibilité à la pression qui peut être légère ou simuler une péritonite. Il y a parfois des vomissements de matières muqueuses, des borborygmes. Le pouls s'accélère par intervalles.

En présence de cet appareil de symptômes, l'auteur commence par administrer un grand lavement pour vider la partie inférieure du tube digestif; puis il combat l'obstruction, qui a son siége, non dans les colons, mais dans les intestins grêles. Il recommande avant tout de s'abstenir, pour le moment du moins, de purgatifs. Le moyen qui lui a paru le plus efficace est une saignée du bras. La détente qui s'ensuit rétablit souvent l'action intestinale, sans doute en faisant tomber le spasme qui enchaînait les mouvements péristaltiques. Si le sujet est trop faible ou qu'il y ait quelque autre contre-indication à la saignée, il la remplace par une application de sangsues autour de l'ombilic. L'effet est le même, quoique moins

prononcé. Enfin, il ait suivre ces moyens de l'emploi du calomel et de l'opium combinés, dans le but d'exercer à la fois une légère action laxative et une action antispasmodique.

L'état intestinal dont parle l'auteur et qui aurait besoin d'être mieux défini, se rencontre assez souvent dans la pratique. Nous ne l'avons jamais traité par les saignées générales; une application de sangsues sur l'abdomen, principalement dans les cas, très-réels et assez étranges, où la pression détermine des douleurs aussi vives que dans la péritonite, malgré l'absence de tout autre symptôme grave, nous a plus d'une fois procuré les avantages les plus marqués et les plus rapides, une détente presque soudaine du ventre suivie de garde-robes faciles. Mais un autre moyen des plus efficaces et dont l'auteur ne paraît pas s'être préoccupé, c'est le bain prolongé pendant deux, trois, quatre heures et plus. Excepté peut-être dans ces cas aigus que nous rappelions à l'instant, le bain prolongé dispense souvent de tout autre moyen.

II. THE LANCET.

Les numéros du deuxième semestre de 1850 contiennent : 1° *Sur l'inutilité du climat de l'Italie comme moyen curatif de la consomption pulmonaire*; par M. Burgess. 2° *Sur un nouveau cas d'anévrisme et de distribution anormale de l'artère palatine antérieure*; par M. Castle. 3° *Cas remarquable d'hémiopsie et d'anérythropsie*; par M. Cutler. 4° *De l'anesthésie dans l'accouchement naturel, avec une table analytique des cas où le chloroforme a été employé*; par M. Barnes. 5° *Cas de réunion de fractures non consolidées, à la suite de l'excision des bouts osseux*; par M. J. Russell. 6° *De quelques suites fâcheuses des maladies des enfants*; par M. Cooke. 7° *Cas d'anévrisme de l'artère palatine antérieure*; par M. Herapath. 8° *Diagnostic de l'hydropisie de l'ovaire*; par M. Brown. 9° *De l'emploi de l'opium dans la hernie étranglée chez les enfants*; par M. Reid. 10° *Nouveau moyen d'appliquer le nitrate d'argent à l'intérieur du larynx ou de la trachée*; par M. C. Thomas. 11° *De la durée de la grossesse dans l'espèce humaine*; par M. J. Reid. 12° *Remarques cliniques sur un cas de hernie étranglée*; par M. Curling. (Opération; mort.) 13° *De l'amputation après mortification des membres*; par M. Reeves (Avocat de la temporisation, l'auteur cite un cas où l'amputation faite trop tôt fut suivie de tétanos; puis un cas de guérison avec conservation d'une grande partie de la jambe, le chirurgien s'étant borné à enlever les parties modifiées à mesure qu'elles se détachaient naturellement.) 14° *Convulsions suivies de manie et de perte de la parole durant la grossesse*; par M. Henson. 15° *Empoisonnement par l'acide chlorhydrique*; *guérison*; par M. Price. 16° *Plaie de la fémorale par arme à feu; anévrisme faux*; *opération*; *guérison*; par M. Waterworth. (On ouvrit le sac et on lia les deux bouts de l'artère.) 17° *Du coton en ouate pour application sur les ulcères variqueux et sur ceux qui dépendent du séjour au lit*; par M. R. Jones. 18° *Nouveau spéculum de l'oreille*; par M. Forster. 19° *Maladie tuberculeuse chez un enfant*; par M. Jamieson. 20° *Cas de lésion étendue de la mâchoire, suite de l'avulsion d'une incisive avec la clef*; par M. Underwood. 21° *Cas de choléra guéri par le calomel, les boissons mousseuses et l'eau-de-vie*; par M. Painter. 22° *Sur l'action physiologique du chloroforme et des autres agents anesthésiques*; par M. Ch. Taylor. 23° *De l'action des reins*; par M. Hassall. 24° *De l'efficacité curative d'une température très-basse ou anesthétique*; par M. J. Arnott. 25° *Empoisonnement mortel par la strychnine*; par M. G. Bennett. 26° *Plaie du ventre grave; anus artificiel*; *guérison*; par M. Mackarsie. 27° *Sur la déviation de l'aiguille magnétique dans ses rapports avec les phénomènes telluriques et pathologiques*; par M. Reeves. 28° *Sur un cas de purpura hemorrhagica*; par M. Roe. 29° *Cas de ménorrhagie congestive avec hydatides de l'utérus*; par M. Ashley. 30° *Remède japonais contre la stérilité*; par M. E. Williams. 31° *Cas de calcul extraordinairement volumineux extrait par l'urètre*; par M. Howard. (Il est question de l'urètre d'une femme.) 32° *Heureux effet du jus de citron dans le rhumatisme*. 33° *Ichthyose cornée d'un volume extraordinaire implantée à l'occiput*; par M. Dalby. 34° *Application du chloroforme heureusement faite sur une jument avant la cautérisation*; par M. Bodington. 35° *Sur les cristaux d'acide urique découverts dans l'urine*; par M. Wilson. 36° *Cas d'hémiplégie suite de ramollissement du cerveau avec perte de la parole*; par M. Dunn. 37° *Sur les caryophyllées et un nouvel acide de clous de girofle*; par M. Muspratt. 38° *Sur quelques points importants de la chimie et de la pathologie de l'urine*; par M. Hassall. 39° *Cas de trachéotomie*; par M. Fairbrother. (Opération faite chez un enfant qui avait essayé d'avaler de l'eau bouillante; mort consécutive.) 40° *Prédisposition à un trouble des facultés cérébrales développé à la suite de l'extraction de racines de dents*; par M. Levison. 41° *Mort par maladie du cœur, durant l'action de nager*; par M. J. Jones. 42° *Extirpation de l'os maxillaire supérieur*; par M. Trenerry. 43° *Sur l'influence de fortes doses de quinine dans la névralgie*; par M. Hogg. 44° *Réduction d'une luxation du pouce*; par M. Peyton Pick. 45° *Cas de luxation compliquée du cou-de-pied*; par M. Thompson. 46° *Hypertrophie des reins chez un enfant mort-né*; par M. Oldfield. 47° *Danger de fermer la mâchoire après qu'on suppose que la mort a eu lieu*; par M. Aldis. (L'auteur a vu la vie revenir et durer encore trois jours chez un enfant qu'on croyait mort et à qui il écarta seulement les mâchoires.) 48° *Traitement du ténia par l'huile de fougère mâle et par le kousso*; par M. Polard et M. Wilis. 49° *De la meilleure préparation de l'arsenic pour son administration à l'intérieur*; par M. Bullock. 50° *Prévention de suicide en provoquant le sommeil*; par M. Williams.

CAS D'ANÉVRISME ET DE DISTRIBUTION ANORMALE DE L'ARTÈRE PALATINE ANTÉRIEURE; par M. CASTLE.

Cette observation, rapportée par un chirurgien-dentiste, ne laisse pas, malgré la brièveté de la partie relative à la description et au diagnostic de la tumeur, que d'offrir un certain intérêt à cause de la nouveauté de l'affection, ainsi que du moyen hémostatique qui fut mis en usage.

Obs. — Un artiste distingué, pour lequel M. Castle avait fait une pièce artificielle destinée à compléter la mâchoire supérieure, la porta plusieurs semaines sans inconvénient. Au bout de ce temps, il revint, se plaignant d'une petite vésicule qui s'était développée vers le palais, sous le bord de la plaque d'or où les dents artificielles étaient fixées. Elle avait augmenté de volume jusqu'à acquérir celui d'un gros pois. M. Castle la prit d'abord pour un produit de l'irritation résultant de la présence du corps étranger, tenant aussi à un désordre des premières voies, et il se borna à conseiller un topique astringent et une purgation. Mais quand elle eut pris la grosseur désignée ci-dessus, il lui vint à l'idée que c'était une tumeur variqueuse déterminée par la pression de la pièce artificielle contre les gencives, pression qui avait suspendu dans ce point la circulation veineuse. En effet, elle n'offrait ni pulsation, ni d'autre apparence que celle d'un kyste détaché. Il l'excisa d'un coup de ciseaux courbes. Mais aussitôt un flot de sang remplit en un instant la bouche et l'arrière-gorge, et suffoqua presque le malade, qui n'y était point préparé. Après avoir abstergé le lieu d'où il provenait, on vit que le sang continuait à s'en échapper par jets.

Il devint alors évident, qu'au lieu d'une tumeur insignifiante, on avait enlevé un anévrisme d'une artère assez volumineuse. Cependant l'écoulement sanguin continuait avec abondance. La ligature était impossible, la pression échouait également, et le malade commençait à s'alarmer.

Sur ces entrefaites, dit M. Castle, je me rappelai que, étant étudiant j'avais, sur un sujet, trouvé que l'artère palatine antérieure passait à travers un trou situé au centre de la suture des os palatins, le trou incisif ou palatin antérieur manquant. J'appelai alors sur ce fait singulier l'attention de M. Valentine Mott et de M. Rheinlarder, qui me dirent avoir eu aussi l'occasion de l'observer de leur côté une ou deux fois.

Le souvenir de cette déviation de la distribution naturelle fut, dans ce cas, un précieux trait de lumière. M. Castle pensa donc que, chez son malade, le trou incisif était situé au centre des os palatins, et que, soit par la pression de la plaque artificielle, soit par toute autre cause, l'artère palatine antérieure occupant cette place était devenue anévrismatique. — Cependant l'indication urgente était d'arrêter l'hémorrhagie. Dans ce but, il coupa un morceau de liége en forme de la lettre X, et le mit à l'extrémité de la canule d'un petit trocart. Il fit alors pénétrer la canule dans l'orifice du trou palatin, et y poussa avec une tige d'acier mousse le morceau de liége. Le saignement fut arrêté à l'instant. Cette sorte de bouchon tomba au bout de quatre jours, et la guérison demeura désormais solide.

M. Herapath rapporte, dans le numéro suivant du même journal, un cas semblable, où, croyant ouvrir un abcès dans la même région, il vit le sang sortir à flots et par jets saccadés. L'hémorrhagie alla même jusqu'à mettre en danger les jours du jeune malade. On parvint cependant à l'arrêter; mais ces deux exemples doivent rendre le chirurgien très-circonspect, et l'engager à explorer toujours soigneusement avec le doigt les tumeurs de cette région avant d'y porter l'instrument tranchant.

NOUVEAU MOYEN D'APPLIQUER LE NITRATE D'ARGENT A L'INTÉRIEUR DU LARYNX ET DE LA TRACHÉE; par M. C. THOMAS.

Le procédé, comme son titre l'indique, nous paraît en effet aussi nouveau qu'ingénieux. Il consiste à tenir un crayon de nitrate d'argent appliqué sur la meule d'un rémouleur pendant qu'on la fait tourner avec rapidité. La fine poussière du sel qui est détachée par le frottement peut être aisément portée dans les voies respiratoires du malade, si celui-ci, se tenant à peu de distance, aspire avec une certaine force, ou tient seulement la bouche ouverte — ceci selon l'indication.

M. C. Thomas assure avoir retiré des avantages de cette méthode dans les catarrhes récents, les toux chroniques obstinées, et les diverses affec-

tions du larynx. Il ne fait pas exécuter plus de quatre à cinq inspirations chaque fois.

Le nitrate d'argent destiné à cet usage doit être parfaitement pur de cuivre, ainsi que de nitrate de potasse.

NOUVEAU SPÉCULUM DE L'OREILLE; par M. FORSTER.

Avant de construire un nouvel instrument, il faut d'abord se rendre compte de la conformation de la partie pour laquelle il doit servir. Or, le conduit auditif externe est un canal renflé à ses deux extrémités et resserré dans son tiers moyen. De plus, ses parois sont constituées en partie par un os, en partie par un cartilage dense.

Ces simples notions font immédiatement comprendre le vice des instruments proposés et employés jusqu'à présent. Ainsi, pour ce qui est du spéculum d'Itard et de Kramer, comment imaginer un instrument dilatateur pour un canal incapable de dilatation? D'autre part, M. Wilde (de Dublin), a, ainsi que plusieurs autres médecins auristes, conseillé un cornet de forme conique. Mais, quoiqu'il remplisse assez convenablement l'indication dans les cas ordinaires, ce cône ne peut suffire lorsqu'il est nécessaire de projeter une grande quantité de rayons lumineux sur la membrane tympanique même; car il ne peut pénétrer jusqu'au fond du conduit.

L'instrument de M. Forster est aussi un cône; mais, à son extrémité rétrécie, il se termine par un prolongement cylindrique, de très-petit diamètre, ayant un peu moins d'un demi-pouce de longueur. Cette configuration, comme on le voit, est parfaitement appropriée pour que le tube explorateur puisse être porté jusqu'au delà du resserrement naturel qui constitue la portion moyenne du conduit auditif externe; et l'auteur assure avoir fait, avec l'aide de son spéculum, des explorations qui lui ont révélé des lésions restées jusque-là méconnues par d'autres médecins spéciaux.

DE L'EFFICACITÉ CURATIVE CONTRE LE CANCER D'UNE TEMPÉRATURE TRÈS-BASSE OU ANESTHÉTIQUE; par M. J. ARNOLT.

L'auteur, qui a déjà étudié d'une manière générale l'influence de ce moyen énergique, relate dans cet article le résultat de ses recherches, spécialement sur le cancer. Comme il peut être instructif pour le praticien de connaître la manière dont il l'applique et le parti qu'il en tire dans les diverses variétés de l'affection, nous allons reproduire deux cas de cancer, l'un de l'utérus, l'autre du sein, traités d'après ce procédé.

OBS. I. — Madame R. entra au dispensaire de Brighton le 25 juillet 1849. Agée de 42 ans, elle est petite et de faible constitution. Sa maladie remonte à plus de dix-huit mois. Ses principaux symptômes sont de fréquents et pénibles paroxysmes de douleurs, surtout dans les reins et les hanches, un écoulement âcre et abondant, et des métrorrhagies à intervalles irréguliers. A l'exploration, le col utérin paraît engorgé et ulcéré.

Depuis six mois, on l'a traitée par l'opium et les applications de sangsues; mais elle trouve que cela la rend assoupie et incapable de continuer son métier de couturière. D'ailleurs les douleurs conservent assez d'intensité pour l'obliger parfois à quitter son lit et à se rouler sur le plancher.

Au mois de janvier 1850, M. Arnolt examina de nouveau les parties. La maladie s'est considérablement étendue; le col utérin est à présent complétement détruit, et il y a plusieurs excroissances à la partie supérieure du vagin. On se décide à employer la congélation au moyen d'un mélange frigorifique composé de deux parties de glace finement pulvérisée, et d'une partie de chlorure de sodium. Le mélange est introduit à travers un large speculum de gutta percha terminé par un orifice cupuliforme; et afin de le maintenir toujours au même degré de température, la glace fondue est incessamment enlevée par un siphon de construction particulière, dont la longue branche se termine dans un flacon à double tubulure. Le reste du siphon est formé par un tube en caoutchouc vulcanisé, et en verre pour la partie contenue dans le spéculum.

Aussitôt après l'application de ce mélange, la malade ressentit un soulagement complet, et il continua pendant près d'une semaine. L'écoulement était devenu en peu de temps moins âcre et moins abondant, et la tendance aux hémorrhagies avait cessé.

Actuellement on a réitéré ces applications vingt ou trente fois sans faire presque aucun autre remède. Les symptômes pénibles ont considérablement diminué; et l'inspection directe montre que l'altération locale n'a pas fait de progrès. La malade a de l'appétit; elle est plus forte et peut s'occuper de ses affaires.

La patiente s'introduit elle-même le spéculum, en ayant soin de tenir le bassin élevé, afin que l'instrument puisse contenir une plus grande quantité du mélange réfrigérant. Elle le garde pendant un laps de temps qui varie d'un quart d'heure à une demi-heure. Il se produit d'abord une sensation de cuisson durant une ou deux minutes, mais au bout de cinq minutes, la douleur provenant de la maladie a ordinairement disparu.

Examinée après qu'on a enlevé le mélange, la surface utérine paraît blanche et dure. On termine la séance en projetant de l'eau froide sur le col; ce qui remplit le double but de ramener graduellement les parties à leur température ordinaire, et de les débarrasser des particules de sel qui pourraient y être restées adhérentes.

Ce cas jusqu'ici est unique; mais si l'on considère que le soulagement des douleurs a toujours été obtenu par ces applications depuis huit mois qu'on les a commencées, et que, en outre, elles ont enrayé les progrès de la désorganisation, on n'hésitera pas à le regarder comme suffisamment probant en faveur de la médication réfrigérante employée contre le cancer utérin. Elle est surtout supérieure, ne fût-ce que sous le rapport palliatif, aux autres moyens préconisés pour atteindre ce but.

Le cancer pourrait-il être guéri par la congélation? Peut-être y parviendrait-on en prolongeant les séances et en les rendant plus fréquentes, ou même en employant des agents, tels que l'acide carbonique solidifié, capables de produire un abaissement plus considérable de température (1). Le froid agit en retardant le développement des cellules cancéreuses, en mettant obstacle aux conditions nécessaires à leur vitalité propre.

Comme exemple de l'application du froid à l'extérieur, l'observation qui suit remplira le même but instructif que la première.

OBS. II. — Mrs Pocock avait depuis longtemps une tumeur cancéreuse du sein, ulcérée, qui la faisait beaucoup souffrir. On mit environ une livre de glace dans une serviette, et on la pulvérisa avec un marteau, puis on la plaça dans un vase ainsi qu'une demi-livre de sel commun. Ce mélange, introduit dans un petit réseau de gaze, fut appliqué immédiatement sur le sein malade dans un espace de 4 pouces de diamètre. A mesure que de l'eau en découlait on l'absorbait à l'aide d'une éponge humectée, placée dessous, et l'on enlevait de temps en temps le récipient pour examiner la partie malade, aussi bien que pour remuer le mélange. La peau devint blanche en quelques secondes, et on ne continua l'application que durant trois minutes. Il y eut une sensation de piqûre pendant la première moitié de temps que dura l'application du mélange, et cette sensation se reproduisit après qu'on l'eut enlevé, quoiqu'on eût eu la précaution de couvrir ensuite la partie d'abord de glace sans sel, puis d'un linge mouillé d'eau froide.

Cette application avait été faite le 22 juin. On ne revit la malade que le 6 juillet. Elle n'avait depuis lors éprouvé aucune douleur. L'ulcère était devenu net et d'un bon aspect, quoiqu'on n'y eût mis que le pansement à l'eau, ordinairement employé. Il n'y avait pas eu besoin de recourir de nouveau à l'administration de la morphine, dont elle faisait usage depuis longtemps.

Dans les maladies de cette espèce, il serait peu convenable d'attendre le retour des douleurs pour réitérer la médication *par congélation*. En effet, l'affection peut marcher sans nécessairement s'accompagner de souffrances. Et, d'autre part, la congélation n'a pas moins pour objet d'arrêter les progrès du mal que d'apaiser les douleurs qu'il engendre.

Pour l'application exacte du mélange frigorifique, il faut que la surface malade soit dans une situation horizontale; si elle est ulcérée, on étend sur elle un linge très-fin, pour empêcher que l'action du sel ne produise de l'irritation avant qu'on ait obtenu l'anesthésie.

Enfin, on remarquera que cette médication ne met obstacle à l'emploi d'aucun autre remède qu'il pourra devenir utile ou qu'on jugera prudent de mettre simultanément en usage.

P. DMAY et A. DECHAMBRE.

(La suite au numéro prochain.)

TRAVAUX ACADÉMIQUES.

ACADÉMIE DES SCIENCES.

SÉANCE DU 1er DÉCEMBRE — PRÉSIDENCE DE M. RAYER.

NOUVELLE MÉTHODE POUR L'ÉTUDE DU SYSTÈME NERVEUX APPLICABLE A L'INVESTIGATION DE LA DISTRIBUTION ANATOMIQUE DES CORDONS NERVEUX, ET AU DIAGNOSTIC DES MALADIES DU SYSTÈME NERVEUX. — REPRODUCTION DES NERFS.

M. WALLER présente, sous ce titre, un mémoire étendu dont nous extrayons les passages suivants :

« Ce procédé consiste dans la section des diverses parties du système nerveux, soit les nerfs, soit la moelle épinière, de manière à interrompre leur connexion avec les parties centrales, et après avoir gardé l'animal en vie pendant un temps plus ou moins long (ce temps a varié, dans nos expériences, d'un à deux et même trois mois), de déterminer ensuite, à l'aide du microscope les changements qui sont survenus dans les parties périphériques et centrales. On sait déjà que lorsque la connexion d'un nerf spinal avec la moelle est interrompue, les parties élémentaires de ce nerf se désorganisent.

(1) Il nous semble que s'il réalisait ce qui n'est émis ici que sous forme de supposition, l'auteur ne produirait pas d'autres effets que ceux des caustiques.

» Des expériences ont été faites sur les nerfs sciatiques des grenouilles et des lapins. Dans ces expériences, la préparation des nerfs pour l'examen microscopique présente des difficultés pratiques très-grandes à cause de l'extrême facilité avec laquelle la substance molle et pulpeuse, dont se compose la partie intratubulaire, perd sa transparence et se désagrége. Les difficultés sont telles que, quoiqu'une désorganisation avancée de ces nerfs soit extrêmement facile à reconnaître, il n'en est pas de même pour une désorganisation moins profonde, car les altérations des nerfs causées par la préparation sont souvent plus considérables que celles qui proviennent de leur désorganisation pathologique.

» Pour se garantir de toutes chances d'erreur, il faudra donc choisir une membrane qui, tout en renfermant des ramifications nerveuses très-déliées, soit suffisamment transparente pour être observée sous le microscope, sans préparation préalable. Quoique plusieurs membranes, telles que la membrane interdigitale de la grenouille, la vessie du même animal ou de la souris, remplissent ces conditions, aucune n'est comparable à la langue élastique et transparente de la grenouille. Cette langue reçoit, comme on sait, deux paires de nerfs : la première, qu'on peut regarder comme correspondant à l'hypoglosse, s'aperçoit sous les fibres transparentes du muscle mylohyoïde, lorsqu'on enlève la peau à la région hyoïdienne ; la seconde, qui répond au glossopharyngien des mammifères, s'aperçoit immédiatement sous la membrane muqueuse de la bouche, lorsqu'en ouvrant les mâchoires on écarte la langue de sa position ordinaire.

» Dans les papilles fongiformes, il y a, comme j'ai démontré, des tuyaux nerveux se terminant par des extrémités libres, et tellement superficiels, qu'on peut les apercevoir très-bien sur l'animal vivant, par la distension de la langue. Un moyen d'observer ces nerfs consiste à enlever un petit morceau gros comme la tête d'une épingle et à le soumettre au microscope. En général, par ce procédé, il est facile de distinguer ces nerfs et même de compter les tuyaux ; mais s'ils sont obscurcis par les vaisseaux ou l'épithélium, on peut éliminer très-facilement ces derniers en ajoutant une goutte de potasse caustique qui dissout tous les tissus en laissant les nerfs intacts.

» La langue présente toutes les conditions nécessaires pour l'étude des altérations des nerfs après la section ; car ici les tuyaux sont déjà étalés sans aucune manipulation, et adaptés à l'inspection sous le microscope, il s'agit ici seulement, après la section du tronc principal au cou, d'enlever de jour en jour un très-petit morceau de la langue pour suivre pas à pas le progrès de la désorganisation.

» Si nous divisons à cet effet un glossopharyngien, laissant l'autre pour terme de comparaison, on voit, au bout de quatre à cinq jours en été, après la section, que les tuyaux nerveux sont déjà altérés, qu'ils présentent dans la substance intratubulaire des lignes transversales indiquant déjà une solution de continuité dans cette substance. A la seconde période, c'est-à-dire après dix jours en été, on trouve que les tuyaux nerveux ne renferment plus que des globules sphériques ou oblongs, d'un aspect plus ou moins troublé, comme par le mélange de deux substances, dont la matière intratubulaire se compose dans l'état normal. A une troisième période, cette matière se trouve convertie en granules noirs, possédant des propriétés chimiques différentes de la substance normale, car ils résistent complétement à l'action des acides et des alcalis. A partir de ce moment, les changements qui se produisent dans les nerfs ne consistent que dans l'élimination de ces granules noirs, ce qui se fait d'une manière extrêmement lente chez la grenouille adulte ; car au bout d'un an et davantage on les aperçoit en grande quantité dans l'intérieur des tuyaux, du reste vides.

» Il est facile de s'assurer, en enlevant des morceaux plus considérables, que les mêmes changements ont lieu dans les branches plus considérables, jusqu'au point de section. Au moyen de ces altérations, on peut déterminer très-exactement le trajet et la distribution du nerf entier ; car en soumettant l'organe entier à l'action d'une faible solution alcaline, de manière à dissoudre l'épithélium, on peut très-bien suivre les ramifications du nerf altéré. On voit alors que tantôt l'un, tantôt l'autre des nerfs en question empiète sur le domaine de l'autre, et que quelquefois même une branche du glossopharyngien gauche se distribue jusque dans le tubercule droit, *et vice versâ*.

» On peut aussi distinguer les nombreuses anastomoses qui existent entre ces deux nerfs, surtout sur la ligne médiane, car les fibres normales se trouvent constamment mélangées avec les fibres désorganisées. Aucun doute ne peut s'élever sur l'origine de chaque espèce de fibres.....

» Pendant que ces changements nombreux et caractéristiques prennent naissance dans le bout inférieur, le bout supérieur, au contraire, qui est en connexion avec les parties centrales, conserve sa structure normale. Sur une grenouille, à laquelle on a reséqué le nerf glossopharyngien, on trouve au bout de deux mois que la partie inférieure ne présente que des tuyaux pleins de granules noirs, tandis que ceux de la partie supérieure (voisine de l'origine) sont à l'état normal. Au bout de six mois, et même après un an, j'ai observé la même différence, c'est-à-dire que le bout central est à l'état normal, tandis que la partie inférieure, qu'il y ait eu réunion ou non, renferme encore des fibres désorganisées qui la distinguent de suite du bout supérieur.

» REPRODUCTION DES NERFS. — Depuis les expériences de Fontana, sur la production des tuyaux nerveux dans la cicatrice qui unit les deux bouts d'un nerf divisé, malgré les nombreuses expériences faites depuis par Schevann, Müller, Gunther et Schon, et autres, il ne me paraît pas que la question de la reproduction des nerfs ait fait aucun progrès. Fontana a observé que les deux bouts étaient réunis par des tuyaux nerveux de nouvelle formation, et ses observations sont indubitablement correctes. Il est important de se rappeler que tous les débats qui ont eu lieu par rapport à la reproduction et à la régénération des nerfs, sont seulement sur la régénération des tuyaux dans la cicatrice. Tous les observateurs, influencés probablement par ce qui se passe dans les autres tissus, se sont bornés à les examiner dans ce lieu, laissant de côté l'examen des bouts périphériques. C'est cependant dans cette partie qu'est la difficulté ; c'est là qu'il faut chercher la solution de toutes les questions de reproduction de la substance nerveuse.

» Le résultat de mes expériences m'a fait reconnaître que les ***anciennes fibres d'un nerf divisé ne recouvrent jamais leurs fonctions originelles***, et que la reproduction d'un nerf ne se fait pas seulement dans la cicatrice elle-même, mais jusque dans les ramifications terminales.... » (Comm. : MM. Magendie, Serres et Flourens.)

ACADÉMIE DE MÉDECINE.

SÉANCE DU 9 DÉCEMBRE. — PRÉSIDENCE DE M. ORFILA.

Le procès-verbal de la dernière séance est lu et adopté.

La correspondance officielle comprend deux lettres du ministre du commerce relatives aux eaux minérales. La première a trait à une demande d'analyse d'une source d'eau thermale sulfureuse de Bagnolet (Seine). La deuxième renferme une demande tendant à obtenir l'autorisation d'administrer des bains médicinaux, etc. (Commission des eaux minérales). Deux autres lettres relatives à des remèdes secrets. (Commission des remèdes secrets.)

M. le préfet de police adresse le relevé statistique des décès dans la ville de Paris, pour le mois d'octobre 1851.

M. PELLIEUX, membre correspondant à Beaugency, adresse un mémoire sur le sous-nitrate de bismuth à hautes doses dans le traitement de la dyssenterie. (Commission des épidémies.)

M. CHARRIER, de Chaillé-les-Marais (Vendée), adresse une note sur le quinquina et le sulfate de quinine.

Il pense que dans les cas où le sulfate de quinine est impuissant à prévenir les récidives, le quinquina en substance doit être préféré. (Comm. des succédanées du quinq.)

AVORTEMENT PROVOQUÉ DANS UN CAS D'ÉTROITESSE EXTRÊME DU BASSIN.

M. LENOIR, candidat à la section d'accouchement, lit UNE OBSERVATION D'AVORTEMENT PROVOQUÉ POUR LA TROISIÈME FOIS, AVEC SUCCÈS, SUR UNE FEMME DONT LE DIAMÈTRE ANTÉRO-POSTÉRIEUR DROIT DU DÉTROIT SUPÉRIEUR N'AVAIT PAS PLUS DE 50 MILLIMÈTRES (2 POUCES ENVIRON). Il s'agit d'une femme de 35 ans, d'une très-petite stature (un mètre deux centimètres), dont la taille est fortement déviée à droite et en arrière et les membres inférieurs déformés. Cette femme est enceinte et vient réclamer les secours de l'art pour être délivrée. Déjà en 1846, étant enceinte pour la première fois, elle était entrée à la clinique où l'on crut devoir, à l'époque de huit mois et demi de gestation, provoquer l'avortement en introduisant une éponge préparée dans le col de la matrice, et en secondant les contractions utérines par l'emploi du seigle ergoté. A une seconde grossesse, qui eut lieu un an plus tard, elle entra de nouveau à la clinique, où on lui pratiqua la même opération, mais par un procédé différent. Ce nouvel avortement, provoqué aussi à quatre mois de gestation, fut également suivi de succès.

Au moment où cette femme se présenta à M. Lenoir, elle était dans l'état suivant :

La grossesse était manifeste. Au toucher, on trouvait le col très-élevé, mais légèrement entr'ouvert et un peu mou. Le fond de l'organe s'élevait et se sentait au niveau de l'ombilic, l'utérus n'ayant pu se développer qu'en se plaçant au-dessus du détroit supérieur, et la ligne blanche étant très-courte. Le bassin offrait les principaux caractères qui distinguent les bassins viciés par le rachitisme : rétrécissement du détroit supérieur par rapprochement des parois antérieures et postérieures, élargissement relatif du détroit inférieur, écartement des ischions, etc. Il résultait des dispositions vicieuses du bassin que l'aire du détroit supérieur et de la moitié supérieure de la filière du bassin doit être surtout rétrécie dans la direction du diamètre droit de ces deux parties. La mensuration donnait, pour le diamètre sacro-pubien du détroit supérieur, approximativement et avec déduction, 50 millimètres ; pour le diamètre coccy-pubien du détroit inférieur, 83 millimètres, et pour le diamètre droit de l'excavation, mesuré du point le plus saillant de la convexité du sacrum au-dessous de la symphyse des pubis, 60 millimètres. Ces mesures étaient plus que suffisantes pour montrer qu'un accouchement, même prématuré, ne pouvait jamais se faire par les voies naturelles et qu'une opération devenait indispensable. On n'avait à choisir qu'entre l'opération césarienne, qu'on pouvait reculer jusqu'au terme de la grossesse, et l'avortement provoqué, qu'il fallait exécuter le plus tôt possible.

Entre ces deux opérations, M. Lenoir n'hésita pas et se détermina à conseiller celle qui avait si bien réussi déjà deux fois, mais non sans avoir pris l'avis de quelques-uns de ses confrères.

L'opération décidée, la femme fut placée sur un lit élevé, les cuisses écartées et relevées sur l'abdomen. L'opérateur introduisit le doigt indicateur gauche jusqu'au col utérin, et sur ce doigt il dirigea l'extrémité d'une pince à trois branches, légèrement courbe. Les branches de l'instrument ayant été écartées doucement, et le col utérin pouvant recevoir l'extrémité du doigt dans sa cavité, il confia l'instrument ouvert à un aide et introduisit, à la place de son doigt, un morceau d'éponge préparée taillé en cône, et solidement fixé sur une canule

de gomme élastique. Celle-ci fut fixée par son extrémité inférieure sur les chefs d'un bandage en T, et l'opérée fut portée dans son lit.

Le lendemain une nouvelle éponge, plus volumineuse que la première, fut placée avec facilité dans la cavité du col dilaté. Le surlendemain le travail commença et fut terminé dans la soirée par l'expulsion d'un enfant long d'environ 180 millimètres, et la délivrance s'effectua d'elle-même une heure après. Les suites de cette opération furent encore plus simples que celles des deux opérations précédentes.

M. Lenoir, dans quelques réflexions qui suivent la relation de ce fait, appelle un jugement de l'Académie sur l'opportunité de recourir dans des cas semblables à la pratique de l'avortement. Il exprime le désir que l'Académie, par une approbation ou une improbation, fixe définitivement un point de pratique qui embarrasse toujours au plus haut degré le praticien, tant est grand encore le préjugé contre l'avortement. (Comm. : MM. Villeneuve, Gerdy et Cazeaux.)

DU DÉVELOPPEMENT SPONTANÉ DE GAZ DANS LE SANG CONSIDÉRÉ COMME CAUSE DE MORT SUBITE.

M. Durand Fardel lit sous ce titre un mémoire dont le document principal consiste dans l'observation suivante que nous reproduisons textuellement.

Une dame R... (de Versailles), âgée de 56 ans, d'une taille assez élevée, d'un embonpoint considérable, était venue à Vichy, accompagnant son mari, affecté de gravelle.

Il résulte de renseignements obtenus sur ses antécédents que cette dame paraissait jouir d'une très-bonne santé, n'avait jamais fait de maladie, au moins depuis un certain nombre d'années. Ayant cessé d'être réglée depuis sept ou huit ans, elle n'était sujette ni aux hémorrhoïdes ni aux épistaxis, et ne se plaignait pas de céphalalgie ni aucune indisposition. Ses digestions paraissaient se faire régulièrement. Elle n'avait jamais éprouvé ni étourdissements ni perte de connaissance. Elle avait un bon appétit, et menait une vie régulière; elle appartenait à la classe moyenne de la société.

Elle n'accusait point de douleurs d'apparence rhumatismale ou goutteuse, et se plaignait seulement quelquefois, non pas de palpitations, mais d'un peu de peine à respirer. Habituellement son haleine était un peu courte, ainsi que cela arrive souvent aux personnes d'un grand embonpoint, et ce qui n'avait jamais été chez elle attribué à aucune autre cause.

Cette dame, se trouvant à Vichy, voulut, comme beaucoup de personnes, prendre des bains, et obtint une autorisation du médecin qui soignait son mari. Elle avait également bu quelques verres d'eau minérale, mais en petite quantité.

Le 20 juillet 1850, elle se rendit à l'établissement thermal pour y prendre son second bain, à quatre heures du matin. Elle était bien portante la veille, avait dîné comme tous les jours, et avait bien dormi. Seulement, en se rendant à l'établissement, elle avait la respiration plus courte qu'à l'ordinaire; son mari qui l'accompagnait, dut ralentir son pas; elle fut obligée de rester assise un moment avant d'entrer dans le bain, et la baigneuse la vit assez oppressée pour lui conseiller de ne pas prendre son bain ce jour-là.

Au bout d'une demi-heure elle demanda à sortir du bain; sa femme de chambre, qui ne l'avait pas quittée, n'avait encore rien remarqué de particulier en elle. Mais elle se trouvait alors mal à son aise, et lorsqu'elle se leva de sa baignoire pour changer de linge, elle parut agitée, se plaignit d'oppression, puis elle en sortit, se laissa tomber sur une chaise, sans qu'on eût eu le temps de la couvrir d'un peignoir sec. La respiration était devenue haletante, sans qu'elle fît de violents efforts pour respirer; elle avait perdu la faculté de s'exprimer. Cependant on avait couru me chercher dès les premiers indices de l'accident. Cinq minutes ne s'étaient pas écoulées lorsque j'arrivai auprès d'elle; elle était morte!

Je la trouvai assise sur une chaise, soutenue par les personnes qui l'entouraient, couverte encore de son peignoir mouillé. La face était complétement décolorée, la tête retombait sur la poitrine et était vacillante, les lèvres légèrement violettes, les traits ni déviés ni défigurés; point d'écume aux lèvres. Les membres étaient flasques et tout à fait insensibles; il y avait absence complète du pouls et des bruits du cœur à l'auscultation; les pupilles étaient dilatées et immobiles, les conjonctives insensibles au toucher.

Bien que la constatation rapide de cet état ne me laissât aucun doute sur la réalité de la mort, j'ouvris largement la veine basilique médiale au bras droit. Il s'écoula aussitôt, en bavant, un peu de sang non pas noir, mais violacé et spumeux, c'est-à-dire accompagné de bulles de gaz d'inégal volume, qui sortaient en même temps de la veine. Je restai là plus d'un quart d'heure, me livrant à des tentatives inutiles, titillant la luette, portant de l'ammoniaque sur la pituitaire, etc. Pendant ce temps, je ne quittai pas le bras droit, examinant la sortie du sang spumeux, qui continuait à s'opérer de temps en temps sous l'influence de pressions exercées de bas en haut sur l'avant-bras. Une fois, un jet s'élança avec force et persista pendant cinq ou six secondes, comme s'il eût été chassé par une bulle de gaz qui se serait dilatée dans l'intérieur du vaisseau. Une petite quantité d'écume blanche se montrait alors aux lèvres.

L'autopsie fut pratiquée douze heures après la mort, le 31 juillet, à trois heures du matin.

Le cadavre ne présentait aucune apparence de putréfaction. Quelques vergetures seulement sur les parties déclives du tronc et des membres.

Le cœur était très-volumineux. Les cavités droites, très-distendues par du sang entièrement liquide, violacé plutôt que noirâtre, comme sirupeux, très-spumeux. Les bulles de gaz qu'il renfermait étaient les unes très-nombreuses, grosses comme une tête d'épingle; d'autres, plus rares, comme un pois. Lorsqu'on pressait sur le trajet des deux veines caves, le sang qui affluait dans l'oreille droite était spumeux comme de l'eau de savon. Les parois des cavités droites du cœur offraient une coloration violacée superficielle. Les cavités gauches étaient absolument vides de sang et non colorées; le ventricule gauche était considérablement hypertrophié; les orifices du cœur ne présentaient aucune altération appréciable, non plus que l'aorte.

Tout le système veineux abdominal était gorgé de sang violacé et spumeux; du moins des bulles nombreuses de gaz existaient dans le sang de la veine splénique et de la veine porte.

Les poumons remplissaient la poitrine, présentant un petit nombre d'adhérences, sans aucune trace d'emphysème. Leur coloration était un peu rougeâtre au dehors, plus foncée intérieurement, où ils offraient les traces d'une congestion sanguine assez considérable, sans infiltration de sang. Il y avait un engorgement spumeux médiocrement abondant aux parties déclives. Les bronches contenaient un peu de mucus blanchâtre et spumeux.

Les organes de l'abdomen n'offrirent rien de particulier à noter, qu'une congestion sanguine assez considérable du foie, de la rate, des reins, et une injection prononcée des veines de l'épiploon et du mésentère. L'épiploon était fortement graisseux. L'estomac, assez volumineux, contenait un demi-verre environ de mucus clair et incolore. Les intestins ne furent pas ouverts. La vésicule contenait une quantité moyenne de bile noirâtre et sirupeuse.

L'encéphale n'offrait pas le même degré de congestion sanguine que les autres organes. Les veines de la dure-mère ne renfermaient qu'un peu de sang liquide, spumeux. Le cerveau et l'origine de la moelle épinière, examinés aussi avant que possible, paraissaient tout à fait à l'état normal, un peu injectés de sang. On n'apercevait pas une bulle de gaz dans les vaisseaux.

M. Durand Fardel, après la relation de ce fait, en reprend par une analyse rapide les points les plus importants, et de la discussion à laquelle il se livre, il arrive à cette conclusion que ce fait, ainsi que les faits analogues connus dans la science, notamment celui qu'a publié dans le temps Ollivier (d'Angers), échappent à toutes les explications à l'aide desquelles on a cherché à se rendre compte de la production spontanée des gaz dans le torrent circulatoire pendant la vie.

La présence du gaz dans le sang constatée à l'instant même de la mort, dit l'auteur en terminant, l'absence d'efforts extraordinaires d'inspiration, l'absence d'emphysème, tout nous oblige à admettre une exhalation spontanée de gaz pendant la vie dans le sang veineux du cerveau, due, selon toute probabilité, à une altération spontanée de ce fluide, dont nous ne connaissons ni la nature ni la cause.

M. J. Cloquet : Il y a, dans la relation de M. Durand Fardel, une circonstance qui m'a frappé, c'est que la dame dont il s'agit n'était point allée aux eaux pour son compte, elle avait pris un bain en amateur. Je ne sais jusqu'à quel point ce bain a pu avoir quelque influence sur la mort de cette personne; mais ce qui est certain pour moi, c'est qu'il n'est pas indifférent de prendre des bains minéraux, et qu'il y a souvent de très-graves inconvénients à le faire quand ce n'est pas utile.

M. Cloquet rapporte à cette occasion l'histoire d'un homme qui, ayant accompagné sa femme aux eaux de Vichy, voulut aussi prendre un bain. Il fut pris dans le bain de douleurs très-vives accompagnées de gonflement du testicule, qui en nécessitèrent plus tard l'ablation. Quant à la présence de l'air dans les veines, M. Cloquet rappelle ce fait bien connu de tous les chirurgiens et des vétérinaires, que l'insufflation de l'air dans les veines des animaux les tue instantanément.

M. Renault : M. Cloquet vient de rappeler que l'insufflation de l'air dans les veines des animaux les tue. C'est en effet une opinion très-généralement admise; mais on est loin d'être fixé sur la quantité d'air nécessaire pour produire la mort. J'ai voulu étudier cette question : dans diverses expériences, j'ai pu injecter jusqu'à un litre d'air dans la veine jugulaire d'un cheval, sans qu'il en soit résulté aucun accident. Non-seulement l'animal n'est pas mort, mais il n'a même pas paru en souffrir.

M. Bérard : Il est bien connu qu'on peut effectivement injecter chez les animaux une certaine quantité d'air dans les veines sans les faire périr; mais il faut bien savoir dans quelles conditions et de quelle manière cette injection est faite.

M. Blundell, en faisant ses expériences sur la transfusion du sang, a étudié aussi les effets de l'injection de l'air dans les veines; il a constaté que lorsqu'on injectait de l'air doucement, graduellement et dans une veine éloignée du tronc, l'animal éprouvait bien un certain malaise; mais il n'en mourait pas, et il revenait même assez promptement à la santé. Mais lorsque l'air était injecté brusquement et dans le voisinage de la poitrine, il en résultait aussitôt des accidents graves, le plus souvent mortels. Si l'on veut parcourir les quatre volumes de Haller sur la sensibilité et l'irritabilité, on verra que lorsqu'il voulait se défaire des animaux qui avaient servi à des expériences, il leur insufflait de l'air dans les veines. Lorsque je cite ces faits dans mes cours, j'ai le soin, toutefois, d'expliquer aux élèves la contradiction apparente qu'il implique avec cet autre fait, qu'on ranime et rappelle à la vie des animaux mourants en leur insufflant quelques bulles d'air dans les veines. Ici, l'air agit comme un excitant sur le cœur.

Quant à l'influence mortelle de la pénétration de l'air dans les veines, c'est là un fait qui est rendu incontestable par les observations des chirurgiens.

M. Velpeau : Ce n'est pas sans étonnement que j'ai entendu l'assertion de M. Renault, tant le fait qu'il vient de citer est contraire à ce que nous avons observé chez l'homme. Il n'est pas même nécessaire d'insuffler de l'air dans une veine pour produire la mort, il suffit, le plus souvent pour cela qu'une veine divisée reste béante, l'air s'y précipitant de lui-même. J'ai constaté ce fait dans les expériences qui furent faites dans le temps par une commission de l'Académie. Ce fait, d'ailleurs, n'est pas contestable; il était déjà rendu évident par les

expériences de Nysten, de M. Magendie et celles de Haller, que vient de rappeler M. Bérard. Dans les cas où les animaux ne sont pas morts, c'est que l'absorption de l'air n'avait pas eu lieu dans la sphère d'attraction de la poitrine.

Depuis la discussion qui a eu lieu sur ce sujet au sein de l'Académie, j'ai eu trois fois l'occasion d'être très-effrayé par la pénétration de l'air dans les veines. Une fois, en 1848, en pratiquant la ligature de l'artère sous-clavière chez un blessé de juin ; le bruit de glouglou caractéristique se fit entendre au moment de la section de la veine sous-clavière, le malade fut aussitôt pris de syncope ; je me hâtai de comprimer la veine, le malade ne mourut pas. Chez une femme à laquelle je pratiquais l'ablation d'une tumeur du cou, au moment où, après avoir été éthérisée, elle reprenait ses sens, le même glouglou se fit entendre, et la malade referma les yeux. Je portai immédiatement le doigt sur la plaie, cette femme revint à elle presque aussitôt. C'est là un de ces cas que l'on aurait pu prendre peut-être pour un accident produit par le chloroforme. C'est donc un fait très-positif, que l'air introduit dans les veines tue les hommes comme les animaux. J'ajoute qu'un moyen de prévenir la mort, dans ce cas, c'est de comprimer immédiatement la veine béante.

J'ai cru nécessaire de rappeler ces faits à propos de l'assertion de M. Renault, par la crainte que si cette assertion était restée sans réponse, elle n'eût inspiré peut-être une trop grande sécurité aux chirurgiens.

M. Bouley : Ce qu'a avancé M. Cloquet est exact. L'insufflation d'air dans les veines est un moyen qu'emploient les équarisseurs pour faire périr promptement les animaux ; mais ce moyen ne réussit pas toujours. Notre très-regrettable collègue, M. Barthelemy, a fait des expériences contradictoirement à celles de la commission dont on a parlé tout à l'heure. Il a injecté plusieurs litres d'air dans les veines jugulaires sans que la mort en ait été le résultat. Mais ce n'en est pas moins un fait très-avéré, que l'introduction spontanée de l'air dans les veines est une cause de mort. Je partage à cet égard l'opinion de M. Velpeau ; seulement je crois qu'il a mal interprété la proposition de M. Renault qui, du reste, la rectifiera lui-même.

M. Gerdy : Il est un fait qui est sorti triomphant de la discussion qu'on rappelait tout à l'heure, c'est que la pénétration de l'air dans les veines n'est pas aussi dangereuse qu'on le croyait. Rien ne prouve, dans tous les cas invoqués par des chirurgiens, qu'il y ait eu toujours absorption de l'air. Dans les expériences faites par la commission, il est resté démontré qu'il a fallu souvent une peine infinie pour faire périr quelques animaux. La plupart ont survécu à l'expérience. On voit encore, par les faits que vient de rapporter M. Renault, combien les résultats de l'injection de l'air dans les veines sont variables.

M. Renault : J'aurais été à l'encontre de mon but si l'on pouvait conclure du fait que j'ai énoncé que la pénétration de l'air dans les veines fût sans inconvénient. Je n'ai voulu, en citant ce fait, qu'établir qu'on peut introduire de l'air dans les veines sans produire la mort ; voilà tout. Dans les expériences de la commission, on n'avait pas déterminé la quantité d'air nécessaire pour produire la mort. C'est ce que je me suis proposé de faire ; et c'est en faisant ces expériences que j'ai reconnu que les animaux mouraient quelquefois, mais pas toujours, à la suite de cette injection d'air.

Je citerai, à cette occasion, un fait que je viens d'observer tout récemment. J'ai pratiqué, il y a deux jours, la transfusion du sang d'un chien enragé à un chien sain. En pratiquant cette transfusion, une certaine quantité d'air a pénétré dans la veine de cet animal. J'ai pu constater ce fait remarquable, c'est que cet animal, auquel on a injecté un décilitre de sang d'un chien enragé, plus une certaine quantité d'air, n'a rien éprouvé de particulier jusqu'ici.

M. Roux croit que M. Gerdy fait trop bon marché des faits observés par les chirurgiens. Il pense que sans qu'il soit besoin d'invoquer les expériences sur les animaux, les faits observés sur l'homme sont suffisants pour établir l'influence mortelle de la pénétration de l'air dans les veines.

M. Velpeau : Je ferai remarquer, au sujet de ce que vient de dire M. Renault, qu'il n'est pas possible, chez les animaux, de doser la quantité d'air introduite. Il faut bien faire attention, d'ailleurs, que dans des accidents de cette nature, ce n'est pas de l'air que l'on insuffle, mais de l'air qui pénètre pendant un mouvement d'inspiration. Il y a là une différence dont il faut tenir bien compte entre une expérience et l'accident qui se produit sur l'homme pendant une opération. Chez l'homme, je le répète, l'air pénètre pendant un mouvement d'inspiration ; dans une expérience, au contraire, l'animal inspire et expire alternativement pendant l'opération, de sorte qu'on ne sait jamais au juste si l'air que l'on injecte pénètre ou non.

Je ne saurais donc trop insister et sur la gravité de cet accident et sur la nécessité de recourir immédiatement à la compression dès qu'il se produit. Il faut que tous les chirurgiens sachent bien ce qu'ils ont à redouter de la pénétration de l'air dans les veines pendant les opérations, et il faut qu'ils sachent aussi qu'il existe un moyen sûr d'en prévenir les fâcheux effets.

M. Bouley : Je ferai remarquer, à l'appui de ce que vient de dire M. Velpeau, qu'il y a une très-grande différence entre les expériences faites sur des animaux bien portants et le résultat des opérations ou des expériences qui sont faites sur des animaux malades.

Les premiers chevaux chez lesquels j'ai vu se produire des accidents plus ou moins graves à la suite de l'introduction de l'air dans les veines, étaient atteints de pneumonie. C'est en pratiquant la saignée de la jugulaire que l'accident est arrivé, accident foudroyant dans quelques cas. Chez l'un d'eux la pneumonie n'était que commençante, la mort n'a pas eu lieu, mais elle a été imminente ; chez deux autres la pneumonie étant très avancée, la mort survint presque instantanément. J'ai vu succomber de la même manière un cheval atteint d'apoplexie intestinale. Il est bon d'ajouter que toutes les fois que ces accidents se sont produits, cela a tenu à ce qu'on n'avait pas eu la précaution de comprimer préalablement la jugulaire ; j'ai toujours le soin de faire cette compression lorsque je pratique la saignée, aussi n'ai-je jamais vu survenir de semblables accidents.

M. Bouvier fait remarquer que la discussion jusque-là est sans liaison directe avec le fait qui en a été l'occasion ; il désirerait l'y ramener. Il ne pense pas, pour son compte, qu'on puisse tirer du fait rapporté par M. Durand Fardel la même conclusion ; il y a pour lui tout au moins sujet de doute sur la question de savoir si la mort n'aurait pas été, dans ce cas, le résultat de l'affection du cœur dont la malade paraissait atteinte. Ce qui le porterait à admettre plutôt cette manière de voir, c'est que dans l'observation de M. Durand Fardel, il n'est question que de quelques bulles d'air dans les cavités du cœur, tandis que dans les expériences d'introduction d'air dans les veines, on en a toujours constaté une grande quantité.

M. Durand Fardel se croit fondé à considérer la présence de l'air dans les cavités droites du cœur et dans le système veineux comme une cause suffisante de mort, sans en rechercher une autre. La maladie du cœur n'était pas assez grave pour causer la mort.

M. Gerdy : Les syncopes entraînent quelquefois la mort. Or, contrairement à l'opinion de Bichat, qui n'admettait qu'une cause unique de syncope, la cessation de l'action du cœur, beaucoup de causes peuvent la produire. Ne serait-ce pas à l'une de ces causes nombreuses de syncope qu'a succombé la malade de M. Durand-Fardel ?

M. Durand-Fardel : Les accidents éprouvés par cette malade ne ressemblaient pas à la syncope. Toutefois, je conviens que c'est là une distinction difficile à faire.

La discussion est close.

L'Académie se forme en comité secret à cinq heures moins un quart.

BIBLIOGRAPHIE.

DU MODE DE PROPAGATION DU CHOLÉRA ET DE LA NATURE CONTAGIEUSE DE CETTE MALADIE. RELATION MÉDICALE DE L'ÉPIDÉMIE DE CHOLÉRA QUI A RÉGNÉ PENDANT L'ANNÉE 1849, A NOGENT-LE-ROTROU ; par le docteur Brochard. — 1 vol. in-8°. Paris, chez J.-B. Baillière.

Il y a, comme l'indique le titre, deux parties assez distinctes dans le livre de M. Brochard ; l'une qui traite spécialement du mode de propagation du choléra, l'autre relative à l'histoire de la maladie dans l'arrondissement de Nogent-le-Rotrou. La première, plus importante au fond, a reçu aussi plus de développements : c'est elle qui mesure la véritable valeur du travail.

On s'est tant occupé de la question de la contagion depuis deux ans, que la plupart des arguments *pour* et *contre* y ont trouvé leur place. Les anti-contagionistes résistent ; ils résisteront longtemps encore, allant de subtilités en subtilités, à mesure que les faits deviendront plus pressants. Ce qu'il y a peut-être le mieux à faire aujourd'hui, c'est de les prendre au mot, c'est d'accepter toutes les exigences qu'il leur plaît d'imposer à la démonstration, et, leurs conditions une fois bien précisées, bien entendues, de confier patiemment à l'expérience le soin de les réaliser dans le phénomène de la contagion. On s'exposera ainsi à dérober aux doctrines contagionistes des arguments très-valables, puissants même ; mais on finira par ne laisser à la doctrine adverse que l'argument de la *coïncidence* et du *hasard*. Et alors, il faudra bien que ce dernier rempart tombe lui-même quand les exemples se seront multipliés. Ce ne sera plus qu'une affaire de temps.

M. Brochard qui, après avoir attaché un des premiers le grelot contagioniste, a eu le bon esprit de ne publier son livre que près de deux ans plus tard, a pu réunir tous les éléments de la question doctrinale sortis de la polémique contemporaine. Il les passe successivement en revue ; il les discute avec soin, avec calme et sévérité ; et nous avons eu la satisfaction de voir que, soit pour ce qui concerne les arguments tirés de l'opinion contagioniste, soit dans les réponses aux objections, les raisonnements de l'auteur sont presque identiques à ceux dont la Gazette Médicale s'est toujours appuyée. Aussi pouvons-nous nous dispenser d'y insister. Mais ce qui donne à sa démonstration une grande force, c'est précisément qu'elle a lieu presque d'un bout à l'autre dans les termes que nous disions tout à l'heure, dans ceux qu'exigent les adversaires de la contagion. Il prend la définition de M. Rochoux : « Une maladie est contagieuse quand le corps qui en est affecté produit un principe susceptible de communiquer la même maladie à un individu sain, quelles que puissent être d'ailleurs l'origine primitive de ce principe, les conditions qui rendent son imprégnation plus ou moins facile, les voies par où elle a lieu, la manière dont elle s'effectue ; » puis la définition de M. Jolly : « Le mot de contagion exprime tout acte de transmission d'un état morbide procédant d'individu malade à individu

sain, en vertu d'un contact direct ou indirect entre ces deux individus. » Ces termes bien convenus, il accorde en maint endroit que l'individu accusé d'importation doit avoir été prendre le mal dans une localité où il régnait épidémiquement revenir dans une autre localité tout à fait exempte d'épidémie, et y devenir le point de départ d'une série d'affections semblables à la sienne; il consent à ce qu'il y ait eu des rapports étroits, directs, entre cet individu et celui qui est tombé malade après lui, et qu'on puisse suivre les anneaux de la chaîne dans toute sa longueur; que les cas soient échelonnés de telle manière qu'il y ait entre celui qui donne et celui qui reçoit le rapport de temps ordinairement observé dans les conditions habituelles de la contagion. Certes, avec un système de contrôle aussi rigide, beaucoup de faits bien et dûment marqués du sceau de la contagion doivent être méconnus, — et c'est une remarque par nous faite bien des fois qu'il y a beaucoup plus d'exemples de contagion que n'en allèguent les contagionistes. — N'importe, M. Brochard satisfait à tout. Laissons les faits qui ont servi autrefois d'aliment à la discussion académique; laissons-les, tout concluants qu'ils nous paraissent. En voici d'autres que nous prenons au hasard.

Depuis plus de six semaines, le choléra avait *entièrement disparu* de Nogent-le-Rotrou. Pendant toute la durée de l'épidémie qui avait ravagé cette ville, la commune de Masles, arrondissement de Mortagne (Orne), distante de Nogent de 8 kilomètres, *n'avait pas offert un seul cas* d'affection cholérique. D'un autre côté, l'influence épidémique n'avait pas franchi l'enceinte de Nogent et ne s'était manifestée ni dans le département de l'Orne ni dans celui de la Sarthe. La commune de Masles se trouvait ainsi au centre d'une circonférence de 60 kilomètres au moins de rayon, dans laquelle *il n'existait pas la plus légère influence cholérique*. La femme C. (de Masles), jouissant d'une bonne santé, va voir à Paris sa fille convalescente d'une attaque de choléra, et passe quelques jours avec elle, puis revient à Masles avec de la diarrhée. Le 15 septembre, *huit jours après son retour de Paris*, elle est atteinte de choléra. Sa mère, qui était venue lui donner ses soins, est elle-même frappée le 19 et meurt le 20. Le jeune enfant de sa fille était près de là en nourrice, on l'apporte chez sa grand'mère malade; il succombe en trente heures à la même affection. Après cela, *le choléra ne frappe personne dans toute l'étendue de la commune de Masles*.

Une femme de 54 ans, demeurant à Nogent, meurt du choléra le 2 juin. Son mari pressé d'aller habiter Condé-sur-Huisne, bourg du département de l'Orne, distant de Nogent de 8 kilomètres, emporte les effets et le linge de sa femme sans avoir la précaution de les faire blanchir. Une voisine qui se portait très-bien, visite ce linge pour le nettoyer; elle meurt en cinquante heures du choléra. *Avant et après ce cas, il n'y eut pas un seul exemple de choléra dans toute la commune de Condé*.

Le 1er juin 1849, une femme part de Courville où régnait le choléra et se rend aux Aubées, village distant de Courville de 24 kilomètres. Elle est prise le soir même du choléra et meurt le 3. Sa voisine, *qui seule l'avait soignée*, est atteinte le 5 juin et meurt le 7. Le 9, sa fille, qui était venue du village de la Brivollière, près des Aubées, pour lui donner des soins, est frappée à son tour et succombe le 14. *Il n'y a eu, ni avant ni après, aucun autre cas de choléra dans toute la contrée*.

On pourrait emprunter à M. Brochard un grand nombre d'exemples de ce genre.

Ce qu'on répond, nous le savons bien; mais nous n'avons jamais rien compris à cet argument, soit dit à notre louange. On objecte précisément la circonstance qui, à nos yeux comme à ceux de l'auteur, donne précisément à ces faits une très-grande importance. Comment! dit-on, le choléra est contagieux et il ne frappe qu'une, deux, trois personnes! Et il ne saisit pas immédiatement toute la population! C'est à peu près comme si l'on demandait pourquoi les épidémies de rougeole ou de coqueluche ne sont pas éternelles. On ne veut pas entendre que la transmission contagieuse nécessite la formation d'un miasme, d'un germe, qui peut offrir des degrés différents d'activité, qui ne se produit pas même nécessairement; que c'est là une condition commune à toutes les maladies contagieuses, sans compter que la réceptivité par les miasmes n'appartient pas également à tout le monde. Mais voyez l'inconséquence. Ceux qui ne veulent pas que les faits rapportés plus haut soient le résultat de la contagion, comment les expliquent-ils? On le sait, par l'influence épidémique. Mais qu'est-ce donc qu'une influence épidémique qui s'exerce sur deux ou trois individus au milieu d'une population nombreuse? Quoi! pourrious-nous dire à notre tour, la cause spécifique du mal est dans l'atmosphère que tout le monde respire, ou, suivant d'autres théories, dans le sol que tout le monde foule, et elle choisit seulement quelques victimes! Pour le coup, le caprice est fort. Ce n'est pas encore tout; ces victimes, elle s'amuse à les prendre *uniquement* parmi les individus qui ont eu entre eux des rapports directs! Dans l'hypothèse de la contagion, rien de plus logique. Dans celle de l'influence épidémique, rien de plus bizarre, nous dirions presque de plus absurde, — c'est à l'influence épidémique que nous parlons. Si après l'arrivée d'un cholérique dans un pays sain, la maladie se généralisait, que dirait-on? que l'influence épidémique avait pénétré dans le pays avec le premier malade. La maladie s'arrête à quelques personnes ayant eu entre elles des communications, c'est encore l'influence épidémique. Avec de tels raisonnements, on n'est jamais dans l'embarras.

Nous nous bornons à ces courtes indications. Nous l'avons dit, l'ouvrage de M. Brochard est plein de documents. Les rapporter en détails serait trop long; les étudier dans leur signification doctrinale serait retomber dans des redites. Mais nous recommandons fort au lecteur non prévenu d'en prendre connaissance à la source.

A. Dechambre.

VARIÉTÉS.

— Blessés des journées de décembre. — On lit dans le Constitutionnel :

« Tous les insurgés blessés pris aux barricades sont, la plupart, soignés dans les hôpitaux.

» L'Hôtel-Dieu est l'hôpital qui a reçu le plus de blessés : on en comptait hier trente; la Charité en a reçu dix ou douze. L'hôpital Saint-Antoine et Sainte-Marguerite, tous deux plus rapprochés du théâtre de la lutte, n'en ont admis que quelques-uns seulement.

» Un certain nombre de ces blessés appartiennent à l'armée; mais la généralité des blessés militaires ont été transportés dans les hôpitaux spéciaux, ou sont traités dans les ambulances établies à proximité du théâtre de la lutte. »

Aux renseignements donnés par ce journal, nous sommes en mesure d'ajouter les suivants :

Dans les hôpitaux civils, le nombre des blessés n'a jamais dépassé 138, y compris les militaires blessés, qui ont été depuis transportés pour la plupart dans les hôpitaux militaires. L'Hôtel-Dieu en avait reçu 31, la Charité 12, la Maison de santé 15, l'hôpital Saint-Louis à peu près autant. Aujourd'hui, par suite du passage des blessés militaires transportables dans leurs hôpitaux, il ne reste plus que 79 blessés, dont 10 appartiennent à l'armée, et 5 femmes, ainsi réparties :

Hôtel-Dieu.	20 hommes,	1 femme,	0 militaires.	— 21
Charité.	16	3	0	— 19
Sainte-Marguerite.	1	0	4	— 5
Beaujon	4	0	0	— 4
Bon-Secours. . . .	2	0	0	— 2
Saint-Louis.	18	1	6	— 25
Clinique.	2	0	0	— 2
Incurables (h.). .	1	0	0	— 1
	64	5	10	79

Quant aux blessés militaires, il est difficile d'en connaître encore très-exactement le nombre, l'évacuation des huit ambulances et des hôpitaux civils sur les hôpitaux militaires n'ayant été opérée que dans la journée d'hier. Le Constitutionnel annonce que le nombre des blessés est de 107, dont 3 officiers, la plupart blessés grièvement. Le même journal donne les chiffres suivants pour le Val-de-Grâce, l'Hôtel-Dieu et l'hôtel Saint-Louis : Val-de-Grâce, 48 dont 2 officiers; Hôtel-Dieu, 2 blessés transportés depuis au Gros-Caillou par ordre du général en chef; 7 à Saint-Louis qui ne sont pas transportables. Les renseignements, encore incomplets, que nous avons recueillis, nous permettent d'affirmer que les chiffres donnés par ce journal sont assez exacts. Ce matin, le Val-de-Grâce comptait encore 48 blessés, le Gros-Caillou 25, le Roule quelques-uns seulement.

— Mort de Priessnitz. Le célèbre paysan de la Silésie, qui a été fondateur de la méthode hydrothérapique, Priessnitz, vient de succomber à un âge encore peu avancé (environ cinquante-cinq ans). La rusticité toute primitive qu'avait conservée cet homme dépourvu de toute éducation médicale et autre ne lui a pas permis d'apporter à sa méthode les améliorations qui devaient résulter d'une étude attentive et vraiment scientifique des maladies soumises à ce mode de traitement. L'établissement de Græfenberg, fondé il y a vingt-cinq ans, s'offre encore aujourd'hui avec l'aspect barbare qu'il avait à sa fondation; la méthode y est mise en usage avec le même empirisme, c'est-à-dire sans aucun discernement. Malgré ces graves imperfections, Priessnitz, par une conviction forte et une inébranlable opiniâtreté, n'en aura pas moins contribué à fonder une méthode qui rend chaque jour les plus grands services à l'humanité, et son nom devra trouver une place honorable dans les annales de la science. On dit que Priessnitz laisse une fortune de quatre millions.

— M. le docteur Drouot commencera un cours public et gratuit de médecine rationnelle et de thérapeutique endermique et spécifique, le mardi 16 décembre, à huit heures du soir, à son dispensaire, rue Neuve-du-Luxembourg, 35, et le continuera les mardi et vendredi de chaque semaine.

Le rédacteur en chef, JULES GUÉRIN.

REVUE HEBDOMADAIRE.

ACADÉMIE DE MÉDECINE. — SÉANCE ANNUELLE. — ÉLOGE DE HALLÉ.

Nous avions raison de dire, il y a peu de jours, que les préoccupations politiques ne porteraient aucun préjudice à la séance annuelle de l'Académie de médecine. Jamais on n'avait vu plus d'empressement. Nous avons failli même nous en apercevoir à notre dam, le flot des immortels, grossi par les invités et les correspondants, ayant reflué jusque sur le banc des journalistes, fort honoré de ce fardeau inaccoutumé. Un double rang de dames, pour qui des siéges avaient été préparés devant la tribune, bordait pittoresquement la masse uniforme des habits noirs. C'était la lignée de celui qu'allait *louer*, suivant l'expression convenue, M. le secrétaire perpétuel. L'usage d'inviter les familles aux discours nécrologiques est convenable en soi et touchant; les témoignages de la gratit.de publique ne semblent plus alors s'adresser à un cercueil; ils tombent dans le cœur de personnes députées, pour ainsi dire, par le mort, et c'est presque comme s'il les recevait lui-même. Dans la circonstance actuelle, l'usage avait un à-propos particulier, car on allait honorer la mémoire d'un homme qui avait donné l'exemple des qualités les plus aimables et des vertus les plus rares, et fait souche, dans une nombreuse famille, d'aménité, d'honneur et de charité.

Ce n'est pas sans motif que nous signalons cet épisode de la séance. Soit préméditation, soit rencontre, le discours de M. Dubois s'y approprie tout particulièrement. Il l'a lui-même caractérisé par un mot que nous avons retenu; il l'a appelé une *Notice*, regrettant plus d'une fois que l'espace ne lui permît pas de s'étendre sur l'appréciation scientifique. On eût pu si facilement se ménager plus d'espace de ce côté en en prenant moins d'un autre que, vraisemblablement, il faut voir là un moyen adroit et délicat de s'arrêter plus longtemps sur les qualités qui sont la joie et l'honneur du foyer domestique. L'orateur a surtout peint, en effet, l'homme privé, le bon fils, le neveu reconnaissant, le père tendre et vénéré. Dans les choses de science même, il a mis en relief, plutôt l'aptitude individuelle que les idées, les tendances, l'influence du savant. Hallé a communiqué à l'hygiène une impulsion forte et décisive; il en a rassemblé, défini, coordonné, les éléments; il a tracé un plan célèbre auquel on s'est conformé à l'envi. C'est là ce qui est connu de tout le monde. Mais quelle est sa part personnelle dans cette œuvre? Où en était l'édifice quand il y a mis la main pour le compléter et le régulariser? Quel esprit y a-t-il apporté? Quelle idée s'est-il faite du but définitif de l'hygiène? Quels changements le progrès a-t-il amenés depuis sa mort? Boerhaave a beaucoup prêté à Hallé; il lui a prêté notamment, du moins en grande partie, ses principales divisions : où commence l'originalité de Hallé? L'hygiène de celui-ci, enfant de l'encyclopédisme, malgré ses habitudes religieuses, ne ressemble pas à l'hygiène de Frédéric Bérard, nourri dans les traditions de Montpellier. Un point de vue qui ne pouvait avoir beaucoup de portée du temps de Hallé en a pris davantage aujourd'hui : nous voulons parler de l'*organoplastie hygiénique*, dont le regrettable Royer-Collard a donné à l'Académie de médecine, en 1842, un brillant spécimen. Tel serait le champ ouvert à qui voudrait entreprendre une véritable étude scientifique sur l'ancien professeur d'hygiène de l'École de Paris. Mais, nous le répétons, une appréciation de ce genre n'a pas été dans les intentions de M. Dubois; il convient d'ajouter qu'elle n'entrait pas nécessairement dans ses attributions de panégyriste.

Cela entendu, nous nous associons de tout cœur aux marques bruyantes et réitérées de satisfaction recueillies par l'orateur. Les détails donnés sur les ascendants de Hallé, tous plus ou moins célèbres dans les arts, dans les sciences et dans les lettres, ont excité un vif intérêt. On a saisi avec un visible plaisir d'obligeantes allusions à l'adresse de quelques descendants. Dans son caractère scientifique propre, dans les habitudes de son esprit, dans l'étendue et la variété de ses connaissances, dans la profusion et la diffusion de ses écrits, Hallé a été heureusement touché. Comme professeur, une ingénieuse comparaison l'a montré aux prises avec des idées trop nombreuses, trop pressées dans son esprit pour pouvoir s'échapper librement par l'élocution. On a cru voir le praticien prudent, légèrement cunctateur, que son grand savoir assiégeait de doutes et menait souvent à l'hésitation. Le tableau que l'orateur a tracé, par contraste, d'une autre race de praticiens, hardis, convaincus, rompant les digues et allant droit au but, ce tableau est très-saisissant. Il a enlevé les applaudissements. Peut-être néanmoins la pensée de blâme qui y a été attachée aurait-elle eu besoin de commentaire. Nous ne défendons pas plus que M. Dubois ceux qui, ayant *le glaive en main*, frappent *les yeux fermés*; ceux qui n'ont à leur service que *deux ou trois principes absolus*; ceux qui accusent le malade de s'être laissé mourir *quand leur formule est en défaut*. Mais nous n'admettons pas que le vrai praticien soit celui dont le doute, savant ou non, embarrasse et énerve tous les actes; celui qui laisse fuir l'*occasio præceps* pendant le temps passé à délibérer; et nous avons du goût pour l'homme de conviction, d'autorité, de décision, qui a des principes et qui s'y conforme. Apercevoir *tous les détours et toutes les difficultés d'une question*, c'est très-bien; mais en saisir le nœud et le couper résolument, c'est encore mieux : le tout est de ne pas se tromper. Si, parmi les praticiens de cette catégorie, il en est de trop absolus ou de peu sincères, la chose est fâcheuse; mais ceux-là ne sont patronés par personne, et il ne faut pas que l'espèce paye pour la variété.

Comme nous l'avons dit, ce qu'on connaît le mieux dans Hallé, après avoir entendu M. Dubois, c'est l'homme privé. Une amabilité spirituelle, une bienveillance à toute épreuve; une indépendance souple qui, comme le roseau de la fable, pliait et ne rompait pas; un juste sentiment de la dignité personnelle; l'esclavage du devoir; la ponctualité; mais surtout un vif, un intarissable amour de l'humanité, voilà des traits assez beaux par eux-mêmes, et qui, ornés des couleurs d'un style animé, ont charmé l'auditoire. On ne songeait pas en ce moment à ce que le cadre du discours pouvait avoir de trop étroit; on se disait qu'après tout, on avait fait entrer ce qu'il y a de plus élevé et de meilleur dans l'homme, puisqu'on y avait surtout glorifié les qualités du cœur.

A. DECHAMBRE.

Feuilleton.

PRIESSNITZ, FONDATEUR DE L'HYDROTHÉRAPIE.

Priessnitz vient de mourir. Il a succombé le 26 novembre au soir. On ne nous dit point à quelle maladie; seulement j'apprends que cette maladie fut longue, et qu'il épuisa contre elle toutes les ressources de son savoir et de sa puissante médication. Soit qu'il ait voulu pousser jusqu'au bout la morgue qu'il afficha dès son début dans la spécialité hydriatrique, soit que son tact particulier lui ait fait sentir une fin certaine dans l'affaissement des organes et dans l'abandon des réactions vitales, toujours est-il qu'il ne crut pas devoir chercher hors de lui un secret pour retenir la vie qui fuyait, ni se rapprocher de la médecine classique à laquelle il a prodigué l'outrage durant vingt-six ans.

Nous ne venons point ici faire son oraison funèbre; il ne nous a point donné ce droit ni ce désir, ni probablement à aucun médecin diplômé. Mais ce n'est pas une raison de nier le jour. C'est en vain d'ailleurs qu'on voudrait, même après la mort, effacer cette colossale existence, l'ombre de Priessnitz sera longtemps debout, et ce nom planera depuis la pyramide de Græffenberg consacrée par la reconnaissance *au génie de l'eau froide* (1) jusqu'aux derniers confins de la civilisation européenne. Nous venons dire très-sommairement ce qu'était cet homme, en attendant que d'autres écrivent, mieux que nous ne sommes à portée de le faire, sa page entière dans le grand livre de l'immortalité.

On se rappelle combien fut grande l'impression que firent successivement la mort d'Astley-Cooper et celle de Dupuytren. On considéra ces deux illustrations au point de vue des services sans nombre qu'avaient rendus leurs mains infatigables, comme au point de vue de l'éclat de leur pratique, et l'on ne considéra pas moins l'importante fortune qu'ils laissaient après eux, comme mesure matérielle de leurs œuvres. A ce triple point de vue, nous ne craignons pas de dire que l'Esculape silésien laisse loin derrière lui ses deux rivaux. Le nombre de ses cures est certainement plus grand que le nombre de leurs opérations, heureuses ou non; et par la gravité des cas comme par la simplicité inouïe du moyen, elles ne se concilient pas moins d'éclat que les plus belles opérations chirurgicales. Priessnitz n'a jamais été remplacé ni secondé par un aide intelligent, n'ayant point voulu faire d'élève. Enfin la fortune qu'il laisse paraît être l'unique qu'un médecin ou chirurgien ait acquise aussi grande depuis les temps historiques. Pour se convaincre de ce que j'expose, il n'y a qu'à jeter les yeux sur les chiffres suivants :

Dans l'élégant ouvrage de M. Scoutteten (2), auquel l'*eau froide* doit ses pre-

(1) Texte littéral de l'inscription gravée sur cette pyramide.

(2) DE L'EAU OU DE L'HYDROTHÉRAPIE. Paris, 1843; p. 31.

MALADIES NAVALES.

ÉTUDES SUR LES MALADIES MARITIMES ; par M. DUTROULAU, médecin en chef de la marine (service colonial).

(Suite et fin. — Voir les numéros 33, 37 de l'année 1850, 18, 34, 40 et 43 de l'année 1851.)

FIÈVRE JAUNE.

SIXIÈME QUESTION. — *Le diagnostic et le traitement de la fièvre jaune observée à bord offrent-ils quelque chose de particulier à noter ?*

On comprend que, malgré les efforts qu'on aura faits pour prévenir l'épidémie ou pour l'arrêter quand elle sera déclarée, soit que la maladie ait commencé à la mer, soit que le pays dans lequel on se trouve, ou les ressources qu'on possède, se refusent entièrement au débarquement des malades, le médecin puisse quelquefois se trouver obligé de traiter ses malades à bord ; et il est bon qu'il connaisse ce que peut présenter de particulier la maladie dans ce cas. C'est ce motif qui nous porte à entrer dans quelques détails sur le diagnostic et le traitement.

Il n'y a que quelques mots à dire du diagnostic. C'est que les épidémies observées à bord prennent à peu près le caractère de celles qu'on observe à terre dans le même moment, c'est-à-dire qu'elles diffèrent suivant le lieu où se trouvent les navires, suivant les diverses épidémies qui ont été observées dans un même lieu, et même suivant les différentes phases d'une même épidémie dans ce lieu. A bord comme à terre, la maladie prend donc la physionomie propre à la constitution épidémique particulière à la localité, comme aussi celle qui est particulière à chaque saison de l'année. On conçoit dès lors qu'un navire qui arrive sur une rade à l'époque où la fièvre jaune sévit avec un caractère inflammatoire ou ataxique bien prononcé, et qui en part, après l'avoir contractée, avant le changement de saison, n'aura observé que cette forme de la maladie. Que si c'est, au contraire, au moment où certaines causes et particulièrement les pluies abondantes et les forts orages impriment à la maladie un caractère nerveux ou adynamique, il verra ce caractère se prononcer sur tous ses malades. Que si c'est enfin dans la saison fraîche, époque à laquelle règnent principalement dans les pays à fièvre jaune, et aussi quelquefois à bord, les fièvres paludéennes sous leurs divers types, il verra la maladie revêtir jusqu'à un certain point le type intermittent ou rémittent, et se rapprocher plus ou moins de la marche de ces fièvres. Mais ces diverses modifications qui peuvent s'observer successivement dans une même localité et pendant une même épidémie, suivant les diverses saisons, se montrent ordinairement isolées à bord d'un navire. C'est là ce que peut avoir de particulier le diagnostic de la fièvre jaune observée à bord. Et on en comprendra facilement la raison, quand on songera que sur une réunion d'hommes aussi restreinte que l'est un équipage, la cause d'une épidémie s'est bientôt épuisée faute d'aliments, ce qui a lieu en deux ou trois mois, c'est-à-dire à peine pendant le temps d'une saison ; ou bien encore qu'un navire qui change de localité emportant la fièvre jaune avec lui, la voit revêtir le caractère de l'épidémie du pays où il l'a contractée, et non de celle du pays où il arrive. C'est ainsi qu'il faut s'expliquer les différences de caractère et de constitution épidémique qui sont indiquées dans les rapports ; et ce ne sont pas autant de différences radicales de la maladie. Ainsi donc ne pas perdre de vue les signes qui constituent le fond presque constant de la fièvre jaune, avoir égard à la saison et au lieu où on se trouve, tels sont les seuls éléments d'un bon diagnostic.

Quant au traitement médical, bien qu'il ne présente aucune indication particulière au navire, et qu'on ne puisse pas dire *à priori* quelles sont les circonstances où on est obligé de le modifier, il peut trouver des bases assez solides dans l'unanimité des rapports des médecins de la marine pour être indiqué d'une manière générale, si l'on ne veut pas recommencer toujours les mêmes écoles, et si on veut s'en rapporter à l'expérience de nombreux collègues dont on ne peut soupçonner les écrits ni de mauvaise foi, ni de spéculation scientifique. Eh bien ! tous sont unanimes pour conseiller les saignées générales et locales abondantes au début de la maladie, pendant les vingt-quatre premières heures, rarement au delà des quarante-huit premières ; l'un d'eux a même la bonne foi d'avouer qu'il revers par une erreur de diagnostic qui l'empêcha d'employer énergiquement ce moyen. Quant à la préférence de la saignée du pied sur celle du bras, que M. le médecin en chef Maher a voulu faire prévaloir avec tout le talent de style et de raisonnement qu'il met ordinairement au service de ses idées, elle n'a pas eu la sanction de tous ses confrères. Ceux qui l'ont le plus employée reconnaissent qu'outre son infidélité elle a l'inconvénient de ne pas permettre d'apprécier exactement la quantité de sang écoulée, quantité pour laquelle la syncope ne saurait d'ailleurs servir ni de terme ni de mesure. Il en est de même pour la prédominance des ventouses sur les sangsues, à moins que la nécessité ou des vues économiques ne fassent loi. La diète absolue de boisson, que ce même praticien a vivement préconisée d'après la pratique de M. Bélot (de la Havane), n'a pas eu non plus le même succès dans les mains d'autres médecins, et la plupart reconnaissent que c'est un supplice inutile pour les malades. A part le cas où elles provoquent ou entretiennent le vomissement, les boissons sont favorables comme rafraîchissantes ou sudorifiques. Le moyen qui, après les saignées, réunit le plus de succès, et qui peut d'ailleurs s'employer concurremment ou après elles, c'est le sulfate de quinine seul ou associé au calomel. Toutes les fois que l'intensité de la fièvre permettra de l'employer, et il n'est pas besoin pour cela d'attendre qu'elle soit tout à fait tombée, la transpiration ou la diminution de la chaleur étant des indices suffisants, il faudra s'empresser de l'administrer ; car, à part la forme rémittente que prend la fièvre jaune dans certaines saisons, il ne faut pas oublier que son origine miasmatique et ses rapports avec les fièvres paludéennes sont autant de motifs pour recourir au quinquina. Ces deux moyens aidés des sudorifiques et des légers laxatifs, sont les seuls qui réunissent la sanction de la grande majorité des médecins navigateurs ; et encore ne s'appliquent-ils qu'à la première période de la maladie ; car lorsqu'ils ont été impuissants à empêcher la seconde période de se déclarer, on ne trouve plus dans les rapports que de l'incertitude et une variété d'indications qui ne peuvent servir de base à aucune appréciation utile.

C'est tout ce qu'on peut dire de particulier sur le diagnostic et le traitement de la fièvre jaune à bord, et notre réponse à cette question doit se borner à ce peu de mots :

Le caractère de la fièvre jaune épidémique à bord varie suivant le lieu où elle a été contractée, et la saison pendant laquelle elle sévit. Les moyens

---

miers succès de propagande en France, on voit que le nombre progressivement croissant des hydropathes à Græffenberg avait atteint en 1840 le chiffre de 1,576 comme contingent de cette année-là ; et en 1842 le total des malades qui avaient passé par l'établissement depuis sa fondation était de 8,414. On donne les nombres suivants pour les années postérieures à 1842 :

En 1843.	2,340	malades.
1844.	2,720	—
1845.	3,400	—
1846.	5,000	—
Total pour ces quatre années	13,460	malades.

A partir de 1846, le nombre annuel de 5,000 paraît s'être soutenu jusqu'à ce jour comme minimum, et se répartir à peu près de cette manière :

Printemps, 1,000. — Été, 2,000. — Automne, 1,500. — Hiver, 500.

Quoique ces contingents par saison ne correspondent pas exactement à l'ouverture et à la terminaison de leur saison chacun, et qu'il y ait enjambement de l'un sur l'autre, tel malade restant plus d'un trimestre, tel autre moins, cette division donne une idée exacte en moyenne du nombre et de la répartition des baigneurs dans l'année.

Or si nous calculons le nombre des clients de Græffenberg d'après les bases qui précèdent, nous trouvons que Priessnitz, durant sa carrière commencée à 20 ans et terminée à 52, a attiré près de lui, dans une solitude sans abords (1), sans nom, sans attraits, environ *quarante-sept mille* malades, dont la plupart sont de très-hauts personnages, de toutes les nations et de toutes les capitales du monde (2).

L'assimilation de ce concours à Græffenberg avec celui qui se fait aux eaux minérales réputées pour leurs plaisirs autant que pour leurs vertus, n'est pas possible. A Græffenberg rien n'est disposé pour l'agrément ; tout y est dirigé vers le but thérapeutique dans une austère simplicité de la vie (3).

Maintenant si l'on tient compte de la profusion avec laquelle l'aristocratie princière et la haute finance réunies, comme je l'ai dit, de tous les coins de la terre, rivalisèrent pour enrichir celui qu'on regardait comme un génie providentiel et comme le dispensateur miraculeux de la santé et de la vie ; si l'on réfléchit

(1) Aujourd'hui les abords sont faciles ; des routes larges et magnifiques ont été faites par les malades ; de larges places, des monuments où l'on a façonné le granit, le marbre, la fonte, le bronze, ont changé complétement la sauvagerie primitive de ces lieux.

(2) « Græffenberg est devenu l'hôpital des incurables du monde entier ; j'y ai vu des malades venus de Saint-Pétersbourg et de Moscou, de Paris et de Londres, d'Astracan et de Constantinople ; Vienne, Berlin, Varsovie, toute l'Allemagne, la Hongrie, l'Italie, fournissent aussi leur contingent. » Scoutteten, ouvr. et page cités.

(3) Le même, *ibidem*.

de traitement qui réunissent la sanction de la majorité des médecins sont très-limités.

SEPTIÈME QUESTION. — *Peut-on compter sur l'acclimatement pour les navires qui font de longues stations dans les pays à fièvre jaune?*

On conçoit que si un navire, après avoir traversé impunément une ou plusieurs épidémies de fièvre jaune pendant les premières années d'une station qui ne dépasse jamais trois à quatre ans, pouvait se croire à l'abri pour le reste du temps qu'il a à faire, il pourrait sans grand inconvénient se relâcher de la sévérité des mesures qui l'ont préservé jusque-là, rendre ses relations avec la terre plus fréquentes et plus faciles, aller impunément d'un lieu à un autre, satisfaire en un mot à toutes les exigences du service, et permettre que l'équipage prenne les distractions qui aident à supporter les ennuis de la navigation. Il y aurait encore plus de sécurité, si une épidémie subie dans une localité était une garantie contre une nouvelle invasion, soit dans la même localité, soit dans les autres pays que le navire doit visiter plus tard; mais il faut le dire une telle prérogative n'appartient pas aux navires, même à ceux qui font les plus longues stations. Si l'acclimatement est un fait incontestable pour les habitants du littoral des pays à fièvre jaune, et on ne peut comprendre autrement l'immunité dont jouissent les indigènes et les Européens établis dans ces pays depuis longtemps, il ne peut s'acquérir par les navires pendant le temps limité qu'ils sont destinés à y passer. Non-seulement ce n'est qu'au bout d'un an, deux ans, quelquefois au moment de partir pour France, qu'un navire est pris de la fièvre jaune, soit qu'il ait fait toute sa station dans une même localité, ce qui est rare, soit qu'il ait dû séjourner dans plusieurs pays infectés; mais encore une première épidémie ne préserve pas d'une seconde, dans le même lieu ou dans des lieux différents, à quelques mois, à plusieurs années même de distance. Ces faits sont si nombreux qu'il serait inutile de les citer; et on le concevra facilement quand on songera que le temps de station d'un navire ne suffit pas d'une manière absolue à son acclimatement, et que d'ailleurs la facilité et la promptitude avec lesquelles les bâtiments se transportent d'un lieu à un autre les exposent à perdre les bénéfices de l'acclimatement qu'ils auraient pu acquérir; puisqu'il est vrai que, même pour les indigènes, l'acclimatement perd ses effets par le déplacement d'un lieu à un autre, et que, par exemple, les Havanais, d'après M. de Humbolt, contractent la fièvre jaune à Vera-Cruz ou à la Nouvelle-Orléans. Ainsi donc, pas d'acclimatement pour le navire pendant le temps qu'il passe sur le point le plus habituel de sa station, encore moins quand il change de destination.

Mais l'épidémie qui sévit une seconde fois à bord, n'atteint-elle que les hommes qui avaient échappé à une première épidémie? Autrement, les hommes qui ont été frappés par une première épidémie sont-ils à l'abri d'une seconde, quand elle se déclare? Ceci trancherait la question si importante de la récidive de la fièvre jaune. Les cas signalés par les chirurgiens-majors de la marine, d'hommes qui sont repris de la fièvre jaune une seconde fois après l'avoir eue dans une première épidémie déjà éloignée, sont assez nombreux; mais peut-on considérer comme récidive la réapparition de la maladie chez des hommes restés dans les mêmes conditions et sous l'influence des mêmes causes qui ont amené une première atteinte, l'intervalle qui précède cette réapparition fût-il même assez long? N'est-ce pas plutôt une rechute, comme la caractérisent la plupart des médecins de la marine, qui ne paraissent pas, il est vrai, attacher une grande importance à la différence qu'il faut faire entre une récidive et une rechute? Il faut penser comme eux, et dire que les rechutes sont assez fréquentes à bord, d'une épidémie à une autre, qu'elles le sont encore plus pendant une même épidémie, alors que la cause n'a évidemment pas encore épuisé son action, comme on pourrait le croire pour l'intervalle de deux épidémies. La question de la récidive de la fièvre jaune reste donc réservée pour les navires; et elle ne peut trouver sa solution que pour les épidémies longues et successives qu'on observe à terre.

Répondons à cette question :

Il n'y a pas d'acclimatement pour les navires destinés à séjourner dans les pays à fièvre jaune, pendant la durée ordinaire des stations.

Réunissons maintenant nos conclusions :

1° La cause de la fièvre jaune ne réside pas à bord des navires, et n'y trouve pas les éléments propres à lui donner naissance.

2° Elle ne s'y développe que par l'influence prolongée des lieux infectés où se trouve le navire, et surtout par le changement de lieux. L'accumulation des malades à bord paraît être la cause principale du caractère épidémique que prend la maladie.

3° Il y a une période d'incubation pour la fièvre jaune observée sur chaque malade en particulier, comme il y en a une pour l'épidémie dont est menacé un équipage. L'observation n'a pas encore déterminé les signes caractéristiques de cette incubation, et sa durée, peu connue aussi, peut cependant être évaluée au *minimum* pour la maladie à quelques jours, pour l'épidémie à un mois environ.

4° On peut éviter l'invasion d'une épidémie de fièvre jaune à bord, soit que le bâtiment doive séjourner peu de temps dans les lieux infectés, soit qu'il doive y stationner.

5° On peut même arrêter une épidémie déclarée, soit dès le début, soit quelque temps après son invasion.

6° Le caractère des épidémies à bord, peut offrir des particularités dépendant de diverses circonstances; on est assez d'accord sur le traitement de la première période de la maladie, très-peu sur celui de la seconde.

7° On ne peut pas compter sur l'acclimatement pour un équipage, pendant le temps que dure ordinairement la station dans les lieux habités par la fièvre jaune.

Et déduisons-en la conduite que devront tenir les médecins navigateurs placés au milieu d'une épidémie.

1° On doit toujours avoir présent à l'esprit que la fièvre jaune ne naît pas spontanément à bord, et avoir l'attention fixée sur les deux sources dont elle peut provenir; l'air dans lequel est plongé le navire, les communications avec la terre infectée.

2° On doit s'attacher à reconnaître si quelques-unes des influences générales signalées comme précédant souvent l'invasion de l'épidémie, n'existent pas parmi l'équipage, ou si quelque signe d'incubation ne se manifeste pas sur les malades pris isolément, et s'occuper alors de détruire ces influences, ces manifestations, et de mettre en usage les moyens propres à prévenir l'épidémie ou la maladie isolée. Une observation attentive peut seule tracer au médecin sa conduite dans ce cas.

3° Les moyens de prévenir une épidémie de fièvre jaune à bord sont nombreux et doivent être l'objet de la constante sollicitude du médecin. Il devra, dans un rapport officiel adressé au commandant dès l'arrivée sur rade, indiquer les principales mesures que l'expérience a consacrées, et

---

que l'âme intéressée et les habitudes sordides du paysan l'ont porté à instituer le trafic partout dans son domaine, on comprendra comment cet homme est devenu le seigneur et maître de presque tout le pays, et comment son avoir est évalué peut-être trop peu par le chiffre de 8 à 10 millions de francs. Ainsi, nous le disions, la mort de Priessnitz n'est pas un événement moindre que celle de Dupuytren et d'Astley-Cooper. Il y manquera, il est vrai, le tribut flatteur des sympathies que les hommes de science ont offertes à ceux-ci; mais les sympathies et les louanges de toutes les maisons aristocratiques de l'Europe et de l'Amérique formeront un concert plus vaste et plus retentissant. Avouons aussi qu'il sera plus sincère. Il partira du fond des cœurs d'un public reconnaissant et émerveillé. Priessnitz a toujours préféré les éloges de cette source à ceux de la bouche des médecins.

Vincent Priessnitz n'avait pas eu lieu, dans la première moitié de sa vie, de prétendre à la destinée qu'il eut plus tard. Né en l'année 1799, de cultivateurs très-modestes dans les montagnes de la Silésie autrichienne, il employa naturellement sa jeunesse aux champs et autour des bestiaux. Dans ces contrées à demi sauvages, la médecine superstitieuse et traditionnelle de père en fils consistait généralement en applications mystérieuses de l'eau de certaines sources. Ces applications assez fréquentes chez les animaux utiles à l'exploitation de la terre étaient, avec le concours du repos, suivies du retour des forces ou de la santé même. La manière d'appliquer l'eau n'était pas indifférente non plus, dit-on, que les paroles cabalistiques qui devaient accompagner. Priessnitz, ayant fait une attention particulière au *modus faciendi* de plus experts, devint lui-même un des premiers dans cet art, quoiqu'il négligeât le sortilége. Si l'on joint à cela qu'il monta un cabaret ou auberge où se rendaient les gens du village et les passants, on verra qu'il réunissait alors toutes les conditions qui pouvaient faire de lui une espèce de vétérinaire de circonstance. Son talent d'observation, son œil fin et scrutateur, et sa supériorité intellectuelle sur tout sujet en faisaient en même temps l'oracle du village.

Dans cette position, un accident qui faillit lui coûter la vie en fit un médecin et préluda à sa grandeur. Il eut deux côtes brisées par une roue de voiture qui passa sur lui. Il y eut, à ce qu'on dit, enfoncement des fragments à l'intérieur, et dépression correspondante de la voussure extérieure. Il fallait pour cela, comme l'on voit, une fracture comminutive de chacune des côtes atteintes. Le cas parut hors des ressources de l'art. Les chirurgiens du pays y renoncèrent, et condamnèrent le malade à mourir ou à être infirme toute sa vie. Priessnitz ne se résigna point à cette sentence. De lui-même, il imagina de dilater le thorax par une forte inspiration. Un bandage de corps solide fut appliqué dans cette position et lestement fixé avant le besoin d'expiration. Alors, tenant la glotte fermée, le malade imita brusquement le mouvement d'un homme qui s'efforce de résister à une grande envie de rire (1). L'effet qui s'ensuivit fut le redressement des côtes.

(1) Dans ce mouvement, qu'il faut essayer non debout mais assis, le refoulement brusque du diaphragme dans la cavité thoracique fit l'office d'un piston foulant dans un corps de pompe plein d'air et hermétiquement fermé. L'effort de l'air contre les parois repoussa l'enfoncement correspondant aux côtes bri-

qui consistent : à entretenir la propreté du navire en s'abstenant des moyens qui peuvent faire naître ou augmenter l'humidité ; à renouveler fréquemment l'eau de la cale et l'air des soutes à vivres, pour éviter les émanations qui peuvent y trouver naissance ; à employer tous les moyens propres à renouveler l'air la nuit comme le jour, sans que cependant les hommes soient exposés à en souffrir ; à régler les heures d'exercice et de travail de manière que cinq heures au moins du milieu du jour soient consacrées au repos ; à surveiller surtout le service de battelage auquel devront être employés des indigènes quand faire se pourra, et qui devra, dans tous les cas, cesser de dix du matin à trois heures de relevée, à moins de circonstances urgentes pour le service ; à veiller à ce que les hommes affectés aux approvisionnements journaliers du bord ne restent à terre que le temps nécessaire pour leur service, et que, sous aucun prétexte, ni état-major ni équipage ne soient autorisés à coucher à terre. Le danger évité sera une large compensation à ces légères contrariétés que commande la prudence.

Quand les exigences du service le permettront, le médecin devra conseiller d'abréger le plus possible le séjour sur les rades infectées, et s'étayer des résultats de l'expérience pour affirmer qu'on évite d'autant plus sûrement une épidémie, qu'on passe moins de temps au mouillage et plus de temps à la mer, loin des côtes. S'il était de toute rigueur de prolonger le séjour sur rade, il devrait s'enquérir du lieu reconnu le plus sain de la rade ou de la baie, et donner le conseil d'y mouiller le navire. Ce dernier soin deviendrait encore plus urgent si l'on se trouvait dans la saison de l'hivernage.

Si des cas isolés, ne constituant pas une épidémie, se déclaraient, il faudrait, si l'on était sur rade, s'empresser de les envoyer à l'hôpital, et si l'on était à la mer, bien s'assurer s'ils ne tiennent pas à une disposition générale qui existerait parmi l'équipage.

4° Si malgré tous ces efforts pour la prévenir, l'épidémie se déclare à bord, la conduite du médecin devra varier suivant la position où se trouve le navire. S'il se trouve au mouillage sur une rade nationale, le premier soin doit être d'envoyer les malades à l'hôpital au fur et à mesure qu'ils se présentent, et dès la manifestation des premiers symptômes. Si c'est sur une rade étrangère où il n'existe pas d'établissement propre à recevoir les malades, comme il est arrivé à Saint-Domingue, à Pensacola au Mexique, et que d'ailleurs la gravité des cas et la rapidité avec laquelle ils se succèdent donnent de graves inquiétudes, il ne faut pas hésiter à solliciter du commandant l'établissement à terre d'une maison de santé, soit avec les ressources du matériel qu'on peut s'y procurer, soit avec celles du bord, si on n'en rencontrait pas à terre. Et on choisira le local autant que possible, suffisamment spacieux, dans une bonne exposition et à proximité du bord. Malgré les embarras et quelquefois les dépenses qu'entraîne une telle mesure, elle est d'une telle importance pour la vie de l'équipage, que le médecin ne doit pas hésiter à insister près du commandant pour l'obtenir. C'est à ce dernier à apprécier si les obstacles sont en rapport avec la gravité des circonstances. Mais le débarquement des malades ne suffira pas si le bâtiment se trouve mouillé dans un lieu malsain, et si on ne peut trouver sur la rade un point plus salubre, il faudra appareiller le plus tôt possible et gagner la pleine mer.

Nous avons supposé que le bâtiment était au mouillage quand l'épidémie se déclare; mais s'il était en mer, d'autres considérations devraient guider le médecin. Si le navire faisait voile pour l'Europe, et qu'il fût déjà à quelque distance des pays infectés, il n'y aurait qu'à continuer la route, et à cingler le plus promptement possible vers les latitudes nord. S'il était dans les parages des lieux où existe la maladie, et qu'il fût obligé de ne pas s'en éloigner, après avoir attendu quelques jours pour observer quelle marche prend l'épidémie, et s'il n'est pas encore plus avantageux de garder la mer que d'aller s'exposer aux influences toujours plus pernicieuses de la terre, ou bien après s'être assuré que la gravité et les rapides progrès de la maladie ne laissent aucun espoir d'une amélioration par le séjour à la mer, il doit conseiller immédiatement la relâche dans le port le plus voisin, et là se comporter comme dans le cas où le bâtiment est au mouillage. Mais quand l'épidémie sera très-grave, l'évacuation des malades ne suffira pas, et il devra conseiller le débarquement d'une partie des hommes valides, si faire se peut, afin de diminuer l'encombrement, et de faciliter l'aération et le nettoyage du navire, qui devra se faire par les moyens ordinaires, sans qu'il soit besoin d'opérer un désarmement complet, toujours difficile et dispendieux.

5° Quant au traitement médical de la maladie, le médecin devra d'abord avoir égard au caractère de l'épidémie par rapport au lieu où elle aura été contractée, et à la saison dans laquelle on se trouve. S'il ne peut envoyer immédiatement les malades à l'hôpital, que ce soit pendant la nuit par exemple, ou bien si deux heures au moins doivent être perdues dans le transport, il sera urgent qu'il administre les premiers secours à bord, car il ne faut jamais oublier que les secours ont d'autant plus d'efficacité qu'ils sont administrés plus près de l'invasion. S'il est à la mer et qu'il faille traiter la maladie pendant toute sa durée, il se souviendra que les évacuations sanguines abondantes, les sudorifiques, les laxatifs légers, le sulfate de quinine ou l'extrait mou de quinquina seuls ou associés au calomel, sont les moyens qui réunissent le plus de succès pendant la première période. Quant aux accidents de la deuxième période, il n'aura à leur opposer que la médecine du symptôme, ou les inspirations qu'il pourra puiser dans sa propre observation.

6° L'acclimatement n'étant pas un privilége sur lequel puissent compter les navires pendant leurs stations les plus longues, les mesures propres à prévenir le développement ou le retour de l'épidémie devront être sévèrement observées tant qu'ils resteront dans les *pays infectés*.

Là s'arrêtent les considérations que nous avions à exposer sur la fièvre jaune observée à bord. Nous n'avons fait, pour ainsi dire, que raconter la manière dont les choses se passent, tâchant d'en tirer les conséquences les plus directes et les plus pratiques. Mais, ce qui nous paraît surtout important à considérer, c'est qu'en débarquant les malades on a pu prévenir ou arrêter des épidémies de fièvre jaune, et que c'est par conséquent par la présence des malades à bord que la maladie se transmet le plus ordinairement, tout en constatant l'influence manifeste des foyers morbides comme cause première. Qu'on donne à ce mode de transmission le nom qu'on voudra, pourvu qu'on se pénètre bien du fait, et qu'on lui oppose les mesures que nous avons indiquées.

Ce succès ne fut pas seulement pour Priessnitz l'avantage d'une guérison envers et contre la Faculté en même temps qu'un triomphe éclatant aux yeux des villageois de Græffenberg. Dans le repos forcé qu'il dut prendre en attendant la consolidation de sa cure, sa tête organisée pour la médecine travailla. Les problèmes en cette matière devenaient un jeu pour lui à mesure qu'ils se présentaient et que son attention s'y fixait. On accourait chez lui pour tous les cas pathologiques. Maux de dents, foulures, entorses, brûlures, fractures même, tout cela par ses soins ou ses conseils venait à prompte guérison. Priessnitz, entièrement remis lui-même, sortit de son lit pour marcher à une des plus brillantes conquêtes qui aient jamais été. Laissant là les soins du cabaret, il se livra entièrement à l'art de guérir, et se fit d'abord médecin ambulant. L'eau pure était son seul remède, les compresses et les éponges son seul bagage.

Je ne dirai pas quelles furent les traverses qu'il eut à surmonter ou à tourner dans cette partie de son chemin, où il rencontra des représentants sérieux du corps médical. Ceux-ci, quoique injustes dans leurs préjugés contre le nouveau système, n'en étaient pas moins fondés dans les poursuites judiciaires qu'ils intentèrent. Mais l'évidence des cures était là, et la reconnaissance des populations abritait le fugitif harcelé par la police. Mettant entre elle et lui la frontière voisine, il passait d'Autriche en Prusse (1), et *vice versâ*, suivant la direction de la chasse et le pas des limiers. Son sac et ses éponges sur le dos, il arrivait haletant, couvert de sueur et de poussière, dans un nouveau village, où le triomphe succédait aux dangers de l'heure précédente.

Mais le bruit de ses succès croissant de plus en plus, et les médecins des environs ne pouvant souffrir ce qu'ils considéraient comme un affront, ils crient un jour à l'imposture, sous prétexte que Priessnitz n'emploie l'eau que pour leurrer les yeux ; que ses véritables remèdes sont des principes pharmaceutiques dissous dans l'eau et cachés dans les éponges. Priessnitz répond par un défi de prouver cette assertion mensongère ; la querelle s'échauffe, le défi est accepté, l'eau analysée, les éponges coupées en morceaux. L'eau est trouvée pure ; nul agent nulle part auquel on puisse attribuer les merveilleux effets qui se passent sous les yeux du public. Force est aux médecins de se retirer vaincus ; mais ils ne pardonnent point ce nouveau grief. Il paraît que, réduits aux moyens peu honorables d'une persécution jalouse et injuste, ils ne se firent pas scrupule de les employer ; mais après que ces traits se furent brisés contre l'évidence et la répétition des faits, ils retournèrent plus acérés contre leurs auteurs.

En effet, Priessnitz, dont l'orgueil égalait le talent, et qui, depuis son accident, avait pris en dédain tout le corps médical, ayant été autorisé par le gouvernement autrichien à exercer la médication hydrothérapique, prit sa revanche, et

---

sées. On sent que l'ampliation préalable du thorax favorisait ce mouvement de retour, et que le bandage de corps immobilisant le tout, à l'exception des parties enfoncées, l'action centrifuge repoussa celles-ci dans la courbe périphérique, régulière et normale.

(1) Græffenberg dépend de la Silésie autrichienne, et se trouve sur les frontières de la Silésie prussienne.

THÉRAPEUTIQUE.

MÉMOIRE SUR LES GOÎTRES QUI COMPRIMENT ET DÉFORMENT LA TRACHÉE-ARTÈRE ET SUR LEUR TRAITEMENT, D'APRÈS LES LEÇONS CLINIQUES DE M. LE PROFESSEUR BONNET (DE LYON); par M. R. PHILIPEAUX.

(Suite et fin. — Voir les nos 48, 49 et 50.)

DEUXIÈME PROCÉDÉ. — CAUTÉRISATION PROFONDE ET LONGITUDINALE DE LA PAROI ANTÉRIEURE DU KYSTE AVEC LE CHLORURE DE ZINC.

Ce procédé, bien préférable à celui que nons venons de décrire, appartient à M. le professeur Bonnet (de Lyon); il consiste à faire par la cautérisation nne large ouverture longitudinale à la paroi antérieure du kyste. Voici quelle est la manière de procéder.

La peau étant détruite dans nne étendue de 8 à 12 centimètres par nne couche de caustique de Vienne placée dans le sens du plus grand diamètre de la tnmeur, on pénètre jusqu'à la cavité du kyste par des applications répétées de pâte de chlorure de zinc. Chaque fois ce caustique est laissé en place vingt-quatre heures. Au bout de ce temps, on enlève avec le bistouri la partie superficielle de l'escarre et dans le sillon produit par cette excision, on dépose une nouvelle couche de caustique. On renouvelle chaque jour cette opération. Lorsqu'enfin la poche est ouverte, c'est-à-dire lorsqu'on est parveuu ainsi à détruire une grande partie de la paroi antérieure de la tnmeur, les liquides que cette dernière contient se font facilement jour au dehors. Peu à peu les parois du kyste reviennent sur elles-mêmes, ou sont entraînées en totalité ou en partie par la suppuration.

GOÎTRE CYSTIQUE EXISTANT DEPUIS L'ENFANCE ET CAUSANT BEAUCOUP DE GÊNE DE LA RESPIRATION, AINSI QU'UN RONFLEMENT TRACHÉAL TRÈS-MARQUÉ; OUVERTURE DU KYSTE AU MOYEN D'UNE CAUTÉRISATION LONGITUDINALE DE LA PAROI ANTÉRIEURE; DOULEURS VIVES; GRAND MALAISE GÉNÉRAL; GUÉRISON.

OBS. VII. — François Vignon, âgé de 24 ans, d'une constitution forte, vint à l'Hôtel-Dieu de Lyon le 13 novembre 1850, pour se faire guérir d'un goître qui l'empêchait de se livrer aux travaux de sa profession d'agriculteur.

Ce goitre, d'un volume égal à celui du poing, était situé sur la partie moyenne et droite du cou; il produisait beaucoup de gêne de la respiration et occasionnait un ronflement, un bruit de cornage très-pénible. Par suite de cette infirmité, le malade, qui était d'ailleurs vigoureux, ne pouvait se livrer à un travail longtemps prolongé, et il trouvait difficilement de l'emploi à cause du bruit fatigant de sa respiration.

Le 15 novembre 1850, M. Bonnet fit avec la pâte de Vienne une cautérisation linéaire, suivant le grand diamètre de la tumeur, dans l'étendue de 12 centim. Il mit par dessus une bandelette de pâte de chlorure de zinc qu'il laissa en place pendant vingt-quatre heures. Au bout de ce temps, il incisa l'escarre avec un bistouri et plaça plus profondément une nouvelle couche de canquoin. La même opération fut répétée le lendemain, et il fallut huit jours de cautérisations successives pour pénétrer dans l'intérieur du kyste. Il eût été impossible de prévoir que les parois seraient aussi longues à traverser, car elles avaient paru minces et souples et superficielles.

L'escarre tomba le 5 décembre. Il s'écoula incessamment une quantité considérable de sérosité qui inondait toutes les pièces de l'appareil. Le malade était pâle, abattu, sans appétit; il avait une fièvre intense. Le 8 décembre, on fit une nouvelle application de pâte de chlorure de zinc aux deux extrémités de la plaie pour agrandir l'ouverture du kyste, dans l'intérieur de celui-ci on introduisit de la charpie imbibée d'une solution au trentième de sulfate de zinc.

En mettant le doigt dans la cavité, on sentait que les parois étaient fibro-cartilagineuses et qu'elles renfermaient des fragments osseux.

Vers la fin de décembre, le cou était revenu à son état normal, la sérosité séro-purulente avait diminué sensiblement, l'état général s'était amélioré; mais il avait été nécessaire de donner deux vomitifs et de tenir le malade à la diète pendant trois semaines.

Pour modifier la surface interne du kyste, on fit chaque jour pendant deux semaines une cautérisation avec le crayon de nitrate d'argent. La suppuration se tarit peu à peu, et le 20 janvier, au moment où le malade quitta l'hôpital, la plaie était presque entièrement cicatrisée; on ne sentait plus rien qui dénotât l'existence d'un kyste au devant du cou; la respiration était devenue libre et silencieuse. Le malade éprouvait de sa guérison une joie des plus vives qui montrait à quel point le goitre dont il était débarrassé avait été pour lui une cause de gêne et de malaise. La guérison était complète, mais, il faut en convenir, elle avait été achetée par des souffrances vives et par quelques dangers.

L'observation que je viens de rapporter prouve le parti avantageux que l'on peut obtenir à l'aide de ce procédé de cautérisation. Le liquide contenu dans le kyste pouvant sortir en totalité, il n'y a plus à craindre de décomposition putride; de plus, comme la cautérisation ainsi faite est très-étendue, elle permet d'espérer la destruction à peu près complète de la paroi antérieure du kyste.

Cependant l'expérience a démontré à M. Bonnet que la plaie faite à la paroi antérieure du kyste est, malgré toutes les précautions possibles, beaucoup plus petite que celle faite aux parties extérieures. C'est aussi pour obvier à cet inconvénient et pour accélérer la destruction de la paroi antérieure du goitre, que M. Bonnet fait usage du *séton* caustique qui cautérise longitudinalement la face postérieure de la paroi antérieure du kyste, tandis que ses deux extrémités nouées au devant de la tumeur viennent cautériser la face antérieure de cette même paroi.

Les faits suivants montreront une heureuse application de cette méthode de traitement.

GOÎTRE CYSTIQUE DATANT DE DIX ANS; OUVERTURE DE LA TUMEUR AU MOYEN DE DEUX SÉTONS CHARGÉS DE PÂTE DE CHLORURE DE ZINC; FIÈVRE; MALAISE GÉNÉRAL; SECTION A L'AIDE DU CAUSTIQUE D'UNE PORTION DES PAROIS DU KYSTE A LA PARTIE INFÉRIEURE; GUÉRISON.

OBS. VIII. — Le sujet de cette observation, Gaspard Julien, âgé de 25 ans, d'une constitution moyenne, portait depuis dix ans un kyste, du volume d'une petite orange à la partie antérieure et moyenne du cou, lorsqu'il entra dans la salle de clinique chirurgicale de l'Hôtel-Dieu de Lyon le 3 décembre 1850. Cette tumeur ne gênait la respiration que lorsque le malade se livrait à un travail pénible ou lorsqu'il marchait un peu vite. Cette absence des symptômes d'oppression que produisent souvent les goitres tenait à ce que la tumeur se développait librement en avant et qu'elle n'était comprimée ni par le sternum ni par le sterno-mastoïdien. L'incommodité dont elle était la cause était assez prononcée toutefois pour que le malade se fût décidé à venir à l'Hôtel-Dieu pour se faire guérir.

Le 5 décembre 1850, M. Bonnet fit pénétrer au travers de la tumeur deux sétons chargés de pâte de chlorure de zinc; l'un fut placé horizontalement et profondément; l'autre, placé plus antérieurement, fut dirigé obliquement de haut en bas. Le premier passant du côté droit très-près de la carotide, M. Bonnet ne le

---

cela d'autant plus aisément que les vexations dont il avait été l'objet avaient indigné le public, désintéressé dans l'affaire. Il n'eut donc pas de peine à perdre ses persécuteurs dans l'esprit de ses partisans, déjà très-nombreux. Il les couvrit, ou, pour parler plus juste, les fit couvrir de ridicule et de honte. Profitant en outre des dispositions peu bienveillantes des malades réfractaires jusque-là à toute la médecine, il fit pour ainsi dire de Græffenberg une école de mépris et d'injures envers l'institution entière de la médecine et des médecins. Cet état de choses ne s'est point amendé avec le temps et avec la paisible jouissance d'un succès prodigieux. Je sais pertinemment qu'il en était ainsi encore il y a moins d'un an. On peut, au reste, lire plus en détail, dans l'impartial ouvrage de M. Schedel, la patience et le sang-froid nécessaires à tout médecin qui, pour l'amour de la science, voulait bien supporter pendant quelque temps le regard de Priessnitz, et celui des hôtes de Græffenberg en général. Depuis M. Schedel, je le répète, les choses n'ont pas changé.

Quand on a vu Priessnitz ou quand on a fréquemment conversé avec ceux qui l'ont vu à l'œuvre, qui ont vécu plusieurs mois, quelquefois des années entières dans l'entourage de ses malades, on est fort étonné du peu de justice avec laquelle, au point de vue intellectuel, ceux qui sont plus étrangers à sa personne et à ces circonstances le traitent, soit pour le déprécier tout à fait, soit pour lui concéder une sorte d'instinct barbare. Il semblerait, d'après eux, qu'un aveugle hasard, un empirisme heureux et une opiniâtreté inflexible composent tout son savoir et toute sa capacité. Cette opinion est erronée, et elle produit un mauvais effet dans la bouche des médecins. Les témoins, déjà nombreux dans le monde, de la pratique et des manières de Priessnitz lui passent sa grossièreté native; mais ils conçoivent mal l'injustice et les représailles de notre part, médecins instruits et français. Laissons là tout dénigrement, et voyons la réalité.

Observer, comparer, distinguer, rassembler, grouper, étiqueter, *concerter admirablement* les faits; analyser et recomposer ces faits; les modifier en modifiant l'un des éléments, toujours le même, les modifiant à tout besoin et à l'infini, pour varier au besoin et à l'infini le fait ou résultat, tel est le vaste problème qu'a résolu Priessnitz. Or cela ne se fait pas sans raisonnement ni discernement. Le *fait*, pour le paysan Priessnitz, c'était la *guérison*; les éléments, c'étaient la *maladie*, le *malade* et le *remède*. Il sait, sans échanger le remède, le modifier selon la nature excessivement variable de deux autres éléments, de manière à agir convenablement sur l'un et sur l'autre pour effectuer le résultat désiré. Ce résultat ne s'est pas produit seulement quelquefois, mais un nombre de fois des plus grands pour la vie du médecin le plus occupé. Ces malades et ces maladies n'étaient pas choisis pour le facile triomphe de l'homme : c'étaient des cas désespérés, rebelles à l'expérience comme aux innovations des sommités médicales de tous pays. La manière de traiter n'a pas été toujours la même depuis le commencement jusqu'à la fin. Il y a eu perfectionnement progressif. Mais les cas divers n'ont jamais été confondus, et les témoins oculaires compétents rendent cette justice qu'aux différences d'état chez le sujet correspondaient les différences dans le traitement, et que les modifications dictées par Priessnitz, à l'occasion d'un changement dans la maladie, tombèrent toujours juste, les exceptions ne méritant pas qu'on en tienne compte, tandis que les modifications tentées en pareil cas par les malades, de leur propre chef, ne réussirent que rarement. — Je crois donc qu'à moins d'ignorer ces particularités, qui sont les traits caracté-

laissa en place que pendant cinq heures; l'autre fut laissé à demeure pendant trois jours.

La douleur occasionnée par cette opération fut très-vive; il y eut de l'insomnie et de la fièvre; la partie inférieure du cou devint rouge et tendue. On combattit ces symptômes par l'administration d'un émétique.

Les escarres commencèrent à se détacher le 10 et elles se détachèrent le 13, huit jours après la cautérisation; le liquide qui s'écoulait était roussâtre, mêlé à de la suppuration et se reproduisait avec une grande rapidité. Pour lui donner une issue facile et pour modifier l'intérieur du kyste, M. Bonnet coupa avec le caustique la portion des parois qui s'étendait entre les deux ouvertures inférieures des sétons. Pour cela, il fit d'abord une application de pâte de Vienne sur la peau, et passa ensuite un séton chargé de pâte de chlorure de zinc qui embrassait dans un anneau complet toutes les parties à couper; celles-ci se trouvaient ainsi attaquées par leur face profonde et par leur face superficielle.

A partir de cette dernière opération, l'état local s'améliora graduellement; la sécrétion de l'intérieur du kyste diminua peu à peu et prit l'apparence d'un pus de bonne nature. La fièvre et le malaise général éprouvés par le malade se dissipèrent, et la guérison était complète à la fin du mois de janvier. Le cou présentait encore des bosselures dans l'intervalle des cicatrices résultats des cautérisations; mais il n'y avait plus de traces de fluctuation ni de l'existence d'un kyste.

KYSTE VOLUMINEUX DE LA THYROÏDE EXISTANT CHEZ UN HOMME DE CINQUANTE ANS ET DONNANT LIEU A DES PHÉNOMÈNES MORBIDES VARIÉS; SECTION DE LA PAROI ANTÉRIEURE DU KYSTE AU MOYEN D'UN SÉTON CHARGÉ DE PATE DE CHLORURE DE ZINC; GUÉRISON.

OBS. IX. — Un homme de 50 ans, d'une constitution forte, entre à l'Hôtel-Dieu de Lyon, dans la salle de clinique chirurgicale, le 20 février 1851. Cet homme portait au côté gauche du cou un kyste d'un volume supérieur à celui du poing et qui s'engageait au-dessous du muscle sterno-mastoïdien. La trachée-artère était déviée, la respiration était gênée et ronflante. Le malade était sujet à des étourdissements; sa vue et son ouïe étaient affaiblies; il entendait des bourdonnements dans les oreilles. Ces phénomènes s'expliquaient par la compression que cette tumeur exerçait sur les veines et sur les nerfs.

Le 22 février, M. Bonnet cautérisa superficiellement la peau avec la pâte de Vienne, dans une étendue de 14 centim. de long sur 1 centim. de large, suivant le grand diamère de la tumeur, c'est-à-dire obliquement de haut en bas et de dehors en dedans. Il introduisit ensuite un séton chargé de pâte de chlorure de zinc; les deux ouvertures correspondaient aux deux extrémités de la cautérisation linéaire faite avec la pâte de Vienne. Les bouts du séton furent ensuite liés sur la peau, de manière que les parois du kyste étaient attaquées à la fois par leur face profonde et par leur face superficielle. Il s'écoula au moment de l'opération une quantité considérable d'un liquide limpide d'une couleur citrine.

Le séton fut laissé en place pendant trois jours; la peau avait été cautérisée dans l'étendue de 2 centim. au delà des points atteints par la pâte de Vienne. Une quantité considérable d'un liquide rouge brun s'écoule par les ouvertures laissées par le séton.

Après avoir enlevé avec le bistouri les parties superficielles de l'escarre, M. Bonnet passa un nouveau séton caustique qu'il lia comme le précédent. Dans la journée qui suivit cette seconde application, il survint une hémorrhagie qui fut arrêtée à l'aide d'une compression légère.

Malgré le peu d'épaisseur en apparence des parois du kyste, il fut nécessaire pour les couper entièrement de poursuivre la cautérisation pendant neuf jours. L'escarre ne tomba que le 18 mars, huit jours après la dernière application de pâte de chlorure de zinc. Cette escarre formait une masse de 0,12 centim. de long sur 0,08 de large et 0,04 d'épaisseur.

Pendant les cautérisations répétées, la santé générale du malade avait été éprouvée; il avait eu de la fièvre, de l'insomnie, il était devenu pâle et amaigri. Chez lui cependant on ne remarqua pas, comme chez ceux où la cautérisation avait été faite dans une moins grande étendue, une reproduction du liquide du kyste aussi abondante et aussi prolongée.

A mesure que l'escarre s'était détachée, la plaie s'était rétrécie au-dessous d'elle, de telle sorte qu'au moment de la chute des parties mortifiées, la solution de continuité faite à la peau et aux parois du kyste était déjà notablement diminuée. On voyait néanmoins qu'il existait encore une cavité profonde qui s'étendait au-dessous du sterno-mastoïdien. Cette plaie se cicatrisa avec une rapidité merveilleuse; elle était entièrement close à la fin du mois de mars. A voir la cicatrice linéaire qui lui avait succédé, il était impossible d'avoir une idée de l'étendue de la perte de substance qui avait été faite.

Les symptômes qui étaient dus à la compression exercée par la tumeur se dissipèrent lorsque celle-ci fut détruite; la respiration devint plus facile; l'état de la vue et de l'ouïe s'améliora d'une manière notable. Lorsque le malade quitta l'hôpital le 31 mars, la guérison était aussi complète que possible.

TROISIÈME PROCÉDÉ. — CAUTÉRISATION DE LA PAROI ANTÉRIEURE ET DE LA SURFACE INTERNE DU KYSTE.

Par ce procédé, beaucoup plus énergique que le précédent, on ne se contente pas d'ouvrir le kyste, de détruire une grande partie de sa paroi antérieure, on place le caustique (chlorure de zinc) dans son intérieur, et l'on réitère les applications jusqu'à ce qu'il ne s'écoule plus aucun liquide de sa surface interne, et qu'il ne s'en dégage aucune odeur fétide.

Cette pratique est trop dangereuse pour être généralement mise en usage. Sans doute, en agissant de la sorte, on détruit le kyste d'une manière beaucoup plus prompte, et l'on atteint même ses plus petites racines. Mais par cette cautérisation profonde de l'intérieur de la tumeur, on ne sait sûrement sur quels tissus porte le caustique, de sorte que l'on peut être exposé à ouvrir des vaisseaux importants capables d'amener une hémorrhagie inquiétante et quelquefois mortelle.

Le fait suivant, que j'emprunte à la pratique de M. Bonnet, nous montre un accident que peut entraîner une pareille cautérisation.

OPPRESSION PRODUITE PAR UN GOÎTRE TRÈS-VOLUMINEUX; CAUTÉRISATION DE LA PAROI ANTÉRIEURE ET DE LA SURFACE INTERNE DU KYSTE; HÉMORRHAGIE; MORT.

OBS. X. — Une jeune fille de 22 ans, native de Terre-Noire, offrait un kyste très-volumineux s'accompagnant d'une dyspnée très-fatigante. M. Bonnet résolut de le traiter par la cautérisation de la paroi antérieure du kyste et de la surface de ce dernier. A la suite d'applications de caustique introduit dans son intérieur, ce dernier se détacha complétement. La cicatrisation fit des progrès rapides, et la malade, débarrassée d'un poids qui l'oppressait depuis longues années, put se livrer à la joie que lui inspirait une délivrance qu'elle n'avait pas osé espérer; cependant, lorsqu'elle était dans une sécurité complète après des courses prolongées qu'elle fit la veille du jour où elle devait quitter la ville de Lyon, il survint, sans cause appréciable, une hémorrhagie artérielle. Des circonstances qu'il est inutile de faire connaître, empêchèrent de porter à cette malade tous les secours que comportait son état On se contenta d'établir sur la plaie, une compression qui fut insuffisante, l'écoulement sanguin se reproduisit, et la mort survint dix jours après la première hémorrhagie. L'autopsie démontra que la carotide n'avait pas été blessée et que le sang avait été fourni par l'artère thyroïdienne supérieure.

Si, par cette méthode de traitement, on dépasse quelquefois, comme on vient de le voir, le but que l'on se propose, si elle ne doit pas être employée de prime abord pour détruire les kystes de la thyroïde qui compriment la

---

ristiques et à jamais recommandables de Priessnitz, un médecin qui écrit doit conduire sa plume avec réserve, et saluer dans cet homme inculte, vivant ou mort, le génie qui a ses règles à lui et le géant qui se passe de nos routes.

Sans doute cette nature originale, dépourvue de toute instruction et indépendante de tout héritage scientifique, étrangère aux détails anatomiques et aux secrets de la physiologie, ne pouvait suivre la filière des actions thérapeutiques; mais son observation exquise lui avait appris successivement chacun des ressorts qui tiennent aux points qu'il touchait, et qui jouent suivant la manière de toucher ces points. Cette même observation lui avait appris à quelle fin aboutissait une pratique, et sa mémoire prodigieuse enregistrait avec un ordre et une netteté inconcevables chaque pratique, chaque individu, chaque état divers, et chaque résultat en suite de ces prémisses : à tel point que, au milieu de *cinq cents* malades, Priessnitz avait excité l'étonnement des médecins par la facilité et la précision avec lesquelles il se rappelait la maladie de chacun, les phases, accidents ou crises dont on lui avait rendu compte, et chacune des prescriptions qu'il avait opposées à la maladie ou attachées à la phase, à la crise, etc; à tel point encore qu'il y a un an et demi, ayant affaire à deux mille malades environ, un regard attentif et un instant de recueillement lui suffisaient pour développer à ses souvenirs tout ce qu'il avait entendu et vu de chacun. Enfin, quoi qu'on ait pu dire loin du théâtre de ses œuvres, Priessnitz n'était point routinier. Ses prescriptions étaient analogues pour des cas analogues, mais jamais semblables, vu sans doute l'infinie variété de la nature dans toutes ses expressions. Je le tiens de tous les malades que j'ai vus traités par lui. Les médecins exempts de préjugés, qui ont eu à s'exprimer à ce sujet, ont rendu cette justice au médecin de Græfenberg. Je me plais à rappeler encore ici les témoignages écrits de nos savants confrères, MM. Scoutteten et Schedel.

Ainsi, chez Priessnitz, il y eut une imagination prompte, constamment au service de son immense pratique; une mémoire à toute épreuve, et un jugement exquis, pour diriger, fixer et régler cette exubérance de moyens. — Donc la mémoire, le jugement ni l'imagination ne lui firent point défaut. Si l'étendue plus qu'ordinaire de ces facultés constitue le génie et a fait de Newton, de Linné, de Cuvier, des esprits hors ligne et des créateurs dans la sphère qui se trouva sous leur main, on ne peut refuser ce mérite ni ce titre à l'homme extraordinaire qui nous occupe. Seulement les premiers ont droit à notre reconnaissance pour le legs de leur science; l'autre, génie sauvage, jaloux de ne rien devoir à la science et d'en séparer sa propriété, eût anéanti son secret dans la tombe. Mais les rayons lumineux ne retournent plus au foyer, et en dépit de Priessnitz la science hérite de l'hydrothérapie.

M'arrêterai-je à cette objection que l'emploi de l'eau dans les états pathologiques ayant précédé la pratique de Priessnitz, celui-ci n'est pas vraiment le père de l'hydrothérapie? On a répondu avant moi qu'il y a loin de l'emploi restreint et en quelque sorte exceptionnel de l'eau dans la pathologie interne à cette extension considérable du moyen, à cette méthode, à ces principes fixes, assez nombreux dans la conduite de Priessnitz pour laisser voir aux observateurs instruits qui l'ont vu agir les bases d'un système vraiment scientifique. Il y a loin des applications isolées, quelque bien faites qu'elles aient été depuis l'antiquité jusqu'à nous, à ces applications d'ensemble, déterminées, distinctes et complémentaires les unes des autres dans des combinaisons diverses, suivant les

trachée-artère, elle ne doit pas cependant être rejetée d'une manière complète.

On peut, en effet, en obtenir de très-bons effets, lorsqu'on l'applique secondairement pour combattre les accidents et la décomposition putride, qui sont souvent la conséquence des méthodes opératoires autres, que la cautérisation appliquées à ces tumeurs de la thyroïde.

Les observations qui suivent sont destinées à prouver avec quelle puissance la cautérisation ainsi accomplie arrête les symptômes locaux et généraux que produit la décomposition putride des matières contenues dans les kystes.

KYSTE EXTRÊMEMENT VOLUMINEUX, A PAROIS OSSÉO-CARTILAGINEUSES, DÉVELOPPÉ DANS LA PARTIE LATÉRALE GAUCHE DE LA THYROÏDE ET COMPRIMANT LA TRACHÉE-ARTÈRE; INJECTION IODÉE FAITE SANS SUCCÈS; DESTRUCTION COMPLÈTE DU KYSTE JUSQU'A LA COLONNE VERTÉBRALE PAR LA CAUTÉRISATION; GUÉRISON.

OBS. XI. — Le nommé Jean-Marie Quison, âgé de 47 ans, entra à l'Hôtel-Dieu de Lyon, dans la salle Saint-Philippe, au commencement du mois d'octobre 1846. Après un mois de traitement consacré à la destruction d'hémorrhoïdes douloureuses, il appela mon attention sur une tumeur du cou, développée à gauche, au-dessous du sterno-mastoïdien, et qui avait tellement dévié la trachée-artère, que le cartilage thyroïde était porté à droite, à 6 centimètres en dehors de la ligne médiane. Il était placé presque au-dessous de l'angle de la mâchoire. Depuis quatre ans, ce malade était sujet à un catarrhe chronique, avec toux fréquente et expectoration très-abondante; il était d'une faiblesse extrême et très-gêné dans sa respiration. Depuis quatre ans, il était incapable de travailler, et il avait passé ce temps à l'hôpital, tantôt dans une salle, tantôt dans une autre. Quelques-uns des chefs de service sous lesquels il avait été placé avaient bien soupçonné que la tumeur du cou était la cause qui entretenait le catharre chronique, mais tous avaient reculé devant le traitement chirurgical qui pouvait seul faire disparaître cette tumeur.

Au commencement de novembre 1846, jugeant que j'avais affaire à un kyste de la thyroïde, je ponctionnai la tumeur, et j'y fis une injection iodée. La ponction donna issue à une bouillie grisâtre, épaisse et semblable à de la farine jaune. Pour en faciliter la sortie, je fus obligé de la délayer à plusieurs reprises avec de l'eau tiède poussée dans la cavité. L'injection iodée dont je me servis était de 30 grammes; elle contenait un tiers de teinture d'iode. Je la laissai complétement dans le kyste; elle ne produisit pas une douleur appréciable.

Pendant les trois mois qui suivirent cette opération, le malade fut en proie à divers accidents qui menacèrent plusieurs fois sa vie, et qui nous parurent dépendre bien plus de sa maladie que de l'opération qui avait été pratiquée. Il eut une toux continue et très-intense, beaucoup de gêne dans la respiration, une fièvre incessante et une faiblesse si grande qu'il ne pouvait pas se lever.

Il faut noter cependant que la fièvre avait surtout redoublé depuis l'injection iodée, et que dans le mois de janvier l'ouverture faite par le trocart devint fistuleuse et laissa échapper du pus. Nous dûmes penser que l'opération n'avait pas été tout à fait étrangère à la gravité de la maladie; elle n'avait apporté, du reste, aucun changement dans l'état de la tumeur. Celle-ci, un peu diminuée après l'injection, avait repris son volume primitif et était restée stationnaire.

Vers la fin de janvier 1847, la respiration étant toujours très-gênée et la toux très-fréquente, je tentai un dernier effort. J'appliquai successivement une couche de caustique de Vienne et une couche de pâte de chlorure de zinc sur toute l'étendue de la tumeur. Cette première cautérisation avait 15 centimètres de long et 1 centimètre de large. Elle dura quarante-huit heures. A la chute de l'escarre, qui avait près d'un centimètre d'épaisseur, je fis sur le fond de la plaie une nouvelle cautérisation de quarante-huit heures. Une seconde escarre se détacha sans que la cavité du kyste fût ouverte. Ce ne fut qu'après une troisième cautérisation et la séparation de trois couches mortifiées, dont l'ensemble avait près de 3 centimètres d'épaisseur, que, le 12 février, je pénétrai enfin dans l'intérieur du kyste. Lorsqu'il eut été débarrassé de la bouillie qu'il contenait, on put toucher la colonne vertébrale et sentir battre l'artère carotide d'une manière presque immédiate. On reconnut aussi que les parois étaient ossifiées dans quelques parties. La cavité était si vaste que, dans quelques points, le doigt ne suffisait pas pour en atteindre les limites.

Du 12 au 20 février, j'y introduisis chaque jour de nouveaux morceaux de pâte de chlorure de zinc. Ce ne fut qu'après ces longues et douloureuses cautérisations que sa surface interne fut complétement desséchée. Quatorze jours après la cessation de toute cautérisation, il se sépara de lui-même et en totalité, formant une masse blanche et dure, comme le sont toutes les escarres produites par le chlorure de zinc. Il avait le volume et la forme d'une grosse poire. A la place qu'il avait occupée existait une vaste cavité qui pouvait contenir le poing d'un homme, et au fond de laquelle on apercevait la colonne vertébrale, entre le sterno-mastoïdien déjeté à gauche, et la trachée-artère déjetée à droite. Toute la surface était recouverte de bourgeons charnus, ayant partout un assez bon aspect, si ce n'est en dedans, où était restée une portion de la thyroïde hypertrophiée.

Du jour où la tumeur se détacha par cette remarquable élimination, l'on put sentir la trachée-artère, qui jusque-là était perdue au milieu du gonflement. Le larynx reprit peu à peu sa position normale, en se rapprochant de la ligne médiane. La toux, qui souvent ne laissait pas au malade un instant de repos pendant la nuit, cessa presque entièrement, ainsi que l'expectoration. Le teint offrit un meilleur aspect, et les forces revinrent graduellement. Débarrassé de la pénible compression à laquelle il était depuis si longtemps en proie, Quison semblait reprendre une nouvelle existence.

Cependant, soit à cause de l'âge avancé du malade, soit à cause de la présence d'une portion indurée de la thyroïde sur la face interne de la cavité qui avait succédé à la chute du kyste, la marche de la cicatrisation fut très-lente. A deux reprises différentes, je fus obligé de revenir à la cautérisation avec la pâte de chlorure de zinc. Le mois de mars fut employé à ces opérations. Dans le cours du mois d'avril, la plaie devint chaque jour moins considérable; elle fut entièrement guérie au commencement de mai. La trachée-artère avait alors repris sa position normale; il ne restait à la place du kyste qu'une dureté du volume d'une noix, et une cicatrice étroite entourée de plis rayonnés formés par la peau environnante. Le catarrhe des bronches se dissipa entièrement, comme le fait celui de la vessie lorsque l'on a détruit les rétrécissements de l'urètre qui peuvent en être la cause. Les forces revinrent graduellement, et ce malade, que j'ai revu plusieurs fois, a pu reprendre les travaux de son état, qu'il avait été forcé d'interrompre depuis près de cinq années.

KYSTE DÉVELOPPÉ DANS LA PARTIE MOYENNE DE LA GLANDE THYROÏDE, ET OCCUPANT LA PARTIE ANTÉRIEURE ET LATÉRALE DU COU; DEUX INJECTIONS IODÉES, LA PREMIÈRE SANS RÉSULTAT, LA SECONDE SUIVIE D'UNE DÉCOMPOSITION PUTRIDE; OUVERTURE DU KYSTE ET CAUTÉRISATION DE TOUTE SA SURFACE INTERNE; CESSATION DES ACCIDENTS; EXFOLIATION DE LA TUMEUR; GUÉRISON COMPLÈTE.

OBS. XII. — Mademoiselle R*** était âgée de 18 ans, lorsqu'elle me consulta pour une tumeur du volume du poing, fluctuante, parfaitement arrondie, et qui paraissait occuper la partie moyenne de la glande thyroïde. Cette tumeur faisait saillie, non-seulement en avant depuis l'os hyoïde jusqu'au sternum, mais elle soulevait à droite et à gauche, et dans la même hauteur, les deux muscles sterno-mastoïdiens. Indépendamment de la difformité impossible à dissimuler que produisait cette tumeur, elle exerçait une compression fatigante sur la trachée-artère. La respiration était haletante au moindre exercice, et mademoiselle *** ne pouvait renverser le cou en arrière, sans que l'on entendît un ronflement très-pénible, qui indiquait une gêne extrême dans le passage l'air à travers les voies respiratoires.

Cette tumeur, que la malade et sa famille avaient commencé à remarquer depuis l'année 1840, faisait chaque jour de nouveaux progrès, et, depuis deux ans

---

effets à obtenir. La température de l'eau, le mode et la durée de l'application sont autant d'éléments emportant avec eux des effets généraux, qu'on spécialise d'après des règles certaines pour harmoniser ces effets avec les nuances de la maladie et avec les tons de l'organisation individuelle.

Dans la médication hydriatique il y a le chapitre des *perturbations*, où l'hydrothérapeute vraiment médecin se distingue sur-le-champ de l'empiriste ou routinier proprement dit, et où il obtient des succès proportionnés à la connaissance qu'il a des ressources de la dynamique vitale et des limites de ces ressources chez un sujet donné. Priessnitz paraît avoir excellé sur ce point. Il maniait ce moyen avec une telle aisance, et son œil sagace suivait avec une telle précision le mouvement artificiel imprimé à l'économie pour le rectifier ou l'arrêter au besoin; il opérait ces changements d'une main si sûre, que se fiant tout à fait à soi et à ses moyens, il s'est plu dans ces dernières années à transporter sur le terrain des *perturbations* une plus grande partie de sa stratégie médicale qu'il n'avait fait d'abord et qu'il n'est rationnel de faire. Mais par cette manœuvre il déconcertait les théories, et tendait évidemment à troubler les études hydrothérapiques qu'on allait faire à Græffenberg. C'est ainsi, par exemple, que supprimant les sudations, il continuait à guérir la goutte en provoquant des métastases énergiques et répétées au moyen d'autres agents hydrothérapiques. Ces métastases, à Græffenberg, prennent toujours le nom de *crises*. Quand elles tombaient sur un viscère, aussitôt Priessnitz provoquait un nouveau déplacement qui alors s'effectuait soit à la peau, soit aux articulations. Quand ce n'était point à la peau, après un repos suffisant de l'économie, le même manége recommençait. L'expérience a prouvé qu'à chaque perturbation l'état des articulations et l'état général s'amendaient progressivement. Au reste, disons en passant que les métastases centripètes sont exceptionnelles dans le traitement hydrothérapique bien ordonné et qu'elles doivent y être inconnues. On s'applique au contraire à les rendre centrifuges. Priessnitz en a donné le premier l'exemple; mais le jeu aléatoire que je viens de rapporter avait son motif dans des préoccupations morales qui ne recommandent point le paysan de Silésie à notre estime autant que ses qualités intellectuelles l'ont recommandé à notre admiration.

Hautain, méprisant, égoïste au suprême degré, avide et sordide, cet homme paraît n'avoir jamais senti l'amitié, la confiance, ni aucune passion douce. Personne n'a su me dire si au sein de sa famille qui est nombreuse, son front se déridait quelquefois. Quant aux étrangers, ils obtenaient, non point un sourire, mais une bienveillance particulière et la faveur de lui parler souvent en se distinguant par de riches cadeaux. On obtenait aussi, moyennant finance, de grands adoucissements à l'austérité de la table et du logement. Toutefois la différence des mets ne consistait que dans une qualité meilleure de ce qui est permis.

Mais c'est en vain qu'après avoir blessé son amour-propre on eût déposé à ses pieds tous les trésors de la Californie. Un personnage tellement important, que je ne pourrais le nommer, car son nom est européen, était, il y a dix-huit mois, à Græffenberg. Il s'avisa de n'être point satisfait de l'alimentation, et de plaisanter sur Priessnitz comme maître de maison. Priessnitz, ayant eu connaissance du fait, fit prier M. de *** de quitter l'établissement. C'est en vain que l'illustre délinquant voulut arranger l'affaire : il fut non-seulement renvoyé de

surtout, elle avait un rapide développement. Tous les résolutifs ordinairement mis en usage avaient été inutilement employés. La forme de la tumeur, son siége et la fluctuation qui s'y faisait sentir, me firent diagnostiquer un kyste de la thyroïde. Je proposai l'injection iodée et je pratiquai cette opération le 28 janvier 1847. La ponction donna issue à 2 centilitres environ d'une sérosité sanguinolente de couleur noirâtre. Une première injection iodée, faite avec 20 grammes d'eau et 10 grammes de teinture d'iode, n'ayant produit aucune douleur, je fis une seconde injection.

Après cette nouvelle opération, il survint, dès le second jour, une fièvre intense, accompagnée d'un abattement profond. Pendant les huit jours qui suivirent, la tumeur du cou, quoique douloureuse, ne devint le siége ni de la rougeur, ni de la tuméfaction qu'aurait produites une inflammation franche; la saignée et les purgatifs furent impuissants à faire cesser l'état fébrile. Je pensai que les accidents tenaient à la décomposition putride des caillots sanguins et de la sérosité qui étaient restés dans le kyste. Ce soupçon fut converti en certitude lorsque, le 28 février, je vis s'échapper à travers la piqûre du trocart un liquide noirâtre, ayant la fétidité du sang putréfié.

Dès ce moment mon parti fut arrêté : connaissant la cause à laquelle il fallait attribuer l'augmentation croissante de la fièvre, de l'agitation et de l'anéantissement des forces, je décidai de faire cesser toute putridité, en ouvrant largement le kyste par la cautérisation, et en desséchant par la même méthode toute sa surface interne. La nécessité de combattre les accidents qui me paraissaient menacer sérieusement la vie de la malade aurait suffi pour me déterminer; l'espoir d'obtenir une guérison complète m'encourageа encore à recourir à cette médication.

Le 1er mars, je commençai la cautérisation sur la ligne médiane, avec la pâte de Vienne et le chlorure de zinc; en même temps je fis pénétrer ce dernier caustique aussi profondément que possible dans le trajet qu'avait parcouru le trocart.

Je poursuivis l'opération pendant six jours, avec les précautions que j'ai indiquées, et je ne m'arrêtai que lorsque j'eus desséché et cautérisé l'intérieur du kyste dans toute son étendue. La plaie extérieure avait alors une hauteur de 6 centimètres et une largeur de 4 centimètres. Dès que le kyste avait été ouvert en avant, j'en avais fait sortir une grande quantité de gaz et de sérosité fétides; la cavité était si profonde, qu'en y introduisant le doigt indicateur j'avais pu toucher la colonne vertébrale, à droite et à gauche de la trachée-artère. Le sixième jour, tout écoulement de matière putride ayant cessé, je me contentai de placer sur les parties latérales de l'intérieur du kyste deux bandelettes de pâte de chlorure de zinc, qui furent laissées à demeure et qui me parurent devoir compléter la cautérisation des parois. Les vives souffrances et l'insomnie que produisit, pendant six jours, cette méthode douloureuse, diminuèrent progressivement après cette dernière application.

Déjà, à partir du jour où la cautérisation avait été commencée, les symptômes généraux s'étaient amendés. Le pouls, qui battait de 130 à 140 pulsations par minute, s'abaissa jusqu'à 100; les frissons, qui se renouvelaient auparavant plusieurs fois par jour et qui avaient duré quelquefois pendant une demi-heure dans les deux jours qui précédèrent le 1er mars, cessèrent entièrement, après s'être reproduits une fois dans la journée du 3. La teinte vineuse et violacée de la face disparut graduellement, l'enduit saburral de la langue diminua d'épaisseur, et peu à peu, aux transpirations abondantes qui alternaient avec les frissons, succéda une chaleur douce et régulière de la peau.

Le calme ne fut complet toutefois qu'à partir du 16 mars, jour de la chute complète du kyste. Tant que celui-ci resta adhérent, il y eut de la fièvre sans frissons, de la douleur, un sommeil agité, peu d'appétit et un découragement profond; mais dès que la tumeur se fut détachée, ce qui eut lieu dix-sept jours après le début des cautérisations et douze jours après la dernière application de caustique, les douleurs cessèrent complétement; il n'y eut plus de fièvre, et la malade reprit peu à peu sa gaieté et ses forces.

Le kyste détaché avait le volume du poing; ses parois fibro-cartilagineuses avaient 12 millimètres d'épaisseur, et sa cavité était remplie de caillots sanguins en quelque sorte carbonisés. La vaste excavation qui résultait de cette perte de substance était couverte de bourgeons charnus de bon aspect. On pansa simplement avec un linge enduit de cérat et de la charpie. La cicatrisation se fit avec tant de rapidité, qu'à la fin du mois de mars, quatorze jours après la chute de l'escarre, il ne restait plus aucune trace de la cavité, et que tout se réduisait à une plaie superficielle de 3 centimètres de diamètre.

Quelques semaines plus tard, la cicatrice était complète; elle occupait l'enfoncement placé au bas du cou, entre les deux muscles sterno-mastoïdiens, et elle avait la surface d'une pièce de 2 fr. La jeune malade respirant avec liberté, et se voyant débarrassée d'une tumeur qu'il lui était impossible de masquer, n'estimait pas que sa guérison eût été achetée trop cher par les vives et longues souffrances qu'elle avait endurées.

De ces trois procédés de cautérisation que nous venons de faire connaître, M. Bonnet préfère le second, c'est-à-dire celui qui consiste à détruire profondément et longitudinalement la paroi antérieure du kyste avec la pâte au chlorure de zinc, et mieux, avec le sélon caustique. Il a, sur le premier, l'avantage d'ouvrir le kyste dans une plus grande étendue, de détruire en partie sa paroi antérieure; le liquide contenu dans l'intérieur de la tumeur pouvant être alors évacué en totalité, il n'y a plus à craindre de phénomènes d'intoxication générale. Il est préférable au troisième, en ce qu'il n'occasionne pas à sa suite des accidents aussi redoutables que ceux produits par la cautérisation de la paroi antérieure et de la surface interne du kyste.

REVUE DES JOURNAUX DE MÉDECINE.

JOURNAUX ANGLAIS.

(Suite.)

II. THE LANCET.

DE QUELQUES SUITES FACHEUSES DES MALADIES DES ENFANTS; par le docteur THOMAS WEEDEN COOKE.

Les suites dont parle ici M. Cooke consistent en des écoulements purulents par l'oreille, le nez et le vagin. Il n'est ignoré d'aucun praticien que des écoulements de cette nature et par ces voies succèdent assez souvent à des rougeoles, à des scarlatines mal jugées. L'auteur va plus loin : il croit qu'elles ne succèdent guère qu'à ces affections, auxquelles il ajoute la fièvre rémittente et le croup, sans mentionner (nous ne savons trop pourquoi) la variole. L'enfant, dit-il, reste faible, souffreteux; son appétit devient capricieux; sa bouche est chaude, ses lèvres sèches, ses yeux brillants, etc. Alors il arrive fréquemment l'une de ces deux choses : ou un état subinflammatoire du cerveau et de ses membranes, ou une décharge puriforme par le conduit auditif externe. Le liquide ressemble tantôt au pus louable, tantôt à la matière des abcès scrofuleux. Si le cerveau était déjà engagé, l'apparition de l'écoulement apporte un soulagement de ce côté; mais plus tard une carie du rocher peut venir compliquer la situation et amener une terminaison funeste. Une nourriture substantielle, des injections astringentes, et surtout l'emploi du carbonate de fer à l'intérieur, doivent constituer le traitement.

---

chez Priessnitz, mais, de fait, il fut, malgré sa puissance assimilée à celle des rois, expulsé du pays; car Priessnitz ayant déclaré que jamais il ne mettrait les pieds dans la maison qui recevrait M. de ***, et que jamais il ne donnerait une consultation à qui serait hébergé dans la même maison, on vit le puissant personnage refusé de chaumière en chaumière, en dépit de son or et de son nom.

Une seule chose pourrait ajouter à l'idée que ce récit fait concevoir du despotisme de Priessnitz, ce serait, je le répète, ce nom qu'il m'est impossible d'écrire.

La crainte des concurrents a troublé dès ses premiers triomphes ce caractère défiant et dominateur. Sans doute l'amour du gain y avait sa part; mais son orgueil souffrait surtout de la crainte de voir un rival lui ravir son secret, le féconder par cette science qu'il affectait fastueusement de mépriser, et transporter ailleurs la suprématie de Græffenberg. De là cette aversion prononcée contre les médecins et cette réserve taciturne envers quiconque parlait hydrothérapie autrement que pour sa propre gouverne. Il n'a rien écrit, et il ne savait pas écrire. Il n'a eu aucun élève formé de sa main, si ce n'est quelques femmes qu'il a mieux aimé former superficiellement pour un traitement routinier, et qu'il a mises à la tête de quelques maisons hors de son territoire, et tributaires probablement de Græffenberg.

Sa susceptibilité jalouse a été toutefois cruellement éprouvée en plusieurs circonstances. L'une d'elles fut sans contredit à l'occasion d'une leçon sur le ramollissement du cerveau qui lui fut donnée par notre savant confrère, le docteur Schedel, l'autopsie ayant pu ma heureusement être faite, et ayant publiquement confirmé ce que le médecin français avait diagnostiqué, et ce qu'ignorait complètement l'Esculape de Græffenberg. Cet échec n'était pas de nature à réconcilier celui-ci avec les médecins anatomistes.

Une source de déboires non moindres et plus durables, ce fut l'érection, à très-peu de distance de Græffenberg, d'une maison rivale de la sienne et d'une médication en contre-pied de la sienne. Un nomme Shroott imagina de traiter par la diète et le vin, Priessnitz traitant par l'alimentation et l'eau. Chose remarquable, mais moins bizarre qu'il ne semblerait, Shroott guérit des malades auxquels l'hydrothérapie a été administrée sans succès. Mais on pense bien que Priessnitz n'essayait pas à son tour de guérir ceux qui sortaient malades de la maison *œnothérapique*. Il suffisait d'avoir passé par là pour être maudit, comme nous avons vu M. de R.

J'ai dit en commençant que je n'entreprenais pas le panégyrique de Priessnitz. En effet, finir par Shroott, c'est finir par le cauchemar qui a peut-être compliqué l'agonie du mourant. Tout le despotisme et toute la puissance de Priessnitz n'ont pu faire disparaître l'établissement ni la présence de Shroott. La maison était là, comme une tache apparente à la gloire de Græffenberg, et Shroott, comme un être satanique, pour railler le maître de l'hydrothérapie, en se nourrissant de ses fautes ou de ses malheurs.

En effet, quoique les fautes aient été de plus en plus rares de grossières et communes qu'elles avaient été d'abord, il est impossible que dans un tel concours de malades dont plusieurs ne parlaient point la langue de Priessnitz, quelques erreurs ne se soient glissées. Et puis, il est certains insuccès qui se montrent là où tout était disposé pour le succès, humainement parlant. Priessnitz, plus exposé qu'un autre, faute d'instruction, à confondre des altérations

L'écoulement puriforme par les narines est moins fréquent et moins grave. Dans quelques cas cependant, il s'établit un véritable flux, ou bien la matière se concrète en larges croûtes qui finissent par former une masse volumineuse et obliterent les narines. A l'inspection, on constate que la membrane de Schneider est détruite par places, tuméfiée ou enflammée ailleurs. L'écoulement est quelquefois fétide, d'autres fois dépourvu d'odeur. Même traitement que dans le cas précédent.

Quant à l'écoulement vaginal, l'auteur l'a observé très-souvent chez les enfants à chairs molles, et il répète que tous ces enfants étaient convalescents de l'une des affections indiquées en commençant. La médication qu'il conseille n'a rien qui ne soit très-connu et très-usité.

Que l'auteur ait cru devoir insister sur la nécessité de surveiller attentivement les suites de quelques maladies fébriles, et sur le lien qui unit souvent à ces maladies les écoulements de l'oreille, du nez et du vagin, on ne peut que l'en louer ; mais que ces écoulements soient constamment des suites de rougeole, de scarlatine, de fièvres rémittentes ou de croup, c'est ce qu'on ne saurait accorder. On les voit maintes fois survenir chez des enfants qui n'ont encore payé leur tribut à aucune de ces affections, dont la santé n'est pas troublée autrement, chez qui enfin l'écoulement n'a qu'une signification séméiologique analogue à celle de la gourme. Cela est évident surtout pour l'écoulement vaginal, qui se rencontre, nous ne craignons pas de le dire, très-souvent chez des enfants à figure fraîche et rebondie, d'un appétit excellent, et qui, encore une fois, ne sont ni en convalescence ni sous le coup de maladies fébriles.

DE L'INFLUENCE DU POUVOIR MAGNÉTIQUE SUR LES MALADIES; par le docteur W. REEVES.

L'auteur a fait l'expérience suivante :

Il prend une boussole marine; il laisse l'aiguille asseoir sa position nord et sud ; puis il présente au pôle nord de cette aiguille, à une distance déterminée (par exemple, 3 pouces), le pôle sud d'un barreau aimanté. Au mois d'octobre 1847, il constata que l'aiguille ainsi sollicitée marquait 25°. Il en fut tous les jours de même pendant quelque temps ; puis elle ne marqua plus que 20°, plus tard 15°. Elle revint ensuite à 20°, où elle resta pendant quelques mois. Enfin, en juin 1850, elle se dévia de jour en jour et s'arrêta à 18°.

Or, dit l'auteur, tant que l'aiguille marqua 20°, on ne parla pas de maladie des pommes de terre dans la contrée; quand l'aiguille tomba à 15°, la maladie fit des ravages. Il rappelle en outre le choléra de 1849, et la fréquence des maladies caractérisées par la dépression des forces nerveuses.

On comprend aisément tout ce qu'il y a de vague dans de semblables aperçus et d'insuffisant dans la démonstration. Le choléra n'a pas attendu les expériences de l'auteur pour envahir l'Angleterre; il ne s'est pas borné à la localité où les expériences ont été faites; les maladies caractérisées par la prostration sont de tous les temps et de tous les pays; c'est assez dire tout ce qu'il faudrait de suite dans les expériences, combien elles devraient être multipliées et variées, pour autoriser une conclusion aussi générale.

RHUMATISME AIGU TRAITÉ AVEC SUCCÈS PAR LE JUS DE LIMON; par le docteur DONALD DALRYMPLE.

DU TRAITEMENT DU RHUMATISME PAR LE JUS DE LIMON; par le docteur OWEN REES.

Voilà déjà quelque temps qu'on essaye de faire au jus de limon la réputation d'un antirhumatique. Le rhumatisme, dans le sens vague où on l'entend d'ordinaire, est une affection si variée dans ses causes et dans ses symptômes, qu'on pouvait entrevoir dès l'abord la nécessité d'établir des distinctions. C'est ce que fait aujourd'hui M. Owen Rees.

L'expérience lui a appris que le jus de limon ne réussit ni contre le rhumatisme syphilitique, ni contre une autre espèce moins facile à caractériser par un mot et que, faute de mieux, il appelle *rhumatisme cachectique*. C'est cette forme qu'on observe chez les sujets débilités et qui ne s'accompagne ni de beaucoup de rougeur, ni de beaucoup de gonflement, tout en ne laissant pas que d'être parfois très-douloureuse.

Mais, en revanche, M. Rees a retiré de très-bons effets du jus de limon dans la forme de rhumatisme qui s'accompagne d'un dépôt d'urate de soude autour et dans l'intérieur des articulations, et qui se rapproche plus ou moins de la goutte. Il faut pourtant rappeler qu'il y joint d'ordinaire la teinture de sesquichlorure de fer, en sorte qu'il n'est pas facile de faire la part de chacun des médicaments.

M. Rees a encore employé le même moyen avec avantage dans le rhumatisme articulaire aigu où il en élève la dose à 1 ou 2 onces toutes les quatre ou six heures. C'est aussi une observation de cette forme de rhumatisme que publie M. Donald Dalrymple. Mais si le sujet a guéri assez rapidement après l'emploi de ce moyen, il est bon de dire que la maladie datait déjà d'une douzaine de jours quand le traitement a été institué et qu'elle pouvait bien alors approcher naturellement de sa fin.

On est disposé tout d'abord à se tenir en garde contre l'usage interne d'une substance acide dans une affection où les sécrétions, celle des reins surtout, accusent un excès d'acidité. Toutefois il est possible que la présence d'une certaine quantité d'acide citrique en circulation prévienne des combinaisons chimiques propres à amener des embarras dans la circulation capillaire et des dépôts d'urate et de phosphate de soude et de chaux autour des articulations. C'est un aperçu que l'état de la science ne permet pas d'appuyer de raisons décisives, mais qui commande au moins quelque réserve.

SUR UN CAS D'HÉMIPLÉGIE, AVEC PERTE DE LA PAROLE; RAMOLLISSEMENT DU CERVEAU; par le docteur ROBERT DOWN.

Le sujet dont il est question avait eu plusieurs attaques de paralysie subite du côté droit. La paralysie était très-complète surtout au membre supérieur. Il ne pouvait dire *oui* ou *non*, et ne prononçait que le monosyllabe *dat-dat*, encore avec des efforts inouïs. Du reste, sa santé était bonne, son appétit excellent. Il mourut en avril 1849, le quatrième jour d'une troisième attaque venue, comme les autres, subitement. L'autopsie fut pratiquée avec le plus grand soin. Les sinus étaient gorgés de sang noir. Le lobe gauche du cerveau, à sa partie antérieure et supérieure, était déprimé par quelques onces de sérosité enchâssées dans la cavité de l'arachnoïde; le reste de la membrane était épaissie et opaque. Du même côté, les deux tiers supérieurs du lobe antérieur étaient réduits en pulpe blanche et com-

---

organiques avec des lésions fonctionnelles, était très-réservé à accepter les malades en cas d'incertitude; et ceux qui étaient reçus avec quelques doutes dans son esprit étaient traités plutôt hygiéniquement qu'au moyen de fortes réactions.

Les circonstances, dit-on, font les hommes; et les hommes, les circonstances. Il est probable qu'en bien d'autres lieux le génie de cet homme merveilleux n'eût pas trouvé de quoi se développer, ni même l'occasion de révéler son existence, comme dans le lieu qui est devenu son théâtre. Il est vrai de dire que répandue partout, l'eau n'a point partout les qualités qu'une basse température, une grande pureté, une bonne aération, une intarissable abondance lui procurent à Græffenberg. L'élévation du site, la pureté de l'air, la froidure du climat, les ondulations et les escarpements du sol pour le plaisir des promenades et pour les efforts musculaires dans la locomotion, sont autant de conditions capitales pour le bon effet de l'hydriatrie. Joignons-y la fréquence des sources presque à chaque pas et la proximité d'une grande forêt, et nous trouverons dans ce rare ensemble de circonstances la matière dont Priessnitz a tiré un admirable parti, et sans laquelle, aussi, manquant d'instrument et d'inspiration, son génie fût sans doute resté enfoui dans la culture d'un chétif héritage ou tout au plus dans les éponges de ses premiers essais.

Aussi est-il probable que Græffenberg ne tombera pas avec son fondateur. Ses avantages naturels, appréciés par les médecins, en feront encore un rendez-vous remarquable. Tandis que, après quelques années, le monde oubliera jusqu'au nom de Priessnitz, les médecins oublieront ses torts envers eux. Ils recommanderont son œuvre à la postérité et inscriront son nom de pair avec celui des savants.

La nouveauté du système a-t-il été pour quelque chose dans le succès de son inventeur ? On serait tenté de le croire en considérant les destinées de l'art de guérir sous ce rapport. Il est rare qu'un remède nouveau suffisamment prôné ne fasse pas fortune. Cependant, à l'égard de l'eau froide, les répugnances qui s'attachent à son application ont dû dès le principe balancer, si ce n'est emporter, l'attrait de la nouveauté. L'hydrothérapie a marché d'un pas continu et a fait du progrès dans toutes les directions. L'opposition que les médecins lui ont faite a servi à les convertir. Ce trait, du reste, honore leur sincérité. « Faisons remarquer à l'honneur de la méthode, dit M. Gibert dans son judicieux rapport à l'Académie de médecine, qu'elle a été adoptée et mise en pratique par beaucoup de médecins honorables, et qu'elle n'a jamais revêtu les livrées de l'ignorance ou du charlatanisme. »

Tel fut Vincent Priessnitz. J'aurais pu insister davantage sur son caractère privé. Ce n'eût point été à sa louange. Il y aurait un volume à écrire sur son amour du lucre et sur son esprit mercantile. Je ne citerai qu'un exemple du monopole tyrannique qu'il exerçait sur la plupart des denrées et objets nécessaires aux malades. Les couvertures nécessaires à l'enveloppement ne pouvaient être vendues que par lui. Il était interdit au fabricant d'en vendre de semblables, soit aux malades directement, soit à d'autres établissements, soit à qui que ce fût, excepté lui, Priessnitz. Nulle autre pénalité que la disgrâce du maître ne sanctionnait cette interdiction. Mais une pareille disgrâce eût été la ruine du fabricant. Il en était de même pour tout. Aussi s'accordait-on à considérer Priessnitz comme le roi du pays dans le rayon assez étendu dont son établissement

plétement désorganisés. La couche optique était réduite à la moitié de son volume par suite d'une destruction de sa partie supérieure. La masse de l'hémisphère droit était saine; en ouvrant le ventricule latéral, on découvrit un petit foyer apoplectique de formation récente à la partie supérieure et antérieure du corps strié qui était en outre parsemé d'extravasation sanguine et ramolli dans sa moitié supérieure. La surface de la couche optique offrit aussi des traces de ramollissement blanc. Corps calleux détruit, excepté à sa partie antérieure.

A côté de cette observation, l'auteur en place une autre dans laquelle le sujet avait perdu la parole en même temps que l'exercice des facultés intellectuelles, après être tombé dans une rivière où il avait failli se noyer. Il lui arriva pourtant de prononcer quelques mots sous l'influence d'une vive émotion. Au bout de neuf mois, sous la même influence, il recouvra tout à coup ses facultés et l'usage de la parole, sans toutefois se rien rappeler de ce qui s'était passé pendant toute la durée de sa maladie.

A l'aide de ces deux faits et de quelques autres empruntés à divers auteurs, M. Down cherche à établir que le siége de la faculté de la parole réside, comme on l'a soutenu, dans les lobes antérieurs du cerveau. Il ajoute seulement qu'il faut, pour l'exercice de cette faculté, une autre condition que l'intégrité des lobes antérieurs, à savoir, le maintien du rapport qui existe normalement *entre le centre de l'action intellectuelle et le centre du moteur encéphalique*, ou de la volonté. Or il est établi, assure-t-il, d'une manière irréfragable, que les corps striés sont les moteurs de la volonté. Par conséquent, la perte de la faculté, non pas de concevoir dans sa pensée les signes du langage, mais *de parler, d'articuler les mots*, résulte nécessairement ou d'une affection des lobes antérieurs du cerveau, ou d'une affection des corps striés. Et M. Down rappelle une observation de M. Andral dans laquelle la perte de la parole se liait à un ramollissement borné au corps strié du côté gauche.

La théorie de M. Down ne peut se justifier d'aucune manière. Il n'est pas du tout établi que les corps striés soient les moteurs de la volonté, et s'ils l'étaient, ils le seraient aussi bien pour les mouvements du corps que pour l'exercice de la parole, de sorte qu'un individu dont les corps striés seraient gravement altérés ne pourrait marcher à volonté ni se diriger dans ses mouvements. Or, il y a maint exemple du contraire. En second lieu, si l'un des corps striés était exclusivement altéré chez l'individu qui avait perdu la parole, d'autres parties du cerveau, par exemple, les lobes extérieurs l'étaient aussi exclusivement chez d'autres individus atteints de la même force de paralysie. Enfin, dans la même observation, on a vu que si le lobe antérieur gauche était ramolli, la couche optique était en partie détruite. Quelle raison, à ne considérer que ce fait, de ne pas placer le siége de la parole dans la couche optique?

III. MEDICAL TIMES.

Les numéros du deuxième semestre de 1850 contiennent : 1° *Tumeur cellulaire d'une des lèvres de la vulve, extirpée*; par M. Lloyd. (La tumeur, pendante, datait de quatorze ans, et avait 22 pouces de circonférence. L'opération fut simple et réussit bien.) 2° *Maladies des gaînes des tendons*; par M. Coote. 3° *Du lin cathartique*; par M. Lane. 4° *Traitement de l'hystérie cérébrale et de la folie chez la femme, par l'électro-galvanisme*; par M. Laycock. 5° *Empoisonnement et blessures volontaires par l'acide sulfurique*; par M. Letheby. 6° *Observations pratiques sur la fièvre puerpérale*; par M. Lightfoot. 7° *Décomposition du chlorure de soude par l'acide acétique en présence de l'albumine*; par M. Parkes. 8° *Cas d'insertion du placenta sur le col*; par M. Waller. 9° *Extirpation d'une tumeur volumineuse du cou*; par M. Read. 10° *Péritonite rapidement mortelle*; par M. Clay. 11° *De l'action médicinale de l'arsenic dans les affections cutanées et dans les autres maladies*; par M. Hunt. 12° *Diagnostic et traitement de la consomption pulmonaire*; par M. Hutchinson. 13° *Cas de purpura et remarques sur les propriétés styptiques de l'huile de térébenthine*; par M. Budd. 14° *Tumeur calcaire remarquable du crâne chez un enfant*; par M. Bailye. 15° *Affection de l'antre d'Hygmor*; par M. Couch. 16° *État du système artériel du membre inférieur vingt-deux ans après la ligature de l'artère fémorale*; par M. Wells. 17° *Typhus fever, fièvre typhoïde, fièvre d'accès et fébricule, maladies confondues sous le nom de fièvre*; par M. Wuc. Jenner. 18° *Sur les naissances prématurées*; par M. Barker. 19° *Sur le déplacement de l'ovaire*; par M. Ed. Rigby. 20° *Symptamatologe relative des viscères crâniens et abdominaux chez les enfants*; par M. Dendy. 21° *Anévrisme de la fémorale, ligature de l'S iliaque*; par M. Smith. 22° *Opération du bec-de-lièvre quatre heures après la naissance*; par M. Bateman. 23° *Renversement du pied en dedans dans la fracture du col du fémur*; par M. Morris. 24° *Considérations sur les varices et les ulcères variqueux*; par M. Nuno. 25° *Empoisonnement par le cyanure de potassium*; par M. Hinds. 26° *De la préférence à donner à la position physiologique dans les fractures du fémur*; par M. d'Allex. 27° *D'un pronostic trop confiant de la consomption pulmonaire*; par M. Aldis. 28° *Pathologie, anatomie et physiologie de l'utérus*; par M. Beck. 29° *Nouveaux ciseaux pour l'ablation de la capsule opaque et des fausses membranes des chambres oculaires*; par M. Wilde. (Mécanisme semblable à celui de la pince dite de Hunter pour l'extraction des calculs urétraux.) 30° *Recherche des taches de sang*; par M. Laus.

MALADIES DES GAÎNES DES TENDONS; par M. COOTE.

Pour vingt cas de productions cartilaginiformes des gaines tendineuses de la main, à peine en connait-on un du pied. Et cependant la structure est identique; les fonctions sont les mêmes, les occasions de maladie aussi fréquentes. L'exemple suivant prouve que des conditions pathologiques de même nature peuvent se produire dans les deux parties et y amener des désordres tout à fait semblables.

OBS. — Une jeune dame de 21 ans, bien portante d'ailleurs, consulta M. Lawrence le 11 avril 1849, pour une tumeur douloureuse située à la plante du pied droit. Sept ans auparavant, elle s'était tordu le cou-de-pied en marchant; la souffrance s'étendit bientôt au dos du pied, et il se forma alors à la plante du pied une petite tumeur tellement douloureuse que la malade ne pouvait marcher que sur le talon, et même de cette manière, avec la plus grande difficulté. Si pendant qu'elle était debout, on faisait appuyer le pied plus fortement contre le sol en pressant tout à coup sur l'épaule, la douleur qui en résultait lui faisait pousser un cri. Elle se trouvait mieux au lit; mais souvent la douleur du pied la réveillait.

Des emplâtres et des remèdes de toute espèce ayant été essayés sans succès, on lui proposa l'opération, à laquelle elle consentit. On la chloroformisa d'abord de manière à produire l'insensibilité complète; et ce ne fut qu'alors qu'on put aisément et librement examiner la tumeur. Elle était tendue mais

---

est le centre d'action et comme le tyran le plus absolu qui existât de nos jours.

Au physique, de date hydrothérapeutique, Priessnitz a toujours été sec et maigre; depuis ces dernières années, maladif. L'ambition d'abord, puis la jalousie des succès possibles de quelque autre Græffenberg, le minèrent sans doute. Il mourut à 52 ans (1).

J'en ai dit assez de bien et assez de mal pour n'être ni son ennemi ni son ami (2).

CUETTET, D. M. P.

— CONCOURS POUR LA CHAIRE D'HYGIÈNE VACANTE A LA FACULTÉ DE PARIS. — Sur les dix juges de la Faculté qui doivent siéger dans ce concours, huit sont déjà connus : ce sont MM. Orfila, Bérard, Andral, Adelon, Rostan, Trousseau, Gavarret et Requin. Les deux autres juges doivent-être tirés au sort entre MM. Denonvilliers, Nélaton, Bouillaud et Laugier.

(1) Une notice de la GAZETTE MÉDICALE (voyez page 794), dans son dernier numéro, lui donne trois ans de plus (55 ans). Dans ce cas-là, Priessnitz serait né en 1796 et aurait commencé sa carrière hydrothérapique à l'âge de 29 ans; ce qui est aussi probable que les dates que j'ai recueillies, et que j'ai rapportées dans le cours de cet article.

(2) Cet article, écrit par un médecin qui est lui-même placé à la tête d'un établissement hydrothérapique (établissement de Saint-Seine, Côte-d'Or), fait autant honneur à son impartialité qu'à son talent. (NOTE DU RÉD. EN CHEF.)

— Par décret du président de la République, M. Pasquier (Joseph-Philippe-Adolphe), inspecteur membre du conseil de santé des armées, et M. Magendie (François), membre de l'Institut et de l'Académie de médecine, président de la commission d'hygiène hippique, ont été promus à la dignité de commandeur de la Légion d'honneur.

— Dans la visite que M. le président de la République a faite au Val-de-Grâce pour visiter les militaires blessés dans les journées des 3 et 4 décembre, il a décerné la croix d'officier de la Légion d'honneur à M. Hipp. Larrey.

— Ont été promus au grade d'officier de la Légion d'honneur :

M. Van Heddeghem (Alexandre-Nicolas), chirurgien-major de la garde républicaine;

M. Sagot (Jacques-Louis-Amédée), chirurgien de première classe de la marine sur *le Henri IV*;

M. Magail (Jean-Honoré), médecin ordinaire de deuxième classe à l'hôpital militaire de Lyon.

— Par décision ministérielle du 20 novembre 1851, M. Riboulet, médecin ordinaire de deuxième classe, a été promu, au tour de choix, médecin ordinaire de première classe.

Par une semblable décision du 22 novembre 1851, ont été nommés dans le service des armes spéciales :

Choix, M. Henry, chirurgien aide-major de première classe au 4e léger, pour passer au 2e bataillon de chasseurs à pied;

Ancienneté, M. Blanvillain, chirurgien aide-major de première classe au 55e de ligne, pour passer au 10e d'artillerie.

élastique, et donnait l'idée d'une excroissance fongueuse, prenant son origine sur les os du pied.

La peau et l'aponévrose plantaire ayant été incisées, il s'échappa une quantité considérable de corps mous, grisâtres, demi-transparents, semblables à de la gelée, qui venaient profondément de la région des os métatarsiens. Quelques-uns de ces corps avaient une couleur rouge brun, provenant évidemment du mélange du sang.

Après avoir vidé la poche, on rapprocha ses lèvres à l'aide de la suture; et la patiente, qui avait éprouvé un grand bien de l'opération, retourna chez elle.

L'examen microscopique fit reconnaître que les corps sortis de dessous la plante du pied étaient formés de ces granulations connues sous le nom de cytoblastes.

Dans un autre cas, que cite M. Coote, relatif aussi à une jeune femme de 20 ans, les progrès de la maladie abandonnée à elle-même amenèrent une ulcération et nécessitèrent l'amputation, qui fut suivie du rétablissement complet. En disséquant le moignon, on constata que la gaîne des tendons du jambier postérieur et du fléchisseur commun avaient perdu leur poli habituel s'étaient converties en un tissu épais, rugueux, velouté, duquel naissait une excroissance composée de cytoblastes et d'une petite quantité de tissu fibreux délicat.

ÉTAT DU SYSTÈME ARTÉRIEL DU MEMBRE INFÉRIEUR VINGT-DEUX ANS APRÈS LA LIGATURE DE L'ARTÈRE FÉMORALE; par M. WELLS.

La description suivante, empruntée par l'auteur anglais à un chirurgien étranger, apporte un complément curieux à ce que l'on savait sur la génération de nouvelles artères. Il faut en citer textuellement tous les détails.

M. Porta, professeur de chirurgie à l'Université de Pavie, montra à M. Wells une préparation anatomique dont celui-ci rapporte la description. Elle provient d'un homme qui, en 1824, à l'âge de 52 ans, fut affecté d'anévrisme poplité à droite par suite d'une chute. En 1825, on lia l'artère fémorale au tiers supérieur de la cuisse. L'anévrisme guérit, mais le membre demeura un peu faible et atrophié. En 1847, il mourut d'une pneumonie.

On injecta le système artériel du membre inférieur par les iliaques interne et externe. L'artère fémorale droite est oblitérée vers l'anévrisme et au niveau de la ligature. Au-dessus de ce dernier point naissent quatre grosses branches.— Entre les deux endroits oblitérés, l'artère est restée perméable dans un espace de 7 pouces. Cette partie se termine en haut par un coagulum de 8 lignes de longueur, puis en bas par une concrétion semblable. La portion moyenne perméable fournit 15 branches fémoro-poplitées, dont quelques-unes ont un volume plus qu'ordinaire.

Le lieu occupé par l'anévrisme présente un cylindre fibreux de 5 lignes de diamètre et de 12 lignes de longueur.

Dans son ouvrage sur la ligature des artères, M. Porta a établi que, chez les animaux inférieurs, une circulation directe se forme, après la ligature d'un vaisseau, entre ses deux bouts par la création de nouvelles artères. Voici, dans les détails de la présente pièce, ce qui confirme l'analogie, sous ce rapport, entre l'homme et les animaux.

De la partie supérieure de l'artère à 15 lignes environ au-dessus de son oblitération, naît une grosse branche. De la racine de cette branche, un petit vaisseau descend le long du tronc principal vers le bout supérieur de la partie moyenne, y pénètre directement et marche au centre de la concrétion dans la longueur de 7 lignes. Ce vaisseau va alors s'aboucher avec la première branche fournie par la portion moyenne, restée perméable, de l'artère crurale.

A un pouce avant la terminaison en bas de cette même portion moyenne, la concrétion intérieure recèle un nouveau vaisseau long de 10 lignes et d'une ligne environ de diamètre. Il s'ouvre en haut dans la poplitée, et en bas va s'unir avec l'origine de l'articulaire externe supérieure.

Ces deux vaisseaux intérieurs, nouvellement organisés au milieu de la substance qui occupe l'artère, furent parfaitement remplis par la cire dont on s'était servi pour l'injection. Leurs parois sont très-fines, délicates, transparentes, de sorte qu'elles paraissent beaucoup plus déliées que les branches externes avec lesquelles elles se continuent.

— Contre le fait que cette description est destinée à établir, on pourrait, ce nous semble, faire une objection. Ces deux branches, que l'auteur suppose de nouvelle formation, n'étaient peut-être que des artérioles normales rampant entre les tuniques de la fémorale. Et si on les a retrouvées dans l'épaisseur de la substance fibrineuse intérieure, il ne serait pas irrationnel de soutenir que ce n'est là qu'une apparence, dépendant de ce que, au bout de vingt-deux ans, la membrane interne, qui à l'état naturel séparait ces *vasa vasorum* de la cavité vasculaire, a bien pu se confondre ou être confondue par l'observateur avec une partie de la concrétion fibrineuse.

Du reste, nous sommes loin de donner cette opinion comme un jugement sans appel. Ce n'est qu'un doute, qui ne préjuge rien sur la question importante de la possibilité de formation de nouvelles artères.

P. DIDAY et A. DECHAMBRE.

TRAVAUX ACADÉMIQUES.

ACADÉMIE DES SCIENCES.

SÉANCE DU 15 DÉCEMBRE. — PRÉSIDENCE DE M. RAYER.

DE LA PRÉDISPOSITION HÉRÉDITAIRE AUX AFFECTIONS CÉRÉBRALES; EXISTE-T-IL DES SIGNES PARTICULIERS AUXQUELS ON PUISSE RECONNAÎTRE CETTE PRÉDISPOSITION?

M. A.-D.-J. MOREAU (de Tours), médecin de Bicêtre, lit, sous ce titre, un mémoire qu'il résume en ces termes :

La prédisposition héréditaire à certaines maladies, en particulier à l'aliénation mentale, est un fait sur lequel malheureusement la science ne permet d'élever aucun doute.

Existe-t-il des signes à peu près certains auxquels on puisse reconnaître cette redoutable prédisposition ? En d'autres termes : « Un père ou une mère (nous pourrions mentionner encore les oncles, les tantes, les aïeux) ayant été atteints d'aliénation mentale, à quels signes reconnaître s'il y a lieu de craindre pour les enfants la même maladie, et lorsqu'il existe plusieurs enfants, lequel d'entre eux est plus particulièrement prédisposé ? »

Telle est la question que M. le docteur Moreau s'est efforcé de résoudre dans ce travail.

Avant de faire connaître les résultats auxquels l'ont conduit ses recherches, l'auteur appelle l'attention sur certains faits zoologiques qu'il a pris pour point de départ, et qui en même temps donnent l'explication de ces mêmes résultats.

Ces faits peuvent se résumer ainsi qu'il suit :

« Des lois constantes, invariables, régissent le mode suivant lequel l'organisation des parents affecte celle des enfants, ce qui donne en résultat la ressemblance.

» La ressemblance ne se communique pas des parents aux enfants par la transmission de quelques traits isolés, mais bien par la transmission de deux grandes séries d'organes, séries parfaitement distinctes, divisées, définies.

» L'une de ces séries comprend la forme ou configuration extérieure; l'autre tient sous sa dépendance les fonctions nerveuses.

» La transmission a lieu suivant des lois fixes : quand l'un des parents donne une série, l'autre parent donne la série opposée. »

En transportant la question des animaux à l'homme, en faisant application, dans l'ordre pathologique, des lois ci-dessus énoncées, M. Moreau a constaté que, dans la majorité des cas, lorsque des modifications pathologiques de la partie du système nerveux spécialement chargée des fonctions intellectuelles ont révélé chez les individus une ressemblance héréditaire avec l'un des parents, les caractères distinctifs de la série d'organes qui donne la physionomie ou ressemblance proprement dite, apparaissaient manifestement transmis par l'autre parent. 164 cas sur 192 déposent en faveur de cette assertion.

Il reste donc démontré :

1° Que la loi de transmission héréditaire, par série d'organes, est vraie dans de certaines limites, pour l'homme comme pour les animaux;

2° Que la transmission, par voie d'hérédité, des désordres cérébraux et de la ressemblance s'effectue indifféremment par l'un ou par l'autre des parents, mais toujours, ou du moins le plus souvent, isolément;

3° En dernière analyse enfin, et comme solution de la question posée en tête de cette note, que :

Une famille étant donnée, dont les ascendants comptent un ou plusieurs individus atteints de folie, le mal héréditaire, selon toute probabilité, atteindra de préférence ceux des enfants qui n'ont que peu ou point de rapports de physionomie avec les parents chez lesquels le mal a pris sa source, et qu'il épargnera, au contraire, ceux qui ont avec ces derniers une ressemblance plus ou moins frappante.

TRANSFUSION DU SANG; SES INDICATIONS.

MM. DEVAY et DESGRANGES adressent la relation détaillée d'un cas de transfusion du sang, pratiquée récemment à l'Hôtel-Dieu de Lyon, et suivie de guérison.

Les auteurs ont cru devoir, à ce sujet, rechercher les indications de cette opération exceptionnelle, et traiter complétement la question de la transfusion. Ils résument leur travail en établissant :

1° Que la transfusion du sang, comme agent héroïque, doit avoir une place dans la médecine pratique;

2° Qu'elle doit être réservée aux cas extrêmes, dans l'unique but de soutenir la vie;

3° Que la quantité de sang transfusé doit toujours être faible;

4° Que le sang pur doit seul être employé;

5° Que le manuel opératoire ne réclame point d'instruments particuliers;

6° Que dans ces conditions elle est physiologique.

SUR LA PRÉSENCE PRÉTENDUE DU SUCRE DANS LES URINES DES SUJETS ATTEINTS DE NÉVROSES.

M. MICHÉA adresse une note sur la présence prétendue du sucre dans les urines des hystériques et des épileptiques, à l'occasion des communications récentes de M. Reynoso sur ce sujet. Ayant lu, dans un travail sur la glucosurie publié en Allemagne par M. Heller, que les urines étaient sucrées dans les névroses, M. Mi-

chéa a voulu vérifier si cette assertion était fondée. Il a analysé, dans 4 cas d'hystérie et 2 cas d'épilepsie, l'urine rendue quelques heures après la fin des attaques. Il l'a analysée également, pendant toute la durée de la maladie, dans 7 cas de delirium tremens. Il l'a examinée chaque jour, pendant plusieurs semaines, dans 6 cas de paralysie générale au troisième degré, dans 5 cas de manie soit aiguë, soit chronique, et dans 3 de délire partiel et circonscrit. Or chez ces 27 sujets, il n'a pas trouvé le moindre vestige de sucre dans l'urine.

ACADÉMIE DE MÉDECINE.

SÉANCE PUBLIQUE ANNUELLE DU 16 DÉCEMBRE 1851. — PRÉSIDENCE DE M. ORFILA.

Le programme de la séance se compose: 1° du rapport général sur les prix décernés en 1851, par M. Gibert; 2° de la lecture du programme des prix, par M. le président; et 3° de la lecture de l'éloge de Hallé, par M. Dubois (d'Amiens).

1° M. GIBERT, secrétaire annuel, lit le rapport général suivant sur les prix décernés par l'Académie en 1851 :

Messieurs,

Un regrettable incident est venu cette année suspendre les travaux et paralyser les efforts de la nouvelle commission du *prix d'Argenteuil*.

Provoqué peut-être par quelques articles de journaux peu bienveillants, l'exécuteur testamentaire du legs d'Argenteuil a cru devoir intervenir et poser des conditions que l'Académie ne saurait accepter, d'abord parce qu'elles ne lui paraissent ni dans l'esprit du testament, ni dans l'intérêt bien entendu de la science et de l'humanité... ensuite parce qu'elles porteraient atteinte à la liberté et à l'indépendance qui doivent présider au jugement d'une commission académique.

Cependant un procès nous ayant été intenté sur ces bases, la nouvelle commission du prix d'Argenteuil s'est vue forcée d'ajourner sa décision jusqu'après la solution de ce procès.

Les autres commissions ont terminé leur travail et prononcé leur jugement; plusieurs ont eu à se plaindre et de la qualité et de la rareté des mémoires envoyés au concours.

L'une d'elles même, la commission du *prix Civrieux* (composée de MM. Bérard, Jolly, Longet, Danyau et Grisolle) a cru ne devoir décerner cette année ni prix ni encouragement; de plus, elle a retiré du concours la question trop générale *des convulsions* pour y substituer celle plus limitée *du tétanos*. L'Académie a sanctionné cette décision.

Nous ne sommes plus, il faut bien le reconnaître, à une époque favorable aux questions générales. Nos forces qui s'usent et se disséminent dans le détail des infiniment petits ne peuvent plus porter les sujets généraux et les questions d'ensemble; il a bien fallu subir la loi de la nécessité. En revanche, n'ayant à s'occuper que d'un sujet restreint et limité, d'une question purement anatomique, la commission du *prix Portal* a eu à récompenser un travail dont l'auteur, M. le docteur Lereboullet, professeur d'anatomie comparée à la Faculté de Strasbourg, a déployé ce talent et cette exactitude que portent les modernes dans les questions de détail et dans l'étude matérielle des lésions anatomiques.

La commission se composait de MM. Cornac, Renauldin, Delafond, Michel Lévy et Rochoux, auxquels a dû s'adjoindre pour la rédaction du compte rendu, notre éloquent secrétaire perpétuel, vu l'état de maladie du rapporteur.

Le sujet à traiter était celui-ci: « Faire connaître, en s'appuyant sur des » observations microscopiques suffisantes, l'anatomie normale du foie et la » nature de l'altération pathologique connue sous le nom de foie gras. »

Trois mémoires avaient été adressés à l'Académie; mais un seul d'entre eux, celui dont nous avons déjà désigné l'auteur, portant cette épigraphe parfaitement justifiée par les efforts fructueux du professeur Lereboullet: *Labor improbus...*, a paru à la commission remplir les conditions du programme.

L'auteur, en effet, s'est livré à de nombreuses et pénibles études microscopiques sur la structure du foie, non-seulement chez l'homme, mais encore chez les animaux. Il n'a pu toutefois résoudre complétement la question, d'ailleurs si difficile, de savoir si le foie est formé d'un assemblage d'utricules glandulaires, pourvues chacune d'un fin canal d'exportation du produit sécrété, canal qui, se réunissant à d'autres canaux voisins, donnerait naissance aux canaux biliaires, ainsi que l'avait admis Malpighi; ou bien, si c'est un assemblage de vaisseaux veineux et artériels, qui, divisés et subdivisés à leur extrémité terminale, donneraient naissance au tissu propre de la substance hépatique, substance d'où naîtraient les canaux biliaires, ainsi que l'admettait le célèbre anatomiste Ruisch. L'auteur d'ailleurs s'est efforcé de démontrer (et cette opinion a soulevé des objections de la part du rapporteur, M. Rochoux) que l'élément du tissu du foie est celluleux et que ce sont les cellules qui, par leur réunion, forment le tissu granulé et la substance dite glandulaire du foie. Ces cellules rapprochées établissent une sorte de filtre qui conduit la bile dans les premiers rudiments des calculs biliaires. L'auteur admet encore (ce que la commission ne juge point exact) que les cellules hépatiques peuvent se transformer en cellules graisseuses et *vice versâ*. On est d'accord d'ailleurs sur l'existence dans le tissu du foie de cellules graisseuses. Enfin, n'omettons pas de signaler les emprunts faits par l'auteur à un travail inséré par M. Natalis Guillot dans les ANNALES DES SCIENCES NATURELLES.

Bien que M. Lereboullet n'ait point, au rapport de la commission, suffisamment insisté sur l'altération du sang par le mélange d'une grande quantité de graisse chez les oies dont on s'efforce de rendre le foie gras, les expériences nombreuses auxquelles il s'est livré sur ces animaux ont vivement intéressé les membres de la commission.

En somme, elle a décidé que l'important travail de M. Lereboullet recevrait pour récompense un prix de 1,000 fr.

La même commission, ensuite, a proposé, et l'Académie a adopté pour sujet de prix du prochain concours la question suivante :

« L'anatomie pathologique des différentes espèces de goître. Le traitement préservatif et curatif de cette maladie. »

La commission chargée de l'examen des mémoires envoyés au concours pour le prix de l'Académie avait à juger également un sujet spécial et local, mais dont l'intérêt pratique offrait la plus haute importance. Elle a pu de même récompenser un travail dont les éminentes qualités ne vous surprendront point quand j'en aurai nommé l'auteur, M. le docteur Richet, l'un des chirurgiens les plus distingués de nos hôpitaux de Paris. Le sujet était la question des *tumeurs blanches*.

Par ses hautes connaissances anatomiques, par son habileté dans les recherches microscopiques, par son expérience clinique aussi judicieuse qu'étendue, M. Richet avait toutes les qualités requises pour traiter une pareille question. Aussi la commission, composée de MM. Bégin, Jobert, Laugier, Velpeau et Larrey, rapporteur, n'a-t-elle pas hésité à lui décerner le prix du concours.

Nous n'entreprendrons point ici l'analyse d'un mémoire toujours fidèle à l'épigraphe placée en tête : « *Res non verba quæro*, » encore moins celle du savant rapport de notre collègue, M. Larrey, mais nous croyons devoir signaler à votre attention deux points, dont l'un sous le rapport anatomo-pathologique, et l'autre sous le rapport clinique, méritent d'être relevés.

M. Richet admet, en dernière analyse, comme les deux lésions capitales à considérer dans le développement des tumeurs blanches : 1° l'inflammation de la synoviale; 2° l'ostéite. La première se présente sous deux formes, savoir : la forme pseudo-membraneuse susceptible de guérison, et la forme fongueuse à peu près incurable.

Il signale une espèce d'ostéo-synovite due au vice *syphilitique*, qui a été à peine indiquée par les auteurs, et dont, pour ma part, j'ai rencontré plusieurs exemples remarquables. La guérison de cette sorte de tumeur blanche est assurée lorsque d'ailleurs la cachexie syphilitique n'a pas fait d'irremédiables progrès.

N'omettons point d'ajouter que l'auteur, comme le rapporteur, ont bien soin, outre la lésion locale, d'étudier la *diathèse*, qui, le plus ordinairement, favorise le développement des tumeurs blanches, à tel point que Delpech les rapportait presque toutes à la forme tuberculeuse.

La commission, après avoir décerné à M. Richet le prix qu'il avait si bien mérité comme anatomiste, comme expérimentateur et comme praticien, n'a pas voulu méconnaître les efforts d'un autre concurrent dont le volumineux travail, immense compilation en deux gros volumes, offre pour idée principale (appuyée d'ailleurs sur des faits cliniques propres à l'auteur) l'administration efficace d'un traitement interne par les préparations d'or.

En conséquence, une mention honorable a été accordée à M. le docteur Legrand.

Enfin, le sujet du prix proposé pour le prochain concours sera le suivant :

« Existe-t-il des paraplégies indépendantes de la myélite?

» En cas d'affirmative, tracer leur histoire. »

Il nous reste à vous parler, messieurs, du *prix Lefèvre*, dont l'objet est la *mélancolie*. Une commission, composée de MM. Falret, Guéneau de Mussy, Rostan, P. Dubois, et Baillarger, rapporteur, avait à examiner les trois mémoires envoyés au concours, dont aucun malheureusement n'a été jugé digne du prix, mais dont deux du moins ont obtenu, l'un une récompense de 600 fr., l'autre une mention honorable.

Pour ma part, je regrette que les auteurs, et peut-être le savant rapporteur lui-même, aient été trop préoccupés des idées modernes, qui ont presque réduit la mélancolie à une névrose classée parmi les aliénations mentales. Combien, sous ce rapport, les anciens, bien que plongés dans le vague de leurs idées humorales et de leurs conjectures anatomiques, avaient cependant mieux compris que les modernes tous ces caractères physiques et moraux qui se rattachent à la mélancolie!

Est-ce donc un type idéal que celui de ces hommes à circulation lente, à sang épais et visqueux, à peau brune et peu transpirable, à caractère triste, et, comme on le dit, *atrabilaire*, que les anciens regardaient comme les mélancoliques par excellence? Où trouver là les indices d'une névrose proprement dite? D'autre part, n'y a-t-il pas une exactitude parfaite dans ce tableau pittoresque et animé que le grand Van Swieten a tracé à l'occasion de la *mélancolie*, de l'influence réciproque du moral et du physique, influence telle (comme il le démontre par d'irréfutables arguments), que si l'on voit certaines conditions matérielles amener presque nécessairement à leur suite le développement de troubles moraux particuliers, on voit aussi certaines passions ou certaines préoccupations habituelles provoquer le développement de troubles physiques qui simulent parfois les lésions matérielles les plus graves, ou même les engendrent à la longue.

N'ai-je pas eu moi-même plus d'une fois l'occasion de signaler à l'attention des praticiens de nos jours les nombreux accidents provoqués chez les femmes par les préoccupations morales et les craintes suscitées chez elles, depuis une trentaine d'années, au sujet de ces lésions utérines dont certains chirurgiens de notre époque ont si abusivement défiguré l'histoire?

Comme le dit si judicieusement Van Swieten, quand la transpiration cutanée est libre et s'établit bien, le corps est léger et l'esprit disposé à la gaîté. De même l'hilarité d'esprit facilite et provoque la transpiration. La transpiration empêchée, au contraire, alourdit le corps et attriste l'esprit : une triste nouvelle suffit pour supprimer la transpiration. Dans le sujet particulier qui nous occupe, cette constitution *atrabilaire*, si bien décrite par les anciens, entretient l'état moral particulier qui amène des idées fixes de tristesse. A leur tour, celles-ci suffisent pour ralentir la circulation veineuse, gêner les fonctions respiratoires

et circulatoires, et provoquer l'altération physique qui s'observe communément chez les mélancoliques.

Ce côté de la question est certainement un des plus intéressants à envisager; mais, hélas! c'est justement celui qui a été le plus négligé dans le concours actuel.

Nous ne saurions, en effet, trouver ce point de vue étudié médicalement dans le mémoire n° 2, portant pour épigraphe : *Immortale jecur*, bien que l'auteur ait pris soin d'y esquisser la biographie des mélancoliques célèbres (à son jugement du moins), depuis Pétrarque jusqu'à Armand Carrel...; qu'il y ait noté, parmi les définitions de la mélancolie, celle-ci, assurément plus poétique que juste : *La volupté de la douleur...*; enfin qu'il ait signalé parmi les causes de cette affection : *un voyage à travers la plaine par une nuit froide*.

Reconnaissons toutefois avec le savant rapporteur, M. Baillarger, qu'on trouve dans ce travail une distinction lumineuse, et qui aurait pu devenir le point de départ d'une étude véritablement clinique, à savoir la division du sujet en mélancolie *délirante* et mélancolie *sans délire*.

Mais nous devons, avec le rapporteur, si compétent en pareille matière, donner une juste prééminence au mémoire n° 3, dont l'épigraphe seule décèle tout d'abord un praticien éclairé : *Pour traiter les mélancoliques avec succès, il faut au médecin de l'humanité, un sens droit, beaucoup d'expérience et peu de médicaments*.

L'auteur de ce mémoire, M. le docteur Poitevin Du Motel, a reçu un encouragement de 600 francs.

Une mention honorable a été accordée à l'auteur du mémoire n° 2, M. Letertre du Vallier, médecin à Amiens.

Je ne terminerai pas, messieurs, ce trop rapide exposé sans mentionner la libéralité dernière de notre si regrettable collègue Capuron, libéralité par suite de laquelle deux nouveaux prix à décerner en 1853 auront pour sujet :

L'un, proposé par la section d'accouchements :

« Les conditions physiologiques et pathologiques de l'état puerpéral; »

L'autre, proposé par la commission des eaux minérales, la question qui suit :

« Trouver une méthode d'expérimentation chimique propre à faire reconnaître dans les eaux minérales les corps simples ou composés tels qu'ils existent réellement à l'état normal. »

Tout le monde sait que Capuron, jadis attaché aux Eaux minérales, et si longtemps professeur d'accouchements, était à la fois le membre le plus ancien, le plus assidu et le plus laborieux de la section d'accouchements. Tout le monde a pu connaître la science, l'activité, la simplicité de notre éminent collègue. Mais ce que tout le monde ne sait pas et ce que nous ne saurions proclamer trop publiquement, non assurément pour faire honneur à Capuron ... il avait placé trop haut ses espérances pour attendre quelque chose des hommes.... Mais pour donner un exemple, hélas! devenu bien rare à notre époque..., c'est que cet habile praticien tirait d'une économie presque sordide en apparence, les fonds où son inépuisable charité venait prendre les ressources d'où découlaient ses nombreuses aumônes. Vous voyez aussi que, bien que préoccupé sans cesse d'intérêts d'un ordre plus élevé, il n'oubliait pas cependant les intérêts de la science.

Puisse notre Académie avoir souvent à s'enorgueillir de posséder de pareils savants dans son sein!

Ces dernières paroles de M. le rapporteur sont accueillies par de vifs applaudissements.

2° M. Orfila donne lecture du programme des prix décernés pour l'année 1851 et des prix proposés pour 1852 et 1853.

PRIX DE 1851.

Prix de l'Académie. — L'Académie avait mis au concours la question des tumeurs blanches. Ce prix était de 1,500 fr.

L'Académie accorde : 1° le prix à M. le docteur A. Richet, médecin des hôpitaux, agrégé à la Faculté, auteur du mémoire n° 5; 2° une mention honorable à M. le docteur A. Legrand, médecin à Paris, auteur du mémoire n° 4.

Prix fondé par M. Portal. — Faire connaître, en s'appuyant sur des observations microscopiques suffisantes, l'anatomie normale du foie et la nature de l'altération pathologique connue sous le nom de *foie gras*. Ce prix était de 1,200 fr.

L'Académie décerne un prix de 1,000 fr. à M. Lereboullet, docteur en médecine et docteur ès sciences, professeur d'anatomie comparée à la Faculté de Strasbourg, auteur du mémoire n° 3.

Prix fondé par madame Bernard de Civrieux. — Des convulsions; trois mémoires avaient été envoyés au concours; aucun d'eux n'a été jugé digne de récompense.

L'Académie déclare que cette question ne sera pas remise au concours.

Prix fondé par M. le docteur Lefèvre. — Au meilleur ouvrage sur la mélancolie. Ce prix était de 1,800 fr.

L'Académie accorde : 1° un encouragement de 600 fr. à M. le docteur Poitevin du Motel, auteur du mémoire n° 3; 2° une mention honorable à M. le docteur Letertre du Vallier, médecin à Amiens, auteur du mémoire n° 2 (1).

PRIX PROPOSÉS POUR 1853.

PRIX DE L'ACADÉMIE.

L'Académie met au concours la question suivante : Existe-t-il des *paraplégies* indépendantes de la myélite? En cas d'affirmative, tracer leur histoire.

Ce prix sera de 1,000 fr.

(1) Ce prix étant triennal ne sera décerné qu'en 1854, et il sera, pour cette fois, de 3,000 fr.

PRIX FONDÉ PAR M. PORTAL, MEMBRE DE L'ACADÉMIE.

L'Académie met au concours la question suivante : De l'anatomie pathologique, des différentes espèces de *goître*, du traitement préservatif et curatif de cette maladie.

Ce prix sera de 1,000 fr.

PRIX FONDÉ PAR MADAME BERNARD DE CIVRIEUX.

L'Académie met au concours la question suivante : Faire l'histoire du *tétanos*.

Ce prix sera de 1,500 fr.

PRIX FONDÉ PAR M. LE DOCTEUR CAPURON, MEMBRE DE L'ACADÉMIE.

L'Académie divise, pour cette fois, la somme disponible et propose deux prix, dont l'un, de la valeur de 1,000 fr., sera accordé à l'auteur du meilleur mémoire sur la question suivante : *Des conditions physiologiques et pathologiques de l'état puerpéral*.

Pour le second prix, de la valeur de 1,500 fr., l'Académie a formulé une question qu'elle croit devoir faire précéder des considérations suivantes :

Les méthodes d'analyses des eaux minérales ont reçu dans ces derniers temps des perfectionnements considérables et y ont fait découvrir un assez grand nombre de principes minéralisateurs qu'on n'y soupçonnait pas auparavant; considérée sous ce rapport, la connaissance des eaux minérales laisse peu à désirer, car elle démontre les substances qui les composent aussi exactement qu'il est possible de l'espérer dans l'état actuel de la science; mais dans quel ordre ces substances s'y trouvent-elles combinées? Quelle est finalement la *constitution chimique normale* de ces eaux? C'est encore un problème à résoudre pour la plupart d'entre elles.

Dans l'état actuel des choses, le chimiste isole des acides, des bases, des matières organiques, des gaz, etc.; et quand il a constaté leur qualité et leur poids, il les combine ensuite, suivant certaines considérations théoriques, pour en former les composés qu'il suppose devoir exister dans ces eaux à l'état de nature; quelquefois aussi il se contente d'isoler les corps, d'en établir les proportions relatives et d'en faire une simple nomenclature, sans recourir à aucun essai synthétique. Tout en appréciant l'importance de ces résultats, on ne peut méconnaître tout ce qu'ils laissent à désirer, et c'est en vue d'y satisfaire autant que possible, que l'Académie met au concours la question suivante :

« Trouver une méthode d'expérimentation chimique propre à faire connaître dans les eaux minérales les corps simples ou composés, tels qu'ils existent réellement à l'état normal. »

L'Académie croit devoir rappeler ici les prix proposés pour 1852.

PRIX FONDÉ PAR M. ITARD, MEMBRE DE L'ACADÉMIE.

Ce prix, qui est triennal et de 3,000 fr., devra être décerné au meilleur livre ou au meilleur mémoire de médecine pratique ou de thérapeutique appliquée; et pour que les ouvrages puissent subir l'épreuve du temps, il sera de condition rigoureuse qu'ils aient au moins deux ans de publication.

Le concours étant ouvert depuis le 22 septembre 1849, le prix sera décerné en 1852.

PRIX FONDÉ PAR M. D'ARGENTEUIL.

Extrait de son testament : « Je lègue à l'Académie de médecine de Paris la » somme de 30,000 fr. pour être placée, avec les intérêts qu'elle produira du » jour de mon décès, en rentes sur l'État, dont le revenu accumulé sera donné » tous les six ans à l'auteur du perfectionnement le plus important apporté, pendant cet espace de temps, aux moyens curatifs des rétrécissements du canal de » l'urètre. Dans le cas, mais dans le cas seulement où, pendant une période de » six ans, cette partie de l'art de guérir n'aurait pas été l'objet d'un perfectionnement assez notable pour mériter le prix que j'institue, l'Académie pourra » l'accorder à l'auteur du perfectionnement le plus important apporté durant ces » six ans au traitement des autres maladies des voies urinaires. »

L'Académie n'ayant pas décerné le prix destiné à rémunérer les perfectionnements qui auraient pu être apportés à la thérapeutique des rétrécissements du canal de l'urètre, et subsidiairement à celle des autres maladies des voies urinaires pendant la première période (1838 à 1844), les perfectionnements proposés ne lui ayant point paru assez importants pour mériter soit le prix, soit même des encouragements pécuniaires; les fonds provenant de ce prix seront reportés sur les périodes suivantes : en conséquence, le prix à décerner à l'auteur du perfectionnement jugé assez important, pour la seconde période (1844 à 1850), sera de la valeur de 12,000 fr.

PRIX DE L'ACADÉMIE.

« Du seigle ergoté considéré sous le rapport physiologique, sous le rapport obstétrical et sous le rapport de l'hygiène publique. »

Ce prix sera de 1,000 fr.

PRIX FONDÉ PAR M. PORTAL.

« L'anatomie pathologique de l'inflammation du tissu osseux. »

Ce prix sera de 1,000 fr.

PRIX FONDÉ PAR MADAME DE CIVRIEUX.

« Étiologie de l'épilepsie : rechercher les indications que l'étude des causes peut fournir pour le traitement soit préventif, soit curatif de la maladie. »

Ce prix sera de 1,200 fr.

3° M. Dubois (d'Amiens), secrétaire perpétuel, prononce l'Éloge de Hallé.

BIBLIOGRAPHIE.

MICROSCOPISCHE ANATOMIE, ETC. (ANATOMIE MICROSCOPIQUE OU HISTOIRE DES TISSUS DU CORPS HUMAIN); par le docteur A. Kœlliker, professeur d'anatomie et de physiologie à Würzburg; tome II, 1re partie. Leipzig, 1850; in-8° de x et 554 pages avec figures intercalées dans le texte et 4 planches lithographiées.

L'anatomie microscopique, dont l'étude commence à se répandre parmi nous, avait besoin d'un livre qui pût servir de guide dans les recherches difficiles qu'elle embrasse. Depuis l'ouvrage du professeur Henle, il n'avait paru que quelques traités estimables sans doute, entre autres celui du docteur Gerlach (de Mayence), mais trop peu étendus pour quiconque veut étudier la science dans ses détails et connaître les nombreux faits qui l'ont enrichie dans ces dernières années. Le professeur Kœlliker, homme jeune, intelligent et laborieux, a entrepris de publier un traité complet d'anatomie microscopique. L'habileté bien connue de cet anatomiste, les excellents travaux qu'il a publiés sur la matière, ont fait accueillir avec une grande faveur la première partie de son ouvrage; on comptait sur un bon livre, et M. Kœlliker nous donne en effet un volume qui se recommande par son caractère pratique, par la bonne distribution des matières, par un style clair et facile, par d'excellentes figures, en un mot par toutes les qualités qui assurent le succès d'un ouvrage.

L'auteur, comme l'indique le titre de l'ouvrage, s'est proposé surtout de faire connaître l'anatomie microscopique du corps humain. L'ouvrage sera divisé en deux parties: la première comprendra l'histologie générale, c'est-à-dire l'histoire des éléments organiques, depuis les cellules jusqu'aux fibres composées et aux tubes, leur structure, leur développement, leur répartition dans le corps de l'individu; cette partie générale formera un volume. L'histologie spéciale qui sera l'objet de la deuxième partie formera deux volumes et comprendra l'histoire des systèmes organiques, des éléments anatomiques qui les composent et l'arrangement de ces éléments, ainsi que la structure des organes eux-mêmes.

C'est la première moitié de cette seconde partie qui forme le volume dont nous allons rendre compte; elle traite de la peau, des muscles, des os et des nerfs.

Dans l'étude détaillée de chacun de ces systèmes, l'auteur s'occupe des éléments en eux-mêmes, de leurs propriétés, de leurs rapports, de leur groupement pour former les organes. Il a tout vérifié par lui-même; quand il existe des doutes, il expose l'état de la science sur la question en litige et discute les faits observés par les autres anatomistes, en ayant soin d'écarter les hypothèses. La chimie, l'anatomie comparée, l'histoire du développement ne sont pas négligées; tout ce qui a trait aux discussions et à l'histoire de la science est imprimé en caractères plus fins à la suite de chaque article. Enfin, l'auteur a joint à ses descriptions des considérations physiologiques pleines d'intérêt et quelques notices d'anatomie pathologique, et il donne la bibliographie complète des auteurs qui ont écrit sur la matière.

A défaut d'une traduction française de cet ouvrage, nous allons en présenter une analyse suffisamment détaillée pour que le lecteur puisse se faire une idée exacte de l'état actuel de la science dans cette branche importante de l'anatomie physiologique.

Le premier livre, qui traite de la *peau*, comprend quatre divisions, dans lesquelles l'auteur parle successivement de la peau proprement dite, des ongles, des cheveux et des glandes cutanées.

I. La peau proprement dite se compose que du derme et de l'épiderme; mais le derme est formé lui-même de deux couches, une inférieure celluleuse (toile celluleuse sous-cutanée) el le derme proprement dit (*corium*); il faut y ajouter la couche musculaire, très-mince et peu développée chez l'homme, connue sous le nom de peaucier. C'est la couche celluleuse dont les mailles sont presque partout remplies de cellules graisseuses, qui est connue des auteurs sous le nom de pannicule adipeux. Le derme proprement dit présente aussi deux couches; mais elles ne sont pas nettement distinctes et ne se voient pas partout. L'auteur les désigne sous le nom de portion réticulée et portion papillaire du derme. La seconde seule existe aux paupières, aux lèvres, à l'oreille, au conduit auditif externe, à l'anus, au pénis, au scrotum, aux nymphes. L'auteur a soin d'avertir que cette distinction du derme en deux couches est purement artificielle. Le derme se compose essentiellement de fibres qui appartiennent au tissu connectif et au tissu élastique; entre ces fibres, on voit çà et là des muscles lisses et presque partout des cellules graisseuses.

Les papilles du derme ne sont pas toujours simples, comme on l'a cru longtemps; il existe en plusieurs endroits du corps, particulièrement à la paume des mains, des papilles composées, c'est-à-dire qui sont divisées à leur sommet en un nombre variable de lobes allongés. Ces papilles, déjà signalées par Wilson, Simon et Kranse, ont été mieux étudiées par l'auteur, qui en donne de bonnes figures. M. Kœlliker n'admet pas chez l'adulte la membrane anhiste qui recouvrirait les papilles, suivant Todd et Bowman; mais il croit que cette membrane existe chez l'embryon. Les papilles sont composées de fibrilles qui forment comme un étui conique dans la cavité duquel sont reçus les vaisseaux et les nerfs. Quelquefois ces fibres ne sont pas distinctes, et l'on ne voit qu'une matière finement granulée.

La présence des fibres élastiques et des fibres musculaires lisses a été constatée par M. Kœlliker dans le derme proprement dit; les premières sont surtout abondantes autour des articulations, au pénis et au scrotum. Quant aux fibres lisses, qui ont été de la part de l'auteur l'objet de recherches particulières, non-seulement elles existent au dartos, comme l'ont constaté Todd, Bowman et Valentin, mais aussi dans le tissu cellulaire sous-cutané du pénis et du périnée, dans le mamelon et son aréole et autour de tous les follicules pileux. Ces faits doivent modifier nos idées sur la contractilité de la peau, qu'on attribuait à une propriété du tissu cellulaire proprement dit, c'est-à-dire du tissu connectif. Cette contractilité s'explique suffisamment par la présence des fibres musculaires lisses. L'existence de ces dernières autour du mamelon, surtout chez la femme, est un fait intéressant, surtout quand on en rapproche la composition des mamelles chez les cétacés. On sait que, chez ces mammifères aquatiques, les glandes mammaires sont entourées d'une couche épaisse de fibres musculaires disposées en anneaux. Cette disposition, que l'on pourrait croire exceptionnelle, n'est, comme on voit, que l'exagération d'un état normal; car, chez la femme aussi, les fibres lisses microscopiques qui entourent le mamelon ont une disposition circulaire.

La peau renferme, d'après M. Kœlliker, quatre sortes de cellules graisseuses: les unes sont rondes ou ovales, et renferment une seule goutte de graisse qui les remplit complétement; le noyau occupe la paroi de la cellule et est très-difficile à voir. Dans une seconde forme, la cellule renferme de la graisse sous forme de gouttelettes éparses et une matière séreuse, liquide, transparente. Ici le noyau est très-distinct, surtout quand on emploie l'acide acétique.

D'autres cellules sont entièrement vides de graisse, ou celle-ci est réduite à une petite vésicule colorée; le noyau est aussi très-apparent, et enfin, dans une quatrième forme, on trouve des cristaux d'acide margarique remplissant plus ou moins la cellule.

L'auteur n'a rien pu découvrir relativement à l'origine des vaisseaux lymphatiques de la peau.

Les tubes nerveux primitifs forment des anses dans les papilles; d'autres fois ils se terminent dans les corpuscules de Pacini, comme on le voit à la paume des mains et à la plante des pieds, où ils se subdivisent en fibres d'une extrême finesse, dans le gland, par exemple, et dans la conjonctive oculaire.

Le développement du derme a été étudié d'une manière spéciale: il se compose d'abord de cellules qui se rattachent aux premières cellules embryonaires. Une partie de ces cellules se changent en tissu connectif, en devenant fusiformes, pour former ensuite des faisceaux de fibrilles. Cette métamorphose commence par les parties inférieures du derme. D'autres cellules se changent en vaisseaux et en nerfs, tandis qu'une troisième portion donne naissance aux cellules graisseuses par l'agrandissement des cellules primitives et l'apparition de la graisse dans leur intérieur. Quant aux fibres élastiques, l'auteur présume qu'elles proviennent des noyaux des cellules précédentes ou peut-être d'autres cellules.

L'article relatif au derme est terminé par des considérations physiologiques sur le toucher et sur les mouvements de la peau.

L'épiderme n'est formé que de deux couches, la couche muqueuse et la couche cornée; on connaît leur structure et les modifications que subissent les cellules de la première pour se changer en cellules cornées: nous n'avons pas besoin de l'exposer. C'est la couche muqueuse qui est le siége de la coloration de la peau. Il n'existe pas de cellules pigmentaires spéciales; la coloration est due soit au pigment déposé dans le noyau seulement, soit au pigment du noyau et à celui des cellules elles-mêmes, et elle est d'autant plus intense que le dépôt de pigment a lieu dans un plus grand nombre de couches de cellules. Ces faits, bien établis et constatés depuis longtemps déjà par Krause et par d'autres anatomistes, font voir que la peau du nègre ne diffère pas de celle des autres races par l'existence d'organes ou d'éléments spéciaux, mais uniquement par le nombre des cellules pigmentées et par la quantité de pigment déposée dans ces cellules.

A. Lereboullet.

(*La suite au numéro prochain.*)

Le rédacteur en chef, Jules Guérin.

REVUE GÉNÉRALE.

EXPÉRIENCES SUR LA TRANSMISSIBILITÉ DE LA SYPHILIS PRIMITIVE DE L'HOMME AUX ANIMAUX ; par M. DIDAY.

Après les faits si nombreux produits par M. Anzias Turenne, après l'expérience hardie et méritoire de M. Robert de Welz, je croyais que la transmissibilité de la syphilis primitive de l'homme aux animaux était une question définitivement résolue par l'affirmative. En conséquence, il m'avait jusqu'ici semblé superflu de fournir à une cause déjà jugée un témoignage de plus. Les paroles prononcées par M. Cullerier à la Société de chirurgie (séance du 19 novembre 1851), viennent de modifier mon opinion. Pour que l'honorable chirurgien se soit cru autorisé à dire à ses collègues : « Comme moi, vous restâtes convaincus que l'inoculation du chancre virulent de l'homme aux animaux était impossible, » il faut évidemment que le doute subsiste encore dans une foule de bons esprits. Or, du moment que la question redevient ou reste litigieuse, c'est un devoir pour tout médecin qui peut apporter le tribut de son expérience, d'intervenir dans un débat dont la solution a peut-être plus d'importance que les contendants eux-mêmes ne paraissent le supposer.

Je vais donc raconter, d'après des notes prises jour par jour, les différentes tentatives auxquelles je me livrai au commencement de cette année, et en faire connaître le résultat.

Je diviserai le récit de ces expériences en trois classes, selon qu'elles eurent lieu : 1° de l'homme infecté par le coït, aux animaux ; 2° De l'animal à l'homme ; 3° de l'homme infecté par l'inoculation du pus de l'animal, aux animaux.

§ I. — TRANSMISSION AUX ANIMAUX DU PUS CHANCREUX DE L'HOMME INFECTÉ PAR LE COÏT.

Le 21 février 1851, à huit heures du matin, je conduisis à l'école vétérinaire de Lyon un jeune homme de 19 ans, vierge jusque-là de tout accident vénérien ou syphilitique, et qui, pour son coup d'essai, avait pris d'une femme mariée le chancre primitif le mieux caractérisé. Datant alors de trois semaines, ce chancre siégeait sur le côté droit du reflet du prépuce. Il était ovalaire, ayant 8 ou 10 millimètres dans son plus grand diamètre, sans induration ni phagedénisme. Pas de ganglions engorgés à l'aine. L'ulcère n'avait été pansé qu'avec du vin aromatique, et se trouvait à ce moment en pleine période de virulence. Aucun traitement intérieur.

J'avais fait recommander la veille au malade de ne pas renouveler son pansement le matin ; mais par oubli, dit-il, par défiance, à ce que je crois, il venait d'absterger son ulcère au moment de l'expérience.

M. le professeur Rey, dont l'assistance aussi éclairée qu'obligeante a donné à mes essais une aide et une autorité également précieuses, m'avait choisi un jeune chat d'un an, à qui la patte droite de devant manquait par vice de conformation. Sur le milieu de la face interne du pavillon de l'oreille du même côté, je grattai l'épiderme dans l'étendue de 3 millimètres environ. Ce grattage fut fait avec le histouri tenu comme pour éplucher des carottes. Je le cessai au moment où, l'épiderme étant entièrement enlevé, les tissus sous-jacents commençaient à rougir sans cependant qu'il coulât une goutte de sang.

Ceci fait, M. Doyon, interne de l'Antiquaille, qui voulut bien me prêter son concours amical, me présenta une allumette avec laquelle il venait de prendre du pus sur le chancre du malade. Ce chancre étant presque sec, comme je l'ai dit plus haut, il fallut pour cela en racler la surface. Aussi l'allumette était à peine mouillée, et à son extrémité seulement, d'un pus sanguinolent, dont la quantité n'équivalait certainement pas à la dixième partie d'une goutte d'eau. Je l'appliquai, en l'appuyant, contre la surface dénudée de l'oreille du chat, lequel fut ensuite tenu immobile près de huit minutes, afin de donner au pus le temps de sécher. — L'opération terminée, l'animal fut emporté et confié à la surveillance spéciale de M. Eynand, élève distingné de l'école vétérinaire, qui a tenu note des symptômes successifs avec une rigoureuse exactitude.

Le lendemain, 21, une pellicule rougeâtre, mince, recouvre le point où le pus a été déposé.

Le 23, cette pellicule a une épaisseur à peu près double.

Le 24, la suppuration commence à s'établir à la partie supérieure du lieu de l'inoculation. Ce pus est rare, séreux, mal formé, mêlé, quand on cherche à en recueillir, de quelques stries sanguines.

Le 25, même état ; l'animal est resté dispos, actif ; il mange comme d'habitude.

Le 26, la croûte qui recouvre la plaie est rugueuse, épaisse de 5 millimètres dans quelques points ; elle est détachée par la suppuration dans la plus grande partie de son étendue.

Le 27, j'achève d'enlever cette croûte, et je constate au point inoculé une ulcération un peu excavée, à fond d'un aspect jaunâtre, chargée d'une sorte de sanie sanguinolente, assez fluide. Ses bords se distinguent par leur élévation et la netteté de leur contour d'avec les parties voisines.

Prenant du pus sur l'un des bords de cette ulcération, qui a déjà de 6 à 7 millimètres de largeur, je l'inocule, par le même procédé de grattage, à l'autre oreille du même chat, et successivement aux deux oreilles d'un second, âgé de 4 ans et très-bien portant.

Le 2 mars, l'oreille portant l'inoculation n° 1 paraît plus sensible. L'animal miaule et résiste, pour peu que l'on veuille y toucher.

Le 3, l'ulcère est devenu plus large ; il a 12 millimètres de diamètre. Il est en pleine suppuration. Ses bords, taillés à pic, un peu dentelés, circonscrivent une surface granuleuse, jaune blanchâtre, creusée çà et là de quelques enfoncements plus profonds, couverts d'une couche pultacée. Une aréole rouge assez prononcée l'entoure. M. le docteur Rollet, chirurgien en chef désigné de l'Antiquaille, présent à cet examen, déclare que l'ulcération lui semble offrir les caractères du chancre vénérien primitif de l'homme.

Le point inoculé de l'oreille gauche (inoculation n° 2) est couvert d'une croûte assez sèche.

Quant au second chat, la face interne de l'oreille gauche (inoculation n° 3) est occupée par une pellicule rougeâtre peu étendue, au-dessous de laquelle on ne trouve pas encore de suppuration. L'oreille droite (inoculation n° 4) est dans un état plus avancé : la croûte y est moins sèche, plus épaisse, sensible quand on cherche à l'ébranler ; au dessous d'elle, on voit une surface irrégulièrement circonscrite, fournissant en petite quantité un pus sanieux mal formé.

Le même jour 3 mars, le premier chat fut porté à l'Antiquaille, où M. Doyon, interne du service des vénériens, lui inocula, par grattage, à l'oreille droite, plus haut que l'ulcère de l'inoculation n° 1, du pus pris sur une ulcération virulente existant à l'aine d'une malade (je l'appellerai inoculation n° 5).

Le 8 mars, l'ulcère de l'inoculation n° 1 a un peu diminué d'étendue ; la surface paraît moins sanieuse, les granulations du fond sont un peu plus rouges. Ces changements, du reste, ne sont pas très-marqués, et l'aspect est encore celui d'un chancre primitif à la période dite de *progrès*.

L'inoculation n° 2 (oreille droite du même animal) est sous forme d'une ulcération assez large (8 millimètres), irrégulière dans son contour, mais présentant les caractères qu'avait l'ulcère n° 1 le sixième jour. Sous une croûte épaisse, mais détachée par plusieurs points de sa circonférence, je trouve un pus séreux en très-petite quantité.

L'inoculation n° 3 n'a pas réussi. Il n'y a à ce point qu'une croûte, ou, pour

---

Feuilleton.

UNE FIN D'ANNÉE.

REGRETS. — VOEUX ET ESPÉRANCES.

. . . . . O beate Sesti,
Vitæ summa brevis, spem nos vetat inchoare longam. (HORAT.)

Du temps, ô Sextius ! nous subissons les lois,
Et notre rapide existence
Nous défend les projets et la longue espérance.

Encore quelques jours, et l'année 1851 touchera à son terme. Plongée, comme ses devancières, dans l'abîme de l'éternité, elle n'existera plus que comme date et dans la chronologie ; mais une autre va immédiatement surgir et commencer son cours. Ainsi va le temps, cette abstraction que l'esprit se fatigue vainement à concevoir et qu'il ne peut se résoudre à ne pas comprendre ; ainsi, à chaque instant de notre vie, l'avenir, qui n'était rien, devient réalité, et le présent, qui était quelque chose, s'évapore en néant et ne conserve d'existence que dans la mémoire. On a beau s'étourdir, on a beau jouer l'indifférence, trois cent soixante-cinq jours de moins dans la balance de notre existence ont un certain poids ; car ce nombre, ajouté à d'autres qui ont précédé, donne à réfléchir, et quand on jette un regard en arrière, on est étonné, presque effrayé, puis l'on se dit :

« La parque à la sourdine a diablement filé. »

Indulgents lecteurs et bien-aimés confrères, je vous l'ai dit autrefois : N'est-pas bon de savoir au moins par le souvenir ce que nous avons fait comme homme, comme médecin, dans ces quelques moments qu'on appelle une année ? N'est-il pas convenable d'examiner rapidement ce qui a été jeté pour chacun de nous dans l'urne aléatoire du destin ? Il y a bien des enseignements dans cet examen de *fin d'année*, beaucoup de bons conseils et des avertissements de cette grande maîtresse du monde, l'expérience. Les heures et les années emportent les désirs et les pensées des hommes, elles n'emportent ni les faits ni les témoignages : il faut donc se hâter de les fixer. D'accord ; l'argent, ce *summum bonum* et aussi ce *summum malum* de la vie sociale et de la vie individuelle, doit avoir nécessairement sa part dans ce compte dernier de l'année ; mais la science, mais la profession, ont également droit à figurer dans les colonnes du *doit et avoir*. Il faut éternellement recommander ce chapitre ; car, au fond de tout, soyons-en certains, le pur amour de la science est l'aliment des esprits supérieurs, la source de nos plus vives et durables jouissances, le terme suprême de toute vraie félicité. C'est du moins mon avis, et je l'énonce avec une pleine, une ferme conviction. C'est surtout quand vient à s'apaiser l'agitation que produisent en nous la jeunesse et la force de l'âge, quand il se fait comme un temps de silence et de

mieux dire, une squamme qui demeure sèche, sans aucun indice de suppuration.

Au contraire, sur le même animal, l'inoculation n° 4 a produit un ulcère qui a tout l'aspect des chancres primitifs de l'homme, les plus évidemment virulents. L'animal étant plus développé, plus robuste que le premier, ses oreilles ayant plus d'épaisseur, la plaie a pris chez lui une assez grande profondeur (près de 2 millimètres); le fond en est jaune, creusé d'anfractuosités, pultacé; ses bords sont taillés à pic, déchiquetés et décollés; la suppuration liée et abondante.

Le point inoculé le 3 mars (inoculation n° 5) sur l'oreille droite du premier chat, par M. Doyon, annonce une ulcération prochaine par l'épaisseur et la couleur de la croûte qui le recouvre.

Ce même jour (3 mars), pour mieux juger, par un terme de comparaison, de l'influence que le contact du pus chancreux exerce sur la marche des excoriations, je pratique avec le bistouri une excoriation simple, par grattage, sans y rien inoculer, à côté, mais à une certaine distance, de l'ulcère n° 2.

Le 10 mars, l'ulcère n° 1 tend manifestement à entrer en voie de réparation; sa surface commence à se dessécher.

L'ulcère n° 2 a fait de nouveaux progrès; il paraît plus large, plus enflammé; la suppuration, mieux liée, y a augmenté de quantité.

L'ulcère n° 4 offre, en grande partie, l'aspect des chancres qui, chez l'homme, commencent à devenir phagédéniques. Le décollement, la couleur rouge, la dureté particulière de ses bords, l'augmentation d'épaisseur de la matière pultacée qui en occupe le fond, en sont les principaux caractères.

L'ulcère n° 5 est aussi devenu virulent; il a à peu près l'apparence de celui n° 1 à son plus haut degré de développement.

Le grattage, opéré le 8 sur l'oreille gauche du premier chat, n'a déterminé qu'une pellicule sèche, demi-transparente, insignifiante, sans aucune trace d'inflammation au pourtour.

Les 11 et 12 mars, il n'y a pas de changement bien sensible dans la marche des ulcères, si ce n'est que celui n° 2 est devenu encore mieux caractérisé et entouré d'une inflammation très-vive. Il est couvert d'une croûte très-épaisse. La partie est, à ce moment, extrêmement sensible, et l'animal se défend quand on approche le doigt pour la toucher. Pour avoir été plus lente que celle des autres ulcères, son évolution n'en a donc pas été moins complète.

Le 13, l'ulcère n° 1 est réduit au tiers de son étendue. C'est maintenant une plaie simple et superficielle qui sera guérie dans quatre à cinq jours.

Le 15, on constate que le grattage sans inoculation, fait le 8, n'a décidément rien produit.

A partir du 17, l'ulcère n° 2 commença à entrer en réparation, et le 25, sa place n'était plus occupée que par une croûte sèche, protégeant la cicatrice, et qui tomba au bout d'une semaine.

Quant au second chat, depuis le dernier bulletin que j'ai donné ci-dessus sur son compte, il fut perdu de vue, et on ne le revit qu'après sa guérison.

Pendant et après ces expériences, il ne survint à ces animaux aucun autre symptôme; rien du côté des parties génitales; pas d'engorgement dans les glandes correspondantes à l'oreille. M. Rey, non plus que ses élèves, ne constatèrent, sous ces divers rapports, aucun changement appréciable. Leur santé générale demeura également bonne. Seulement, comme, pour mieux surveiller le premier chat, on l'avait séquestré dans une loge, il ne tarda pas à maigrir, à perdre un peu d'appétit; mais la liberté qui lui fut rendue dans certaines limites eut bientôt dissipé ce commencement de langueur des fonctions nutritives.

§ II. — TRANSMISSION DU PUS CHANCREUX DE L'ANIMAL A L'HOMME.

Les caractères physiques des ulcérations produites et reproduites sur les deux chats; leur accroissement graduel sans l'adjonction d'aucune cause irritante; leur ressemblance, constatée par des médecins spécialistes, avec les chancres primitifs de l'homme; leur durée; le résultat négatif d'un grattage fait de la même manière aux mêmes parties, mais sans application de pus virulent, tout me prouvait que j'avais développé sur ces animaux de véritables chancres. Cependant, cette démonstration n'ayant d'autre base qu'une appréciation, on pouvait comprendre qu'elle ne parût pas suffisante à ceux qui n'auraient pas été témoins de l'expérience et de ses résultats.

Je résolus, en conséquence, de faire un effort de plus pour prévenir ou dissiper les doutes. Si c'étaient vraiment des chancres que j'avais donnés à mes chats, à son tour le pus de ces ulcérations, étant inoculé à l'homme, devait produire chez lui des chancres. C'est cette contre-épreuve que je voulus réaliser; et comme je ne me crus pas le droit de rendre un autre que moi-même objet de cette tentative, comme d'ailleurs, n'ayant jusqu'ici jamais contracté de chancres, je me trouvais dans de bonnes conditions expérimentales, ce fut sur moi que je la pratiquai.

Le 8 mars, à neuf heures du matin, en présence de M. le professeur Rey et de M. Eynaud, je commençai par détacher de la peau, sur la face dorsale du fourreau de la verge, une parcelle d'épiderme avec la pointe d'une lancette fraîchement repassée chez Capron. J'y revins à deux reprises, et me fis ainsi deux petites excoriations, distantes à peine d'un millimètre. Une ou deux gouttes de sang sortirent. Quand le saignement fut fini, j'essuyai la lancette avec un mouchoir propre; puis, sur un point de la partie supérieure de l'ulcère n° 2, je recueillis (1), avec le bout de la lancette, un peu de pus séreux, qui, à cette époque, mouillait à peine la partie dénudée.

Je l'appliquai à la surface de mes excoriations, et l'y laissai sécher pendant quelques minutes.

Le 9, neuf heures du matin. J'aperçois un peu de rougeur autour des points excoriés; et sur ces points mêmes, une croûte ou plutôt une écaille très-mince, demi-transparente et presque imperceptible à la regarder d'un peu loin.

Pendant la nuit du 9 au 10. J'éprouve de l'agitation générale, et, dans le lieu piqué, une douleur peu forte, mais continue, donnant la sensation du travail incessant d'un insecte qui ronge.

Le 10, neuf heures du matin. Une pustule est déjà formée, mais aplatie, et ne contenant de liquide qu'autant qu'il en faut pour la faire distinguer par sa couleur blanchâtre des parties voisines qu'occupe une rougeur formant aréole.

Le 10, sept heures du soir. La pustule est plus développée. Les membres de la société de médecine, ainsi que MM. les docteurs Colvat, chirurgien en chef de la Charité, et Rodet, chirurgien en chef de l'Antiquaille, qui l'ont vue, lui reconnaissent tous les caractères de la véritable pustule marquant le début du chancre primitif.

Le 11, neuf heures du matin. Une seconde pustule s'est développée à côté de la première (cela répond aux deux excoriations que je m'étais faites au moment de l'expérience). L'épiderme soulevé qui forme la première est flétrie, indice d'une rupture prochaine. Une aréole très-rouge l'entoure. La nature de la lésion ne lui laissant plus de doute, M. Rodet me conseille de ne pas tarder davantage à en arrêter les progrès par la cautérisation.

En conséquence, avec l'aide de M. Rollet, qui partage la même conviction, je me mets en devoir de détruire le foyer virulent. Après un bain local dans de l'eau tiède, nous enlevons l'épiderme soulevé, et nous trouvons sous lui une plaie qu'il est aisé de reconnaître pour un chancre primitif, à fond grisâtre, couenneux, à bords taillés à pic. Ce chancre est formé lui-même par la réunion de deux petites ulcérations, correspondant à chacune des deux pustules que j'ai décrites. Réunies, elles mesurent 4 millim. 1/2 de long sur 3 de large. On y applique un

(1) On se rappelle que l'ulcère n° 2 était le résultat d'une inoculation faite, le 27 février, à l'oreille gauche du premier chat avec le pus pris sur l'ulcère n° 1 de son oreille droite.

---

calme dans l'esprit, qu'on doit consacrer chaque année quelques heures du cabinet à cette revue rétrospective. Dans ces moments de recueillement, on dirait que le principe divin de la philosophie se réveille pour ainsi dire et semble nous éclairer sur nos actions, sur le vide du passé et sur le vide plus effrayant encore de notre avenir. C'est alors que la fin de chaque année semble une époque grave, solennelle, appelant la réflexion. En effet, on n'ose plus dire fièrement comme autrefois : *J'ai du temps devant moi...*

Les médecins surtout, par la nature de leurs études, par leur profession, par le genre de rapports qu'ils ont avec les hommes, doivent particulièrement se représenter leur vie, leur conduite et les événements de leur pratique. Je ne crains pas de le répéter : Le budget des honoraires ne suffit pas; on doit encore y ajouter le budget scientifique, le budget professionnel : autrement la mélodie ausisonnante, si douce à l'oreille et au cœur, finit par engourdir et stupéfier l'esprit. Sous peine d'être en dehors du vrai sens médical, sous peine de rester dans cette croupissante oisiveté de l'esprit qui le rouille et le ronge, chacun de nous doit penser à ce qu'il a fait, à ce qu'il doit faire, à la ligne qu'il s'est tracée. Or, dans cette méditation de fin d'année, il y a nécessairement un mélange de *regrets*, de *vœux* et d'*espérances* qu'il est convenable d'examiner dans des vues d'utilité, de prévoyance et même de ce je ne sais quoi qui tend à quelque idéal suprême de la profession de médecin. Quant à moi, parlant avec toute la franchise qui convient à ceux qui ont vécu, qui ont vu et comparé,

Je regrette les anciennes corporations et les Facultés d'autrefois, ayant acquis cette mousse vénérable, séculaire, qui a tant de prix dans une société bien constituée. Quelles vigoureuses institutions! quelle force de cohésion et de solidarité entre les médecins! Comme elles savaient *contenir* et *soutenir*, ce double but de toute association bien conçue! « Les corporations d'autrefois, dit un très-spirituel médecin-journaliste, qu'était-ce autre chose que des associations qui, commencées librement et officieusement, s'étaient peu à peu transformées en institutions obligatoires et officielles? » (Jean Raymond, janvier 1849.) C'est bien cela : le tableau est aussi juste que vrai. En effet, un des plus tristes symptômes de notre temps est cet amour excessif du *moi*, cette manie d'individualisme qui va croissant à mesure que l'importance réelle de l'individu est amoindrie ou annulée par l'orageuse grandeur des événements. Mais aussi que peut ce moi isolé? Rien ou à peu près : ce n'est qu'une minime fraction dans la foule des autres. Les corporations n'étaient pas autre chose que des assurances mutuelles fortifiées de prérogatives; nos ancêtres les avaient conçues avec une rare sagesse, une grande connaissance du cœur humain et de la société. Il y avait des abus; eh! qui donc le nie? A Dieu seul est donné de créer le diamant pur; mais pour quelques chétives réparations à faire, fallait-il donc détruire l'édifice, le ruiner de fond en comble? Les avocats ne s'y sont pas trompés : aussitôt qu'ils l'ont pu, ils se sont hâtés de rétablir l'*ordre*, tout en se conformant aux idées de leur époque; et quand l'un d'eux s'écriait en pleine assemblée : « Mes confrères d'abord, mes clients ensuite, la cour après, » il donnait une idée de l'esprit actif et réel de confraternité qui anime cette corporation.

Je regrette que l'habit des médecins n'ait pas, comme autrefois, une certaine sévérité de forme. Que cet habit ne soit pas clérical, comme le voulait Pascal, cela doit être; mais qu'il ait au moins quelque chose de grave, inhérent à la gravité elle-même de la profession. Concevez-vous un homme ayant pour ainsi dire

petit disque de pâte de chlorure de zinc, fixé ensuite par une bandelette de diachylon.

Je garde l'appareil depuis neuf heures et demie jusqu'à une heure moins un quart. A ce moment, et, pour plus de sûreté, j'applique un second morceau de pâte sur le milieu de la première escarre et sur son bord gauche, endroits où la cautérisation me semble n'avoir pas agi suffisamment. Je garde cette seconde application jusqu'à trois heures et demie; et en ôtant l'appareil, je constate la présence d'une escarre sèche, profonde, de 8 millim. de longueur sur 5 de largeur. Mes collègues m'affirment que l'action caustique est suffisante. Je dois dire que, une heure après la première application, je cessai d'éprouver cette sensation de *rongement* qui, depuis trente-six heures, ne m'avait quitté qu'à rares intervalles.

Je croyais par là en avoir assez fait pour prévenir le développement ultérieur du chancre. Mais il était décidé que l'expérience serait faite jusqu'au bout. Le soir du même jour, vers minuit, je sentis distinctement s'irradier, du point cautérisé vers l'aine droite, une douleur qui se fixa dans ce dernier endroit. Dès le lendemain 12 mars, j'y trouvai une glande légèrement tuméfiée et un peu sensible à la pression.

Le 13 et le 14, la peau qui entoure l'escarre est partout saine et indolente, excepté en haut et à droite, où elle paraît rouge, tuméfiée et douloureuse au toucher. Un peu d'inappétence. Le 13, M. Rodet m'affirme de nouveau que, à ses yeux, la cautérisation est suffisante.

Le 15, même état. Pansement avec du cérat. Le ganglion lymphatique est plus engorgé. Un bain tiède.

Le 16, l'escarre, cernée par un cercle en suppuration, laisse entrevoir une plaie d'aspect simple, excepté en haut et du côté droit, où elle offre une physionomie suspecte.

A partir de ce moment, il n'y eut plus lieu à douter de l'insuccès de la cautérisation, car les phénomènes marchèrent de manière à tromper, je devrais dire à combler, si j'avais le courage de m'élever à une appréciation purement scientifique du fait, toutes mes espérances. L'escarre tomba le 17. Le 18, je pus voir un chancre profond, à fond blanc couenneux, à bords élevés, entouré d'un cercle inflammatoire très-prononcé. Le bord supérieur, surtout, est d'un rouge vif, dur et extrêmement douloureux au toucher. Le ganglion de l'aine droite n'a augmenté que lentement de volume, mais il est devenu très-douloureux. Fièvre, découragement, inappétence. (Cataplasmes; pansement au vin aromatique. Grands bains et bains de siége.)

Depuis ce moment, je demeurai livré à toutes les appréhensions, si facilement exagérées en pareil cas, que doit susciter la présence d'un chancre phagédénique toujours envahissant. Le traitement se ressentit un peu, je l'avoue, de mes incertitudes, alimentées par la multiplicité des conseils dont l'amitié de mes confrères m'entourait. Ainsi, du 20 au 29, j'employai pour pansement l'eau phagedénique, puis une solution d'abord de 0,5, ensuite de 25 centigr. de sublimé sur 30 grammes d'eau; puis une solution d'abord de 1, ensuite de 2 grammes de nitrate d'argent sur 30 grammes d'eau; puis la pommade de Chérer; enfin, l'onguent digestif simple. Le chancre ne fit que s'étendre. Il s'agrandit principalement vers le haut, par la destruction graduelle du bord rouge, engorgé, et qui, dès les premiers jours, m'avait effectivement paru voué à une mortification certaine. Je dis *mortification*, parce que le travail ulcératif, qui donnait au fond de l'ulcère l'aspect d'une plaie frappée de la pourriture d'hôpital couenneuse, s'accompagna, sur le même bord supérieur, de la formation d'une petite escarre noirâtre. Le peu de succès de ces diverses médications me fit prendre le parti de confier exclusivement la direction du chancre aux soins de mon judicieux et habile successeur, M. Rodet. Il le fit panser avec un mélange de : eau distillée, 20 grammes; jus de citron, 5; extrait de saturne, 3; laudanum de Sydenham, 2. La quantité de jus de citron y fut ensuite graduellement élevée de manière à ce que le contact de ce liquide sur la plaie produisît toujours une très-légère cuisson.

Cependant le bubon n'avait cessé d'augmenter de volume. Sans être fort douloureux dans son développement, il gênait néanmoins beaucoup la marche. Dès que la collection purulente y fut parfaitement appréciable, et que la peau commença à rougir, je priai mon ami M. Pétrequin de l'ouvrir, ce qu'il fit le 2 avril, par une incision d'un peu plus d'un centimètre de longueur. Il en sortit une cuillerée à café environ d'un pus assez bien lié. — Vu le peu de souffrance que la formation et la fonte de cet engorgement m'avait causée, je me flattais que le bubon était purement sympathique et non virulent. Je voulus en conséquence empêcher toute communication accidentelle entre le chancre de la verge et la plaie de l'aine, d'où aurait pu résulter l'inoculation de celle-ci. Et je la couvris de charpie maintenue par un spica. Mais dès la nuit du 3 au 4, je sentis dans l'aine des douleurs vives, des élancements extrêmement intenses. Dans la journée du 4, j'eus encore, à sept heures du matin, à midi et à six heures du soir, ce que je puis bien appeler trois *crises* de ces mêmes douleurs, portées au point de m'arracher des larmes. Je les sentais siéger précisément sur le lieu de l'incision. C'était, en effet, cette incision qui se transformait en un chancre. Le 6, il fut avéré que l'ouverture du bubon, inoculée par le pus qui en sortait, avait pris tous les caractères du chancre, et que j'avais par conséquent un véritable bubon virulent.

Le chancre du fourreau n'était pas, durant ce temps, demeuré stationnaire. Le 2 avril, M. Rodet avait reconnu qu'il s'était opéré sous la lèvre inférieure de l'ulcération un décollement d'un centimètre environ dans tous les sens. Peu à peu le centre de la peau décollée se perfora, et bientôt toute l'étendue du décollement vint augmenter, en s'y réunissant, celle qu'avait déjà le chancre. C'est ici le lieu de remarquer que le travail de phagédénisme s'est effectué, quoique dès le 18 mars je n'eusse plus quitté la chambre et à peine le lit. Il ne m'a jamais causé d'autres souffrances qu'une sensation plutôt inquiétante, agaçante, que douloureuse, sensation que j'ai déjà désignée, telle que je l'éprouvais, par le nom de *rongement*, et qui revenait par intervalles, principalement pendant la nuit.

Le 8 avril, je substitue aux applications employées jusqu'ici, le pansement avec l'eau phagédénique. Le chancre devient de plus en plus large, bien que la fièvre, qui jusque-là était presque continue, ait beaucoup diminué et que l'appétit commence à revenir.

Ce fut vers le 11 avril que le phagédénisme sembla s'arrêter. A cette époque, le chancre, mesuré exactement, avait 36 millimètres dans le sens transversal, et longitudinalement 29 millimètres.

Jusqu'au 18, l'état parut être complétement stationnaire. Je pansais alors avec du jus de citron additionné de partie égale d'eau. Le 18, M. Rollet, qui me visitait chaque jour avec la régularité qu'inspire une affectueuse sollicitude, crut enfin découvrir çà et là quelques bourgeons commençant à prendre une teinte un peu rosée.

Le 22, après avoir de nouveau pâli, les bourgeons redeviennent plus rouges, et je constate sur l'angle droit du chancre une cicatrice presque imperceptible, mais d'un bien rassurant augure.

Jusqu'au 30, l'aspect devint de plus en plus satisfaisant. Néanmoins, l'ulcère ne diminuait pas d'étendue. J'employais le jus de citron presque pur. Ce ne fut que dans les premiers jours de mai que j'aperçus une réduction dans les dimensions du chancre.

Le bubon, dont l'ouverture avait grandi par ulcération, était pansé avec du cérat simple. A part les cinq ou six premiers jours, il ne fournit jamais beaucoup de suppuration; j'y fis par la suite quelques injections avec une solution de nitrate d'argent.

Le 8 mai, M. Rodet, voyant la suppuration du chancre franchement établie, en toucha la surface avec la pierre infernale. Le résultat fut une accélération sensible dans la conversion de l'ulcère virulent en plaie simple. Il répéta cet attouchement le 10, le 12, le 15 et le 17. Le pansement était fait avec le vin aromatique.

Le 20 mai, il n'y a plus de suppuration. Une croûte sèche protectrice s'est formée sur la plaie. Je l'abandonne en place sans chercher à la détacher (elle a

---

droit de vie et de mort sur ses concitoyens, livré à la grande et difficile étude de l'homme, dont l'unique but est de guérir ou de soulager ses semblables, le concevez-vous, dis-je, approchant l'être qui souffre, le patient qui l'implore, avec une tête tondue, un habit écourté, un pantalon à sous-pieds et un paletot-sac? Il y a quelque chose de grotesque et de douloureux tout à la fois dans ce tableau, que nos mœurs seules peuvent expliquer. Que dirait-on d'un magistrat sans robe sur son tribunal et d'un prêtre s'approchant de l'autel sans les habits du sacerdoce? Les trois marteaux de l'ancienne perruque médicale avaient certainement leur importance dans la considération du public pour le médecin. Vous ne connaissez donc pas les hommes, vous que cette assertion étonne? vous ne savez donc pas le prestige du costume, de la parole, du maintien, etc.? Napoléon, qui, dans beaucoup de choses, voyait si juste et si loin, fit reprendre la toge aux professeurs des diverses Facultés; il savait que les yeux frappés prédisposent singulièrement l'intelligence à l'attention et l'âme au respect.

Je regrette les réceptions des docteurs telles qu'on les faisait jadis avec un certain appareil, mode heureusement conservé dans quelques universités étrangères. Quand un jeune docteur, après avoir soutenu ses thèses, fait ses paranymphes, recevait les insignes de la profession devant une foule de médecins de la Faculté et beaucoup de personnes considérables; lorsqu'un des *anciens* lui faisait une vive et forte allocution sur l'importance du titre qu'il venait d'acquérir, sur les devoirs qui en sont la conséquence, pensez-vous que ce jeune médecin n'avait pas une plus haute idée de sa profession que celui qui venant de quitter sa petite souquenille noire, son diplôme empoché, quitte d'un pied léger l'amphithéâtre et se croit quitte de toute reconnaissance envers ses maîtres, de toute solidarité envers ses confrères? Oh! que Molière a fait de tort à la profession et à l'humanité, en ridiculisant une cérémonie dont le récipiendaire gardait à jamais le souvenir et l'engagement qu'il y avait contracté! Il appelait la Faculté *alma mater*, et il avait raison puisqu'elle l'avait nourri du lait de la science et de la sagesse. Le serment d'Hippocrate, ce *juro* du divin vieillard, que les siècles nous ont transmis, prouve que les anciens faisaient leurs réceptions avec une sorte de solennité religieuse et avec un but éminemment utile.

Je regrette encore que la langue latine soit négligée, presque oubliée par les médecins, et qu'on ne formule qu'en français. Et voyez la contradiction: on oblige les jeunes gens à de fortes études pour obtenir le baccalauréat ès lettres, puis on abandonne le tout dans la pratique de l'art; on apprend le latin, on ne veut pas s'en servir. Quelle magnifique idée que celle d'une langue universelle pour une science universelle! Quoi qu'on fasse, le langage de la vieille Rome sera toujours le symbole de notre science, semblable en ce point à la poésie transmise dans sa langue éternelle. Autrefois, lorsqu'un bon ouvrage paraissait, en peu de temps il devenait européen; aujourd'hui il y a confusion des langues, et les traductions, quand elles ont lieu, ne se font que tardivement; il est en outre une foule de choses qu'il n'est pas bon de communiquer aux gens du monde, dans leur intérêt. « Nous regrettons, dit très-sagement le docteur Sales-Girons, la langue savante de nos maîtres, pour certaines questions brûlantes, exceptionnelles, comme celles de la contagion, de l'infection, de la transmission des maladies. etc. » (REVUE MÉDICALE, 30 sept. 1851) (1). D'ailleurs l'étude

(1) Une chose certaine encore; c'est que souvent dans les familles, les for-

tomba qu'au bout de quinze jours, et laissa alors voir sous elle une cicatrice encore rouge, mais solide et parfaitement souple).

A cette époque, 20 mai, le bubon, qui, depuis longtemps déjà, avait perdu l'aspect virulent, semblait presque fermé. Je voulus trop tôt marcher; il en résulta un décollement de la lèvre supérieure de l'ouverture, décollement simple, mais qui, pour guérir, me condamna à rester au lit du 29 mai au 5 juillet, jour où je pus enfin librement reprendre mes occupations ordinaires.

Je ferai observer que, ni pendant ni depuis cette maladie, je n'ai fait de traitement général antisyphilitique. Pour tout remède intérieur, je pris seulement quelques jours du tartrate de fer et de potasse, plus tard, du vin de quinquina pendant une semaine. Jusqu'à présent, 22 décembre 1851, aucun symptôme de syphilis constitutionnelle ne s'est manifesté, et les probabilités les plus fortes m'autorisent, dès lors, à m'en croire définitivement exempt.

Outre les expériences dont je vais parler ci-après, la nature chancreuse de l'ulcère de la verge et de celui de l'aine a été évidente par l'aspect bien caractérisé du fond et des bords de ces plaies. Parmi ceux qui les ont examinées, MM. les docteurs Cobra aîné, Pétrequin, Rodet, Rollet, Devay, Vernay, Baron, M. le professeur Rey, MM. Jacquemet, Doyon, Philipeaux, internes très-expérimentés dans l'étude clinique des maladies vénériennes, aucun n'a exprimé le moindre doute sur ce point.

Je ne reviendrai pas sur la déception causée par l'insuccès de la cautérisation, sur l'anxiété dont me pénétra la marche si longtemps envahissante du chancre, sur les craintes que m'inspiraient ensuite la moindre céphalée, l'angine la plus légère où mon imagination alarmée croyait voir autant de symptômes secondaires. Mais il est un fait que je veux signaler parce qu'il rappellera aux futurs expérimentateurs une règle qui doit être de rigueur en pareille circonstance. C'est de toujours s'entourer, comme je l'ai fait, *au moment de l'inoculation*, de témoins graves dont ils puissent ensuite invoquer l'autorité. Faute de cette précaution, ils seraient exposés aux propos les plus chagrinants, et ne se verraient pas sans étonnement, alors qu'ils ont pensé servir la science, accusés d'avoir contracté l'affection selon le procédé usuel. J'en sais quelque chose, moi qui, malgré la garantie de témoins désintéressés, n'ai pu entièrement échapper à ces soupçons. Heureusement la forme spirituelle dont on les revêtait servit à m'en consoler; et et je ne fus pas des derniers à rire de cette plaisanterie sous laquelle j'appris que se produisait l'acte d'accusation lancé contre moi : « Il dit que ce n'est pas une femme qui lui a donné sa maladie...... non, c'est le chat ! »

§ III. — TRANSMISSION AUX ANIMAUX DU PUS DU CHANCRE DÉVELOPPÉ CHEZ L'HOMME PAR INOCULATION DU PUS CHANCREUX DE L'ANIMAL.

Les expériences suivantes n'ont point été faites comme contre-épreuve, car la contre-épreuve n'était pas nécessaire. Le point en litige étant la transmissibilité du chancre de l'homme aux animaux, il est évident que, si le pus de l'ulcère du chat, inoculé sur moi, a produit un véritable chancre, cet ulcère lui-même n'était pas autre chose qu'un chancre. Des expériences ultérieures d'inoculation *de moi à l'animal* n'eussent donc servi à prouver que la nature chancreuse de mon ulcère, à moi. Or ce point n'a été, et ne sera, je crois, mis en doute par personne.

Aussi n'est-ce point pour apporter de nouveaux arguments à cette thèse, mais comme étude intéressante de pathologie comparée, que je mentionnerai maintenant des essais que deux élèves de nos hôpitaux instituèrent, de concert avec moi, sur des animaux autres que ceux qui avaient jusque-là été mis en expérience.

Première expérience. — Le 12 avril 1851, M. Delore, élève du service des vénériens à l'Antiquaille, m'apporta un lapin, dont je dénudai, par grattage, la face interne de l'oreille droite dans deux endroits séparés. Sur le point supérieur, j'appliquai le pus de mon chancre de la verge, alors en pleine période de virulence, sur l'inférieur du pus de mon bubon. On laissa le pus se dessécher sur place.

Le lendemain, les deux points sont couverts d'une croûte mince et sèche, formée par la dessiccation des liquides appelés par l'opération à la surface dénudée.

Le 16, vers le point supérieur, il y a un peu de tuméfaction autour de la dénudation. Les deux croûtes ont pris plus d'épaisseur, et un peu de rougeur se manifeste à leur pourtour.

Le 10, la croûte du point supérieur tombe et découvre une plaie assez profonde, à bords taillés à pic, sécrétant une sérosité roussâtre. M. Rodet regarde cette plaie comme étant un chancre.

Le 22, la croûte, qui avait jusque-là caché le point supérieur et qui était devenue de plus en plus épaisse, tomba à son tour, et l'on trouva sous elle une ulcération à bords élevés, où M. Jacquemet, ami de M. Auzias-Turenne, et qui a suivi ses recherches à Paris, constata le piqueté spécial qui, d'après cet expérimentateur, caractérise, à coup sûr, le chancre syphilitique primitif. M. Delore fit le même jour sur cette oreille un grattage simple sans y rien inoculer.

Le 23, M. Delore inocula, à l'oreille gauche de cet animal, le pus de l'ulcère supérieur de son oreille droite A partir de ce jour jusqu'à la fin du mois d'avril, ces ulcérations restèrent d'abord stationnaires. Peu à peu on les vit s'entourer d'un cercle induré, puis l'induration envahit leur fond tout entier. Enfin, vers le 29, elles commencèrent à prendre un aspect plus favorable, celui d'une plaie simple. Le 4 mai, elles tendaient visiblement à une cicatrisation prochaine.

Au contraire, à ce moment, l'ulcère résultant de l'inoculation du 23 avril était en voie de progrès; il avait du reste, par son évolution et ses changements successifs, rappelé à s'y méprendre la marche des deux autres.

Sur ces entrefaites, le 5 mai, l'animal parfaitement bien portant jusque-là et sur lequel on n'avait constaté aucune autre lésion, étrangère ou relative à celles-ci, mourut subitement sans cause appréciable.

En fendant toute l'épaisseur de l'oreille sur le milieu de l'un des premiers chancres, nous reconnûmes positivement, M. Delore et moi, que, entre le cartilage de l'oreille et le tégument qui le recouvre à l'intérieur, il existait un disque de substance plastique, rougeâtre, concrétée, se terminant nettement en s'amincissant, mais sans se confondre par sa circonférence avec les tissus voisins; disque épais d'un millimètre et demi, large de 4 environ, et qui formait à la surface interne de l'oreille un relief visible. Ce dépôt, pressé transversalement entre deux doigts, rappelait à tel point la sensation que fait éprouver le palper d'un chancre induré, que cette idée s'était présentée à tous les médecins qui le touchèrent pendant la vie, et que tous, instinctivement, l'exprimèrent par le même mot d'*induration*.

Il est bon de remarquer que le grattage sans inoculation fait le 22, et dont on reconnaissait encore les traces à l'aspect un peu plus sec de l'épiderme en ce point, n'offrait absolument rien de semblable à ce qui vient d'être décrit. Loin d'y être représentée, comme dans les points inoculés, par une saillie, l'opération y avait au contraire laissé une dépression résultant de l'amincissement de la membrane muqueuse grattée. Il n'y avait donc pas la moindre analogie d'apparence ni de texture à établir entre ces deux endroits.

L'ulcère que M. Delore avait produit par l'inoculation faite le 23 avril était également doublé d'une couche indurée très-manifeste, quoique moins épaisse et moins consistante que celle des deux premières ulcérations datant du 12 avril.

Deuxième expérience. — Le 16 avril 1851, M. Doyon, inocula, par grattage, à chacune des oreilles d'un autre lapin, du pus pris sur mon chancre et sur mon bubon. Comme les phénomènes furent complétement identiques à ceux

---

de la langue latine maintient et prouve chez le médecin cette éducation soignée annonçant un homme qui a fait ses *humanités* et dont l'esprit est cultivé. Vraiment on souffre d'une douleur poignante de voir des hommes ignorant le latin, outrageant à chaque instant le français, hautement se pavaner de leur titre de docteur. Et l'on se plaint des faux jugements du public sur la profession ! Pour être respectés, soyez respectables; or on ne l'est que par une âme élevée et un esprit éclairé.

Tels sont mes regrets; il en est d'autres que je pourrais encore énoncer, mais à quoi bon? Le temps et les coutumes ont complétement changé. D'ailleurs le passé est déterminé, limité, fini, mais l'avenir est inconnu, et il paraît sans bornes; le passé est immuable, hors de notre pouvoir; l'avenir doit en quelque sorte nous appartenir; de son sein, semblent sortir mille voix qui répondent aux affections de notre âme, ce sont autant d'échos qui lui redisent ses propres désirs et ses invocations. Ainsi j'énonce mes souhaits avec la même franchise que mes regrets, bien que je ne puisse encore les faire jaillir tous du fond de mon cœur.

Voeux. Je souhaite pour l'année où nous allons entrer et celles qui lui succéderont que les médecins comprennent de plus en plus la force d'association appliquée à la profession; c'est le levier d'Archimède, il ne s'agit que de s'en servir. Si la loi nous fait défaut, si une bonne et forte organisation nous est déniée, faites des associations partielles, mais multipliées. Plus les médecins se rapprochent, mieux ils se connaissent, alors plus ils s'estiment et sont disposés à confraterniser, cela est certain. On le sait, les hommes ressemblent aux lames de l'aimant artificiel, c'est de l'union que résulte la force; brisez le lien, ils ne s'attirent ni n'attirent. Esprit de corps, esprit de famille, il y a plus d'identité qu'on ne croit dans ces deux sentiments. Cette force d'alliance est d'autant plus énergique, que ceux dont la conscience médicale n'est pas sans reproche, qui n'ont pas continuellement dans l'esprit cet avertissement d'un ancien : *Nihil timere, nisi turpem famam*, furent ou sont exclus de pareilles associations. Elles ont alors leur pleine action, leur haute juridiction morale dont les effets, quoique non toujours apparents, n'en sont pas moins prodigieux. Celui qui a dit : *après la communion des saints*, je ne vois rien de meilleur que la *communion des bons*, a proclamé une de ces vérités qui sont de tous les lieux comme de tous les temps.

Je souhaite que les médecins comprennent que leur science est au fond ce qu'il y a de meilleur, de plus élevé dans les connaissances humaines, parce qu'elle recherche la vérité dans les lois de la nature qui sont celles de Dieu et que cette recherche n'a d'autre but que le bien-être et le soulagement des hommes. Le sénat de Berne rendit un décret en 1764, par lequel l'illustre Haller fut mis en *réquisition perpétuelle* pour le service de la patrie. Eh bien ! ce décret existe tacitement en France pour tous les médecins, leurs actes en font foi sur les champs de bataille, dans les épidémies, dans leurs ouvrages et leur pratique journalière; pour eux, le service de la patrie ne cesse jamais. Plût à Dieu que l'idée de la grandeur du but de notre profession ne sortît jamais de la

mu'es du médecin passent sous les yeux de la garde-malade *pour qu'elle en dise son avis*; honte et profanation ! Les pharmaciens, plus avisés, continuent à mettre leurs étiquettes en latin, et on ne saurait trop les approuver.

dont je viens de raconter la succession chez l'autre animal, je m'abstiens de les décrire en détail. Seulement, l'ulcération chez ce second lapin fut encore mieux caractérisée et plus large ; elle offrit, d'ailleurs, le même aspect induré que chez l'autre; et après la cicatrisation de l'ulcère, qui n'eut lieu qu'après le 3 mai, le noyau induré resta à la place du chancre et ne fut que très-lentement et graduellement diminué par l'absorption.

Le 28 avril, je présentai ce lapin à la Société de médecine, dont la plupart des membres examinèrent les ulcérations et leur trouvèrent une grande ressemblance avec les chancres syphilitiques primitifs de l'homme.

Ces deux expériences montrent entre les chancres du chat et ceux du lapin des différences tranchées. Je les résumerai en quelques mots.

Chez le lapin, comparativement au chat, les chancres primitifs :

1° Ont une période d'incubation plus longue ;

2° Durent beaucoup moins longtemps ;

3° S'accompagnent de moins d'inflammation, s'étendent moins en largeur ;

4° Rappèlent sensiblement, soit par leur indolence, soit par le peu d'abondance de leur suppuration, soit surtout par la plaque cartilaginoïde qui constitue leur fond, le chancre induré de l'homme.

Ce n'est pas sans motif que j'insiste sur les différences que le chancre primitif offre selon les diverses espèces animales. Cette détermination, méthodiquement et complétement exécutée, est peut-être destinée à nous faire un jour découvrir l'animal où le pus chancreux inoculé doit subir les modifications propres à en faire, pour la syphilis, l'analogue du précieux virus antivariolique.

§ IV. — APPRÉCIATION, — EXAMEN DES OBJECTIONS.

Établissons d'abord le point en litige. Ce que je voulais, ce que je crois avoir prouvé par cette série d'expériences, c'est uniquement que la syphilis *primitive* est transmissible de l'homme aux animaux ; que le pus d'un chancre primitif de l'homme, inoculé à un animal, reproduit sur celui-ci un chancre jouissant de toutes les propriétés du premier, y compris l'inoculabilité. — Si donc on venait à m'opposer que ni les chats ni moi nous n'avons eu d'induration ni d'accidents constitutionnels, je laisserais l'objection comme non avenue ; car je n'ai, en aucune manière, eu la prétention de démontrer ce fait. Il est hors de la question actuelle. J'ajouterai même que mes vœux sont contre sa réalisation ; plus il sera prouvé que la syphilis inoculée aux animaux y demeure forcément à l'état primitif, et plus on pourra nourrir l'espoir de parvenir à développer chez eux la maladie analogue contre la vérole à ce qu'est la vaccine contre la variole, maladie dont la première condition serait d'être *locale et inoffensive pour la constitution.*

Je n'accepterais pas davantage cette assertion, que ce que j'ai eu n'était pas un véritable chancre. Si la description que j'ai donnée de mon ulcère ne paraît pas assez claire, assez détaillée pour faire apprécier ses caractères spécifiques, j'y suppléerai en invoquant le témoignage de tous les médecins qui l'ont vu, témoignage qu'on ne pourrait contester sans mettre Lyon tout entier hors la loi, en matière de diagnostic élémentaire de la syphilis. Car si un chancre bénin, ou qu'on a fait avorter de bonne heure, peut laisser quelque doute sur sa nature, le mien, grâce à Dieu, affectait des proportions et une marche que le moindre *élève de province* eût su reconnaître.

J'espère aussi qu'on me fera grâce d'arguments un peu trop accrédités dans une certaine école, tels que ceux-ci : « Qui me prouve que vous ne vous étiez pas soumis trois jours avant l'expérience à un coït infectant ? — La lancette avec laquelle vous vous êtes excorié la verge était repassée, mais elle n'était pas neuve ; et j'offre de parier qu'un des ouvriers de M. Capron avait, à cette époque, un chancre primitif au pouce. — Enfin, Diday voit tous les jours dans son cabinet plusieurs chancres ; et il est plus que probable que, après en avoir touché un, son excoriation du matin lui faisant éprouver quelque démangeaison, il l'aura grattée sans avoir eu soin de se laver les doigts. » — De pareilles misères sont vraiment indignes d'hommes sérieux ; et si l'on veut bien me tenir quelque compte de mes travaux passés en syphilographie, je demande pour toute faveur qu'on ne me mette pas dans la nécessité de réfuter de semblables objections.

Mais je m'arrête aux bagatelles de la porte, sans songer que le seul ennemi sérieux, la *transplantation*, m'attend de pied ferme, que dis-je? *m'attend...*, qu'il m'a devancé dans l'arène ; car j'étais encore couché et bardé de plumasseaux, que déjà l'un était venu charitablement m'avertir de sa part que mes expériences ne prouvaient rien, absolument rien. Qu'est-ce donc que la transplantation, seule réponse dont on ait daigné honorer mon courageux prédécesseur, M. Robert de Welz? Pour la faire connaître telle qu'elle est, j'emprunterai sa description à un auteur que M. Cullerier ne récusera point, à M. Ricord. Voici ce que mon savant et respecté maître et ami en dit dans sa seizième lettre. Je cite sans changement :

« Le singe n'aurait-il servi là que de terrain de transplantation? Je le crois, car voici ce qui arrive : la piqûre d'inoculation qu'on fait au singe, à peine irritée, à peine enflammée et suppurant fort peu, bien qu'imbibée du pus virulent après qu'elle a été faite, a une tendance incessante à la guérison ; et celle-ci arrive avec une étonnante rapidité. On ne voit pas, dans les inoculations du singe, ce progrès ulcérant, continu, croissant, qui est le caractère du chancre de l'homme, surtout de celui qui ne s'indure pas ; on ne trouve même pas ce stade de *statu quo* spécifique, si tenace, si long, que la nature maintient chez l'homme et que l'art a ordinairement tant de peine à détruire.. Chez le singe, une piqûre, à peine un peu de suppuration, une croûte, et la guérison !... On voit que c'est pour le chancre un terrain réfractaire et étranger ; la graine virulente y est exotique : on a beau prendre des précautions pour la semer, pour l'*arroser*, la mettre en serre ou sous cloche, elle meurt avant d'avoir poussé des racines, à plus forte raison avant d'avoir donné des fruits... On pourrait croire que dans la pustule qu'on produit si difficilement, le pus virulent n'est là que comme un pois à cautère qui irrite, fait suppurer, mais ne se combine pas aux tissus ; il se mêle au pus produit, voilà tout... Il restera donc seulement acquis à la science qu'on peut déposer et conserver du pus virulent sur le singe et s'en servir ensuite pour inoculer l'homme, comme on transplante une plante d'un terrain sur un autre ; voilà tout ce que j'ai vu et constaté, voilà la seule déduction que j'en puisse tirer. »

Telle est la théorie. Je ne sais ce qu'en pensera le lecteur ; mais, quant à moi, ce que j'en puis dire c'est que, dès l'abord, à première vue, elle me frappa par l'étrangeté de son allure, par la dissonnance, si je puis ainsi parler, qui résultait de son émission au milieu des innombrables vérités contenues dans les lettres de M. Ricord. Je doutais, je l'avoue, qu'on lui fît l'honneur de l'invoquer une seconde fois : éclose dans le feu d'une discussion où l'amour-propre s'était trouvé en jeu, elle me paraissait con-

---

tête et du cœur de chaque médecin! Rien ne contribue mieux à épurer les mœurs en élevant les caractères. Que font les lois sans les mœurs? C'est l'antiquité qui le dit avec cette force de raison qu'elle a toujours. La meilleure charte médicale sera à jamais inutile et impuissante sans ce point d'appui.

Je souhaite et je voudrais que les réceptions eussent lieu sous le double rapport de la science et de la conduite morale. Les avocats nous donnent sur ce point encore un salutaire exemple. N'est-il pas insensé de confier les fonctions médicales à tout individu faisant preuve *uniquement* de quelque savoir? C'est souvent les abandonner aux derniers des hommes, c'est en compromettre la dignité, c'est en effacer l'empreinte sacrée dans une sorte de commerce vulgaire; et si la médecine pouvait périr, c'est par là hâter sa perte, sa déconsidération, son abaissement. La mesure, au contraire, dont je parle est la seule puissante pour soustraire la profession au souffle impur de l'industrialisme.

Je souhaite avec ardeur que les médecins conservent et s'adonnent plus qu'ils ne le font au culte des belles-lettres et de la philosophie. Ils en obtiendront cet immense avantage, une élégance continue de mœurs, de langage et de style jetant par cela même un beau lustre sur la profession. Savez-vous pourquoi les médecins ont obtenu si longtemps la suprématie sur les chirurgiens? Cela tenait entièrement à l'éducation choisie et lettrée qu'ils recevaient dans leur jeunesse. Dès que les chirurgiens eurent compris et aplani l'obstacle, cette fausse prééminence disparut. Et s'il est possible que cet amour renaissant des lettres pousse les médecins à revenir à l'usage de la langue latine, notamment pour formuler leurs prescriptions, soustraire la science à une odieuse curiosité, à un infâme pillage, mille fois tant mieux. Mais j'entends, on nous traitera de pédants : ne le craignez pas; d'ailleurs ce mot n'est-il pas sans valeur quand il part de l'envie et de l'ignorance? Tâchons d'être pédants comme Baillou, Fernel, Boërhaave, Bouvart, Lorry, Barthez et tant d'autres.

Mais n'y a-t-il donc que des regrets, n'y a-t-il que des vœux, des *pia desiderata* à former quand il s'agit de notre profession? Certainement il y a autre chose, si l'on en juge non-seulement par ce qu'elle est en elle-même, mais aussi par la tendance actuelle des esprits et de la science.

ESPÉRANCES! Oui j'espère qu'un jour une bonne et forte organisation médicale, ce fantôme, ce mythe qui fuit sans cesse à l'horizon des révolutions, sera enfin réalisée. Il ne faut qu'un homme ayant le *pouvoir* et la *volonté*, un homme qui ait le courage des réformes mûres, judicieuses et nécessaires, pour faire cette grande loi médicale à laquelle nous aspirons tous. N'est-il pas temps de sortir d'un provisoire devant lequel a passé un demi-siècle?

J'espère que le bon sens public, s'éclairant de plus en plus, les lois mieux exécutées, il y aura enfin une répression efficace du charlatanisme, qu'il sera possible de cautériser profondément cet ulcère social. Si le mal ne peut être entièrement guéri, attendu la faiblesse du cœur humain au fond duquel vit toujours l'espoir de guérir, même quand la nature s'y refuse, qu'au moins ce mal odieux soit limité, circonscrit et point contagieux.

J'espère plus encore pour la médecine ; en consultant bien le cours des idées et l'action continue de la perfectibilité humaine, il arrivera une époque où la médecine, cette grande *nécessité* sociale, exercera une haute magistrature sur les hommes; les médecins seront comptés parmi les *docteurs de la loi*, comme ils le sont aujourd'hui comme docteurs de la maladie et de la santé. La profes-

damnée au sort de ces arguments d'audience, dont un avocat sensé n'attend d'autre effet que d'avoir, sur le moment, fermé la bouche à son adversaire. — Néanmoins les noms honorables sous le patronage desquels elle reparaît aujourd'hui ne permettent plus de garder le silence. Je la discuterai donc sérieusement; me réservant toutefois de décliner le rôle de mystifié dans le cas où la transplantation ne serait dans la pensée de ses auteurs qu'une mauvaise plaisanterie.

Je n'ai point expérimenté sur le singe. Il me serait par conséquent impossible de juger de la fidélité du portrait ci-dessus. Mais ce que je puis affirmer, — avec vingt-cinq à trente témoins, — c'est que chez le chat, l'évolution de l'inoculation chancreuse réalise tout juste l'opposé de ce tableau. Ainsi, « progrès ulcérant, continu, croissant; stade de *statu quo* spécifique, long et tenace, » voilà la marche constante que nous a offerte sur cet animal l'ulcère résultant de l'insertion du pus chancreux humain. A des phénomènes si différents la même explication peut-elle convenir?

Si ces ulcères du chat ne sont pas des chancres, comment faut-il les nommer? C'est une question sur laquelle je prie messieurs les *transplantateurs* de vouloir bien éclairer mon ignorance; car vraiment elle ne laisse pas que de m'embarrasser. Est-ce une simple piqûre? Mais par quel miracle dure-t-elle trois semaines? — Une pustule?... Non, ce n'est pas sous cette forme que nous l'avons observée. — Une inflammation franche? Mais entre l'inflammation et l'ulcération il y a, étiologiquement, un abîme. — Le pus virulent joue-t-il là, comme on l'a dit, le rôle d'un pois à cautère? Mais l'ulcère du cautère persiste et ne s'agrandit pas. De plus il persiste tant que le pois reste en place, tandis qu'ici on le voit guérir malgré la présence du corps étranger. Mais ne poussons pas plus loin ces questions: j'aurais trop à me reprocher si je provoquais chez mes honorables antagonistes le même accès de colère qui faisait dire à Jourdan: « Appelez-le comme vous voudrez: mais ne lui donnez pas le nom de... *chancre*. »

Pour épargner ce péché à des confrères que j'aime, je serais tout prêt à leur accorder que les ulcères de mes chats n'étaient que des lésions traumatiques simples. Mais voici bien une autre affaire. J'ai pratiqué tout à côté des excoriations selon le même procédé, mais sans inoculation: et alors la lésion est en effet demeurée tellement simple qu'elle avait disparu sans suppuration au bout de quatre ou cinq jours. Ainsi, grattage, puis application de pus virulent; et un ulcère envahissant, de trois semaines de durée, en est la conséquence. Dans la même région, avec le même bistouri, grattage sans autre application; et l'écorchure se ferme en quelques jours. — Décidément il deviendrait assez vraisemblable que l'apposition du pus virulent apporte quelque légère différence dans les phénomènes ultérieurs.

Ce n'est pas tout: voilà deux grattages opérés. Sur tous les deux je place du pus chancreux humain. Si ce pus n'est, comme on le dit, qu'un agent d'irritation, il irritera plus ou moins, selon qu'on en aura mis davantage, qu'on aura appuyé plus fortement, qu'on l'aura laissé plus longtemps sur la surface dénudée, etc. Mais dans tous les cas, il y aura production plus ou moins marquée de l'effet, c'est-à-dire — dans l'hypothèse des transplantateurs, — de l'ulcération. Au contraire, cette hypothèse est-elle fausse? Le pus n'agit-il sur l'animal que comme *virulisateur?* L'inoculation réussira ou manquera, selon la perfection de la manœuvre opératoire. Mais si elle réussit, l'ulcère aura tous ses caractères spécifiques; si elle manque, elle manquera complétement, et ne produira qu'une lésion aussi insignifiante qu'un grattage non suivi d'application de pus. — L'épreuve est décisive. Or l'expérience, entre mes mains, a déjà répondu à cette question. Image fidèle de ce qui se passe chez l'homme en pareil cas, l'inoculation n° 3 a clairement montré que, quand le pus chancreux ne réalise pas son effet virulent, l'irritation qui résulte de sa déposition ne fait jamais naître des symptômes capables de simuler, même de très-loin, ceux que détermine une inoculation heureuse. En deux mots, chez le chat comme dans l'espèce humaine, le résultat est positif ou négatif, sans moyen terme: caractère distinctif suffisant entre l'influence des virus et celle des causes irritantes.

J'ignore si ces remarques seront goûtées, si même elles seront parfaitement comprises. Mais pour moi, la discussion avec des hommes que j'honore et que j'estime me séduit infiniment. Aussi c'est uniquement pour la pouvoir continuer que je vais maintenant leur faire une concession sans laquelle il nous serait impossible d'aller plus loin. Je leur accorde donc que me suis trompé; que ces ulcères de mes chats étaient... tout ce qu'ils voudront, excepté des chancres; que le pus déposé sur eux y est resté inoffensif, mais gardant cependant ses propriétés jusqu'au moment où je suis venu le prendre pour m'en servir sur moi-même. Examinons si, dans ces conditions, j'aurais pu me l'inoculer avec succès.

Il y a, pour MM. les transplantateurs, deux manières d'expliquer la transmission qui s'opère alors de l'animal à l'homme:

1° Ou bien ma lancette, en venant recueillir du pus sur l'ulcère du chat, est tombé précisément à l'endroit où j'avais précédemment déposé la parcelle du pus pris sur mon malade; et c'est cette parcelle de pus humain que je me suis inoculée.

Mais si l'on se rappelle: que l'ulcère animal auquel j'empruntai le pus à m'inoculer était non pas le fils, mais le petit-fils du chancre humain; que, pour le produire, j'avais pris du pus sur *l'un des bords* du premier, et que, pour m'inoculer, je pris encore du pus sur *l'un des bords* du dernier; que, à l'époque où le pus fut pris sur l'un, puis sur l'autre de ces ulcères, ils avaient chacun une largeur de 7 à 8 millimètres, on n'hésitera pas à reconnaître qu'il aurait fallu beaucoup plus qu'une habileté extrême, beaucoup plus qu'un bonheur exceptionnel pour que je pusse, en rencontrant deux fois sur la pointe de ma lancette cette parcelle égarée, réaliser les conditions supposées par la version trop naïve à laquelle je réponds en ce moment.

2° Ou bien le pus chancreux humain, mélangé, combiné avec le pus fourni par l'ulcère animal, a communiqué à ce pus ses propriétés contagieuses; la surface ulcérée n'était pas virulente, mais tout le pus qui la couvrait l'était. Il a donc suffi d'en prendre une goutte au hasard pour pouvoir l'inoculer avec succès.

A cette objection plus sérieuse, je ne répondrai pas en invoquant le peu de volume de la gouttelette qui a servi primitivement. Les virus ont leur privilége sous ce rapport; et pourtant, si l'on délayait une goutte de vaccin dans 20 ou 30 gouttes d'eau, et qu'on prît, pour vacciner un enfant, une goutte de ce mélange de nouveau délayée dans la même quantité du véhicule aqueux, à la rigueur l'opération pourrait réussir; mais s'il fallait gager, certes M. Cullerier serait des premiers à parier contre, et ce n'est pas moi qui tiendrais son enjeu. Mais passons.

Une molécule purulente placée au centre d'un ulcère *peut-elle* se dissoudre dans le pus qu'il sécrète? Voilà toute la question. Or, elle est, selon moi, susceptible de deux solutions: l'une rationnelle, l'autre expérimentale, toutes deux négatives.

Une dissolution s'opère d'autant mieux que le corps à dissoudre touche

---

sion prendra un caractère sacré de providence sociale universelle; elle atteindra un but immense que nous pouvons à peine entrevoir, qu'on regarde même comme un rêve d'imagination impossible à réaliser. Comprenez donc que les élements de l'organisme social sont les mêmes que ceux de l'organisme individuel, et les conséquences sont inévitables. Des lueurs crépusculaires bien observées donnent à croire que l'étude de l'homme approfondie, c'est-à-dire notre science elle-même, aura une influence énorme et bienfaisante sur les nations. Toujours la science doit tendre à monter, et la profession avec elle; chaque flot du temps reçoit son mouvement de celui qui le précède, et l'imprime à celui qui le suit; la loi est immuable. Quant à moi, j'ai foi dans l'art, dans ce qu'il peut et ce qu'il pourra; j'ai foi dans son avenir brillant et élevé, parce que je crois à la force progressive de la raison. Quiconque saura enfoncer les regards de l'esprit dans les consolantes perspectives de l'espérance, comprendra qu'en avançant de pareilles assertions, on pourrait bien être le prophète de la vérité. Mais quand? à quelle époque? dans quel siècle? Nous l'ignorons. La réalité paraît toujours invraisemblable dans l'éloignement. Mais cette prééminence de la médecine arrivera certainement; les grandes et bonnes choses ne se font que lentement, et comme l'a dit un illustre écrivain: « On peut voir soixante générations de roses, quel homme peut assister au développement total d'un chêne? » Il ne faut que du temps, *le temps est le père des miracles*, dit un proverbe persan, parce que son action n'a pas de fin. Si la transformation soudaine et violente de la société est le rêve de quelques esprits ou aveugles ou passionnés, il n'en est pas moins vrai que peu à peu, sans secousses, mais sans arrêt, les idées, les opinions, les institutions se modifient et quelquefois changent entièrement. Reportez vous par la pensée en 1751, un siècle dans le passé. Qui eût dit alors qu'on verrait un jour des médecins ministres et gouvernant tout aussi bien que d'autres; que l'égalité civile, puis l'égalité politique serait le droit de tous; qu'il y aurait France, chose tant désirée par le bon abbé de Saint-Pierre, unité de jurisprudence, unité de poids et de mesures; que certains hommes cachant leur orgueilleuse sottise

« Sous les risibles noms d'éminence, d'altesse.... »

comme le dit Voltaire, ce prince des moqueurs, n'existeraient plus que dans l'histoire; qui eût dit qu'on se promènerait dans les airs, qu'on communiquerait sa pensée en quelques secondes à d'énormes distances, qu'on ferait cinq ou six cents lieues sans un seul cheval, etc., celui-là eût passé pour un rêveur, pour un fou récemment échappé d'*utopia*, et cependant voyez ce qui en est. Ne croyons donc pas à ce glacial scepticisme qui frappe certains esprits. Il n'est peut être pas de question sociale qui n'ait un côté médical jusqu'ici peu approfondi; dès lors il est assuré que la médecine, dans ses applications diverses et multipliées, doit avoir une progression ascensionnelle. Ceci est dans la nature des choses, dans la loi du progrès continu, dans les intérêts bien compris de la société humaine.

D'ailleurs, que nous importent les tourmentes politiques, les ébranlements des trônes et des empires? La médecine tient à l'humanité et non à telle ou telle forme de la société civile; la médecine est aussi ancienne que la douleur, elle durera autant qu'elle, c'est-à-dire aussi longtemps qu'il y aura des hommes.

le corps véhicule par un plus grand nombre de points. Sur un ulcère, toutes les conditions semblent réunies contre le succès : surface anfractueuse, reposant sur un fond incapable de transmettre le liquide par imbibition; repos de la partie; densité extrême des liquides qui devraient servir de menstrue. Dans le cas particulier, n° 2, les chances paraissaient plus défavorables encore, puisque, au moment de l'inoculation, l'ulcère ne commençait à suppurer que depuis quatre à cinq jours; qu'il n'avait alors à sa surface qu'une très-petite quantité de pus, et qu'enfin le pus que je recueillis provenait de l'un des bords de l'ulcère, c'est-à-dire d'une partie où la suppuration venait de naître, où elle n'aurait donc pu subir que tout récemment le contact du corps qu'on prétend s'y dissoudre si aisément.

J'ai promis une démonstration expérimentale. La voici : Nous avons tous observé, M. Cullerier plus et mieux que moi, des chancres où la réparation, accomplie aux trois quarts, se dément ensuite. C'est le quart resté virulent qui infecte la partie qui était devenue plaie simple. Eh bien ! que voit-on dans ces cas? S'il est vrai que le virus se dissout si bien dans le pus simple, l'aspect chancreux va reparaître à la fois sur toute la surface saine, et reparaître aussi vite dans les points les plus éloignés du foyer virulent que dans ceux qui le touchaient... Malheureusement il n'en est pas ainsi, et un observateur, même superficiel, peut alors constater que, malgré le pus dont la plaie est baignée, l'état virulent se reproduit d'abord à côté du tison mal éteint d'où venait le danger, et gagne ensuite peu à peu, mais toujours *de proche en proche*. Ici, comme sur le chat, il y avait du pus; mais il s'est montré inhabile à propager le mal : ce n'est que par l'altération des tissus que celui-ci a pu s'étendre.

Voulez-vous d'autres preuves, je ne dirai pas de l'*immiscibilité*, mais du peu de miscibilité du pus virulent avec le pus simple. En voici une que vous ne récuserez pas, monsieur Cullerier, car elle vient d'un auteur dont nous aimons également, vous et moi, les doctrines et la personne. Ça été un des traits du génie si familier de M. Ricord d'avoir su discerner dans le pus du bubon celui qui porte le virus et celui qui tient à l'inflammation péri-adénique. Ça été l'un des triomphes de l'inoculation de prouver que, à un jour d'intervalle on à un centimètre de différence en profondeur, le même foyer ganglionnaire fournit un pus inoculable, un autre qui ne l'est pas. *Nourri dans le sérail*, — j'aime à exhiber un brevet dont je m'honore, — il me souvient même que notre savant maître nous apprenait à distinguer, dans le flot de suppuration *sorti en même temps*, la veine, le filet virulent, de celui qui n'était que louable. Qu'est-ce à dire, mon estimé confrère et cher transplantateur? Voici deux sortes de pus, tous deux en quantité notable, qui sont restés sept à huit jours (1) emprisonnés ensemble, en bouteille, ballottés comme dans un matras par les mouvements du malade et ceux du chirurgien; ils ne sont cependant pas encore mélangés. Et vous voulez que, en quatre jours, d'un bout à l'autre d'une large ulcération inégale et à peine humectée, la particule de virus ait trouvé moyen de transmettre ses propriétés!... Libre à vous de croire; moi, je n'ai pas la grâce.

On me dira que, dans ces bubons, le pus virulent ne se mélange pas parce qu'il est alors retenu dans le ganglion qui le sépare du pus simple ambiant; que lorsque les deux pus ont séjourné assez longtemps dans le foyer, ils finissent par se mélanger et fournissent un *soluté* indistinctement inoculable. — Sur ces divers points, ma réponse est toute prête; elle s'appuie sur des faits publiés, et je désire qu'on me mette prochainement à même de montrer le peu de valeur de ces objections pour le cas qui nous occupe. Pour le moment, il serait fastidieux d'entrer dans de plus longs détails.

(1) Voir les observations contenues aux pages 395, 399, et 401 du TRAITÉ PRATIQUE DES MALADIES VÉNÉRIENNES; par M. Ricord. 1838.

Je viens de suivre dans ses enfouissements successifs cette mystérieuse transplantation; et le lecteur comprend maintenant peut-être pourquoi M. Ricord, tout en prêtant à cette théorie l'autorité de son style magique, et l'hospitalité dans un livre qui sera le monument de notre science, s'est maintenu et se maintient encore à cet égard dans la classe des *douteurs*. Il ne nie point absolument la transmissibilité. Et dans quel intérêt nierait-il? Parce qu'il avait, lui d'abord, échoué dans ces expériences? Mais il perfectionne trop utilement chaque jour la science et la pratique, pour s'étonner que d'autres aient pu corriger un détail de manuel opératoire. Craindrait-il que, les inoculations animales devenant possibles, celles qu'il pratiqua sur l'homme fussent frappées de réprobation? Mais elles ont fait, on peut le dire en conscience, trop de bien et trop peu de mal pour que quiconque les voudrait attaquer ne se discréditât pas lui-même. D'ailleurs, des expérimentations humaines pouvaient seules éclairer suffisamment la pathologie humaine; de sorte que, aujourd'hui même, si elles n'étaient pas acquises à la science, il faudrait les entreprendre.

Laissez, d'ailleurs, mon cher maître, la transplantation prendre racine dans les esprits, et vous ne tarderez pas à la voir tourner contre vous ses rameaux les plus ombrageux. Le péril est imminent, et votre pénétration, j'en atteste vos doutes mêmes, n'est pas sans l'avoir pressenti. Vous nous avez enseigné l'infaillibilité diagnostique de l'inoculation, prenez garde d'ébranler imprudemment notre foi. Du moment qu'un *ulcère*, dont le pus s'inocule, peut être considéré comme plaie simple, que ne dira-t-on pas sur vos inoculations, où la lésion locale, détruite le troisième ou quatrième jour, n'approcha jamais, pour la largeur et l'apparence virulente, des ulcérations de mes chats? — Et ce n'est rien encore : l'observation clinique ne ferait dès lors pas moins défaut que les expériences à la doctrine du virus. En effet, un chancre gagné par le coït n'a bien souvent pas d'autre physionomie que mes ulcères animaux. Qui donc prouvera sa virulence? Et si je viens un jour, par pa se-temps, avancer que le pus spécifique de ce chancre couvre les tissus sans provenir d'eux, qu'il est là en dépôt, non en fabrique; s'il me plaît de soutenir que depuis le XVe siècle il n'a point existé de chancres, mais seulement une série de plaies simples, sur lesquelles s'est successivement étendue la goutte virulente émanée de la bergère Syphilis..... que répondra M. Cullerier et que répondra M. Puche?

J'ai dit que je ne voyais pas l'intérêt de M. Ricord à nier la communication anthropo-zoonique. Je vais dire comment celui de la science, le sien aussi par conséquent, me paraît se trouver engagé à l'admettre. Quelles que que soient les prétentions actuelles de la syphilisation et ses promesses pour l'avenir, il ne faut pas oublier que, née à peine d'hier, des exemples décourageants parlent déjà contre elle. Moi-même, qui l'avais d'abord accueillie avec quelque faveur, je suis aujourd'hui singulièrement revenu de mon premier enthousiasme. Ce qui m'a refroidi à son égard, ce n'est point l'article que M. Auzias-Turenne a dernièrement publié, sous la forme de propositions, dans la GAZETTE MÉDICALE (Voir n° 48, p. 761) : un roman, quoiqu'un peu long, fait toujours plaisir. Mais il vient de se passer sous mes yeux, à Lyon, un fait malheureusement plus significatif que des lectures

---

Comme citoyen, comme père de famille, on ne peut, on ne doit même pas rester étranger à tout ce qui intéresse la cause publique. Il ne faut pas dire, avec certain égoïste et son froid jeu de mots : *Je ne m'occupe pas de la constitution, cela nuirait à la mienne*; mais il faut bien distinguer notre science, notre profession, de ces crises politiques qui durent plus ou moins longtemps, assombrissant les idées et les lumières des contemporains. Notre profession, par ses larges et fécondes applications, est appelée dans l'avenir à une suprématie non-seulement possible, mais certaine. La science a ses époques palingénésiques, pourquoi la profession n'aurait-elle pas les siennes? Mais est-il nécessaire de le redire? La postérité seule verra s'accomplir une pareille *espérance*. On le sait, le temps est rapide, mais ses opérations ne le sont pas toujours. L'homme conçoit, aspire et tente sans cesse, dans sa sphère finie, ce que Dieu sait, revient dans sa sphère infinie. Aussi, la tête blanchie par les années, je me borne à l'espérance, je salue de loin l'heureuse époque que je ne verrai pas; cependant je mourrai avec une confiance sereine dans cet avenir prospère de ma noble profession, appuyé sur la foi de trente siècles d'efforts, de travaux, de progrès, de l'éternelle raison des choses et des lois, dont le triomphe a son heure marquée.

RÉVEILLÉ-PARISE.

LETTRES D'ITALIE.

N° XII.

HISTOIRE MÉDICALE DE L'ANNÉE 1850, A L'ARMÉE D'OCCUPATION DE ROME ET APERÇU DE L'HISTOIRE CHIRURGICALE.

Rome, 20 mars 1851.

A MM. de l'Académie nationale de médecine de Paris.

(Suite et fin. — Voir les numéros 31, 33, 37, 38 41 et 43.)

Pour être complet, nous devons quelques mots sur le service des blessés et des vénériens. Le premier a toujours été conservé par M. le chirurgien-major Petronelli, depuis les ambulances de quartier général de Santuez, dont il était chirurgien en chef. Le second était confié à M. Renard.

Nous sommes redevable à l'obligeance de M. Petronelli, de la communication de ses rapports mensuels, desquels nous extrayons les documents qui suivent. Nous regrettons de ne pouvoir donner un tableau complet du mouvement, comme nous l'avons fait pour les fiévreux; mais n'ayant pu dégager par mois les 111 vénériens qui ont été admis dans le service de M. Petronelli, nos chiffres détaillés porteraient sur une réunion d'affections différentes, ce qui ne remplirait pas notre but.

académiques. Sans vouloir ôter à celui de mes confrères auquel appartient l'honneur de le faire connaître dans ses détails, je dois à la vérité de dire dès à présent qu'un individu, jeune, sain et bien portant jusque-là, affecté d'un chancre primitif phagédénique récent au gland, a été soumis, dans l'espace de six semaines, à plus de 80 inoculations successives, réitérées tous les trois, quatre ou cinq jours, au nombre graduellement progressif de 6, 10, 12 et 18 chaque fois, sans qu'il ait retiré de l'opération, conduite selon les règles que M. Sperino (1) a suivies, d'autre bénéfice que : 1° l'agrandissement continu de son chancre primitif; 2° la conversion des *dernières* pustules d'inoculation en chancres phagédéniques; 3° le développement de symptômes secondaires (papules cuivrées, céphalée, engorgement des ganglions cervicaux postérieurs) qui commencèrent à se manifester au bout des six semaines d'expérience, et après 70 inoculations au moins.

Je ne nie point pour cela les succès obtenus par d'autres observateurs. Mais évidemment une méthode qui, *très-fidèlement* suivie, laisse la porte ouverte à de pareils mécomptes, ne peut se dire maîtresse de l'aveoir.

L'analogie, du reste, fait assez pressentir le rang réservé à la syphilisation. A l'égard de la syphilis, elle joue le rôle que l'*inoculation* remplit longtemps relativement à la variole. C'est la maladie elle-même, réduite et mitigée, il est vrai, que le médecin se propose de donner, dans le but de dispenser par la suite l'économie de payer le tribut tout entier. Est-il téméraire de désirer plus? Ne peut-on espérer mieux? La découverte d'une vaccine réelle ne viendra-t-elle jamais remplacer ce qui, ici comme pour la variole, ne peut avoir la valeur que d'un remède provisoire ou d'un succédané?..... Je l'ignore : mais ce qu'il y a de sûr, c'est que notre siècle chercheur ne perdra pas la voie à présent qu'il la tient; c'est que, parmi les moyens d'arriver à la solution désirée, l'un des plus rationnels consiste à essayer le pouvoir préservatif que pourrait avoir le virus primitif modifié par son passage à travers l'organisme d'une espèce animale différente. C'est là une mine à sonder. Peut-être la gangue est-elle épaisse et le précieux filon profondément caché. Mais, dans tous les cas, avant de se mettre au travail, il fallait d'abord s'assurer d'un point d'appui solide : et c'est justement à quoi j'ai voulu concourir en essayant de démontrer, contrairement aux préjugés en vigueur, que la syphilis primitive est transmissible de l'homme aux animaux.

ANATOMIE PATHOLOGIQUE.

MÉMOIRE SUR LA CARNIFICATION; par M. C. BARON, médecin des hôpitaux.

(Suite et fin. — Voir les nos 46, 47, 48 et 50.)

Le siége de la carnification fournit quelques présomptions en faveur de mon opinion sur la nature de cette altération.

Je crois que celle-ci peut se développer dans tous les organes susceptibles d'être infiltrés et de s'indurer; mais la disposition plus grande que présentent pour cette altération le poumon, le foie et la rate, s'accorde avec la fréquence de l'œdème pulmonaire et des infiltrations séro-sanguinolentes de la rate et du foie. J'ai cité aussi un cas de carnification ou d'induration prononcée des reins, et l'œdème de ces organes n'est pas rare.

Dans le poumon, j'ai presque toujours vu la carnification occuper la partie postérieure de l'organe, soit exclusivement, soit en même temps que d'autres régions. Le poumon droit est un peu plus souvent affecté que le gauche; la différence est très-peu considérable, mais je dois la noter, parce qu'elle s'accorde avec le décubitus qu'affectent la plupart des sujets. Dans quelques cas, l'altération se rencontrait dans les deux poumons; dans un petit nombre, elle avait envahi la totalité des deux organes ou de l'un d'eux. Le plus souvent elle occupait le lobe inférieur; quelquefois seulement le lobe moyen, ou celui-ci et le lobe inférieur; dans un petit nombre de cas, le lobe supérieur, ordinairement à sa partie postérieure. La fréquence relative de ces différents siéges de la carnification dans le poumon, s'accorde parfaitement avec l'influence de la pesanteur sur une infiltration séreuse, pendant un décubitus dorsal plus ou moins prolongé.

Dans le poumon, la carnification est très-fréquemment bornée à une portion de lobe; dans le foie, on la trouve aussi occupant une partie de l'organe, mais plus souvent l'organe entier; elle envahit presque toujours la totalité de la rate. Ces différences dépendent de la texture de ces viscères. La séparation du poumon en lobules assez indépendants borne facilement la carnification, comme l'infiltration, à des portions d'organe. Le développement de la vascularité et la texture lâche de la rate expliquent la forme que la carnification y présente par la facilité que les infiltrations trouvent à se répandre dans toute l'étendue de ce viscère.

La carnification, comme l'infiltration, s'étend, dans bien des cas, graduellement de proche en proche, lorsqu'elle n'est pas arrêtée par l'obstacle que lui oppose une intersection fibreuse ou tendineuse, ou toute autre cause, ainsi que je l'ai déjà indiqué en parlant des limites de l'altération. Dans d'autres cas, elle se développe par îlots disséminés dans l'infiltration, lesquels ne tardent pas à se réunir. La texture de l'organe contribue sans doute à la forme du développement. La seconde forme n'est pas rare dans le poumon dont la construction lobulaire a peut-être ici de l'influence.

L'œdème n'est pas la seule lésion concomitante de la carnification dont la considération soit importante dans la recherche de la nature de cette altération. Par exemple, la coïncidence de la pleurésie avec la carnification du poumon, celle de la péritonite avec la carnification du foie, formeraient une présomption favorable à la nature inflammatoire de la carnification : je n'ai trouvé chez aucun sujet la péritonite avec la carnification du foie ou de la rate, et j'ai rencontré, seulement chez un petit nombre, la pleurésie avec la carnification pulmonaire. Il est vrai que dans l'enfance et dans la vieillesse, qui offrent les exemples de carnification les plus fréquents, la pneumonie est beaucoup moins souvent accompagnée de pleurésie que dans l'âge adulte; et, par conséquent, l'absence de la pleurésie, chez la plupart des sujets dont j'ai rapporté l'histoire, n'est pas une preuve, mais seulement une présomption contre la nature inflammatoire de la maladie qui nous occupe. Néanmoins, plusieurs des sujets chez lesquels j'ai observé une carnification pulmonaire sans pleurésie, avaient passé la première enfance; et dans la seconde enfance, la pneumonie sans pleurésie est plus rare que dans la première. Dans un très-petit nombre de cas, j'ai trouvé

(1) Malgré son incontestable talent et son mérite réel d'inventeur, M. Auzias-Turenne n'a guère jusqu'ici expérimenté que sur des animaux. Je cite donc de préférence, et j'aurais plus volontiers suivi, les préceptes de M. Sperino, qui a pratiqué et réussi sur l'homme un très-grand nombre de fois.

385 blessés sont entrés à l'hôpital dans le cours de l'année; parmi ce nombre, on a constaté 9 décès dont voici l'indication :

1° Blessure de l'artère crurale;
2° Carie du coude, érysipèle;
3° Érysipèle gangréneux à la cuisse;
4° Tubercules et carie;
5° Pourriture d'hôpital et hémorrhagie;
6° Fracture du crâne;
7° Abcès par congestion, carie vertébrale;
8° Arthrite coxo-fémorale purulente;
9° Coup de feu dans la tête.

La pourriture d'hôpital s'est déclarée en mai dans le service des blessés placés au rez-de-chaussée de l'hôpital Saint-Dominique, composé de salles vastes et belles, mais un peu humides et mal aérées. Les malades atteints ont été immédiatement isolés, mais la maladie n'en a pas moins pris une telle extension que toutes les plaies se sont plus ou moins ressenties de l'épidémie régnante. Elle a manifesté sa première apparition sur un vésicatoire, puis elle n'a pas tardé à produire les plus grands dégâts dans des plaies déjà graves par elles-mêmes; ainsi, un sujet a succombé aux énormes ravages de la pourriture d'hôpital qui, s'étant mise dans une plaie contuse du front, avait dénudé les os et produit des hémorrhagies fort difficiles à réprimer. Les vers qui s'étaient développés par milliers sur la plaie ont résisté au camphre, mais ont disparu rapidement par la solution de bichlorure de mercure. Une affection cérébrale a hâté la mort de ce malade. Un autre militaire a guéri après la dénudation d'une grande partie des os crâniens, dont les téguments protecteurs avaient été rongés par la pourriture d'hôpital. Un pariétal tout entier a été éliminé, excepté sa table interne, en trois ou quatre fragments, dont un porte même quelques portions de la table interne. La régénération osseuse s'est faite assez rapidement. Un sujet opéré de paraphymosis quelques jours avant l'apparition de l'épidémie, a perdu à peu près toute la verge, qui, envahie par la pourriture d'hôpital, a dû être retranchée à deux centimètres de son insertion. Chez un homme atteint de fracture de la jambe avec sortie des fragments qui avaient traversé les téguments et le pantalon, les accidents sont devenus assez graves pour nécessiter l'amputation; des pseudo-membranes molles revêtant le moignon, ont fait craindre que la pourriture d'hôpital s'en emparât; la surface n'a heureusement pas tardé à se déterger, et l'amputé a guéri.

Les soins hygiéniques ont été l'objet de la sollicitude de M. Petronelli dès que l'épidémie s'est déclarée. Les topiques auxquels il a eu recours sont le nitrate acide de mercure, l'eau vinaigrée, le quinquina. Chez un malade pour lequel une petite opération était nécessaire, M. Petronelli a espéré éviter la pourriture d'hôpital en employant la potasse préférablement au bistouri, mais l'influence de l'épidémie ne s'en est pas moins fait sentir.

Parmi les cas les plus remarquables qui se sont présentés, nous citerons les suivants :

1° Guérison, avec trois pouces de raccourcissement d'une fracture du fémur, près du col, par arme à feu (1).

(1) Ce cas nous reporte à une discussion soulevée par M. Marchal (de Calvi)

une carnification d'un poumon avec une pneumonie évidente de l'autre côté : il est possible que deux lésions de nature différente existent simultanément dans les deux poumons ; cependant, si les cas de cette sorte étaient plus fréquents, on serait assez fondé à regarder cette coïncidence comme une présomption favorable à la nature inflammatoire de la carnification. Mais comme, le plus souvent, on ne trouve dans le voisinage du viscère carnifié aucune lésion inflammatoire, on peut supposer que si l'inflammation concourt à la production de la carnification, au moins celle inflammation a peu d'intensité.

L'œdème étant l'agent producteur de la carnification, les maladies ou lésions susceptibles de déterminer des infiltrations générales ou locales pourront donc être des causes de carnification.

Au premier rang, dans cette étiologie, on trouve la maladie de Bright, dont étaient affectés un grand nombre des sujets dont j'ai recueilli l'histoire, et dans laquelle l'infiltration des viscères est très-fréquente. L'œdème pulmonaire, dit M. Rayer (1), est, après la bronchite, la plus fréquente des lésions du poumon qui peuvent survenir dans le cours de la néphrite albumineuse. On voit aussi noté dans plusieurs observations de néphrite albumineuse rapportées par cet auteur, que le foie ou la rate étaient denses, et quelquefois, en même temps, le volume de ce dernier organe était augmenté. Dans un mémoire du docteur Grégory sur la même maladie (2), on trouve aussi des cas de carnification du poumon coïncidant avec l'infiltration du même organe. M. Becquerel a rencontré dans cette même affection une altération de la rate qui offre une grande analogie avec la carnification, et l'explication qu'il en donne peut être placée ici sans qu'il soit besoin d'y ajouter de commentaire. La rate, dit-il, peut s'infiltrer de sérosité qui se mêle au sang et donne un aspect particulier à cet organe. La rate, alors, est dure, résistante, et la surface de section est brune, lisse et luisante (3).

Chez un sujet, j'ai trouvé pour cause à l'anasarque une altération paraissant être une apoplexie du rein ou une néphrite circonscrite. Chez un autre, l'obstacle à la circulation, et par conséquent la lésion disposant à l'œdème et à la carnification, était une tumeur osseuse, développée aux environs de l'orifice cardiaque de la veine cave inférieure, et un grand nombre de tumeurs encéphaloïdes disséminées dans les poumons. Dans quelques cas, la lésion productrice de l'anasarque ne put être découverte, et l'on sait qu'il en est encore ainsi assez souvent chez les enfants.

Il est assez commun de voir la carnification coïncider avec le scléréme : j'en cite des exemples, et quelques-uns des cas dans lesquels M. Valleix décrit une altération pulmonaire, analogue à la carnification, étaient aussi des cas de scléréme. Dans le scléréme, dit M. Rochoux, le sérum du sang, de même que le liquide infiltré dans le tissu cellulaire, a une tendance remarquable à se concréter (4). Il serait superflu de faire ressortir longuement toute l'analogie qui existe entre l'induration résultant de cet œdème et la carnification ; mais j'emprunte à la thèse de M. le docteur Mignot (5) un fait pouvant servir à prouver qu'il peut y avoir entre ces deux lésions plus que de l'analogie, une véritable identité : « Chez un enfant âgé de quelques jours, et affecté d'un œdème des nouveau-nés, la lèvre supérieure incisée présente une induration comme squirrheuse de son tissu ; la surface de cette incision est d'un rouge tirant sur le jaune ; elle n'exhale pas l'odeur de la gangrène ; on dirait d'un morceau de chair congelé. » Outre que cette description nous offre un exemple de carnification dans une région où elle n'est pas commune, elle a encore une bien plus grande importance, en ce qu'elle nous met, pour ainsi dire, à même de prendre sur le fait le développement de la carnification dans une région extérieure où l'œdème est si fréquent et indubitable.

Les affections du cœur sont une cause de carnification, comme d'œdème. En effet, dans quelques-uns des cas de maladie du cœur rapportés par M. Bouillaud (1), on trouve une carnification du poumon, du foie ou de la rate. Il est bien remarquable que, sur trois sujets chez lesquels la carnification du poumon a été rencontrée par M. Grisolles (2), deux étaient affectés de maladie du cœur. Je rappelle encore que, très-fréquemment, le foie des individus atteints d'affection du cœur est tuméfié et plus ou moins induré par l'infiltration dans son tissu du sang et de la sérosité sanguinolente, par suite de la gêne circulatoire. Chez l'un des sujets dont j'ai rapporté l'histoire, il y avait persistance du trou de Botal ; chez un autre, du canal artériel, conditions que l'on regarde comme susceptibles de déterminer l'œdème.

La scarlatine, à la suite de laquelle les hydropisies sont si fréquentes, avait, chez plusieurs de mes malades, précédé la carnification. Dans un cas, c'était une variole et une hydrargyrie. Assez souvent aussi ce fut la rougeole, après laquelle, quoique beaucoup moins communes qu'après la scarlatine, les hydropisies, toutefois, ne sont pas très-rares. Les fièvres intermittentes auxquelles les épanchements séreux sont si fréquemment consécutifs, avaient existé chez plusieurs des sujets dont l'histoire précède.

Il est une affection qui, en raison de sa fréquence chez les sujets des observations précédentes, réclame une mention spéciale : je veux parler de la gangrène, siégeant en diverses parties du corps, le plus souvent aux parois de la bouche. La diathèse gangréneuse est-elle par elle-même une cause de carnification, ou ne coïncide-t-elle avec cette dernière lésion que parce qu'elle existe très-souvent dans des conditions favorables au développement des hydropisies, avec lesquelles, en effet, elle est souvent simultanée, comme on le voit dans les observations précédentes ?

Plusieurs maladies susceptibles de débiliter les sujets sont aussi propres à favoriser le développement de la carnification, de même qu'elles peuvent déterminer des œdèmes. J'ai cité des cas dans lesquels l'anémie ou la phthisie avaient eu évidemment ce résultat. Pourquoi les phthisiques, chez lesquels il n'est pas rare d'observer l'œdème des membres inférieurs, ne seraient-ils pas aussi disposés à contracter un œdème viscéral ? On trouve dans les notes précédentes un cas d'hydrocéphale accompagnant un tubercule du cervelet.

On sait que la carnification est incomparablement plus fréquente dans l'enfance que dans les autres périodes de la vie. L'enfance n'est-elle pas aussi l'âge dans lequel les œdèmes se produisent le plus facilement ? J'ai rapporté un moins grand nombre d'exemples de carnification chez les

(1) Traité des maladies des reins, Paris, 1840, tome II.
(2) On diseased Kidney connected with albuminous urine. Edimburg, Med. and surg. journ., vol. XXXVI, 1831.
(3) Maladie de Bright chez les adultes, séméiotique des urines. Paris, 1841.
(4) *Art.* Induration *in* Dict. de Méd., vol. XII. Paris,
(5) Paris, 1851.

(1) Traité des maladies du cœur. Paris, 1841, tome II.
(2) Traité pratique de la pneumonie. Paris, 1841.

2° Un militaire reçoit un coup de stylet un peu au-dessous de l'ombilic et à droite ; des excréments sortent par la plaie abdominale ; le malade rend plus de deux litres de sang par l'anus ; la plaie est pénétrante. Applications froides sur le ventre ; antiphlogistiques ; le malade reste deux jours dans un état très-alarmant ; guérison.

3° Un soldat du 13e léger entre à l'hôpital le 19 novembre, se plaignant depuis dix jours d'une arthrite coxo-fémorale droite, dont le développement semble spontané. Les douleurs sont atroces le 21 ; réaction des plus vives ; sangsues ; trois saignées qui toutes sont couenneuses ; émétique à haute dose. Le 26, frissons, symptômes de résorption purulente ; on essaye le sulfate de quinine ; mort le 2 décembre. Autopsie (je copie M. Petronelli) : « Collection de pus dans l'articulation ; il est crémeux, de bonne nature ; la membrane synoviale est entièrement détruite ; une partie du liquide a traversé la capsule iléo-fémorale, les muscles obturateurs, l'aponévrose qui revêt le trou ovale, et forme dans le petit bassin une collection assez considérable. »

4° Un militaire entre atteint de hernie inguinale étranglée depuis plus de quatorze heures : le taxis a échoué à plusieurs reprises. M. Petronelli fait placer le malade dans un bain, où il reste trois heures ; au sortir du bain, il est couché sur un brancard, les jambes fléchies ; pendant qu'on lui pratique sur le ventre des affusions froides continues, M. Petronelli persiste dans le taxis. Cette manœuvre, qui lui a souvent très-bien réussi, a eu le même succès.

Parmi les opérations graves pratiquées à l'armée d'Italie, nous signalerons les plus importantes seulement :

Une ligature de l'artère crurale qui avait été lésée ; mort (M. Petronelli).

Amputation de la jambe ; guérison (*idem*).

Trépanation du sternum pour une carie de cet os (M. Philippe) ; mort.

Enfin, nous avons nous-même, quand nous remplissions, à Civita Vecchia, les doubles fonctions de médecin et de chirurgien en chef, amputé avec succès un bras entièrement broyé par une machine à vapeur. L'amputation a dû être faite le plus haut possible, les fêlures de l'os remontant presque jusqu'au col chirurgical, et les téguments se trouvant ecchymosés, lacérés, écrasés jusqu'aux environs de l'article. Ce marin était resté douze ou seize heures en mer,

dans le dernier volume des Mémoires de médecine militaire, au sujet de plusieurs cas analogues cités par M. Quesnoy, qui les a recueillis pendant l'expédition de Zaatcha. M. Marchal (de Calvi) persiste néanmoins à professer, avec M. Baudens, que les fractures du fémur par un projectile de guerre nécessitent rigoureusement l'amputation. Nous avons été témoin de plusieurs faits qui ne nous permettent pas d'être aussi absolu que notre savant inspecteur M. Baudens, et que l'éloquent professeur du Val-de-Grâce.

Les résultats obtenus par M. Quesnoy tendraient même à établir, — si on pouvait tirer de peu de faits une conclusion définitive, — que la temporisation dans les fractures de la cuisse par armes de guerre, donne plus de chances de salut que l'amputation, je ne dis pas de la cuisse, mais de l'une ou l'autre portion du membre pelvien. Ainsi : 5 fractures de cuisse, temporisation ; 4 guérissent, le 5e meurt du choléra quinze jours après l'opération. 1 fracture de la cuisse, amputation, mort. 5 fractures de jambe, 3 morts par suite de l'opération, 1 mort [illegible] choléra, un seul guéri.

nouveau-nés que chez les autres enfants; mais je crois que cette différence doit être attribuée aux conditions dans lesquelles je me suis trouvé placé pour observer, et je suis porté à penser, au contraire, que cette altération, de même que l'œdème, est encore plus commune chez les premiers que chez les autres. Au delà de quatre ou cinq ans, on la rencontre moins souvent qu'avant ce terme. Dans l'âge adulte, elle est très-rare. On recommence à l'observer dans l'âge mur et la vieillesse, quoique dans une proportion beaucoup moindre que dans le premier âge. De même, l'hydropisie est plus fréquente dans la dernière période de l'existence que dans l'âge moyen de la vie, et moins commune aussi dans la vieillesse que dans l'enfance.

A l'occasion de l'existence de la carnification dans l'âge mur et dans la vieillesse, je ne puis m'empêcher de rappeler la description que donnent MM. Hourmann et Dechambre d'une forme particulière de maladie du poumon, dans leur excellent travail sur la pneumonie des vieillards (1). Dans cette forme, que ces auteurs appellent congestion sanguine avec imperméabilité du tissu pulmonaire, ou imperméabilité planiforme, lorsque l'on incise les poumons altérés, il ne s'écoule pas de sang, mais une sérosité fluide, presque limpide, souvent rougeâtre et nullement spumeuse. La surface de section est plane. Quelquefois le tissu pulmonaire est résistant à la pression, dans d'autres cas ramolli; quelquefois il rappelle l'état du poumon dans les fièvres graves. Lorsqu'il y a du pus, il est situé en dehors des tuyaux respiratoires. Quelle analogie entre cette altération des poumons, chez les vieillards, et la carnification! l'aspect plane de la surface de section, la résistance que le parenchyme pulmonaire oppose à la pression, ou son ramollissement, la ressemblance de la lésion avec l'aspect de la splénisation: n'ai-je pas attribué tous ces caractères à la carnification? L'absence de l'air dans la sérosité tient sans doute à ce que le poumon est plus ou moins imperméable, mais aussi à ce que cette sérosité est placée en dehors des tuyaux respiratoires, comme cela a lieu dans la carnification, et comme MM. Hourmann et Dechambre l'ont constaté, chez leurs malades, pour le pus.

J'ai observé un plus grand nombre de cas de carnification chez des garçons que chez des filles, avant l'âge de 4 ans; mais il ne faut sans doute attribuer ce résultat qu'au hasard, parce que, dans cette période de l'existence, la différence de tempérament des sexes n'est pas encore caractérisée. Au contraire, j'ai rencontré un nombre de carnifications plus grand chez les filles que chez les garçons, après l'âge de 4 ans. La différence des tempéraments commençant à se dessiner dans la seconde enfance, devons-nous croire que le tempérament lymphatique, dominant dans le sexe féminin, et plus disposé aux œdèmes, serait propre à favoriser le développement de la carnification? Comme celle-ci est fort rare pendant la période de la vie dans laquelle les attributs des tempéraments sont le plus tranchés, il est difficile de décider cette question.

Le recueil précédent ne renferme que deux exemples de carnification développée pendant l'été. Il ne faut pas regarder comme absolue cette énorme disproportion entre la saison chaude et la saison froide, qui dépend en partie des conditions dans lesquelles je me suis trouvé placé pour observer. Cependant je suis disposé à croire que la carnification, de même que les œdèmes du tissu cellulaire chez les enfants, est plus commune dans les saisons froides que dans les saisons chaudes. L'humidité, d'ailleurs, et l'on en trouve la preuve dans les observations précédentes, favorise le développement de la carnification, de même que celui de l'anasarque. Nous avons vu aussi que certaines causes débilitantes, une habitation non suffisamment aérée, par exemple, sont susceptibles de produire le même effet.

Passons à l'examen des symptômes. Si, comme on le pense le plus généralement, la carnification est une inflammation, elle devrait donner lieu à une réaction fébrile. Cependant elle ne m'a paru accompagnée d'une fièvre notable que dans quelques cas; dans les autres, il y avait apyrexie, ou seulement une fièvre fort peu appréciable qui souvent paraissait plutôt sous la dépendance d'une autre cause que de la carnification. Les cas dans lesquels la fièvre était le plus prononcée étaient quelques-uns de ceux de carnification pulmonaire.

Dans la carnification pulmonaire, chez un petit nombre de sujets, j'ai perçu du râle crépitant, de la respiration bronchique et de la matité; plus souvent des râles sibilant, sous-crépitant et muqueux; la modification la plus fréquente à observer dans l'auscultation, fut la diminution de l'intensité du bruit respiratoire, accompagnée, dans quelque cas, d'un peu de diminution dans la sonorité à la percussion; c'est la réunion de ces deux symptômes qui appartient le plus en propre à la carnification pulmonaire. Chez plusieurs sujets, chez quelques-uns desquels même on trouva ensuite une carnification prononcée, on ne constata aucune modification stéthoscopique, la respiration resta pure; le poumon était donc perméable pendant la vie; cependant, chez eux aussi, on trouva, après la mort, la portion carnifiée privée d'air. Sans doute, dans les derniers instants de la vie, la force inspiratrice du malade diminuant avait été insuffisante pour faire entrer l'air dans la partie altérée. Cette explication est d'accord avec ce que nous verrons, que, chez le petit nombre de cas où l'on observa de la gêne respiratoire, ce fut seulement dans les dernières heures de la vie. Il n'y a donc qu'apparente contradiction entre la perméabilité du poumon pendant la vie et sa privation d'air après la mort.

La conservation de la perméabilité des poumons carnifiés explique le peu de gêne respiratoire que semblent éprouver les malades. En effet, je n'ai observé que dans trois cas une dyspnée notable. Dans l'un, ce symptôme ne pouvait être attribué à la carnification, mais devait être rapporté à une laryngo-trachéo-bronchite pseudo-membraneuse. Dans un autre, la dyspnée ne commença à se manifester que trente-six heures avant la mort, et elle était plutôt due à un œdème pulmonaire très-prononcé qu'à la carnification. Le troisième cas, dans lequel la gêne respiratoire ne survint que le dernier jour de la vie, est le seul dans lequel il fut permis d'attribuer, en partie, la gêne respiratoire à la carnification; mais comme celle-ci était très-limitée, et comme il existait en même temps une gangrène du pharynx et de l'œsophage, on peut croire que la part de la carnification dans la production de la dyspnée fut très-minime. Excepté dans les trois cas que je viens de citer, la dyspnée ne fut pas observée, et je remarquai même, chez plusieurs sujets, que la respiration était très-libre.

Je trouve la toux notée environ dans les deux tiers des carnifications pulmonaires, chez les sujets dont j'ai recueilli l'histoire; mais, chez plusieurs d'entre eux, ce symptôme semblait devoir être attribué à d'autres lésions plutôt qu'à la carnification, ainsi à l'œdème pulmonaire, à une bronchite pseudo-membraneuse; très-rarement la toux fut fréquente.

Dans les notes précédentes, il n'est pas fait mention de l'expectoration;

(1) Archives générales de médecine. Mars 1836.

---

sur un bateau du commerce privé de chirurgien. Une étoupade épaisse avait arrêté l'hémorrhagie. Les os du coude et les parties molles ne formaient plus qu'une bouillie; tous les muscles de la face antérieure de l'avant-bras avaient été enlevés par le balancier de la machine. Le sujet se trouvait dans un tel état de prostration, d'hyposthénie, d'accablement, que je n'ai pas voulu recourir au chloroforme. Pendant la demi-heure qui a suivi l'opération, ce marin, couvert d'une sueur froide et visqueuse, les extrémités glacées, le pouls imperceptible, tous les téguments pâles, les battements du cœur à peine saisissables, s'est trouvé dans un état semi-syncopal fort alarmant. Je crois que la chloroformisation l'eût tué. La guérison a été rapide.

Nous arrivons au service des vénériens confié à M. Renard, chirurgien aide-major.

Nous avons signalé, en 1849, quelques particularités dans la marche de la syphilis: rapidité d'apparition des accidents consécutifs, surtout des syphilides; rareté des urétrites comparativement aux chancres; existence incontestable des bubons d'emblée; mauvais caractère qu'affectent souvent ceux-ci quand ils ont été ouverts.

En 1850, les syphilides ont continué à se montrer d'une manière prématurée; on a plusieurs fois observé des taches cuivrées nombreuses chez des sujets dont la syphilis remontait à un mois et demi ou à deux mois, et qui n'avaient jamais été atteints antérieurement par la vérole. Chez un plus grand nombre, l'interrogation a fait découvrir qu'il y avait eu intoxication à une époque plus ou moins reculée. On peut penser ici que ces syphilides ont été produites par le virus de la première vérole, et que la dernière maladie n'a agi qu'en réveillant l'activité de ce virus, pour ainsi dire; mais, dans le premier cas, il est bien clair qu'un mois et demi ou deux mois d'intoxication ont suffi pour faire naître ces taches syphilitiques. Celles-ci, selon l'observation de M. Renard, peuvent se montrer lorsqu'il existe encore des chancres. Ceux qui sont indurés ou dont la vaste surface envahit le gland et le prépuce, au dos de la verge, lui paraissent surtout favoriser l'apparition prématurée des syphilides.

Les syphilides papuleuses et tuberculeuses ont une apparition plus tardive. Chez les sujets scrofuleux, elles se sont montrées extrêmement opiniâtres.

Les exostoses sont très-rares.

L'iritis syphilitique a été fréquent en 1849; un certain nombre de militaires ont perdu un œil. En 1850, cette affection s'est beaucoup plus rarement montrée.

Les douleurs syphilitiques sont très-communes. M. Renard, de qui nous tenons ces renseignements, les traite avec succès avec l'iodure de potassium. Quand ces douleurs sont profondes, fixes et assez vives pour amener l'insomnie, huit jours suffisent, le plus souvent, pour les faire disparaître; au contraire, elles sont beaucoup plus rebelles lorsqu'elles présentent les caractères suivants: mobilité erratique, subacuité, peu de douleur.

M. Renard à Rome, et Bartbarez à Civita-Vecchia, n'ouvrent les bubons qu'avec le caustique de Vienne. Notre pratique a été la même lorsque nous avons provisoirement cumulé, à Civita-Vecchia, les doubles fonctions de médecin et de chirurgien en chef. L'ouverture avec le bistouri a donné des décollements si étendus, si réfractaires à tout traitement, qu'il a fallu renoncer à ce dernier mode chirurgical. Chez les individus scrofuleux, il est maintes fois arrivé que

mais on sait qu'il est rare que les enfants crachent. Je termine l'énoncé des symptômes fournis par l'appareil respiratoire, en rappelant qu'un nouveau-né, affecté d'une carnification et d'un œdème des deux poumons, avait le cri voilé.

La symptomatologie que je viens d'esquisser n'est pas celle de la pneumonie, tandis qu'elle s'accorde très-bien avec l'opinion que j'ai émise sur la nature de la carnification. La diminution du bruit respiratoire est expliquée par la gêne qu'oppose au passage de l'air le rétrécissement des canaux aérifères, comprimés par la turgescence de la trame ambiante. Le râle sibilant et la diminution de la sonorité à la percussion peuvent recevoir la même explication. Si, assez fréquemment, on ne perçoit aucun râle au niveau de la carnification, cela dépend sans doute de ce que, dans ces cas, l'infiltration réside, ainsi que je l'ai dit, en dehors des tuyaux respiratoires; et, en effet, ordinairement, alors, la sérosité que l'on trouve dans le poumon n'est pas spumeuse. Au contraire, dans les cas où l'on percevait des râles sous-crépitants ou muqueux, on trouve ordinairement la sérosité qui infiltre le poumon mélangée d'air: c'était ce mélange qui déterminait les râles, et, chez ces sujets, la sérosité était placée à la fois en dehors et en dedans des bronches.

Chez quelques malades, le murmure respiratoire perçu à l'auscultation devint, dans les derniers jours, de plus en plus faible; sans doute, parce que, à mesure que l'état du malade s'aggravait, la force inspiratrice diminuait et devenait de plus en plus impuissante à vaincre l'obstacle déterminé par la diminution du calibre des canaux aérifères; et, ainsi, la partie carnifiée arrivait, au moment de la mort, à être complétement privée d'air. Mais une force inspiratrice plus grande eût surmonté cet obstacle; car si, après la mort, ces poumons qui, offrant un état en rapport avec ce qu'avait révélé l'auscultation, s'enfonçaient complétement ou presque complétement dans l'eau, venaient à être insufflés, l'air y pénétrait avec une facilité plus ou moins grande (1).

J'ai observé, chez plusieurs sujets, chez lesquels l'autopsie démontra ensuite la présence d'une carnification pulmonaire, une particularité bien digne de remarque. Au commencement de la maladie, on avait constaté de la respiration bronchique et de la matité à la percussion, prouvant que la partie du poumon dans laquelle l'affection siégeait était imperméable à l'air; ensuite le murmure respiratoire s'y fit de nouveau percevoir, et de plus en plus développé, dans quelque cas avec du râle sous-crépitant et du râle muqueux: modifications qui prouvaient que le poumon redevenait perméable. J'explique cette succession de phénomènes de la manière suivante: Au début, l'infiltration de la portion de poumon carnifiée était trop considérable pour permettre l'introduction de l'air dans les vésicules de cette partie. Plus tard, cette infiltration diminuait, et le volume du parenchyme diminuant aussi un peu, à mesure que l'infiltration se convertissait en carnification, les petites bronches et les vésicules se trouvaient de moins en moins comprimées et l'air s'y introduisait de plus en plus facilement. On pourrait, il est vrai, donner de ces faits une autre explication, attribuer l'imperméabilité du poumon observée au début à une pneumonie qui aurait présidé au commencement de la carnification. Je ne suis pas éloigné de croire qu'il en soit ainsi, en effet; cependant, les râles sous-crépitants et muqueux n'étaient pas toujours perçus après la respiration bronchique; de plus, la faible intensité ou l'absence assez fréquente de la fièvre tendent à mettre en doute l'existence de l'inflammation du poumon, surtout chez les enfants.

La considération des symptômes est donc d'accord avec l'inspection anatomique pour démontrer que si l'inflammation contribue au développement de la carnification, elle n'y participe que faiblement. Ce n'est guère qu'au début de la maladie que l'observation des symptômes peut faire présumer l'existence de l'inflammation. Si on admet l'inflammation, il restera encore à rechercher si elle précède l'œdème qui vient s'y joindre en vertu de la disposition du sujet, ou, au contraire, si c'est la présence de l'œdème qui provoque le développement de l'inflammation, laquelle devient ensuite l'agent de l'induration.

Dans un seul cas de carnification du foie, la région de cet organe était le siége d'une très-légère augmentation de sensibilité; c'est le seul dans lequel j'aie rencontré une douleur que j'aie pu rapporter à la carnification. Il est vrai que la recherche de la douleur est plus difficile chez les enfants que chez les adultes, et que son existence resta peut être ignorée, chez quelques malades; cependant, si elle eût été notable, on l'eût très-probablement découverte.

Quelquefois on percevait au toucher un peu de tension et de la tuméfaction dans la région des organes abdominaux carnifiés; mais ces modifications paraissaient dépendre de l'augmentation de volume que le toucher faisait souvent reconnaître plutôt que d'une rénitence inflammatoire.

Parmi les sujets des observations précédentes, un seul avait un ictère, mais un ictère des nouveau-nés; et la carnification que l'on trouvait chez lui était peu caractérisée, c'était une simple induration. Chez un seul aussi, dont le foie présentait de même seulement une augmentation de densité plutôt qu'une véritable carnification, les urines verdissaient par l'addition de l'acide nitrique. Ordinairement donc, la sécrétion de la bile et sa sortie des voies biliaires continuaient à s'opérer malgré la carnification de l'organe sécréteur, comme le prouvait, d'ailleurs, la bile que, dans presque tous les cas, on trouvait en assez grande quantité dans la vésicule et dans l'intestin. Cette continuation de la principale fonction du foie peut servir à prouver que, dans cette glande, l'infiltration se fait en dehors des canaux biliaires. La sécrétion biliaire continue à s'effectuer dans le foie carnifié, comme la respiration dans le poumon affecté de la même maladie; les rameaux de la veine porte et les vaisseaux biliaires simplement comprimés, mais non altérés dans leur texture, sont, avec l'œdème et la carnification, dans le même rapport que les ramifications bronchiques et les vaisseaux pulmonaires; le sang de la veine porte et la bile circulent avec une facilité plus ou moins grande dans leurs canaux, comme l'air et le sang des vaisseaux pulmonaires dans les leurs; et il n'y a pas d'ictère avec la carnification du foie, de même qu'il n'y a pas de dyspnée avec celle du poumon. Il est probable, néanmoins, que la carnification bien prononcée du foie détermine un peu de gêne dans la fonction biliaire, car il est assez rare que la bile trouvée dans la vésicule ou dans l'intestin des sujets porteurs d'une carnification du foie soit en quantité considérable.

Comme on trouve souvent plus ou moins aplatis les vaisseaux qui parcourent la partie carnifiée, il est permis de croire que la carnification est susceptible de gêner la circulation dans l'organe qui en est le siége, et, par

(1) A l'époque où j'ai recueilli mes observations, on n'accordait pas à l'insufflation toute l'importance que M. Legendre lui a donnée, avec raison, dans ces derniers temps; aussi je ne l'ai pratiquée que dans quelques cas. Mais il n'est pas toujours nécessaire d'insuffler le poumon, pour voir s'il était perméable pendant la vie; l'auscultation a suffi souvent pour le prouver.

---

les glandes de l'aine se sont considérablement développées et que, malgré tous les efforts, la cicatrice n'a pu s'établir dans les sillons et les culs-de-sac compris entre les glandes tuméfiées. Nous avons eu nous-même dans notre service un officier dont la plaie n'était pas encore cicatrisée après un an. Très-souvent il ne persiste qu'une fistule, mais le décollement est étendu, et la surface des glandes donne un pus séreux que les injections de n'importe quelle nature ne parviennent pas à tarir. Il faut, dans ces cas, dit M. Renard, détruire toutes les glandes tuméfiées avec le caustique de Vienne; ce chirurgien militaire n'a pas craint, dans ces circonstances, de revenir jusqu'à dix à quinze fois à l'application du caustique. Quand toutes les glandes malades ont été enlevées, la cicatrice s'établit rapidement. C'est ce qui est arrivé à l'officier dont nous avons parlé plus haut.

Les bubons ouverts ont plusieurs fois revêtu le caractère gangréneux.

Les bubons d'emblée se sont plus rarement montrés que l'année dernière.

La gravité générale de la syphilis a diminué; nous ne dépassons pas aujourd'hui le niveau habituel de gravité qui existe en France. J'ai cependant perdu, à Civita-Vecchia, un homme atteint de vérole.

L'iodure de mercure est la préparation employée. La pratique de MM. Lacauchie et Renard réprouve la cautérisation des chancres. M. Lacauchie pense même que non-seulemet il faut respecter ces émonctoires pathologiques, mais favoriser le travail de dépuration en appliquant un vésicatoire au bras du syphilitique.

La source principale de la syphilis est le fractionnement, l'isolement de petits groupes de militaires, et l'affectation d'un même local à plusieurs usages, circonstances qui rendent facile l'introduction des filles dans les quartiers. Une douzaine d'hommes s'intoxiquent facilement avec la même femme, dans une seule nuit.

Les deux principaux hôpitaux de Rome ont eu pour pharmaciens en chef MM. Gillot et Dusseuil. Ces deux officiers de santé et M. Monsel ont fait l'analyse quantitative des deux sources thermales de Viterbe, dont l'une est sulfureuse, l'autre ferrugineuse.

La proximité de Viterbe devait naturellement engager à y envoyer les hommes dont l'état réclamait l'usage des eaux thermales. Soixante-huit hommes y ont fait une saison, du 25 avril au 5 juin, sous la direction médicale de M. Beylot. On a dû se contenter de cette saison trop hâtive, pour que l'établissement pût être livré aux baigneurs à l'époque habituelle. Mais les pluies, le froid, le mauvais temps ont apporté beaucoup d'obstacles à la prise régulière des eaux. Parmi les hommes traités se trouvaient 50 rhumatisants dont 10 ont été guéris, 40 soulagés. Nous ne pouvons entrer dans aucun détail au sujet des autres affections. M. Beylot a fait un rapport détaillé au conseil de santé, sur les résultats qu'il a obtenus et qu'il considère comme médiocrement encourageants. L'analyse des eaux a été envoyée à la même adresse, et de là à l'Académie.

FÉLIX JACQUOT.

suite, de déterminer des hydropisies dans le voisinage; par exemple, que celle du foie peut produire une ascite. S'il peut en être ainsi, cet effet, toutefois, n'en résulte pas nécessairement, car j'ai rencontré la carnification du foie sans épanchement péritonéal. D'ailleurs, comme la circulation n'est que médiocrement gênée et non interceptée, les épanchements qui en résultent ne doivent pas être considérables, et je crois que si la carnification du foie a contribué à la production de quelques-unes des ascites que nous avons rencontrées avec elle, ce n'était que pour une très-faible part. Néanmoins, j'ai un peu plus souvent noté l'absence de l'ascite avec des carnifications légères ou partielles du foie, qu'avec des carnifications très-prononcées et générales. Les cas sont trop peu nombreux, pour que cette différence ait beaucoup de valeur, mais s'ils étaient en plus grand nombre, elle pourrait faire présumer qu'une carnification très-prononcée gêne davantage la circulation qu'une carnification peu avancée.

Dans quelques cas de maladie de Bright, j'ai observé entre l'apparition de l'anasarque et le début de la carnification une alternative qui est encore une présomption favorable à mon opinion sur la nature de cette altération, savoir: que le début de la carnification coïncidait avec une diminution notable de l'œdème du tissu cellulaire, œdème qui, après quelques jours, augmentait de nouveau. Il en était du développement de la carnification comme il en eût été de celui d'un œdème de l'organe affecté. N'est-il pas habituel, en effet, dans la néphrite albumineuse, de voir l'hydropisie changer de siége, passer d'une région à une autre, envahir tantôt un viscère, tantôt un autre viscère? Dans les cas sur lesquels j'appelle actuellement l'attention, l'hydropisie passait du tissu cellulaire sous-cutané au viscère qui allait se carnifier; puis, tandis que cette carnification s'opérait, l'infiltration, diminuant dans l'organe, se reportait sur le tissu sous-cutané. J'ai vu aussi la carnification se développer, en même temps que l'anasarque augmentait: la carnification se comportait encore ici comme un œdème viscéral; car, dans la maladie de Bright, il arrive ordinairement une époque où les œdèmes des différentes parties, au lieu d'alterner les uns avec les autres, persistent tous simultanément et augmentent jusqu'à la mort.

Autant que j'ai pu en juger par l'observation des symptômes, la durée de la carnification est comprise entre trois jours et cinq mois. Il n'est donc pas possible de regarder la carnification comme une affection absolument aiguë ou chronique, puisque, dans plusieurs cas, sa durée a été assez longue, et dans plusieurs autres, au contraire, fort courte. Par conséquent, je ne puis partager l'avis de la plupart des auteurs qui, dans ces dernières années, ont fait une mention spéciale de la carnification pulmonaire qu'ils regardent comme une pneumonie chronique; je suis d'autant plus éloigné de cette opinion, que j'ai vu plus souvent la carnification durer moins de quinze jours, que se prolonger au delà, et que, précisément, les cas dans lesquels la durée fut le plus prolongée étaient des cas de carnification du foie ou de la rate, et non du poumon. Comme quelques-uns des sujets dont j'ai rapporté l'histoire n'étaient âgés que de quelques jours, lorsqu'ils ont succombé, il n'était pas possible, chez eux, de dire que la maladie était chronique.

On pourrait croire que plus la durée de la carnification a été longue, plus on trouve cette altération arrivée à un haut degré, mais il n'en est pas toujours ainsi, car j'ai rencontré plusieurs fois des carnifications très-prononcées, quoique la maladie n'eût duré qu'un petit nombre de jours, et, au contraire, des carnifications peu avancées, dans des cas où la maladie s'était prolongée davantage. La vitesse de développement de la carnification est donc variable.

Ayant pour but, non de traiter l'histoire complète de la carnification, mais seulement d'établir le rapport de celle-ci avec l'hydropisie, je m'abstiens de passer en revue le diagnostic, le pronostic et le traitement qui offriraient peu de particularités propres à confirmer ce rapport.

THÉRAPEUTIQUE.

LETTRE SUR LA MÉDICATION STIBIO-DERMIQUE; par M. E. HIFFELSHEIM.

En lisant votre intéressant mémoire sur la méthode stibio-dermique, j'ai pensé pouvoir apporter quelques documents à l'appui des principes que vous avez émis. J'espère même pouvoir préciser à l'aide de faits d'expérimentation, certains points délicats de cette belle question.

Le point de départ, la base rationnelle de votre travail, est l'absorption de l'émétique par la peau.

MM. Magendie, Orfila, etc., ont démontré l'absorption de cette substance pour le tube digestif et le tissu cellulaire sous-cutané.

M. Orfila tuait en 30 ou 40 secondes un petit chien, en introduisant 0,1 gr. d'émétique en poudre ténue à la face interne de la cuisse.

Ces faits appartiennent à la méthode, peu connue et encore moins répandue, d'inoculation thérapeutique, méthode riche d'avenir à tous égards.

Dans les fabriques où l'on travaille l'antimoine, on a observé des intoxications, manifestées surtout par un *dégoût* et une *impuissance dans l'exécution des fonctions génitales*. A l'appui de ce fait je pourrai rappeler que les moines usaient de ce remède pour ne pas succomber au grand péché de la chair: d'où le nom d'*antimoine*. Outre ce symptôme, on remarqua de la céphalalgie, de la gêne respiratoire, de l'insomnie, des *éruptions sur les cuisses et le scrotum* (*V.* le mémoire).

Dans ce cas le rôle du poumon et du tube digestif est incontestable. Mais celui de la peau ne l'est peut-être pas moins. Une très-grande propreté, des ablutions fréquentes ont fait cesser chez certains individus les accidents saturnins au début. Et les cas opposés n'infirment pas ceux-ci. Il suffit de se rappeler qu'il y a des hommes, et je connais plusieurs médecins éminents qui sont dans ce cas, qui urinent infiniment plus par un temps très-humide. Cela s'appelle *aptitude normale* ou *morbide*, suivant la *nature du milieu*.

L'observation clinique suffirait à elle seule pour établir ce fait d'absorption stibio-dermique désormais incontestable.

N'était une apparente difficulté, je serais dispensé d'insister plus longtemps là-dessus: je veux parler de l'absence de l'antimoine dans l'urine, fait qui vous a sans doute préoccupé, et à juste titre.

Un habile chimiste, M. Millon, expérimenta sur douze chiens l'absorption de l'émétique. On faisait prendre aux animaux 0,3 gr. d'émétique par jour, dix jours durant. Les animaux gagnaient d'abord de l'appétit, puis ils dépérissaient peu à peu. Après la suspension de l'émétique un certain nombre se rétablirent.

Parmi ceux qui succombèrent, l'un présenta avant de mourir un tremblement nerveux; les membres postérieurs lui manquèrent.

A l'autopsie on constata la condensation d'une notable quantité d'antimoine dans le cerveau. Un autre chien qui mourut en même temps avait condensé l'antimoine dans le foie.

Parmi les chiens sauvés, il en mourut un subitement, six semaines après toute ingestion. Il avait engraissé. On trouva chez lui l'antimoine surtout dans les os. Deux autres chiens sauvés furent sacrifiés, l'un trois mois, l'autre quatre mois après toute ingestion. Le premier avait l'antimoine dans la graisse, le second dans les os.

Une chienne avait pris de l'émétique cinq jours avant qu'elle mît bas; elle et ses petits avaient condensé l'antimoine dans le foie.

M. Orfila, qui avait déjà noté cette localisation dans le foie, l'attribue au séjour prolongé du sang dans ce viscère. Les éleveurs d'oie, à Strasbourg, donnent à leurs bêtes du sulfure pour obtenir des foies gras. S'il m'était permis d'entrer dans quelques considérations au sujet de ces localisations, sans sortir de mon sujet, j'appellerais votre attention sur plusieurs faits mentionnés.

Ainsi, et avant tout, il est démontré que l'antimoine se localise, ce qui rend bien compte de son absence générale dans les urines.

En se localisant, il détermine des effets qui semblent être en rapport avec les fonctions de l'organe, de l'appareil. Dans les os, le tissu cellulaire, il paraîtrait presque inerte. Dans le cerveau, il réagit très-physiologiquement (1). Et pour le foie, chose digne de remarque, il produit un engraissement, administré dans certaines limites. Rapprochez cet engraissement de l'abaissement des fonctions génitales d'une part, et de l'autre de l'embonpoint des individus privés des fonctions génitales, dans toutes les classes d'êtres!

Après avoir touché à une aussi grande question que celle de la localisation de l'émétique, c'est-à-dire au motif de l'absence dans les urines, j'essayerai, passez-moi ce faible, d'expliquer cette localisation.

Affinité vivante, affinité organique, c'est toujours de l'affinité, avec ses modes plus complexes à mesure de la complexité des éléments.

D'abord, je me crois en mesure d'affirmer que ce n'est point l'émétique qui se localise. L'émétique, vous vous le rappelez, est un tartrate de potasse et d'antimoine (celui dont il est question ici).

Eh bien! les tartrates absorbés sont transformés en carbonates. On n'a jamais pu trouver de tartrate dans les urines. Quand c'est un tartrate alcalin, on trouve le carbonate correspondant dans les urines. Est-ce un antimonite de potasse qui reste?

Je rappellerai que M. Lassaigne a montré que les sels métalliques se combinent intégralement avec l'albumine, opinion partagée par Berzélius et M. Thénard. Les sels de mercure, de cuivre, de zinc, de plomb, de fer, forment ces combinaisons insolubles, mais solubles dans un excès de sel ou d'albumine.

(1) M. Devergie, dans des cas d'épilepsie saturnine, a trouvé du plomb condensé dans le cerveau hypertrophié.

Après M. Lassaigne, M. Delioux a repris les expériences sur l'azotate d'argent, qui, loin de se chlorurer d'abord, se combine avec l'albumine, sauf à se dissoudre dans un sel iodique après.

Cette combinaison admise et démontrée, ne se rend-on pas compte de la fixation de l'antimoine dans les tissus? S'il en est du sel d'antimoine comme du sel d'argent, ce composé est très-stable dans la trame de nos tissus. Ces combinaisons mêmes montrent déjà une complexité dans les propriétés qui n'existe que dans des composés organiques, sinon organisés, et en chimie minérale, si différence il y a, dans des composés tout particuliers. Dans ces composés d'albumine, les métaux sont masqués comme dans les cyanoferrures, par exemple, dans lesquels le fer est masqué, etc., etc.

Je souhaite que cette digression sur la cause de la localisation n'ait pas une teinte par trop chimique. Mais vous êtes très-indulgent, et je vous en remercie à l'avance.

Le fait le plus remarquable de votre mémoire est d'avoir signalé un état particulier de l'organisme dans lequel la pustulation ne se produit pas, et d'avoir comparé cet état à celui de la tolérance dans les cas d'ingestion.

Depuis que j'ai lu votre mémoire, j'ai trouvé un autre fait analogue dans un mémoire sur l'arsenic par un médecin belge. Seulement, ce fait ne paraît pas avoir attiré grandement son attention.

L'arsenic, d'après lui, donné à la dose de trois vingtièmes de grains, peut être impunément continué pendant six et huit mois. Rush, Valentin, Willan, Pearson, Biett, n'ont eu aucun accident à cette dose. Fowler, qui donnait au delà de quatre vingtièmes de grain, a eu des accidents. Or, il ressort de ce travail que, *dans les dermatoses*, l'arsenic détermine rarement des éruptions, mais, je le répète, dans les *dermatoses*, c'est-à-dire dans des *affections diathésiques manifestées par des éruptions*.

Ce qui rend compte de l'innocuité de l'*arsenic*, c'est son *élimination par les urines*. M. Orfila a déjà fait observer que l'*arsenic reste plus longtemps* dans le sang *que l'antimoine*. Voilà de quoi expliquer la cause déterminante.

Mais en poursuivant cette question de tolérance, je vais trouver pour la peau interne des expériences rigoureuses à l'appui de votre opinion.

MM. Millon et Laveran ont étudié l'absorption du sel de Seignette, etc. Mais dans cette étude, distinguons deux faits. Une substance, quelle qu'elle soit, à haute dose, est toujours en grande partie évacuée. Ce fait n'a rien que de très-naturel dans la simple théorie de l'imbibition, de l'exosmose, etc.

Donc si, *à haute dose*, ces savants ont toujours observé une *évacuation*, cela démontre que dans une *certaine limite* les *lois physiques* nous sont *applicables*. Stoll, on le sait, purgeait avec l'opium les coliques de plomb, et les calmait avec des doses très-petites.

A très-petite dose fractionnée, il y avait souvent digestion. Les *hommes faibles*, ou *atteints de diarrhée*, *de fièvre*, ne toléraient guère même les petites doses; les hommes *forts*, *constipés*, etc., absorbaient. Dans le cas de diarrhée, on pourrait recourir à une explication physique. Mais dans les *innombrables cas cliniques* (ici 268) et dans tant d'autres, personne ne saurait nier *une influence spéciale*.

Il me semble que cette influence se *traduisait* par une *modification* dans les propriétés de la membrane. Cette *modification* dans le *mode de sécrétion* et d'*absorption*, nous la voyons tous les jours dans les affections que l'on localiserait à tort dans les muqueuses et les séreuses, alors qu'on ne guérit les malades le plus souvent que par des *traitements généraux* en même temps que *locaux*.

Certes, il n'y a rien que de très-naturel à rattacher cette *absence d'éruption* à *un état particulier de la peau*, compatible avec l'absorption, état *qui se modifie*, qui est *suivi d'éruptions*, alors que l'état général n'est plus le même.

Je termine cette lettre par les conclusions suivantes :

1° L'émétique est absorbé par voie d'ingestion, d'inoculation; les accidents que présentent les ouvriers qui travaillent ce métal, et qui l'absorbent par *toutes les surfaces*, sont ceux, eu égard aux éruptions génitales surtout, que l'on observe dans la méthode stibio-dermique.

L'observation clinique suffirait à elle seule.

2° L'absence de l'antimoine dans les urines tient à la localisation. Cette localisation produit des effets variables en sa nature.

3° L'émétique ne se localise pas en substance.

4° Sa localisation peut s'expliquer par la combinaison avec de l'albumine, composé généralement stable.

5° La tolérance cutanée et digestive de l'émétique existe pour l'arsenic à l'état d'arsénite de soude.

6° Cette tolérance suppose une modification dans les tissus sous-diathésiques.

Agréez, etc.

Paris, 1er décembre.

REVUE DES JOURNAUX DE MÉDECINE.

JOURNAUX ALLEMANDS.

I. ARCHIV FUR PHYSIOLOGISCHE HEILKUNDE.

VON VIERORDT.

Le dernier cahier (nos 7 et 8) de 1850 contient : 1° *Sur la nature et le traitement du noma;* par le professeur Albers. 2° *Nouveaux faits relatifs à la gravelle des nouveau-nés;* par le professeur Schlossberger. (Sur 247 autopsies d'enfants morts un peu après ou un peu avant la naissance, l'auteur a rencontré 63 fois de l'acide urique dans les canalicules urinaires; cet acide ne s'est jamais trouvé sur les cadavres d'enfants qui n'avaient pas respiré. L'auteur attache une grande importance à ce fait sous le point de vue médico-légal, surtout lorsque l'état avancé de la putréfaction ne permet plus l'examen des poumons.) 3° *Sur la guérison des fièvres intermittentes par les saignées locales;* par G. Zimmermann. (2e article.) 4° *Sur le tubercule des poumons;* par le professeur Kœstlin. (2e article.) 5° *Sur l'hydropisie de la bourse muqueuse de la rotule;* par le docteur Luschka. (Anatomie générale des bourses muqueuses que l'auteur regarde comme identiques avec les séreuses, et non simplement formées de tissu connectif, comme le veut Henle; puis relation d'un cas observé sur le cadavre d'une femme de 70 ans, dont la bourse muqueuse rotulienne était remplie d'une masse semblable à du plâtre délayé; les parois de la bourse étaient épaissies, et des concrétions pierreuses très-dures adhéraient à ces parois. Cette substance était composée en très-grande partie de phosphate et de carbonate calciques.). 6° *Des hernies graisseuses;* par le docteur Szokalski. 7° *Influence de la section du nerf vague sur le tissu du poumon;* par le docteur Moritz-Schiff.

SUR LA NATURE ET LE TRAITEMENT DU NOMA; par le professeur Albers (de Bonn).

Malgré les nombreux et importants travaux qui ont été publiés sur la gangrène de la bouche (1), il règne encore une si grande obscurité sur la nature et sur le traitement de cette affreuse maladie, qu'on nous saura gré de reproduire le résultat des recherches du professeur Albers (de Bonn), l'un des hommes les plus éminents de l'Allemagne médicale.

Les observations de l'auteur lui ont appris que la maladie se présente sous deux formes qui ont peut-être une origine différente : l'une de ces formes est la gangrène molle ou humide, l'autre est la gangrène que l'auteur appelle dure (*harte*). La première forme est souvent précédée d'une affection de la bouche; la partie malade de la joue devient bleue, mais n'est jamais dure; elle se décompose et se détache par lambeaux, laissant une surface ramollie qui fournit à la pression un liquide purulent grisâtre, contenant des débris du tissu détruit, particulièrement du tissu cellulaire. M. Albers a observé cette forme sur un enfant qui avait eu la rougeole et avait pris beaucoup de mercure. Cette forme de gangrène paraît la plus rare, et elle doit être distinguée du véritable noma, parce qu'elle a la bouche pour point de départ et que la partie malade se ramollit et tombe.

La deuxième forme débute par une induration d'un blanc grisâtre qui a son siége dans le tissu sous-muqueux des joues; plus tard elle se manifeste au dehors par sa couleur noire et sa grande dureté; elle se propage rapidement et envahit bientôt le cou, la poitrine et les membres supérieurs, mais ne s'étend pas vers la tête.

L'auteur ne donne qu'une seule observation choisie pour servir de type, et dans laquelle l'anatomie pathologique surtout est traitée avec un soin particulier. Les lésions qu'il a observées et décrites lui ont révélé plusieurs faits relatifs à la nature de la maladie. C'est ainsi que partout l'affection commence à la surface des tissus et ne pénètre que plus tard dans leur profondeur. Le premier changement qui se manifeste sous la muqueuse ou sous l'épiderme consiste dans l'infiltration d'un liquide qui ne tarde pas à se coaguler dans le tissu de la peau, dans le corps muqueux de Malpighi, dans la muqueuse et le tissu sous-muqueux. Partout on a rencontré les mêmes éléments microscopiques, savoir des gouttelettes de graisse, des corpuscules albumineux et des corps d'une couleur foncée

(1) Voyez surtout l'excellente dissertation de M. le docteur Jules Tourdes, dont la GAZETTE MÉDICALE a rendu compte (1849, p. 553).

dont la nature n'est pas bien déterminée, mais qui sont probablement dus à de l'albumine coagulée. Les follicules graisseux étaient plus ou moins vides, et l'on trouvait autour d'eux une grande quantité de gouttelettes de graisse dispersées dans le tissu cellulaire. Il suit de là que la graisse, au lieu d'être déposée sur les points qu'elle occupe ordinairement, se mêle à la sérosité du tissu cellulaire, et produit l'aspect blanc laiteux que présente le noma à la partie interne des joues et du gosier. L'os malade était privé de moelle, sa graisse avait donc aussi été employée à d'autres usages. Cette disparition de la graisse explique la cessation de la nutrition dans les tissus et peut-être leur dissolution.

Les vaisseaux ont été étudiés avec beaucoup d'attention : les veines et les artères avaient leurs parois épaissies de l'extérieur à l'intérieur ; l'extrémité de ces vaisseaux était fermée ; mais on ne doit pas regarder cette occlusion comme la cause de la gangrène. En effet, la dégénérescence des artères accompagne celle des autres tissus ; elles finissent par se dessécher comme ces derniers ; la suspension du cours du sang n'est donc pas la cause, mais bien plutôt l'effet de la mortification des tissus. Les nerfs se comportaient comme les artères ; en dehors des parties gangrénées, ils n'offraient aucune altération, mais arrivés aux tissus sphacélés, ils cessaient subitement.

Il résulte de ce qui précède que le noma, par sa nature, tend essentiellement à anéantir la force vitale en arrêtant la nutrition des tissus. Mais cet arrêt de la nutrition a lieu dans le noma d'une autre manière que dans le ramollissement et dans la gangrène humide. L'auteur établit les différences qui existent, sous le rapport de l'anatomie pathologique, entre le noma et ces deux autres altérations, puis il arrive au traitement, après avoir insisté sur l'importance du diagnostic dès les premiers temps de la maladie.

Toutes les observations faites par l'auteur le portent à rattacher la maladie à une cause générale dont le noma proprement dit n'est qu'un phénomène. Il est très-important de commencer le traitement de bonne heure avant que la gangrène ait fait des progrès, et de s'attacher tout d'abord à maintenir ou à relever les forces digestives, car l'absorption des médicaments se fait avec une telle lenteur que M. Albers n'a retrouvé qu'au bout de quatre jours, dans l'urine, l'iodure potassique qu'il faisait prendre à un de ses malades. Le vin est ici le meilleur remède, ainsi que des frictions avec une huile éthérée (huile de valériane éthérée et ammoniaque caustique), les cataplasmes aromatiques sur l'épigastre. Quand une irritation gastrique s'oppose à l'emploi des excitants, ce dont on s'aperçoit lorsque les premières cuillerées de quinquina produisent de la douleur, l'auteur recommande l'application de cataplasmes de farine de graine de lin avec fleurs de camomille, pommes de terre cuites et carottes. Le traitement local qui lui a le mieux réussi consistait dans l'application fréquente d'acide chlorhydrique et d'acide nitrique, ainsi que dans l'emploi de cataplasmes aromatiques. L'acide pyroligneux n'a rendu aucun service.

GUÉRISON DES FIÈVRES INTERMITTENTES PAR LES SAIGNÉES LOCALES; par G. ZIMMERMANN (de Hamm).

Ce travail assez long a pour but de démontrer qu'on peut guérir les fièvres intermittentes par les saignées locales ou par les vésicatoires. C'est l'existence de l'irritation spinale dans un grand nombre de fiévreux qui a donné à l'auteur l'idée de cette médication ; cependant il a employé avec succès le même traitement sur des fiévreux qui n'offraient pas de symptômes locaux du côté de la colonne vertébrale.

Les observations sont divisées en plusieurs catégories :

1° Fiévreux avec irritation spinale qui ont été ventousés sur les deux côtés de la colonne vertébrale et qui ont eu un vésicatoire appliqué sur le point douloureux. — Quatre observations. — Guérison rapide.

2° Fiévreux avec ou sans irritation spinale qui ont été ventousés. — Dans 10 cas la fièvre a cessé après une première application de ventouses ; dans 5 autres il a fallu réitérer l'emploi de ces dernières. Ordinairement l'accès qui suivait l'application des ventouses était plus faible et sans frisson.

3° Fiévreux ventousés sur la région lombaire. — Huit cas, dont cinq avec irritation spinale. L'irritation s'est toujours dissipée avec la fièvre. Trois malades ont guéri sans récidive après une première application.

4° Malades qui ont été ventousés aux extrémités supérieures, sur les épaules et sur la poitrine. — Trois cas ; récidives ; résultats douteux.

5° Malades traités par diverses méthodes. — Résultats incertains.

6° Fiévreux guéris par des vésicatoires. — Six observations. Effets analogues à ceux produits par les émissions sanguines. Guérison.

Suivent onze cas dans lesquels les saignées locales n'ont pas réussi ; il a fallu recourir au sulfate de quinine.

En somme, sur 52 malades, il y a eu 41 cas heureux et 11 cas malheureux.

Parmi les 41 cas heureux, il y avait une fièvre quarte ; toutes les autres étaient tierces.

Les 11 cas malheureux se composaient de 5 quotidiennes et de 6 tierces.

Le reste du mémoire est consacré à la discussion des théories des fièvres d'accès.

La question des succédanés du quinquina dans le traitement des fièvres est encore loin d'être résolue ; c'est toujours au sulfate de quinine que revient l'honneur d'une guérison prompte et facile. Malgré les succès incontestables que M. Zimmermann a obtenus par sa méthode, nous ne pouvons encore attribuer à celle-ci, d'une manière absolue, la guérison des fièvres. En effet, tous les fiévreux traités étaient des militaires, c'est-à-dire des hommes généralement d'une forte constitution et supportant très-bien les émissions sanguines. Nous ne savons pas si le même traitement conviendrait aux femmes, aux enfants, aux vieillards, aux individus d'une constitution chétive. L'emploi des émissions sanguines nous paraît donc devoir être restreint à un petit nombre de cas. D'un autre côté, il est hors de doute qu'un grand nombre de fièvres peuvent cesser spontanément sans aucune médication, quel que soit leur type, en sorte qu'il n'est pas toujours facile de rattacher la guérison à la médication employée. Cependant nous ne rejetons pas la méthode proposée par M. Zimmermann ; la cherté toujours croissante du sulfate de quinine permet bien de recourir, dans des cas donnés, à des essais préliminaires que l'on pourra convertir en traitement définitif, si l'on voit qu'ils influent d'une manière favorable sur la marche des accès.

SUR LE TUBERCULE DU POUMON ; par le professeur KOSTLIN (de Stuttgart).

Le professeur Kostlin continue, dans ce travail, ses études sur l'anatomie pathologique du poumon. Il traite ici de la tuberculose de ce viscère et de la tuberculose en général. Voici les principaux résultats qu'il transcrit lui-même, sous forme de propositions, à la fin de son mémoire :

1° Le tubercule provient d'une exsudation de nature particulière ; son dépôt est dû tantôt à des causes locales, tantôt à un état morbide du sang ; les vaisseaux qui fournissent les matériaux de l'exsudation sont souvent dans un état d'hypérémie ou de stase, mais cet état n'est pas constant.

2° Très-peu de temps après l'exsudation, la substance du tubercule devient solide. Il se développe dans son intérieur des éléments nucléaires unis entre eux par une matière fondamentale amorphe ; le tubercule ne va pas au delà de ce degré inférieur d'organisation.

3° Le tubercule se dépose ordinairement entre les tissus du parenchyme, rarement à la surface des organes. Son aspect tantôt grisâtre et transparent, tantôt jaunâtre et opaque, provient de la manière dont il s'est déposé et non de différences importantes dans sa substance.

4° Le ramollissement n'est pas une métamorphose nécessaire de la matière tuberculeuse : il est déterminé par un liquide séreux qui provient des vaisseaux environnants ; la friabilité du tubercule jaune le favorise à un haut degré.

5° Le ramollissement du tubercule ne s'accompagne d'aucune tendance à une organisation plus élevée ; ainsi il ne se forme pas de corpuscules purulents. Loin de là, l'organisation qui existait est détruite. Le tubercule ramolli et le pus, le ramollissement tuberculeux et la fonte purulente sont des choses essentiellement distinctes.

6° La guérison du grain tuberculeux chronique se fait par la dissolution des éléments dans la masse amorphe qui se resserre de plus en plus. Le tubercule jaune ne guérit que par un ramollissement partiel ou total. Ici la guérison n'est possible qu'autant que les vaisseaux hypérémiés qui entourent le tubercule ramolli, déposent, au lieu de nouvelle matière tuberculeuse, un blastème plus organisable. Ce changement met des bornes au travail de destruction et annonce la diminution ou la cessation de la disposition tuberculeuse.

Ce travail est accompagné d'une planche lithographiée renfermant 14 figures qui représentent les éléments du tubercule à ses différents degrés.

II. NEUE MEDICINISCH-CHIRURGISCHE ZEITUNG.

DE L'ÉCORCE DE L'ARBRE MUSENNA ; REMÈDE LE PLUS SUR CONTRE LE TÆNIA, par le docteur PRUNERBEY.

L'Abyssinie est le pays dans lequel on rencontre le plus fréquemment le tænia et qui possède incontestablement les remèdes les plus sûrs, les véritables spécifiques contre ce parasite. L'auteur dit avoir employé avec succès jusqu'en 1846 le kosso (kousso) chez des centaines de malades, lorsque son ami M. d'Abadie revenant d'un voyage au Caire avec son maître de langue, natif de Gondar, lui remit un sac plein d'écorces *jeunes* de Musenna (massena), remède populaire dans l'Abyssinie contre le tænia.

La première expérience en fut faite sur le maître de langue lui-même. Des bols faits avec 60 grammes d'écorce réduite en poudre et de la viande hachée et légèrement cuite furent administrés au malade, qui pour toute nourriture ne reçut qu'un peu de riz; le soir qui précéda l'administration du médicament et pendant toute la journée il ne mangea rien jusqu'au soir, où il eut encore un peu de riz. Déjà le lendemain le tænia entier fut rendu avec une selle molle en plusieurs morceaux un peu ramollis et infiltrés.

Dans ces deux dernières années l'auteur a encore employé avec un succès complet ce remède chez 19 individus. L'action de l'écorce *jeune* de musenna, de la famille des légumineux, se distingue de celle du kosso en ce qu'elle tue le parasite sans provoquer la diarrhée, et n'exige pas, comme cela a lieu quelquefois avec le kosso, au reste excellent remède, d'autres moyens secondaires.

EXTRAIT DE SANG DE BOEUF CONTRE LES ANÉMIES CHRONIQUES CHEZ LES ENFANTS; par le docteur DE MADTHNER.

Bien que le sang frais ait déjà été prôné par les médecins de la plus haute antiquité, nous croyons devoir mentionner la préparation et les indications données par M. le directeur de la Clinique des enfants malades de Vienne.

Du sang frais de bœuf est passé par un tamis de crin et évaporé au bain-marie jusqu'à dessiccation complète; obtenant ainsi une poudre qu'il donne à la dose de 50 centigrammes à 1 gramme en substance ou dissoute dans de l'eau. Les cas dans lesquels ce remède a trouvé une application sont les suivants: 1° anémie après des *diarrhées chroniques* chez des enfants un peu âgés. Il est inefficace contre le marasme des enfants nouveau-nés et des enfants rapidement sevrés; 2° anémie après le *typhus* des enfants. Il est très-bien supporté et hâte la convalescence; 3° anémie après des pneumonies graves, non encore tout à fait résolues où il existe encore de la toux et de la fièvre. Il n'arrête pas le développement de la tuberculisation; 4° anémie à la suite de suppuration d'abcès et d'ulcères scrofuleux, et 5° anémie après des hydropisies survenues à la suite de la scarlatine où il doit être préféré à tous les autres toniques.

TEINTURE D'ELLÉBORE BLANC CONTRE LE PITYRIASIS VERSICOLOR; par le docteur SPENGLES.

Le nom de taches hépatiques a beaucoup contribué à rattacher cette maladie de la peau à une affection du foie et des organes du bas-ventre, et à la faire combattre par des médicaments internes, qui nécessairement devaient rester inefficaces. Aujourd'hui que les dermatologistes tels que Eichstedt, Hebra, ont démontré que cette affection est due à une formation de champignons, on cherche à la combattre par des moyens extérieurs qui ont pour but de détruire le parasite. A l'exemple de Rau, qui rapporte un cas de guérison de taches hépatiques déjà anciennes par l'eau oxymuriatique, et de Zilienfel, qui a préconisé l'ellébore blanc, l'auteur a expérimenté cette dernière substance dans les cas suivants:

OBS. I. — Une fille tuberculeuse, âgée de 21 ans, affectée depuis de nombreuses années de taches hépatiques occupant toute la partie supérieure du dos et s'étendant au cou et sous les bras jusque sur les seins, fut guérie dans huit jours avec la teinture d'ellébore blanc, sans administration d'aucuns autres médicaments internes ou externes.

OBS. II. — Un candidat en théologie portant depuis plusieurs années un pityriasis versicolore siégeant sur la région de l'estomac et s'étendant jusque vers le mamelon, fut traité sans effet par des acides et des alcalis. Guérison complète au bout de huit jours par l'emploi extérieur de la teinture d'ellébore blanc.

OBS. III. — Un commis négociant portant depuis longtemps un pityriasis versicolore occupant presque toute la poitrine, une partie du cou et du bas-ventre contre lequel on avait employé inutilement des purgatifs et des dépuratifs, vit disparaître en peu de jours son exanthème par les mêmes frictions.

III. SCHWEIZERISCHE ZEITSCHRIFT FÜR MEDIZIN, CHIRURGIE UND GEBURTSHULFE.

Les deux premiers cahiers de 1851 contiennent: 1° *La police des habitations dans la ville de Berne au point de vue de l'hygiène*; par le docteur Fueter. 2° *Observations recueillies au bain de Pfæfers et Hof Ragaz* (Suisse) *pendant les années* 1848, 49 *et* 50; par le docteur Kaiser. 3° *Communications sur Saint-Perminsberg* (hospice d'aliénés dans le canton de Saint-Gall); par le docteur Ellinger. 4° *Établissement hydrothérapique de Brütelen en Suisse*; par le docteur Jonquière (rapport très-intéressant et très-satisfaisant pour tous les malades traités depuis 1843 à 1850). 5° *Observation d'invagination du colon dans le rectum suivie de quelques remarques sur l'intus-susception*; par le docteur Laharpe. 6° *De la céphalotripsie*; par le docteur Hemmann. (En faveur de cette opération l'auteur rapporte deux cas où elle fut pratiquée sur des enfants morts. Les couches se passèrent bien). 7° *Cas de rétention des menstrues par suite d'atrésie de l'hymen*; par le docteur de Castella. (L'incision de cette membrane donna lieu à l'écoulement en nappe de 17 onces d'un sang noir, inodore. La fille âgée de dix-neuf ans, très-bien portante, ent ses règles huit jours après l'opération). 8° *De l'étude de la percussion et de l'auscultation*; par le docteur Locher. (Dissertation philosophique sur l'esprit médical qui règne en France, en Angleterre et en Allemagne. D'après l'auteur les Français n'admettant que les preuves fournies par les sens, excellent dans le diagnostic et la chirurgie; les Anglais brillent par la physiologie; les Allemands sans caractère propre, perfectionnent, scrutent à fond les questions des différentes branches de la science: souvent ils paraissent vouloir prendre l'initiative, mais ils l'abandonnent bientôt au profit d'autres nations, comme par exemple la percussion thoracique, la vaccination, etc. L'auteur leur accorde pourtant la supériorité dans la thérapeutique. —*Biographie de Laennec*, sortie contre les prôneurs et contre les dépréciateurs exagérés de l'auscultation et de la percussion). 9° *Aperçu statistique des cas de typhus qui se sont présentés à l'hôpital cantonal de Lausanne pendant les années* 1836 *à* 1850; par le docteur Delabarpe. 10° *Compte-rendu des séances de la société médico-chirurgicale du canton de Berne*. 11° *Mutilation exercée sur sa personne par un aliéné*; par le docteur Tscharner. (Un tailleur emprisonné pour un vol de peu d'importance est pris d'un accès de démence pendant lequel il se désarticula complétement la main droite avec un fragment de bouteille, pour la punir, disait-il, d'un homicide imaginaire, puis il se coupe deux phalanges du médius de la main gauche en la plaçant sur le bord dentelé du fond de la bouteille et en frappant dessus avec le talon du pied droit. Une lipothymie l'empêcha de se couper les parties génitales. Ce malheureux fut porté dans un hôpital le 21 octobre 1850, d'où il fut renvoyé en prison, le 27 décembre, guéri de ses blessures et de sa démence). 12° *Vapeurs iodées contre l'inflammation chronique de la cavité du tympan*; par le même.

VAPEUR IODÉE CONTRE L'INFLAMMATION CHRONIQUE DE LA CAVITÉ DU TYMPAN; par le docteur DE TSCHARNER.

Dans les maladies de l'oreille qui ont pour cause une dyscrasie, principalement dans les grands nombres de cas d'inflammation scrofuleuse de la cavité du tympan, dans les suppurations chroniques qui finissent par détruire cette membrane, et souvent par carier le rocher; d'autre part, dans les cas où l'on suppose des exsudations plastiques, toutes les injections recommandées jusqu'ici sont toujours restées infructueuses. Ces dyscrasies de l'oreille doivent être attaquées par des moyens locaux qui modifient l'action végétative, comme cela se pratique dans les inflammations scrofuleuses des yeux, les boursouflements de la muqueuse, la blennhorragie du sac lacrymal, les taies de la cornée, etc.

L'auteur, en partant de ce point de vue, ayant soumis sans succès ses malades souffrant d'affections scrofuleuses de la cavité du tympan aux fumigations de fleurs de soufre, de cinabre, etc., a fini par avoir recours aux vapeurs iodées.

Quoique son expérience ne date que de quelques mois, le résultat qu'il en a obtenu lui paraît déjà assez notable pour oser le recommander comme étant bien plus sûr que celui de toutes les autres fumigations. Il se sert de l'appareil ordinaire d'une pompe à compression adaptée à une sonde d'oreille qui est introduite dans la cavité du tympan. Les vapeurs sont obtenues par l'évaporation de l'eau (90 grammes) contenant la teinture d'iode (2 à 6 gouttes). Immédiatement après l'évaporation, le malade accuse une légère, très-passagère brûlure dans l'oreille interne, avec une augmentation de la sécrétion. Bientôt celle-ci diminue, et les injections passent plus facilement, ce qui se manifeste par un bruissement plus distinct de l'entrée des vapeurs dans la cavité du tympan. Dans quelques cas, on a rendu l'action des vapeurs iodées plus active en y ajoutant 2 à 8 gouttes d'éther acétique.

LEREBOULLET et MAURICE ROEF.

TRAVAUX ACADÉMIQUES.

ACADÉMIE DES SCIENCES.

SÉANCE DU 22 DÉCEMBRE — PRÉSIDENCE DE M. RAYER.

— M. SERRES lit une note intitulée: MÉTAMORPHOSE DE L'AORTE CHEZ L'EMBRYON DES VERTÉBRÉS, que nous publierons textuellement.

CAUSES DU PASSAGE DE L'ALBUMINE DANS LES URINES.

M. Ed. Robin adresse une note sur les causes du passage de l'albumine dans les urines.

A l'état ordinaire, dit M. Robin, les matières albumineuses sont brûlées dans le sang et les résidus azotés de la combustion, l'urée et l'acide urique, sont éliminés par les urines. La combustion n'est pas telle, cependant, qu'il ne sorte aussi par cette voie un peu de matière albumineuse ; mais cette matière, outre qu'elle est en quantité extrêmement faible, diffère jusqu'à un certain point, comme on sait, de l'albumine ordinaire.

J'ai pensé que si, pendant un temps suffisamment prolongé, l'albumine venait subir dans la circulation une quantité de combustion très-notablement moindre qu'à l'état normal, elle pourrait passer en nature dans les urines au lieu de n'être éliminée qu'à l'état d'urée et d'acide urique ; de nombreux faits sont venus en confirmation de cette manière de voir.

Les urines deviennent albumineuses :

1° Dans le croup ;

Dans les hydropisies ascites très développées ;

Dans les cas de bronchite capillaire et d'emphysème pulmonaire donnant lieu à une forte dyspnée ;

Dans la phthisie pulmonaire, surtout compliquée de pneumonie entraînant un embarras considérable dans la respiration ;

Dans l'état de gestation de la femme suffisamment avancé pour que la circulation abdominale gêne détermine une congestion habituelle des reins, c'est-à-dire dans les maladies, dans les états particuliers où une diminution très-notable de combustion est entraînée par une respiration très-incomplète.

2° Dans la cyanose, quelle qu'en soit soit la nature, et dans les affections du cœur arrivées à un degré tel que les malades soient maintenus dans un état permanent de demi-asphyxie ; par conséquent dans les cas où un obstacle à la circulation du sang, un vice de conformation du cœur empêchant l'hématose d'être aussi complète et aussi rapide que dans les circonstances ordinaires ;

3° Dans les lésions spontanées ou traumatiques des centres nerveux déterminant un abaissement de température et par là une diminution notable de combustion ;

4° Dans le diabète, maladie où assez souvent au moins une lésion analogue paraît être primitive ; où d'ailleurs la grande abondance du sucre dans le sang semble devoir entraver la combustion des matières albumineuses ; où enfin, d'après l'observation de M. Bouchardat, la température s'abaisse de 1 à 2 degrés chez les sujets fortement atteints ;

5° Dans l'espèce d'épuisement du fluide nerveux qui caractérise l'état désigné sons les noms de courbature, et qui ne peut manquer d'amener une diminution considérable dans la calorification, et, partant, dans la combustion lente.

Par une cause analogue, l'urine est albumineuse à la suite des refroidissements très-considérables de la surface du corps, occasionnés par le froid extérieur. Enfin, la maladie de Bright, où les urines sont toujours albumineuses et anémiques, est attribuée précisément à plusieurs des causes qui viennent d'être indiquées comme capables de déterminer le passage de l'albumine dans les urines.

La physiologie comparée fournit aussi quelques données utiles.

En général, les urines des mammifères ordinaires et celles des oiseaux ne contiennent pas d'albumine. Parmi les reptiles, au contraire, les batraciens, du moins les grenouilles, si remarquables par la faible élévation de leur chaleur propre, rendent une urine ou toujours se trouve de l'albumine

Il reste à constater que les urines deviennent albumineuses sous l'influence des agents qui protègent à un degré considérable contre la combustion lente.

L'auteur, faute de documents suffisants, se borne à cet égard à déduire la conséquence suivante :

Quand l'activité de la combustion dans le sang, trop faible pour brûler toute l'albumine qui à l'état normal doit disparaître dans un temps donné, laisse diminuer la vitalité générale et permet à une portion plus ou moins grande de matière albumineuse de passer en nature dans les urines, c'est autant de matière organique qui échappe à la transformation en urée ou en acide urique ; la proportion d'urée des urines albumineuses doit par conséquent se trouver moindre qu'à l'état normal ; c'est en effet ce qui a lieu, dans les maladies suivantes, les seules, à ma connaissance, où des expériences aient été faites, savoir :

La phthisie pulmonaire ;

Les maladies de la moelle épinière et de l'encéphale (Brodie et Henckel) ;

La bronchite aiguë générale avec dyspnée très-intense ;

La maladie de Bright (Bostoc, Chistison).

C'est aussi ce qu'on observe à l'état normal chez les batraciens : leur urine contient à peine des traces d'urée. (Comm. : MM. Dumas, Ballard et Andral.)

ACADÉMIE DE MÉDECINE.

SÉANCE DU 23 DÉCEMBRE. — PRÉSIDENCE DE M. ORFILA.

Le procès-verbal de la dernière séance est lu et adopté.

La correspondance officielle comprend : cinq lettres du ministre du commerce, transmettant : 1° un compte rendu du service médical de l'établissement thermal de Chaudesaigues, par M. Dufresse Chassaigne ; 2° un compte rendu de l'établissement d'Avène (Hérault), par M. Savy ; 3° un rapport de M. Villemain, médecin sanitaire à Damas, sur le sel marin considéré comme fébrifuge ; 4° un échantillon d'une source d'eau minérale située à Condillac (Drôme) ; 5° un rapport sur une épidémie de variole, par M. Missa, médecin de l'arrondissement de Soissons.

Une lettre du ministre de la guerre, qui transmet un relevé des malades militaires traités en 1850 dans l'établissement thermal de Baréges.

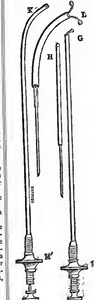
SOINS A DONNER AUX NOUVEAU-NÉS.

M. le docteur Marchant (de Charenton) expose à l'Académie, pour prendre date, le résultat de ses travaux sur les soins à donner aux nouveau-nés.

1° Les enfants viennent souvent au monde dans un état de débilité très-grande signalée par les accoucheurs sous le nom de faiblesse de naissance ; la respiration se fait assez incomplétement ; mais la déglutition des aliments est impossible ; la moindre quantité de liquide ingérée dans la bouche passe dans le larynx et détermine la suffocation. L'alimentation étant impossible, les nouveau-nés périssent infailliblement au bout d'un temps qui varie entre quelques heures et un à deux jours.

2° Les enfants asphyxiés ramenés à la vie par l'insufflation pulmonaire, sont souvent dans le même cas lorsque l'asphyxie a été longtemps prolongée et que le refroidissement de l'enfant n'a pas été assez évité. Dans tous ces cas, je me propose d'employer l'alimentation artificielle à l'aide d'une sonde en gomme élastique portant le n° 14 de la filière Charrière. L'introduction de la sonde dans l'œsophage n'est ni dangereux ni difficile chez l'enfant. Par ce moyen, on pourra détruire la faiblesse de l'enfant en le réconfortant par des aliments, et assurer une vie à laquelle des intérêts puissants sont souvent attachés, et que l'humanité nous commande de conserver.

DIAGNOSTIC DU RÉTRÉCISSEMENT DE L'URÈTRE.



M. Leroy-d'Étiolles adresse à l'Académie une note relative à l'exploration et au diagnostic des rétrécissements de l'urètre. Après avoir rappelé que la bougie à empreinte de Ducamp peut donner lieu à des erreurs, il fait observer que les bougies à boule de Charles Bell avaient ouvert une nouvelle voie de recherche dans laquelle presque personne ne l'avait suivi, soit à cause de la rigidité des bougies métalliques dont il se servait, soit que l'on n'eût pas bien compris le mode d'action de ces bougies et leur utilité. Elles sont devenues d'un usage plus général depuis que M. Leroy-d'Étiolles a substitué la gomme au métal ; depuis que, par ses écrits et sa pratique, il a préconisé ce mode d'exploration. Cependant, ajoute ce chirurgien, on objecte qu'il faut une série de bougies à boules graduées pour passer à travers les divers degrés d'ouverture des rétrécissements ; M. Leroy-d'Étiolles pense avoir répondu à cette objection : 1° par l'emploi des bougies en gutta percha à boules qui, se ramollissant, se pétrissant à la chaleur, puis reprenant leur dureté, fournissent le moyen d'avoir extemporanément des boules de différents diamètres, concentriques ou excentriques ; 2° au moyen des ampoules en caoutchouc vulcanisé dilatables par l'air, ampoules qu'il a soumises à l'examen de l'Académie il y a huit mois ; 3° par l'explorateur qu'il présente aujourd'hui, lequel se compose d'un tube renfermant deux petites tiges fortement élastiques, s'écartant brusquement en forme d'Y pour accrocher les reliefs de l'intérieur de l'urètre (*V.* la fig.). C'est ce qu'avait cherché Ducamp au moyen de son instrument dilatable en losange articulé, trop compliqué pour être usuel.

— Madame Messager adresse un mémoire sur la stérilité (chez la femme), les causes les plus appréciables et les moyens les plus rationnels de la combattre. (Comm. : MM. Cazeaux et Hervez de Chégoin).

— M. Burin du Buisson, pharmacien à Lyon, adresse un mémoire sur l'existence du manganèse dans le sang humain, sur son rôle dans l'économie animale, et sur la préparation de quelques nouveaux produits pharmaceutiques de fer et de manganèse. (Comm. : MM. Bussy, Lecanu.)

— M. Gaudriot prie M. le président d'ouvrir un dépôt cacheté qu'il a adressé à la date du 24 septembre 1850. Ce dépôt contient l'appréciation des bons effets du cautère actuel dans le traitement de la phthisie pulmonaire.

M. Bouchardat lit, au nom de la commission des remèdes secrets, un rapport dont les conclusions négatives sont adoptées.

MONSTRUOSITÉ DOUBLE.

M. Bérard fait la présentation suivante :

J'ai eu l'honneur de présenter cette année, à l'Académie, deux fœtus humains

sternopages, c'est-à-dire deux fœtus soudés par la poitrine et une partie du ventre.

La jonction avait été assez intime et la pénétration s'était faite assez profondément pour que les deux cœurs se fussent confondus en un seul, pour que les deux foies fussent représentés par un seul foie muni toutefois de deux vésicules biliaires. Au-dessus de la poitrine chaque fœtus s'isolait de son frère, avec lequel il ne confondait ni son cou ni sa tête. Ces parties restaient distinctes et parfaitement conformées.

Aujourd'hui je mets sous les yeux de l'Académie un nouveau cas de duplicité monstrueuse plus intéressant, je pense, que le premier.

Deux agneaux venus à terme n'ont pour eux deux qu'une seule tête parfaitement conformée à l'extérieur, si ce n'est qu'une oreille externe surnuméraire, ou plutôt un pavillon imparfait, se dresse entre deux oreilles complètes et régulières. Il n'y a qu'un seul cou, mais le toucher, avant même que l'on ait procédé à la dissection, dénote, dans ce cou, l'existence de deux colonnes vertébrales distinctes. Plus bas on retrouve les conditions des fœtus sternopages, c'est-à-dire que chaque fœtus a jeté à droite et à gauche les moitiés de son sternum qui se sont soudées avec les moitiés correspondantes du sternum de son frère jumeau. Plus bas encore les deux abdomens sont unis dans leurs parties supérieures.

En considérant qu'ici la jonction ne s'est pas faite seulement à la poitrine et au ventre, mais qu'elle s'étend au cou et surtout à la tête où la duplicité disparaît complètement, on s'attend à trouver les organes très-intimement confondus dans la poitrine et le ventre. Il n'en est rien pourtant. Il y a deux cœurs distincts, l'un rudimentaire situé en avant et à droite, l'autre vigoureux situé en arrière et à gauche. Il y a aussi deux foies, l'un très-ample, situé à droite, l'autre, beaucoup plus petit, situé à gauche. Le premier recevait une veine ombilicale venant du fœtus gauche.

Ces détails n'ont qu'un intérêt secondaire; j'attache plus d'importance à ceux qui vont suivre. Dans les musées d'anatomie pathologique, on s'est beaucoup plus occupé de la conservation des formes extérieures que de l'exhibition des particularités de la structure interne. Celles-ci pouvaient revendiquer cependant une bonne part de l'attention des anatomistes, et, par exemple, pour les cas de duplicité avec monocéphalie, n'était-il pas intéressant de rechercher comment deux moelles épinières venaient faire leur jonction avec un encéphale unique? J'ai fait cette recherche pour le cas que je mets sous les yeux de l'Académie. On peut voir que chaque moelle épinière entre dans cette tête par un trou occipital distinct; mais la dualité se prolonge encore dans cette tête, qu'on dirait appartenir à un seul individu. Il y a deux bulbes rachidiens, deux calamus scriptorius.

Des deux côtés de la face postérieure du bulbe, on voit s'élever des corps restiformes qui circonscrivent un quatrième ventricule. Celui-ci est donc double. Il y a par conséquent deux cervelets qui ont fait leur jonction sur la ligne médiane. Plus haut, enfin, on aperçoit toute une collection de tubercules quadrijumeaux, chaque fœtus ayant conservé les siens. Leur nombre, pourtant, ne s'élève pas à huit; il y en a quatre centraux, conformés comme à l'état normal. (Je les ai comparés aux tubercules d'un mouton adulte.) En dehors de cette masse de tubercules, on en trouve un de chaque côté.

Mais là s'arrête la dualité. On ne trouve plus, en pénétrant plus avant, qu'une couche optique de chaque côté, un seul corps strié de chaque côté, et enfin des lobes cérébraux tels que les présenterait un fœtus unique.

Aussi, messieurs, au rebours de ces monstres à deux têtes, où deux cerveaux, et par conséquent deux intelligences, deux volontés commandent à une agrégation de deux individus, ce qui ne laisse pas que d'exposer à des conflits. Ces deux bêtes, si elles avaient vécu, auraient eu un gouvernement parfaitement centralisé et un seul commandement. Je terminerai par une remarque sur la configuration des deux colonnes vertébrales. Elles se contournent de telle sorte, que l'occiput de la tête unique regarde le plan antérieur du tronc des deux fœtus. Cette torsion du rachis est normale dans les monstruosités de ce genre.

— L'Académie procède au renouvellement du bureau pour l'année 1852.

M. le président prévient l'Académie que M. Louis, vice-président pour cette année et qui, d'après l'usage, se trouvait par là désigné aux suffrages de l'Académie pour la présidence de l'année prochaine, résigne cet honneur. En conséquence, l'Académie aura à faire un autre choix.

Voici le résultat du scrutin :

Pour le président. — Nombre des votants, 63.

M. Mélier obtient	38 voix.
M. Bérard	12
M. Bégin	3
M. Cruveilhier	2
M. Guéneau de Mussy	2
Voix perdues	6

M. Mélier ayant réuni la majorité des suffrages est proclamé président.

Vice-président. — Votants, 55.

M. Bérard obtient ... 45 voix.

Les autres voix sont réparties entre MM. Renault, Lévy, Bouilland et Robert.
M. Bérard est nommé vice-président.

Secrétaire annuel.

M. Gibert est réélu.

MM. Orfila, Bégin et Bonllay sont nommés membres du conseil pour l'année prochaine.

La séance est levée à quatre heures et demie.

BIBLIOGRAPHIE.

MICROSCOPISCHE ANATOMIE, ETC. (ANATOMIE MICROSCOPIQUE OU HISTOIRE DES TISSUS DU CORPS HUMAIN) ; par le docteur A. KŒLLIKER, professeur d'anatomie et de physiologie à Würzburg; tome II, 1re partie. Leipzig, 1850; in-8° de x et 554 pages avec figures intercalées dans le texte et 4 planches lithographiées.

(Suite. — Voir le numéro précédent.)

II. ONGLES. — La structure et le mode d'accroissement des ongles sont assez bien connus pour que nous puissions nous abstenir d'en parler; seulement il est assez difficile de démontrer les éléments anatomiques de ces parties cornées et leur analogie avec les éléments de l'épiderme. Pour y parvenir, l'auteur recommande la soude caustique étendue, qui a sur la potasse l'avantage de laisser les noyaux plus intacts. Lorsqu'on fait bouillir dans ce réactif des portions de la substance de l'ongle, on voit se produire, dès que l'ébullition commence, un très-beau réseau de cellules parfaitement distinctes, avec leur noyau; on peut s'assurer que ce dernier s'aplatit de plus en plus à mesure qu'il appartient à des cellules plus superficielles, et quand on humecte la préparation avec de la soude chaude, on voit que les cellules inférieures se gonflent plus vite que les supérieures, ce qui montre la plus grande dureté de celles-ci. Certains acides, employés à froid ou à chaud, tels que les acides sulfurique, chlorhydrique et nitrique, conviennent aussi pour démontrer la structure lamelleuse et écailleuse de l'ongle; mais ils ont l'inconvénient de ne pas faire voir les noyaux.

III CHEVEUX. L'étude microscopique des cheveux se fait aussi, comme celle des ongles, en les traitant à chaud par l'acide sulfurique concentré ou par la soude caustique. L'auteur signale dans la substance corticale elle-même des vacuoles remplies d'air, analogues aux vacuoles qui existent dans la moelle; il les regarde comme les restes de la cavité des cellules primitives. On ne peut s'empêcher d'élever des doutes sur la nature de ces petits espaces pleins d'air; je serais assez porté à regarder les gaz qu'ils renferment comme produits artificiellement par les réactifs employés et par l'ébullition. L'existence de l'air ou plutôt de gaz particuliers dans la moelle paraît être mieux constatée, dans les cheveux colorés comme dans les cheveux blancs; l'auteur a multiplié et varié ses observations pour s'assurer que la moelle du cheveu renferme très-peu de pigment coloré, mais contient beaucoup d'air.

Dans cet article sur les cheveux, remarquable par les détails intéressants qu'il renferme, nous signalerons la structure si compliquée du follicule pileux. Celui-ci, qui n'est autre chose qu'un refoulement de la peau, se compose de deux parties essentielles, une externe, le follicule proprement dit, fibreux et vasculaire, représentant le derme, et une interne, formée de cellules, correspondant à l'épiderme, et que l'auteur appelle fourreau du poil (*vagina pili*). Suivant M. Kœlliker, le follicule se compose d'une membrane externe, vasculaire, d'une interne formée de fibres transversales et qui n'occupe que la moitié inférieure du sac, enfin d'une troisième membrane ou pellicule entièrement amorphe; ces deux dernières membranes n'avaient pas encore été décrites; la dernière correspond sans doute, comme l'auteur lui-même le fait remarquer, à la membrane fondamentale que Todd et Bowman décrivent entre le derme et l'épiderme. Le fourreau est formé de deux couches, une interne, épidermique, et une externe, continuation du corps muqueux.

On lira aussi avec intérêt tout ce que dit l'auteur sur le mode de production des poils, leur développement, leur chute et leur remplacement. Les nombreuses et bonnes figures intercalées dans le texte éclairent les descriptions et font bien comprendre le mécanisme suivant lequel se forment ces productions épidermiques.

IV. GLANDES DE LA PEAU. La peau renferme trois sortes de glandes, celles de la sueur, celles du cérumen et les glandes sébacées.

Les glandes de la sueur appartiennent, comme on sait, aux formes les plus simples : elles sont constituées par un tube pelotonné qui conserve partout la même largeur. L'auteur n'a trouvé d'exception à cette disposition que pour les glandes de l'aisselle, dont le canal excréteur se divise en conduits de plus en plus petits dans l'intérieur de la glande, de manière que celle-ci est formée d'une multitude de petits tubes à extrémité borgne. Relativement à leur structure, les unes sont des parois minces consistant en une enveloppe de tissu connectif que tapissent intérieurement des cellules épithéliales disposées sur plusieurs couches; les autres ont de plus une couche de fibres musculaires lisses, située entre l'enveloppe celluleuse et l'épithélium. C'est surtout dans les grosses glandes, dans celles de l'aisselle, par exemple, qu'on trouve cette disposition qui leur donne un aspect

particulier. Le contenu des glandes de la sueur n'est pas le même partout. Les unes, et c'est le plus grand nombre, ne renferment qu'un liquide transparent; dans d'autres, celles de l'aisselle par exemple, le contenu est une matière demi-liquide, composée de grains pâles ou une substance visqueuse renfermant des granulations plus grosses, des noyaux et des cellules semblables à celles de l'épithélium. Cette circonstance, jointe à la différence de structure, pourrait conduire à regarder les glandes de l'aisselle comme différentes des glandes sudorifères ordinaires; mais cette conclusion ne serait pas légitime, attendu que l'auteur a trouvé quelquefois de pareilles glandes qui contenaient un liquide transparent, sans granules, et que d'un autre côté il a rencontré des glandes à peu près semblables autour du mamelon.

Nous signalerons des observations intéressantes que M. Kœlliker a faites sur les glandes de la sueur, observations analogues à celles qui ont été faites sur d'autres glandes par divers auteurs, et qui se rattachent à la théorie des sécrétions. Les cellules épithéliales sont remplies de granules en tout semblables à ceux qu'on trouve libres dans l'intérieur du tube. Ces cellules sont souvent tellement abondantes qu'elles obstruent le canal et en forment à elles seules tout le contenu. Très-souvent on voit que l'extrémité du tube sécréteur ne contient que des cellules, tandis que le canal excréteur en offre à peine des traces et ne renferme que des granules ou des noyaux isolés. Ainsi, en suivant le tube sécréteur depuis son extrémité borgne jusqu'à sa terminaison, on voit d'abord les cellules disparaître et être remplacées par des granules et des noyaux, puis ceux-ci se rapetisser et finir par disparaître à leur tour pour ne plus laisser dans le tube qu'un liquide visqueux, très-finement granulé. Les cellules qui se dissolvent ainsi ne sont autres que des cellules épithéliales devenues libres; car elles leur ressemblent parfaitement, et souvent même on peut s'assurer que l'épithélium manque lorsque le tube est rempli de cellules.

Ces détails viennent à l'appui des remarques que l'auteur de cette analyse a eu l'occasion de faire sur d'autres glandes, et confirment la théorie des sécrétions, telle qu'elle est aujourd'hui généralement admise.

Le développement des glandes sudoripares était à peu près inconnu. M. Kœlliker l'a étudié; il a vu que ces glandes n'apparaissent qu'au cinquième mois de la vie embryonnaire, et se montrent sous la forme de masses rentrantes qui ne sont que la continuation de la couche muqueuse de Malpighi. Au sixième mois, on distingue un canal qui bientôt s'enroule sur lui-même à son extrémité et se continue du coté opposé vers l'épiderme, pour s'ouvrir à la surface de la peau. Ainsi, chose remarquable, ces glandes cutanées ne sont pas produites par un refoulement de l'épiderme, elles ne sont d'abord qu'une végétation de la couche muqueuse; pleines dans l'origine et formées entièrement des mêmes cellules que cette couche, elles ne se creusent que plus tard d'un canal.

Les *glandes du cérumen* ressemblent aux précédentes; leurs parois sont musculeuses comme celles des grosses glandes sudoripares, et leur épithélium repose immédiatement sur la couche des muscles lisses sans membrane fondamentale interposée. Le cérumen est une substance composée de cellules graisseuses, de graisse huileuse libre et de corpuscules granuleux libres ou contenus dans des cellules. A ces matières se trouvent mêlés quelques poils, et, çà et là, l'*acarus folliculorum*.

Glandes sébacées. M. Kœlliker a mieux fait connaître la forme, les rapports et la structure de ces glandes. Tantôt elles sont simples et ont la forme de sacs plus ou moins allongés, tantôt elles sont ramifiées. Elles accompagnent toujours les poils, mais quelquefois on les rencontre dans des endroits où ceux-ci n'existent pas, comme au prépuce de la verge, au gland, aux petites lèvres; elles manquent au gland et au prépuce du clitoris. En général, ces glandes s'ouvrent dans le follicule pileux, ou pour mieux dire les deux tubes s'ouvrent ensemble à la surface de la peau; mais quelquefois le canal de la glande l'emporte de beaucoup en largeur sur celui du follicule, ce que l'on observe surtout aux poils laineux.

On s'était fait, depuis les descriptions de Henle et de quelques autres micrographes, une très-fausse idée de la structure des glandes sébacées, en les regardant comme formées par des séries de cellules graisseuses sans enveloppe particulière. Henle n'avait vu sous les yeux que le produit des glandes et non les glandes elles-mêmes. Il est vrai qu'elles manquent de membrane propre, c'est-à-dire de cette membrane amorphe désignée par les auteurs anglais sous le nom de membrane fondamentale; mais toutes les glandes sébacées ont une enveloppe fibreuse composée de fibrilles de tissu connectif, continuation du derme ou du follicule pileux. L'auteur représente l'épithélium qui tapisse intérieurement le sac glanduleux et dont les cellules très-distinctes sont en contact avec le contenu graisseux de ce sac. Les glandes sébacées ne forment donc pas d'exception à la structure générale des organes sécréteurs.

On admet généralement que la matière sébacée du prépuce est produite par les glandes de cet organe. Cette opinion n'est pas entièrement exacte, car les glandes sébacées manquent au clitoris de la femme, et chez l'homme elles ne fournissent qu'une faible partie du produit. L'analyse microscopique montre d'ailleurs que le *smegma* du prépuce est composé en grande partie de cellules épithéliques.

Les premières traces des glandes sébacées se voient à la fin du quatrième ou du cinquième mois. Elles apparaissent d'abord comme des excroissances arrondies situées contre les parois du follicule pileux. Ces excroissances, d'abord pleines et composées des mêmes cellules que le fourreau du poil, s'allongent et les cellules centrales se métamorphosent en cellules graisseuses, qui peu à peu se livrent un passage au dehors dans le tube du poil. Ces recherches intéressantes sur le développement montreut qu'il y a beaucoup d'analogie entre les glandes sébacées et les glandes de la sueur. Les unes et les autres proviennent de la couche muqueuse de Malpighi et se composent, dans l'origine, de masses compactes de cellules tout à fait semblables à celles qui forment la couche profonde de l'épiderme; le canal excréteur ne se développe qu'ultérieurement. On remarquera surtout que dans les glandes sébacées le contenu de la glande, c'est-à-dire le produit de la sécrétion, est formé par les cellules épidermiques elles-mêmes qui se sont transformées en cellules graisseuses, nouvelle preuve que le produit sécrété est dû à une métamorphose des cellules épidermiques qui végètent sans cesse à la surface interne du tube sécréteur.

A. LEREBOULLET.

(*La suite prochainement.*)

VARIÉTÉS.

FACULTÉ DE MÉDECINE DE MONTPELLIER. — Le concours pour la chaire de clinique interne, laissée vacante par la mort de M. Caizergues, s'ouvrira le 12 janvier prochain, devant la Faculté de médecine.

Neuf candidats se sont fait inscrire:

MM. Dupré, professeur à l'École de médecine de Toulouse; Chrestien, professeur agrégé à la Faculté de médecine de Montpellier; Quissac, idem; Sanson, professeur agrégé à la Faculté de médecine de Paris; Boudin, médecin à l'hôpital militaire de Marseille; Andrieux (de Brioude), Dansoux, Pons, Barbaste, tous quatre docteurs-médecins.

Les membres du jury appartenant à l'école sont: MM. les professeurs Lordat, Golfin, Recb, Bouisson, Boyer, Fuster et Jaumes.

La Faculté a présenté au choix de M. le ministre, comme juges étrangers devant composer le jury de concours:

MM. Bousquet, secrétaire de l'Académie nationale de médecine; Brachet, professeur à l'École de médecine de Lyon; S. Pirondi, professeur à l'École de médecine de Marseille; Devay, médecin à l'Hôtel-Dieu de Lyon; Ducros, professeur à l'École de Marseille; Chauffard pere, médecin à l'Hôtel-Dieu d'Avignon.

Enfin, elle a choisi dans son sein quatre professeurs comme juge-suppléants. Ce sont: MM. Ribes, René, Alquié et Martins, qui seront appelés à remplacer, en cas d'absence, les juges désignés par le règlement.

CONCOURS — La première épreuve du concours ouvert pour quatre places de médecins au bureau central des hôpitaux est terminée depuis vendredi dernier. Ont été admis à prendre part aux épreuves ultérieures, les douze candidats dont nous reproduisons les noms par ordre alphabétique: MM. Bergeron, Bernard, Boucher (de la Ville-Jossy), Durand-Fardel, Frémy, Lasègue, Matice, Moutard-Martin, Oulmont, Racle (Alexandre), Chapotin (de Saint-Laurent, Sée.

— Par décret du président de la République, du 27 novembre 1851, ont été nommés à quatre emplois de chirurgien aide-major de deuxième classe:

Concours de 1845: M. Pelin, chirurgien aide-major commissionné au 66e de ligne, en remplacement de M. Moutier, nommé à la première classe;

M. Fauchon, chirurgien aide-major commissionné au 18e léger, en remplacement de M. Bourghly, nommé à la première classe;

Premier concours de 1851: M. Dufour, chirurgien sous-aide à l'hôtel des Invalides, en remplacement de M. Moulinier, nommé à la première classe;

M. David, chirurgien sous-aide à l'hôpital militaire du Val-de-Grâce, en remplacement de M. Pauli, nommé à la première classe.

HYDROTHÉRAPIE. — On écrit de Græfenberg (Bohême), 12 décembre:

« Le sort de l'établissement hydropathique de Græfenberg, devenu un moment incertain par suite de la mort de Priessnitz, est maintenant fixé. Priessnitz avait confié, par son testament, la continuation de cette grande entreprise à son gendre, M. d'Ujhazy, Hongrois. Les pensionnaires de l'établissement ont déclaré être satisfaits de cette disposition, et ont engagé M. d'Ujhazy à l'accepter. Celui-ci est arrivé à Græfenberg et a déjà déclaré être prêt à continuer la méthode curative de son beau-père. »

A ce numéro est jointe la table des matières pour l'année 1851. La table des auteurs et le titre seront annexés au numéro de janvier prochain avec supplément.

Le rédacteur en chef, JULES GUÉRIN.

TABLE ALPHABÉTIQUE

DES MATIÈRES CONTENUES DANS LE TOME SIXIÈME

DE LA TROISIEME SÉRIE DE LA GAZETTE MÉDICALE DE PARIS

POUR L'ANNÉE 1851.

A

B

C

D

E

F

G

H

N

O

P

Q

R

S

T

U

V

Y

Z

TABLE ALPHABÉTIQUE DES AUTEURS.